

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2018 (18), №1

«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. 2017

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Басилова, И.А. Горьковая, И.В. Добряков,
Н.В. Зверева, С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина,
И.Л. Коломиец, И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, 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».

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ). Автор более 120 научных публикаций в области обучения слепоглухих, клинико-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, в том числе глав в учебниках «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Автор книги «История обучения слепоглухих детей в России», переведенной на английский и японский языки.

ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА ГОРЬКОВАЯ, профессор, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии человека ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена, зав. кафедрой психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава РФ. Автор более 140 научных работ, в том числе 4 монографий. Основные направления исследований: девиантное поведение и жизнестойкость подростков, судебно-психологическая экспертиза, перинатальная психология, патопсихология.

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ, кандидат медицинских наук; психиатр высшей категории; психолог EuroPsy; сертифицированный психотерапевт, сексолог; доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета; старший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»; консультант United Nations Children's Fund по работе в кризисных ситуациях; сопредседатель секции перинатальной психологии Российского Психологического Общества; официальный супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации; член координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества. Член редакционных коллегий журнала «Перинатальная психология», электронного журнала «Профилактика зависимостей». Автор более 250 научных публикаций, в том числе монографий: «Семейный диагноз и семейная психотерапия» (в соавторстве), «Перинатальная психология», «Ka Radit Laimigu Bernu»; «Ташкил ва расонидани ёрии психологӣ дар минтакаи ҳолати фавқуллода» (в соавторстве), «Перинатальные утраты» (в соавторстве), автор глав в коллективных монографиях, в учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья» и др.

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, член редколлегии электронных журналов «Медицинская психология в России», «Клиническая и специальная психология», **заместитель президента АДПП**. Круг научных интересов связан с клинической психологией, проблемами аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов дигнозотенеза. Автор более 150 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста», учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста» (в соавторстве), хрестоматии по Методам нейропсихологической диагностики, учебника «Клиническая психология детей и подростков» (в соавторстве, соавтор монографии «Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра», автор, соавтор и редактор ряда методических рекомендаций по клинико-психологической диагностике детей и подростков.

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, доктор медицинских наук, профессор, зав. отделением клинической психофармакологии Национального научного центра наркологии, профессор Института психологии Белорусского государственного педагогического университета. Член Ассоциации европейских психиатров, Европейского коллегияума нейропсихофармакологии (ECNP) и Московской психотерапевтической академии. Автор более 350 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты; Расстройства поведения у подростков; Клиника и психология девиантного поведения; Стресс и стресс-зависимые заболевания и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства, включая аддиктивное и суицидальное поведение у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейропсихиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, **член Правления АДПП**. Автор более 190 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических рас-

стройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования, автор (в соавторстве) монографии «Детская социальная психиатрия для непсихиатров», учебного пособия «Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков». Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

НАТАЛЬЯ КАПИТОНОВНА КИРИЛИНА, кандидат медицинских наук, директор ООО «Институт гармоничного развития и адаптации» («ИГРА»), **член Правления АДПП**, руководитель курса профессиональной переподготовки «Детско-подростковая и семейная психотерапия». Имеет несколько печатных работ, 2 монографии по теме элективного мутизма. Основные сферы интересов: элективный мутизм, игровая и семейная психотерапия.

ИРИНА ЛЕОНИДОВНА КОЛОМИЕЦ, кандидат психологических наук, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», **исполнительный директор Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов**, член Российской Психотерапевтической, член Европейской Ассоциации Гештальт-Терапевтов (EAGT). Соавтор «Практикума по семейной психотерапии: современные модели и методы», автор учебного пособия «Модели психологической помощи семьям с соматически больным ребенком»; учебные пособия в соавторстве: «Тренинг при соединениях», «Подростковая превентология. Часть 1»; автор более 20 печатных работ.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров. Автор и соавтор более 170 научных и учебных работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии», «Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста», Национального руководства по психиатрии и др. Сфера научных интересов: общая психопатология, шизоформные расстройства и психическая атония у детей и подростков, состояния когнитивного дефицита, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. Автор более 680 научных публикаций, 60 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройств поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия», «Аддиктивное влечение» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, профессор, **член Правления АДПП**, член Союза Журналистов РФ, член Международного союза журналистов, член Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе. Автор более 150 научных публикаций, из них 16 монографических (в т. ч. в соавторстве): Социальная педагогика: вопросы теории и практики; Социальный педагог в образовательных учреждениях; Развитие социальной педагогики: историко-педагогический анализ; Волонтер и общество. Волонтер и власть; и др. Основные направления исследований: история, теория и методология социальной педагогики, социальные службы для детей, молодежи и семьи, социально-педагогические объединения детей и молодежи, волонтерство, социально-педагогические аспекты школьного образования, воспитательная работа с детьми по месту жительства, прогнозирование и развитие общественного и семейного воспитания.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «НЦПЗ», **президент АДПП**. Автор более 240 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства и пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте,

организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМЕРНОВА, доктор психологических наук, профессор, руководитель Центра психолого-педагогической экспертизы игр и игрушек МГППУ **член Правления АДПП**. Автор более 200 научных публикаций, в том числе монографических: Учебник психологии ребенка; Развитие воли и произвольности в раннем и дошкольном возрасте; Развитие игры для детей дошкольного возраста; Особенности общения дошкольников; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста (в соавторстве); и др. Совместно с сотрудниками разрабатывает новые направления в отечественной психологической науке: педагогика раннего возраста, общение и развитие детей раннего возраста. Основные направления исследований - детская психология, психология общения и межличностных отношений, правила воспитания, дошкольная педагогика.

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, профессор, академик РАО, заслуженный деятель науки РФ, руководитель Центра социологии образования ФГБНУ «Институт управления образованием РАО», лауреат Премии Президента РФ в области образования. Автор более 700 научных публикаций по проблематике социологии образования, детской, возрастной и педагогической психологии, психологии искусства. Ряд статей и монографий переведен на иностранные языки и изданы за рубежом. Основные направления исследований: детская, возрастная и педагогическая психология, социология образования, психология искусства

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, **председатель Московского филиала АДПП**, заместитель председателя Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Президиума Российского общества психиатров, член редколлегий журналов «Социальная и клиническая психиатрия», "Психотерапия" и др. Редактор, автор и соавтор книг: Детская и подростковая психиатрия (клинические лекции для профессионалов); Психокоррекция: теория и практика; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей; Лечение детей с психосоматическими расстройствами; Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков; Элективный мутизм (красноречивое молчание); Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология; Радостное взросление (личностный рост ребенка), Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) и др. Основные направления исследований: пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, психотерапия детей и подростков, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии МГППУ. Автор более 60 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Научный редактор и соавтор монографического сборника «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». Основные направления исследований и деятельности: психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья. Разработчик и руководитель магистерской программы «Психологическая реабилитация в социальной сфере». Руководитель программы профессиональной переподготовки ККлинико-психолого-педагогические основы реабилитации творческими видами деятельности». Член редколлегий электронного журнала «Клиническая и специальная психология». Круг интересов: психология устойчивости; арт-педагогика и арт-терапия; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью.

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, **председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП**. Автор более 170 научных работ, в т. ч. 8 монографий, один из основоположников семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии в России. Автор психологических методов исследования – «Аутоидентификация и идентификация по словесно-характерологическим портретам», опросник «Анализ семейных взаимоотношений» и проективный тест «Возраст. Пол. Роль». Автор (с Н.В. Александровой) методов психотерапии - краткосрочной аналитической психодрамы и акторно-сетевой системной семейной психотерапии. Круг интересов: психоанализ, системный, синергетический и нарративный подходы. Области исследований: психосоматические отношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей.

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНЫХ ЗАСЕДАНИЙ VI КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

М.Ю. Городнова МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ.....	7
С.В. Гречаный ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	12
Н.В. Зверева ПРОБЛЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	20
Е.В. Корень, ТА Куприянова АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПРИНЯТИЯ МКБ-11.....	27
А.А. Северный, Н.М. Иовчук ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ.....	35
Е.О. Смирнова ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ СУБКУЛЬТУРЫ.....	41
В.С. Собкин, А.В. Федотова ПОДРОСТОК В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ: РИСКИ И РЕАКЦИИ.....	47

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю.Б. Можгинский СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ.....	57
Т.П. Бартош, О.П. Бартош, М.В. Мычко ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С АЛЕКСИТИМИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ.....	65
Л.Г. Шаль, М.Ю. Максименко ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ И ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО И СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	72
Д.Е. Власова, А.Э. Зайцева СВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ РАЗВИТИЯ.....	81
Т.Г. Горячева, Е.О. Седова ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	88

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

В.В. Колягин, Е.П. Чернигова ШИЗОФРЕНИЯ ИЛИ БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО?.....	96
Н.Н. Карякин, В.В. Дворянинова, О.В. Баландина, Г.А. Мишанов ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК.....	105
Е.Ю. Брель ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНЦИИ АЛЕКСИТИМИИ.....	110

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко ОПЫТ АНАЛИЗА ЕДИНИЧНЫХ ЭПИЗОДОВ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	116
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	124

CONTENTS

MATERIALS OF PLENARY SESSIONS OF THE VI CONGRESS «YOUNGER GENERATION OF THE XXI CENTURY: CURRENT PROBLEMS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH»

M.Yu. Gorodnova INTERDISCIPLINARY APPROACH TO MENTAL HEALTH CARE AND CONTINUING MEDICAL EDUCATION.....	7
S.V. Grechanyi PROBLEMS AND TASKS OF THE PSYCHOPATHOLOGICAL METHOD IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN EARLY CHILDHOOD.....	12
N.V. Zvereva PROBLEMS OF PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN CHILDREN'S PSYCHIATRIC CLINIC.....	20
E.V. Koren, T.A. Kupriyanova PRESSING ISSUES OF CLASSIFICATION IN CHILD PSYCHIATRY IN SIGHT OF UPCOMING ADOPTION OF ICD-11.....	27
A.A. Severnyy, N.M. Iovchuk THE ORGANIZATION OF CROSS-DISCIPLINARY INTERACTION IN THE PSYCHOCORRECTIONAL HELP TO CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	35
E.O. Smirnova CHARACTERISTICS OF MODERN CHILDREN'S SUB-CULTURE.....	41
V.S. Sobkin, A.V. Fedotova TEENAGER AND SOCIAL NETWORKING: RISKS AND RESPONSE.....	47

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

Yu. B. Mozhginskiy THE MODERN FEATURES OF CHILD PSYCHOPATHOLOGY.....	57
T.P. Bartosh, O.P. Bartosh, M.V. Mychko PSYCHOLOGICAL PROFILES OF ALEXITHYMIC ADOLESCENT BOYS OF MAGADAN....	65
L.G. Shal, M.Yu. Maksymenko DISTINGUISHING FEATURES OF VISUAL-FIGURATIVE THINKING AND GNOSTIC FUNCTIONS IN CHILDREN OF MIDDLE AND SENIOR SCHOOL AGE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	72
D.E. Vlasova, A.E. Zaitseva THE EFFECT OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS ON THE QUALITY OF LIFE IN FAMILIES HAVING A CHILD WITH HEALTH OR DEVELOPMENT PECULIARITIES.....	81
T.G. Goryacheva, E.O. Sedova FEATURES OF FORMATION OF SELF-CONTROL AT YOUNGER SCHOOLCHILDREN....	88

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

V.V. Kolyagin, E.P. Chernigova SCHIZOPHRENIA OR BIPOLAR DISORDER?.....	96
N.N. Karyakin, V.V. Dvoryaninova, O.V. Balandina, G.A. Mishanov DIAGNOSTICS OF AUTISM – EXPERIENCE WITH MODERN TECHNIQUES.....	105
E.Yu. Brel THE POSSIBILITIES OF PSYCHOLOGICAL PREVENTION OF ALEXITHYMIA.....	110

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

O.B. Levkovskaya, Y.S. Shevchenko THE EXPERIENCE OF THE ANALYSIS OF SINGLE EPISODES OF NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN ADOLESCENT GIRLS (CLINICAL ESSAY).....	116
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS	124

**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНЫХ ЗАСЕДАНИЙ VI КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

М.Ю. Городнова

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).

Резюме. Авторы представляют трудности и узкие места процесса перехода к новой системе непрерывного медицинского и фармакологического образования. По мнению автора, междисциплинарный подход в психиатрии и концепция непрерывного медицинского образования входят в противоречие. Совершенствование системы образования должно опираться как на индивидуальные потребности участников системы, так и на системные потребности в целом. Обсуждаются вопросы дистанционного обучения, финансирования и организации образования. На обсуждение вынесен ряд предложений для сохранения междисциплинарной образовательной среды.

Ключевые слова: междисциплинарный подход, непрерывное постдипломное медицинское и фармакологическое образование, психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, обучающая среда

Оказание действенной помощи детям, подросткам, их семьям невозможно вне междисциплинарного подхода, что в свою очередь требует слаженной работы полипрофессиональной команды. Такая команда имеет общую цель и разделяемые способы ее достижения. Однако до настоящего времени остаются противоречия между психосоциальным и биомедицинским подходом, обусловленные поляризацией взглядов специалистов. С одной стороны, чрезмерная психологизация психических расстройств, а с другой, — сугубо нейрофизиологическое объяснение проблемы. Данные взгляды отражают фокус внимания и предпочтения отдельных специалистов, обеспечивая их теорией и методологией в практической деятельности, но противоречат биопсихосоциальному подходу, полевой [3] и акторно-векторной парадигме [4] в медицине и психологии.

Создание единого поля (среды) в обучении, в котором присутствуют разные специалисты (врачи различных специальностей, медицинские психологи, логопеды, специалисты по социальной работе, воспитатели и т. п.), оказывающие помощь детям и подросткам, решает множество задач и преодолевает обозначенную поляризацию. Единая обучающая среда формирует у специалистов единство взглядов на проблему, создает общий и понятный всем участникам язык, обозначает разные подходы и способы в решении проблем, фокусирует на возможностях и ограничениях специалистов и парадигм, учит взаимодействию и возможности опираться друг на друга, контейнирует накопившееся эмоциональное напряжение, разрешает противоречия. Подобное единое обучение в последнее десятилетие широко практикуется в системе дополнительного профессионального образования (ДПО): создавались кафедры, в названии которых звучали слова психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Сотрудниками нашей кафедры за 10 лет ее существования были разработаны и реализованы 20 обучающих программ для специалистов разного профиля, работающих в системе оказания помощи детям и

подросткам, страдающими нервно-психическими расстройствами.

К нашему сожалению, современные тенденции последипломного образования имеют «сепаративный» вектор. Система непрерывного медицинского и фармакологического образования (НМФО) предполагает ежегодное прохождение 36-часового обучения по программе повышения квалификации врачей по специальности. Такая необходимость делает программы тематического усовершенствования в междисциплинарном обучающем поле практически невостребованными.

Следует отметить, что «не востребованность» определяется не отсутствием личной заинтересованности специалиста, а объективной системной невозможностью. В отличие от старой системы ДПО, в которой врачу, медицинскому психологу было необходимо пройти обучение по программе общего усовершенствования раз в пять лет и такая программа предполагала от 144 до 216 часов обучения, современная система предписывает ежегодное 36-часовое обучение с обязательным набором 14 условных единиц в иных системных мероприятиях. В сумме это 216 аудиторных часов за пять лет с отрывом от работы (если это не дистанционное обучение, о проблемах которого речь пойдет ниже) и пятикратными затратами на проезд, если специалист живет не в городе места обучения.

Проблема организации лечебного процесса в такой системе последипломного образования еще одна «головная боль», по словам руководителей лечебных учреждений, которые не заинтересованы в том, чтобы отпускать специалиста еще на одну форму обучения (например, на тематический курс). Выходом из этой ситуации может служить проведение тематических междисциплинарных циклов на местах, без отрыва специалистов от основного места работы (что активно практиковалось и практикуется нашей кафедрой). Но это возможно лишь в территориально доступных лечебных учреждениях «университетских» городов, а специалисты провинции оказываются лишенными такой возможности.

Другая проблема, о которой часто не принято говорить, - это увеличение нагрузки на специалиста, который вынужден тратить свое личное время на обучение. Отдых, хобби, общение с семьей и друзьями – важные ресурсы профилактики синдрома эмоционального выгорания, который, к сожалению, широко распространен среди специалистов психиатрического, снижая эффективность лечебного процесса [2].

Еще одной проблемой для специалистов и руководителей лечебных учреждений в системе НМФО являются трудности набора условных единиц (УЕ), если специалист работает по двум, а иногда и по трем специальностям (такая ситуация не редкость, а скорее реальность в нашем здравоохранении). В случае если специалист имеет четыре специальности (например, наркология, психиатрия, психотерапия, организация здравоохранения), то он вообще не может одну из специальностей подтверждать в системе НМФО! А если посчитать временные и материальные затраты для подтверждения своей квалификации, то они весьма значимы. Конечно, можно говорить о необходимости выбора специалистом «своей специальности» и совершенствовании в ней, но как быть с потребностями системы оказания психиатрической и наркологической помощи в малых городах и сельской местности, где один специалист выступает в двух или трех должностях?

Оставляя финансовую составляющую новой системы для профессионального анализа экономистами, не могу не задаться «обывательскими» размышлениями: кто будет финансировать обучение, проезд и проживание специалиста, имеющего две или три специальности, два-три раза в год? Эти расходы совершенно точно вырастают! И не ляжет ли их финансирование на плечи самих врачей?

Набор условных единиц в мероприятиях аккредитованных системой НМФО тоже имеет свои «тонкие» места. Участие специалиста в работе секции может дать

ему УЕ только по одной специальности, несмотря на то что конференция посвящена междисциплинарным вопросам...

Система дистанционного обучения, предложение которой призвано решить задачу отдаленности территорий и материальных затрат, также имеет свои ограничения. Безусловно, дистанционные технологии требуют своего развития и внедрения. Теоретически материал можно изучать дистанционно. Однако это лишает обучение важной составляющей – межличностного взаимодействия, ученичества, о значимости которого писал еще наш классик медицинской психологии Лев Выгодский. В оказании психиатрической помощи именно интерперсональный контакт является значимым, а порой и ведущим лечебным фактором. Посредством нисходящих параллельных процессов трансформируется лечебное поле среды, которое порой насыщено объект-объектными, субъект-объектными отношениями [1]. В случае их преобладания в учебной среде все большее дистанцирование между участниками лечебной среды и дегуманизация психиатрической помощи ждут нас в будущем. По нашему мнению, совершенствование интерперсональных практических навыков и овладение новыми компетенциями в специальности психиатрия и психотерапия дистанционно представляется весьма проблематичным, если избегать слова невозможным.

Таков первый взгляд на возникшие проблемы в реализации НМФО с точки зрения преподавателя в этой системе.

Размышления специалиста, вступающего в НМФО, отражают его потребности. Что я как специалист хотел бы получить от этой системы образования? В чем я нуждаюсь? Задавая такой вопрос коллегам, проходящим обучение на кафедре, я получила следующие ответы. Специалистам нужны программы, посвященные актуальным вопросам психиатрии и психотерапии, программы, совершенствующие конкретные навыки (например, психотерапия родительно-детской диады, навыки проведения психотерапевтической группы, психотерапия пациентов с конкретной нозологией и т. д.). Специалисты нуждаются в мероприятиях, профилаксирующих и корректирующих проявления синдрома эмоционального (профессионального) выгорания. Наибольшая заинтересованность проявлена к супервизии и балинтовским группам. На основании этого сотрудники кафедры разработали и проводят обучение в системе НМФО по программам в соответствии с запросом слушателей.

Важным ресурсом, а не противоречием в последипломном образовании, особенно в подготовке психотерапевта, на наш взгляд, являются различные неаккредитованные институты, обучающие конкретному психотерапевтическому методу: групп-анализу, гештальт-терапии, экзистенциальной психотерапии, трансактному анализу и т. д. С каждым годом обучающиеся конкретным методам психотерапии все чаще представлены среди слушателей кафедры, и, по нашим эмпирическим наблюдениям, именно они более всего ориентированы на активные формы обучения.

Система подготовки психотерапевта нуждается в совершенствовании. Программы переподготовки по данной специальности скорее соответствуют задаче «введение в психотерапию» и позволяют овладеть специалисту лишь первичными психотерапевтическими компетенциями. В дальнейшем, чувствуя дефицит профессионализма, психотерапевт совершенствуется самостоятельно, нередко обучаясь конкретному методу. Стихийно сложившийся путь современного психотерапевта подобен «тропе на газоне», указывающей направление в последипломной подготовке: создание программ, а, возможно, и кафедр, обучающих конкретному психотерапевтическому методу в соответствии с общемировыми критериями сертификации специалиста в конкретном методе психотерапии. Возможно, это должна быть программа бакалавриата или магистратуры в системе высшего образования!? Или длительная программа ординатуры. Но это задачи будущего. В настоящем нам представляется возможным и

необходимым учет обучения специалистов конкретному методу в системе НМФО. Для этого представители подобных обучающих институтов должны входить в профессиональные ассоциации, мероприятия которых аккредитованы в этой системе.

Еще одной проблемой, разрушающей общее поле учебной среды, является «подвешенный» статус медицинских психологов, оказавшихся вне системы НМФО. «Откат» назад в интеграции медицинских психологов в медицинское сообщество - не лучшая тенденция в оказании психиатрической помощи, что порой отражается в голословных заявлениях о том, «что психологи мешают развитию психиатрии...». Противопоставление и противостояние «биологически ориентированных» и «психологически ориентированных» специалистов должно остаться в прошлом, а не возрождаться с новой силой в настоящем.

В связи с вышеизложенным выносим на обсуждение следующие предложения для совершенствования системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования:

1. Наряду с очными дневными 36-часовыми формами обучения по программе повышения квалификации врачей по специальности ввести пролонгированные вечерние формы обучения. Это обеспечит проведение супервизии и балинтовских групп в регулярном режиме.

2. Создавать программы повышения квалификации врачей по 2 специальностям, например, психиатрия и психотерапия, и начислять баллы по обеим, если специалист работает по двум специальностям.

3. Сохранить пятилетние циклы обучения, предоставив выбор специалистам, исходя из их предпочтений и возможностей.

4. Создавать программы повышения квалификации в междисциплинарном подходе, по которым могут одновременно обучаться разные специалисты психиатрического профиля, и также начислять баллы в системе НМО.

5. Разработать систему оценки и начисления баллов специалистов, проходящих обучение методам психотерапии в негосударственных институтах, которые входят в профессиональные ассоциации, мероприятия которых аккредитованы в системе НМФО.

6. Обозначить супервизию как необходимый элемент системы НМФО для специалистов психиатрического профиля и осуществлять ее реализацию и в рамках мероприятий профессиональной ассоциации, и в рамках программы повышения квалификации.

7. Включить медицинских психологов в единую систему непрерывного медицинского образования, что позволит сохранить возможность обучения специалистов в междисциплинарном поле.

8. Засчитывать баллы, заработанные на конференциях, по всем специальностям профессиональной деятельности врача.

9. Вести работу по созданию обучающих программ дополнительного профессионального образования конкретному методу психотерапии.

Постскриптум. В то время, когда готовилась эта статья, были внесены очередные изменения в проект приказа Минздрава России от 03.08.2012 №66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». Согласно им «Повышение квалификации работников, направленное на непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации, проводится в течение всей их трудовой деятельности путем

освоения учебных занятий и учебных работ, предусмотренных пунктом 17 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 в объеме не менее 30 академических часов ежегодного, либо не менее 150 академических часов не реже одного раза в 5 лет» [5]... Продолжается обсуждение, а значит остается возможность сохранить условия для развития и совершенствования мультидисциплинарного подхода и в обучении специалистов, и в лечении пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Городнова М.Ю. Психология лечебной среды наркологического стационара // Наркология.2015. № 9. С. 62–69.
- 2.Городнова М.Ю. Теория поля в современной психологии и психотерапии // Психическое здоровье. 2016. Т. 14. № 1 (116). С. 56-65.
- 3.Городнова М.Ю. Синдром эмоционального выгорания у специалистов «помогающих» профессий // Психическое здоровье. 2014. № 8. С. 56–60.
- 4.Эйдемиллер Э.Г., Тарабанов А.Э. Сетевая и нарративная модель психопатологии: интерперсональная нейробиология в 21 веке. Постановка проблемы и перспективы развития // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2016. Т. XLVIII. № 4. С. 85-87
- 5.URL:<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56627449> (дата обращения 20.02.2018).

REFERENCES

- 1.Gorodnova M.Ju. Psihologija lecebnoj sredy narkologicheskogo stacionara // Narkologija.2015. № 9. S. 62–69.
- 2.Gorodnova M.Ju. Teorija polja v sovremennoj psihologii i psihoterapii // Psihicheskoe zdorov'e. 2016. T. 14. № 1 (116). S. 56-65.
- 3.Gorodnova M.Ju. Sindrom jemocional'nogo vygoranija u specialistov «pomogajushhih» professij // Psihicheskoe zdorov'e. 2014. № 8. S. 56–60.
- 4.Jejdemiller Je.G., Tarabanov A.Je. Setevaja i narrativnaja model' psihopatologii: interpersonal'naja nejrobiologija v 21 veke. Postanovka problemy i perspektivy razvitija // Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V.M. Behtereva. 2016. T. XLVIII. № 4. S. 85-87
- 5.URL:<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56627449> (data obrashhenija 20.02.2018).

M.Yu. Gorodnova

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO MENTAL HEALTH CARE AND CONTINUING MEDICAL EDUCATION

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. The authors present the difficulties and bottlenecks in the process of transition to a new system of continuous medical and pharmacological education. According to the author, the interdisciplinary approach in psychiatry and the concept of continuing medical education are in contradiction. The improvement of the education system should be based both on the individual needs of the system participants and on the system needs as a whole. The issues of distance learning, funding and organization of education are discussed. The author makes proposals to preserve the interdisciplinary educational environment.

Keywords: interdisciplinary approach, continuous postgraduate medical and pharmaceutical education, psychiatrist, psychotherapist, medical psychologist, learning environment

**ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА
В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье поднимается вопрос об объективности психиатрического обследования в раннем детском возрасте. Целью исследования была разработка основных принципов и конкретных методик психопатологической диагностики детей первых лет жизни. Приводятся результаты практической работы с пациентами раннего возраста в период 2001-2016 гг. На материале осмотра 1309 детей в возрасте от 8 мес до 4 лет 9 мес с разными психиатрическими диагнозами были сформулированы общие принципы психопатологической диагностики, поставлены организационные задачи психиатрического консультирования в раннем возрасте, сформулированы этико-деонтологические принципы, описаны особенности психопатологического осмотра детей первых 3-4 лет жизни.

Ключевые слова: психические расстройства раннего детского возраста, младенческая психиатрия, психиатрическое обследование в раннем возрасте.

Попытка расширить представление о нормативных психических процессах раннего детства и соотнести их с психопатологическими симптомами, специфичными для данного возрастного периода, предпринималась клиницистами давно, еще с момента выделения детской психиатрии в самостоятельное научно-практическое направление [15]. Заинтересованность в ранней диагностике психических расстройств, начинающихся в первые 3-4 года жизни, особенно заметна в наше время, когда отмечается тенденция к ранней социализации детей, продолжающееся изменение традиционного семейного уклада, постоянно возникающие инновации в дошкольном обучении и воспитании и др. В психиатрической литературе большое место традиционно отводится описанию психических расстройств, дебют которых чаще всего приходится на ранний детский возраст [1, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 18]. При этом проблема психиатрического осмотра детей первых лет жизни поднимается в относительно небольшом числе работ [3, 5, 8, 12]. Между тем вопрос о методологии психиатрического осмотра раннего возраста, принимая во внимание уникальность периода раннего детства и системы складывающихся отношений ребенка с окружающим миром, является ключевым, имеющим отношение к достоверности получаемых данных.

В настоящее время в нашей стране и за рубежом разработано большое число тестов и опросников для детей первых лет жизни, в том числе скрининговых, основанных на родительских самоотчетах. Таким образом специалисты делают предварительное заключение о присутствии симптомов психического расстройства у ребенка или о возможном риске его развития [2, 17]. При этом в литературе активно обсуждается диагностическая точность критериев расстройства и их динамика в разные возрастные периоды [19]. Однако, очевидно, что, прежде чем описывать отдельные симптомы и симптомокомплексы и обсуждать спорные вопросы риска развития того или иного заболевания, необходимо решить вопрос о том, каким способом они выявляются. Имеются в виду как отдельные методики, так и общий концептуальный подход, т. е. принципиальная правомерность использования тех или иных способов оценки психического статуса ребенка.

Роль родительского фактора в диагностике расстройств первых лет жизни трудно переоценить. Психиатрию раннего возраста справедливо называют психиатрией детско-родительских отношений [5]. Практическим специалистам хорошо известно, что профессиональной оценке пациента психиатром всегда предшествует мнение о нем родителей (или законных представителей). Значит, любые жалобы на психическое здоровье ребенка, включая анамнез жизни и заболевания, как и вообще необходимость обращения за детской психиатрической помощью, формулируются прежде всего ближайшими взрослыми, а, следовательно, преломляются через их взгляд на развитие и воспитание детей. Вне зависимости от степени эмоциональной близости ребенка и взрослого практическим специалистам всегда приходится сталкиваться с феноменом искажающих родительских установок в отношении как гиподиагностики, так и гипердиагностики симптомов психического расстройства.

Вопрос о том, что и каким образом выявлять в ходе клинической психиатрической беседы, вполне очевиден применительно к взрослым и подросткам. Однако уже в дошкольном возрасте, а зачастую и у школьников, традиционное психопатологическое обследование сталкивается с рядом объективных проблем, затрудняющих диагностический процесс и делающих клиническую беседу не в полной мере информативной. Что касается раннего возраста, то он долгое время вообще считался выходящим за пределы «досягаемости» психиатра. В работах, посвященных психиатрическому осмотру в раннем детском возрасте, подчеркиваются не просто его существенные отличия от аналогичного процесса у взрослых, но и необходимость владения особыми, специфическими методиками и приемами (Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 2004; Г.В. Козловская, 2004) [12].

Целью настоящего исследования была формулировка основных принципов и конкретных методик психопатологической диагностики пациентов раннего детского возраста, которые бы обеспечивали наибольшую объективность психиатрического осмотра ребенка первых лет жизни и позволили использовать в перспективе психопатологический метод в качестве ведущего для диагностики психиатрических расстройств раннего детства.

Задачами исследования были: 1) формулировка общих принципов психопатологической диагностики в раннем возрасте, наиболее полезных для оценки психического статуса ребенка, учитывая его возраст, систему складывающихся детско-материнских отношений, имеющиеся возможности для медико-педагогической интервенции; 2) постановка организационных задач психиатрического консультирования в раннем детстве; 3) обсуждение эτικο-деонтологических принципов оказания психиатрической помощи в раннем возрасте; 4) формулировка специфики психиатрического обследования в раннем детском возрасте, анализ наиболее важных психических сфер, значимых для оценки и описания психического статуса.

Материалом послужил опыт практической работы с пациентами раннего возраста на базе консультативного отделения СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина Санкт-Петербурга». В период с 2001 по 2016 гг. было осмотрено 1309 пациентов в возрасте от 8 мес. до 4 лет 9 мес. (705 мальчиков, 604 девочек) с разными психиатрическими диагнозами.

В ходе исследования были сформулированы следующие наиболее важные принципы психопатологической диагностики в раннем возрасте.

Во-первых, это принцип, который можно условно обозначить как «объяснительный» (близкий по смыслу термин «доказательный» в данном случае не совсем

подходит, поскольку речь не идет о строго научном обосновании). Практическая работа показывала, что оценка психического статуса ребенка, основанная только на общем клиническом «впечатлении» и мотивированная высоким уровнем «экспертности» клинициста (например, большой опыт работы, клиническая интуиция, принадлежность к престижной психиатрической школе и др.) все более подвергается критике как со стороны пациентов, так и со стороны коллег-психиатров. Недостаточной является простая констатация психиатрического диагноза. Необходимо объяснить возможный механизм имеющихся отклонений, пояснить их на конкретном примере, наметить ближайшее направление развития, сформулировать реалистический прогноз и дать рекомендации практического свойства.

Проблема формулировки психиатрического диагноза. Совершенно очевидно, что перед тем, как ответить на вопрос родителей, чем страдает их ребенок, необходимо в доступной форме рассказать, какие психиатрические расстройства (диагнозы) бывают в этом возрасте вообще и раскрыть их суть (психообразовательная цель).

Ответ на вопрос «Какой у ребенка диагноз?» должен сопровождаться, по возможности, обсуждением конкретных проявлений расстройства у обследуемого ребенка, а не использованием лишь избитых диагностических штампов. Иными словами, надо описать симптомы расстройства, а не просто назвать малопонятный родственникам термин.

Получение объективной информации о диагнозе, актуальном уровне психического ребенка развития, а также о том, какими знаниями и навыками он должен владеть исходя из своего возраста, снижают психологически понятную тревогу родителей, способствуют более глубокому пониманию его особенностей, определяют факт эмоционального принятия ребенка и признание его индивидуальных качеств.

Во-вторых, это использование эволюционно-онтогенетического принципа в диагностике заболеваний [4, 14]. Рассмотрение симптомов психических расстройств в понятиях переходных, задержанных (ретардированных), регрессивных и др. форм, а также их эволюционно-биологических «аналогов» в настоящее время прочно вошло в практику детского психиатра и широко используется при описании психических расстройств раннего детства.

В-третьих, это учет конституциональных особенностей психики ребенка. Основой для выявления тех или иных врожденно обусловленных психических свойств и предрасположенности к определенным психопатологическим реакциям являются описанные С.С. Мнухиным типы психического недоразвития – стенический, астенический, атонический и их разновидности [7]. В связи с этим в ряде случаев дискуссионной представляется квалификация состояния ребенка как задержки или отставания развития той или иной функции (например, внимания). Речь может идти о врожденно обусловленных особенностях, мало развивающихся и трансформирующихся со временем, часто остающихся в неизменном виде в течение всей жизни. К таковым относятся, например, апрозексия при атонической разновидности психического недоразвития.

Результатами исследования было показано, что психиатрическое консультирование и курация детей раннего возраста связаны с решением ряда практических задач. К ним относятся: необходимость выявления психических расстройств, дебют которых чаще всего приходится на ранний возраст (общее психическое недоразвития, детский аутизм, темповая задержка психического развития и др.); формулировка психиатрического диагноза, который в данном возрасте может быть не

окончательным; ранняя медико-педагогическая интервенция; определение педагогического «маршрута» ребенка; диагностика детско-родительских отношений, семьи в целом; психообразовательная работа с родителями; превенция психологического кризиса семьи в связи с возможным «открытием аномальности» ребенка; формирование приверженности психиатрическому консультированию и наблюдению. Исходя из представленных выше задач, ранняя психиатрическая интервенция представляется обоснованной и мотивированной, а организация психиатрической помощи для детей первых лет жизни практически востребованной.

В ходе исследования обсуждались эτικο-деонтологические проблемы оказания психиатрической помощи в раннем возрасте. Заинтересованность родителей в нормальном, если не опережающем уровне интеллектуального развития ребенка в первые годы жизни стала особенно заметна в наше время. В дальнейшем по мере их взросления, личностного созревания и обретения самостоятельности подобный «запрос» снижается и родительская оценка способностей ребенка становится более реалистичной. Зависимость обращения к психиатру в раннем возрасте от субъективных причин (родительские амбиции, эмоциональное приятие или отторжение ребенка и др.) ярко проявляется в мотивах обращения. Практическая работа показывает, что психиатр раннего возраста относительно редко консультирует пациентов, поведение и интеллектуальные достижения которых оцениваются родителями объективно. В таких случаях просьбы, с которыми обращаются родственники, вполне соответствуют кругу компетенций психиатра и его профессиональным возможностям: оформление инвалидности, выбор типа учреждения, медикаментозная и психотерапевтическая коррекция поведения. Значительно чаще психиатрическая консультация ребенка первых 3-4 лет жизни сопровождается либо гипонозогнозической, либо гипернозогнозической установкой родителей.

Психиатр, ведущий лечебно-диагностическую работу с пациентами первых 3-4 лет жизни, всегда находится в сложной эτικο-деонтологической ситуации, которая связана с объективными трудностями постановки психиатрического диагноза в раннем детстве. К таковым относятся: рудиментарность и незавершенность клинических проявлений психических расстройств, их атипичность, сложность проведения грани между симптомами заболеваний и нормативными психическими процессами, недостаточная разработанность семиотики психических расстройств раннего возраста и методическими приемами их выявления, неполное и противоречивое представление об этиологии, клинике и течении заболеваний. Сложность и неоднозначность психопатологической оценки ребенка раннего возраста заставляют клинициста в каждом конкретном случае делать нелегкий выбор между выполнением профессионального врачебного долга и потребительских услуг.

Результаты исследования показали, что традиционное психиатрическое обследование (беседа и наблюдение) в раннем детском возрасте имеет свою специфику [3]. Имеются объективные трудности психопатологической диагностики детей раннего возраста, заключающиеся в невозможности проведения полноценной клинической беседы с пациентом. Ограниченным является и клиничко-анамнестический метод. В этих условиях основной акцент делается на ситуационное клиническое наблюдение за ребенком, дополненное контекстуальным анализом. Последний представляет собой обсуждение с родителями характера и причин детского поведения (Что и как он делает в настоящее время? Почему? и др.). Одновременно решаются психообразовательные задачи (В чем смысл его поступков? Для чего они нужны? Какое они имеют значение для развития? Чего хочет добиться ребенок? В чем нуждается ребенок в данном возрасте и Ваш в частности? и

др.). Реализуются цели поведенческой психотерапии (Как относиться к поступкам ребенка? Как добиться эффективного воздействия на него? Какие меры допустимы по отношению к малышу? Что Вы делаете не так в общении с Вашим малышом? Какие меры будут действенны в отношении Вашего сына/дочери?).

Контекстуальный анализ особенно необходим в случае, когда имеет место задержка/отставание в развитии и отдельные поступки и действия ребенка, как и поведение в целом, остаются мало понятными для родителей. Потребность в контекстуальном анализе тем выше, чем ниже возраст пациента.

В ходе ситуационного клинического наблюдения оцениваются и обсуждаются как отдельные психические функции, такие как восприятие, мышление, произвольная деятельность, эмоциональные реакции, внимание, память, так и интегративные функции – речь (активная и пассивная), общение, игровая деятельность и др.

Тот факт, что клиническое наблюдение включает в себя оценку сложных форм поведения, методически сближает психопатологическое обследование ребенка раннего возраста с экспериментально-патопсихологическим подходом. Общее здесь то, что широко используется стимульный материал (игрушки, пирамидки, пазлы и др. диагностические пособия). Но результаты данного обследования интерпретируются обычно качественно.

Важным методическим приемом является предоставление самостоятельности ребенку в ходе психиатрического приема, временное «освобождение» его от зрительного и территориального контроля со стороны взрослых. Родителям предлагается фиксировать внимание на враче, заинтересованно ведя диалог, не отвлекаясь на ребенка и не корректируя его поведение. Таким образом оказывается возможным наблюдение за спонтанной активностью пациента. Данный прием, отработанный в ходе многолетней практики клинического психиатрического осмотра, в дальнейшем может иметь и большое психотерапевтическое значение. Таким образом мать учится отказываться от перманентного контроля за ребенком, формирует у него зачатки чувства самостоятельности и личной ответственности, проводит «смысловую» границу между собой и ребенком. Эти же приемы лежат в основе навыков поведенческого управления (parent management training) и терапии детско-родительского взаимодействия (parent-child interaction therapy) в случае как нормативного, так и аномального психического развития [16].

Описание психического статуса. Анализ и интерпретация психических функций, выявление симптомов психических расстройств традиционно строятся на описании психического статуса. В психическом статусе ребенка раннего детства в принципе описываются все те психические функции, что и в любом другом возрасте. Это – восприятие, мышление, эмоции, произвольная и инстинктивная деятельность, внимание, память, интеллект, сознание.

Но для этого необходимо знать, на основе каких форм психической деятельности они могут быть выявлены. Иначе говоря, что непосредственно подлежит описанию и клинической интерпретации у ребенка раннего возраста?

Опыт практической работы показывает, что психический статус ребенка первых 3-4 лет жизни наиболее целесообразно оценивать на основании таких интегративных форм поведения, как игра, общение, речь и двигательная активность. Например, игра (игровая деятельность) наиболее достоверно отражает уровень развития логических операций (мышления) и учитывается при оценке сформированных на момент осмотра интеллектуальных достижений. В общении отражаются как характеристики когнитивного развития (мышление, речь), так и состояние аттензивных функций, произвольный психический контроль, уровень эмоцио-

нального развития.

К важным сведениям, которые подлежат обязательному выявлению в ходе клинико-anamnestической беседы, относится уровень развития самостоятельности ребенка, проявляющийся ко всему прочему развитостью бытовых и культурно-гигиенических навыков (опрятность, самообслуживание и др.). Они, наряду с игровой деятельностью, отражают факт успешного прохождения ребенком начальных этапов когнитивного и личностного созревания.

Для формулировки клинического диагноза необходимо дать качественную оценку состояния вышеописанных функций, опираясь на нормативные этапы развития психики ребенка, представления о ретардированных и регрессивных психических явлениях.

Таким образом, результаты настоящего исследования позволили сформулировать некоторые основополагающие принципы психопатологической диагностики детей раннего возраста и сформировать целостное представление о клинико-диагностическом процессе в раннем возрасте, включая организационную, этико-деонтологическую и инструментально-методическую его составляющие.

Отдельные методики и приемы психиатрического обследования в раннем детстве в настоящее время активно разрабатываются. В любом случае они являются частью единого клинико-реабилитационного процесса, объем и содержание которого не ограничивается лишь психиатрическим вмешательством, являясь меж- и мультидисциплинарным, синтезирующим знания и компетенции разных специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. – СПб: Наука и техника, 2017. – 288 с.
2. Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста. – Воронеж: 2015. – 52 с.
3. Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте: учебное пособие для последиplomного образования. – СПб., 2017. – 92 с.
4. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агенство», 2018. – 504 с.
5. Козловская Г.В., Скобло Г.В. Состояние психического здоровья детей раннего возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89, № 8. – С. 1455-1461.
6. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста: руководство для врачей. – СПб: Питер, 2001. – 256 с.
7. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. – СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. – С. 114-134.
8. Северный А.А., Иовчук Н.М. Психосоматические «маски» в детско-подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13), № 1. – С. 92-95.
9. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей. – М: Авторская академия, 2013. – 264 с.
10. Симсон Т.Н., Кудрявцева В.П. Клиника, этиология и патогенез шизофрении у детей и подростков / Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медгиз, 1959. – С. 11-52.
11. Скобло Г.В. Анализ первых международных классификаций нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве // Журн. неврол. и психиатрии

им. С.С.Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 5. – С 4-9.

12. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., перераб. и доп. / Под. ред. С.Ю. Циркина. – СПб: Питер, 2004. – 896 с.

13. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы). – М: Медицина 1974. – 320 с.

14. Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Природа и проявление психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13), № 1. – С. 5-15.

15. Штротмайер В. Лекции по психопатологии детского возраста для врачей и педагогов / Под ред. и с прим. Г.И. Россолимо. – М.: книгоиздательство Т-ва И. Д. Сытина, 1913. – 477 с.

REFERENCES

1. Voronkov B.V. Psihijatrija detej i podroستkov. – SPb: Nauka i tehnika, 2017. – 288 s.

2. Vyjavlenie riska razvitija rasstrojstv autisticheskogo spektra v uslovijah pervichnogo zvena zdravoohranenija u detej rannego vozrasta. – Voronezh: 2015. – 52 s.

3. Grechanyj S.V. Psihopatologicheskaja diagnostika v rannem detskom vozraste: uchebnoe posobie dlja poslediplomnogo obrazovanija. – SPb., 2017. – 92 s.

4. Klinicheskaja psihoterapija (instinktivno-povedencheskie i nejropsihologicheskie modeli) / Pod red. Ju.S. Shevchenko. – M.: ООО Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agenstvo», 2018. – 504 с.

5. Kozlovskaja G.V., Skoblo G.V. Sostojanie psihicheskogo zdorov'ja detej rannego vozrasta (kliniko-jepidemiologicheskoe issledovanie) // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1989. – Т. 89, № 8. – S. 1455-1461.

6. Mikirtumov B.E., Koshhavcev A.G., Grechanyj S.V. Klinicheskaja psihijatrija rannego detskogo vozrasta: rukovodstvo dlja vrachej. – SPb: Piter, 2001. – 256 s.

7. Mnuhin S.S. Hrestomatija po psihijatrii detskogo vozrasta. – SPb.: Izdatel'stvo R. Aslanova «Juridicheskij centr Press», 2008. – S. 114-134.

8. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Psihosomaticheskie «maski» v detsko-podroستkovom vozraste // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. – 2013 (13), № 1. – S. 92-95.

9. Simashkova N.V. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. – M: Avtorskaja akademija, 2013. – 264 s.

10. Simson T.N., Kudrjavceva V.P. Klinika, jetiologija i patogenez shizofrenii u detej i podroستkov / Shizofrenija u detej i podroستkov. – M.: Medgiz, 1959. – S. 11-52.

11. Skoblo G.V. Analiz pervyh mezhdunarodnyh klassifikacij na-rushenij psihicheskogo zdorov'ja v mladenchestve i rannem detstve // Zhurn. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2013. – Т. 113, № 5. – S 4-9.

12. Spravochnik po psihologii i psihijatrii detskogo i podroستkovogo vozrasta: 2-e izd., pererab. i dop. / Pod. red. S.Ju. Cirкина. – SPb: Piter, 2004. – 896 s.

13. Suhareva G.E. Lekcii po psihijatrii detskogo vozrasta (Izbrannye glavy). – M: Medicina 1974. – 320 с.

14. Shevchenko Ju.S., Bazdyrev E.I. Priroda i projavlenie psihopatologicheskogo diateza (jevoljucionno-biologicheskij vzgljad) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. – 2013 (13), № 1. – S. 5-15.

15. Shtromajer V. Lekcii po psihopatologii detskogo vozrasta dlja vrachej i pedagogov / Pod red. i s prim. G.I. Rossolimo. – M.: knigoizdatel'stvo T-va I. D. Sytina,

1913. – 477 s.

16. Eyberg S.M., Funderburk B.W., Hembree-Kigin T.L. et al. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family // Child and Family Behavior Therapy. – 2001. – Vol. 23. – P. 1–20.

17. Geier D.A., Kern J.K., Geier M.R. Comparison of the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and the Childhood Autism Rating Scale (CARS) for the Quantitative Evaluation of Autism // Journal of mental health research in intellectual disabilities. – 2013. – Vol. 6 (4). – P. 255–267.

18. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact // Nerv. Child. – 1943. – № 2-3. – P. 217-25.

19. Magiati I., Moss, J., Yates, R. et al. Is the Autism Treatment Evaluation Checklist a useful tool for monitoring progress in children with autism spectrum disorders? // Journal of intellectual disability research. – 2011. – Vol. 55 (3). – P. 302–312.

20. Spitz R.A., Wolf K. M. Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood // The psychoanalytic Study of Child, N.Y.: International Univ. Press. – 1946. – V. 2. – P. 313-324.

S.V. Grechanyi

PROBLEMS AND TASKS OF THE PSYCHOPATHOLOGICAL METHOD IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN EARLY CHILDHOOD

St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg).

Summary: the article raises the question of the objectivity of psychiatric examination in early childhood. The aim of the study was the development of basic principles and specific methods of psychopathological diagnosis of children of the first years of life. Results of practical work with patients of early age in the period of 2001-2016 are given. On the basis of the examination of 1309 children aged 8 months up to 4 years 9 months with different psychiatric diagnoses, general principles of psychopathological diagnosis were formulated, organizational tasks of psychiatric counseling at an early age were formulated, ethical-deontological principles were formulated, and the features of psychopathological examination of children of the first 3-4 years of life were described.

Keywords: mental disorders of early childhood, infantile psychiatry, psychiatric examination at an early age.

ПРОБЛЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО
МГППУ(Москва).

Резюме. В статье представлены основные позиции пленарного доклада, посвященного актуальным проблемам современной патопсихологической диагностики у детей и подростков с нарушенным психическим здоровьем. Обозначены общие и частные тренды в области психического здоровья детей и подростков в отечественном и зарубежном подходах. Приведены базовые виды деятельности клинических психологов, прописаны проблемы в диагностике, связанные с инструментарием (отечественный, зарубежный), типом диагностики (номотетический, идиографический), организационными вопросами, динамикой психической патологии на фоне цивилизационных и социокультурных изменений и др.

Ключевые слова: детская клиническая психология, психологическая диагностика, номотетический и идиографический подходы.

Цель доклада - выделение круга проблем психологической диагностики в современной детской патопсихологии; акцент на общих и частных трендах и проблемах, существующих в зарубежном и отечественном подходах. Дополнительно - обозначение тех изменений, которые являются ведущими в современной детской психиатрии и связанные с этим вопросы обеспечения средств и решения задач психологической диагностики на актуальном этапе развития оказания помощи детям и подросткам с нарушениями психического здоровья (пример – психологическая диагностика в ФГБНУ НЦПЗ).

Речь идет о «детской патопсихологии» (примерный аналог за рубежом - психопатология развития –development psychopathology), которая в отечественной науке и практике рассматривается как часть медицинской (клинической) психологии, можно использовать синонимы: детская клиническая психология, клиническая психология детей и подростков, психология аномального развития, психология дизонтогенеза, клиническая психология развития и др. Эти области знания и практики имеют много общего и в предмете, и в методологии, и технологии работы специалистов [1, 2, 14, 15].

Современная клинико-психологическая диагностика – первое звено в последующей работе (коррекционной, реабилитационной, психотерапевтической); это может быть как первый и единственный, так и только один из первых этапов работы психолога в цепочке последующей коррекционной работы, психологического сопровождения, лечебной деятельности и т. п.

Традиционные и новые виды деятельности клинического психолога (патопсихолога) [2]:

- ✓ Дифференциальная клиническая диагностика, участие в нозологической диагностике.

- ✓ Количественная и качественная оценка, диагностика нарушений по сферам психики: когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационно-волевой, коммуникативной (когнитивное и социальное функционирование).

- ✓ Определение типа дизонтогенеза.

- ✓ Выделение нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности, прогноз развития ребенка с отклонениями..

✓Психотерапия и психологическая коррекция нарушений развития детей и подростков..

✓Разработка новых средств диагностики и коррекции.

✓Экспертная работа по социальному запросу.

✓Участие в оптимизации воспитания больного ребенка.

✓Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями.

✓Профессиональная ориентация, социальная поддержка, реабилитация и абилитация детей с отклонениями в развитии.

Как видно из этого перечисления, во всех видах деятельности детских клинических психологов существенное место занимает диагностика.

Можно выделить несколько важных изменений и устоявшихся принципов современной патопсихологической диагностике, которые могут быть в том числе источниками проблем в работе.

1.Наличие двух условно конкурирующих типов средств психологической диагностики (идеографические и номотетические средства диагностики) и отсутствие жестких стандартов психологической диагностики в отечественной клинической психологии, вопросы выбора и адаптации лучших зарубежных средств клинико-психологической диагностики.

2.Расширение сферы деятельности патопсихологической и клинико-психологической диагностики на новые области (новые области приложения в медицине, образовании, социальной работе и реабилитации) с одновременным расширением психологической диагностики в сфере услуг (клиники, центры, школы, частная практика и т. п.).

3.Оргвопросы, связанные со взаимодействием науки и практики (поисковые работы в науке, создание новых средств исследования и запросы со стороны практики на определенные задачи и виды психологической диагностики)

4.Отсутствие единообразия в программах подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов-психологов имеет свои плюсы (широкая база для диагностики, большой спектр средств и технологий, возможности развития) и минусы (разнообразие средств вплоть до рассогласования оценки результатов диагностики и др.).

5.Постулирование комплексного мультидисциплинарного подхода к клинико-психологической диагностике, совместная работа специалистов, при этом имеется как успешное взаимодействие и преемственность, так и дискоординированность деятельности разных психологических служб помощи и сопровождения детей, медицинских учреждения и организаций в области социальной защиты.

Свою лепту в спектр проблем диагностики вносит и соотношение методологии отечественного и зарубежного (мирового) подходов. Здесь много различий, наиболее существенные можно описать дихотомиями «отечественный – зарубежный подход»: качественный подход с количественной оценкой - закрепленные стандарты диагностики; «широкое» исследование – углубленное изучение отдельных нарушений с применением специализированных стандартизованных средств. Но есть и взаимопроникновение и дополнение: использование достижений мировой психометрики в отечественной патопсихологии; применение элементов культурно-исторического подхода в организации психологического сопровождения и обучения за рубежом, опыт совместных проектов по разработке и адаптации новых диагностических средств.

Существующая в мире глобализация и цивилизационные изменения нашей жизни также оказывают свое воздействие на возможности диагностики. На кон-

грессе ESCAP в Женеве в 2017 г. обсуждались и акцентировались изменения в науке и практике оказания помощи детям и подросткам с нарушениями психического здоровья. Среди них - возросшее значение роли нейробиологической основы психоза и связанное с этим широкое применение методов нейровизуализации (ЭЭГ, ЯМР, ПЭТ, МЭГ и др.), генетических методов, помогающих в диагностике патологии мозга, нарушений развития, что требует от психологов и других специалистов умения «читать» эту новую информацию, вовремя направить на специализированную консультацию и обследование и т. п. [15]

Многое изменилось и в диагностике и лечении – на первый план выступают раннее выявление и своевременное начало лечения психоза, что может снизить риск рецидива и ухудшения состояния. Также полагают, что раннее лечение может предотвратить терапевтическую устойчивость. Декларируется также индивидуальный подход к диагностике и лечению. Важно отметить, что большое значение придается профилактике и своевременному выделению «подпороговых симптомов психоза» (так называемых аттенуированных симптомов). Их перечисление можно представить в соответствии с тремя группами симптоматики – позитивной (необычное содержание мыслей, нарушения восприятия и др.), негативной (снижение эмоциональной экспрессии социальных интересов, низкая мотивация, трудности абстрактного мышления, проблемы с обучением), общей дезорганизации (своеобразие речи и поведения, проблемы с фокусом внимания, нарушения в гигиене и др.). Акцент на ранней диагностике потребует и от психологов новых инструментов и подходов [14, 15].

В конце XX–начале XXI веков происходит закономерное видоизменение представлений о развитии. Существенным является и появление новых конструктов и модификация содержания старых (понятия онтогенеза-дизонтогенеза, пластичности детского мозга, представления о системном строении психики, культурно-исторический подход и т. п.); возникают и активно применяются не только новые средства диагностики, лечения, но меняются также образовательные стратегии и технологии (как в отношении нормативного, так и отклоняющегося развития). Кроме того, к цивилизационным «достижениям» можно отнести динамику старых, изменение привычных и знакомых форм нарушенного развития, наряду с появлением новых биологически и культурально обусловленных новых форм патологии развития и видов соматической и психологической патологии (аутизм и РАС, СДВГ, генетические синдромы, ПСТР, разнообразные зависимости и т. п.).

Отдельно укажем на изменение представлений о лечении. Прежде всего, накоплен значительный опыт лечения различных нервно-психических заболеваний фармакологическими средствами, определены стандарты применения фармлечения. Требуется учет стигматизирующего влияния СМИ. Есть и сложности, обусловленные широким распространением **отказа от лечения** ребенка, страх перед вакцинациями, таблетками, инъекциями, когда для родителей страх лечения и врача сильнее страха болезни и ее последствий. Для всех специалистов, работающих с детьми, можно отметить одновременно и ограничение (информированное согласие родителей или опекунов) и расширение возможностей диагностики, лечения и реабилитации [2].

Вышесказанное обуславливает постановку новых научных и практических задач психологической диагностики развития - не только традиционных форм психической патологии детства и подростничества, но и детей с последствиями осложненного перинатального анамнеза, нарушениями развития, вызванными разнообразными цивилизационными факторами (поколения детей ЭКО, рост суррогатного материнства, уменьшение младенческой смертности и развитие медицины и др.)

В настоящее время фокус внимания детских клинических психологов сме-

стился с теоретических проблем психического развития и закономерностей его нарушения в область практической помощи детям и подросткам с нарушенным развитием и их семьям, абилитации и реабилитации, инклюзивного образования. Обновился формат работы с семьей и родительскими сообществами (как и кому сообщать, например, о результатах диагностики). Все это приводит к видоизменению и формата проведения патопсихологической диагностики, и коррекции применяемого спектра диагностических средств.

Вектор применения средств психологической диагностики - от идиографического к номотетическому подходу в выборе средств диагностики и снова к индивидуализированному. В настоящее время существует две противоположные тенденции – индивидуализация диагностики и ее типизация, стандартизация. Такие подходы в психологической диагностике близки разделению и в медицине: строго научный подход, где больной человек – это объект, который изучается методами количественной оценки показателей, результаты диагностики и научных исследований обязательно должны воспроизводиться, фокус в анализе на количественной оценке, междисциплинарные связи – только с естественно-научными направлениями, прежде всего биологией. В противоположность такому выделяют своего рода художественный подход, «Arsmedica», где пациент уже субъект, с ним работают с помощью идиографического подхода, воспроизводимость данных не является строгим требованием, а среди междисциплинарных связей – широкий спектр самых различных научных направлений и естественно-научного, и гуманитарного.

Ниже рассмотрим проблемы, встающие перед специалистами-психологами, работающими в Научном центре психического здоровья и специфику патопсихологической диагностики. Подход медицинских психологов НЦПЗ имеет свою четкую специфику и отличительные черты:

1.Продолжение экспериментальной традиции отечественной школы патопсихологии (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков, Т.К. Мелешко, В.В. Лебединский и др.) [6, 7, 9, 10, 11, 12].

2.Основу методологии составляет системный деятельностный подход к становлению и распаду психической деятельности при отклоняющемся развитии.

3.Базовая модель для изучения когнитивного дизонтогенеза – познавательная деятельность детей и подростков при эндогенной психической патологии (шизофрении).

4.Применение метода поперечных возрастных срезов в широком возрастном диапазоне – от 7 до 16 лет для основной клинической группы патологии с искаженным типом дизонтогенеза, для контрольной группы нормы и групп сравнения с другими типами дизонтогенеза

5.Итог диагностики - синдромный анализ (патопсихологический синдром) и квалификация видов психического дизонтогенеза (на примере когнитивного дизонтогенеза)

Учитывая современные тенденции развития психологической диагностики в других областях клинической психологии, мы реализуем и современные тенденции, такие как балльная оценка (в нейро- и патопсихологии); разработка разнообразных профилей развития. В работе применяются наряду с качественным анализом, данными наблюдения и анамнеза сложные математические процедуры (регрессионный и кластерный анализ, факторный конфирматорный анализ, использование Z-шкал) [3]. В НЦПЗ постоянно ведется разработка новых методики тестов под конкретные практические (исследовательские) задачи. Адаптация зарубежных средств диагностики имеет свои трудности, связанные с выбором наиболее эффективных и валид-

ных методик, а также с вопросами адекватного перевода и стимульного материала, и оценочных процедур. Внимание к анамнезу и особенностям развития (сроки, milestones), учет клинических факторов (возраст начала и длительность заболевания, ведущие синдромы, прогрессивность и т. п.), комплексная работа вместе с врачами и научными сотрудниками – все это определяет своеобразие и точность патопсихологической диагностики в НЦПЗ. Существенным для диагностики представляется проводимый нами анализ динамики изменений в лонгитюде с целью выявления прогностически значимых параметров нарушений когнитивного и личностного функционирования и выделения ключевых клинических параметров.

Собственно методический инструментарий включает различные тесты оценки интеллекта и личности (оригинальные, переводные и адаптированные, сконструированные), а также диагностические и исследовательские процедуры из других областей мировой психологии (EAT-26, IAPS и др.), экспериментальные методики, проективные методики (в том числе рисуночные и ассоциативные). Существенное место занимают методики по диагностике разных аспектов модели психического.

Подводя итог обсуждению проблем диагностики, следует упомянуть и о проблеме нормы и норматива развития (во всех сферах психики) [13]. Нами изданы два методических пособия по диагностике когнитивного развития детей и подростков в норме и при эндогенной психической патологии. В этих методических рекомендациях подробно описываются применяемые методики, дана нормативная таблица для большинства методик в широком возрастном диапазоне [4, 5]. Учитывая, что при диагностике мы часто встречаемся с разным уровнем развития психических процессов, важно поставить дискуссионный вопрос – могут ли какие-то компоненты психических функций быть «в норме» при наличии психической патологии? Если да, то как это объяснить, а если нет, то куда относить нормативные показатели когнитивного развития детей с разными вариантами нервно-психической патологии?

В любой диагностике можно выделить инструмент, средства работы и субъекта (специалист, ребенок, его родители) работы или вмешательства. В отечественной патопсихологии нет единого стандарта патопсихологической диагностики, в этом свои плюсы (индивидуализированный подход) и минусы (трудности сопоставления, вопросы квалификации и др.). Необходимость широкой подготовки специалистов для решения разных задач диагностики (для дифференциальной диагностики, для последующего терапевтического и коррекционного вмешательства).

Рассматривая диагностику в контексте субъекта процесса, необходимо помнить, что в детской клинической психологии, патопсихологии мы имеем дело с изменяющимся субъектом (ребенок растет и развивается в измененных болезнью обстоятельствах). Стиль диагностической работы находится в зависимости от индивидуальных особенностей и ребенка, и специалиста. Это важно и в случае работы мультидисциплинарной команды [8]. Имеется разнообразный опыт государственных учреждений: ФГБНУ НЦПЗ (психиатры, психологи, психофизиологи); бригадный метод в психиатрии (Киров. Волгоград и др.), в НИИ педиатрии, на кафедрах повышения квалификации (Москва, СПб.), в медицинских университетах с факультетами медицинской психологии (ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Сеченовский медицинский университет, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, и др.). В негосударственном секторе можно положительно отметить опыт московских негосударственных центров: Институт Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»), МИПЗ, Центр психодиагностики и психокоррекции Т.Г. Горячевой, центр Т.В. Ахутиной и др.

Общее резюме. Проблемы патопсихологической диагностики в детском возрасте обусловлены:

- Изменениями в психиатрии (новый Закон об оказании помощи, новые диагностические критерии и др., наличие «реабилитационного» диагноза и др.).
- Большим разнообразием видов патологии, дополняемых социокультурным разнообразием, что определяет трудности стандартной диагностики.
- Наличием широкого разнообразия применяемых диагностических средств и приемов, которое порождает трудности взаимопонимания специалистов.
- Меняющимися стандартами обучения (как специалистов, так и особых детей) и рекомендациями оказания помощи (во всех сферах).
- Не решенным вопросом о статусе патопсихологической диагностики («медицинский анализ». «художественная зарисовка», «нарратив»...).

Решение задач, стоящих перед клинико-психологической диагностикой в детской клинической психологии, требует постоянных координированных усилий специалистов в исследовательской области и в сфере практического применения диагностики, в том числе в правовых и организационных аспектах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. - М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. - 254 с.
2. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е изд. - М.: Изд. Центр Академия, 2015. - 272 с.
3. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е. Оценка патопсихологического профиля у больных шизофренией детей и подростков с формирующимся психическим дефектом / XIV Мнухинские чтения Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации. Сб. статей / Под ред. Ю.А.Фесенко, Д.Ю.Шигапова, - СПб.: Альта Астра, 2016. - С. 87-92.
4. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление): Метод. рекомендации. - М.: Изд-во МБА, 2014. - 40 с.
5. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память). Метод. рекомендации. - М., 2017. - 48 с.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: МГУ, 1986. - 238 с.
7. Иванова А.Я., Мандрусова Э.С. Сборник трудов по патопсихологии детского возраста / Под ред. Э.С. Мандрусовой. - М.-Берлин: Директ-Медиа. - 2015.
8. Иовчук Н.М, Северный А.А. Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков. Учебно-методическое пособие для студентов высших учебных заведений. - М.: Педагогическая литература, 2015, - 400 с.
9. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, познание, общение. - М.: МГУ, 1991. - 256 с.
10. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. - М. 2015. - 389 с.
11. Лебединская К.С. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте. - М.: Академический проект; Трикта, 2011. - 304 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). - М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2007. - 224 с.
13. Султанова А.С., Иванова И.А. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 83-96. doi:10.17759/cpse.2017060207

REFERENCES

1. Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy. Kollektivnaja monografija / Pod red.N.V. Zvere-voj, I.F. Roshhinoj. - M.: OOO «Sam Poligrafist», 2016. - 254 s.
2. Zvereva N.V., Gorjacheva T.G. Klinicheskaja psihologija detej i podrostkov. 2-e izd. - M.: Izd. Centr Akademija, 2015. - 272 s.
3. Zvereva N.V., Strogova S.E., Balakireva E.E. Ocenka patopsihologicheskogo profilja u bol'nyh shizofreniej detej i podrostkov s formirujushhimsja psihicheskim defektom / XIV Mnuhinskie chtenija Rol' psihicheskikh rasstrojstv v strukture shkol'noj dezadaptacii. Sb. statej / Pod red. Ju.A.Fesenko, D.Ju.Shigashova, - SPb.: Al'ta Astra, 2016. - S. 87-92.
4. Zvereva N.V., Koval'-Zajcev A.A., Hromov A.I. Patopsihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitija detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoy patologii (zritel'noe vosprijatie i myshlenie): Metod. rekomendacii.- M.: Izd-vo MBA, 2014. - 40 s.
5. Zvereva N.V., Hromov A.I., Sergienko A.A.,Koval'-Zajcev A.A. Kli-niko-psihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitija detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoy patologii (vnimanie i pamjat'). Metod. rekomendacii. - M., 2017. - 48 s.
6. Zejgarnik B.V. Patopsihologija. - M.: MGU, 1986. - 238 s.
7. Ivanova A.Ja., Mandrusova Je.S. Sbornik trudov po patopsihologii detskogo vozrasta / Pod .red. Je.S. Mandrusovoj. - M.-Berlin: Direkt-Media. - 2015.
8. Iovchuk N.M, Severnyj A.A.Mezhdisciplinarnyj konsilium v sluzh-be psihi-cheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. Uchebno-metodicheskoe posobie dlja studentov vysshih uchebnyh zavedenij. - M.: Pedagogicheskaja literatura, 2015, - 400 s.
9. Kritskaja V.P., Meleshko T.K., Poljakov Ju.F. Patologija psihicheskoy dejatel'nosti pri shizofrenii: motivacija, poznanie, obshhenie. - M.: MGU, 1991. - 256 s.
10. Kritskaja V.P., Meleshko T.K. Patopsihologija shizofrenii. - M. 2015. - 389 s.
11. Lebedinskaja K.S. Lebedinskij V.V. Narushenie psihicheskogo razvitija v detskom i podrostkovom vozraste. - M.: Akademicheskij proekt; Triksa, 2011. - 304 s.
12. Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki i opyt primenenija ih v klinike (Prakticheskoe rukovodstvo). - M.: Aprel'-Press, Psihoterapija, 2007. - 224 s.
13. Sultanova A.S., Ivanova I.A. K probleme normativnyh pokazatelej v patopsihologicheskoy diagnostike [Jelektronnyj resurs] // Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2017. Tom 6. № 2. S. 83–96. doi:10.17759/cpse.2017060207
14. Brain, Mind and Developmental Psychopathology in Childhood / Ed. by E. Garralda, J.-P. Raynaud. - Jason Aronson, Inc. - 2012.
15. <https://www.escap.eu/escap-congresses/2017-geneva>.

N.V. Zvereva

PROBLEMS OF PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN CHILDREN'S PSYCHIATRIC CLINIC

FSBSI «Mental Health Research Center», MSUPE (Moscow).

Summary. The main positions of the plenary report devoted to actual problems of modern pathopsychological diagnostics in children and adolescents with impaired mental health are presented in the article. There are indicated common and particular trends in CAMH in domestic and foreign approaches. The basic types of activity of clinical psychologists are given. Main diagnostic problems are connected with: instrumentation (domestic, foreign), type of diagnostics (nomothetic, idiographic), organizational issues, dynamics of mental pathology due to civilizational and socio-cultural changes, etc.

Key words: pediatric clinical psychology, psychological diagnostics, nomothetic and idiographic approaches.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПЕРСПЕКТИВЕ ПРИНЯТИЯ МКБ-11

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. В статье оценивается опыт использования МКБ-10 в перспективе МКБ-11 с указанием на теоретические и практические проблемы классификации в детской психиатрии, связанные с наличием возрастного фактора, определяющего особенности клинических проявлений психических расстройств у детей и подростков. Также на текущий момент излагаются основные результаты работы по подготовке нового пересмотра Международной классификации.

Ключевые слова: МКБ-10, МКБ-11, классификация, детская психиатрия.

Проблемы классификации отражают текущий «срез знаний» и по существу являются одним из центральных вопросов в психиатрии, в значительной степени определяющим развитие теоретических концепций, практическую применимость, прогностическую направленность и перспективы развития данной медицинской специальности в целом.

Принятие МКБ-10 ознаменовало радикальное изменение подходов к классификации как отражение глобальных тенденций в мировой психиатрии, связанных не только с кризисом медицинской модели психического расстройства и усилением внимания общества к проблемам психического здоровья, но и с признанием недостаточности современной доказательной базы для создания этиопатогенетически ориентированной классификации, что делает изначально бесплодными попытки концептуализации неких нозологически ориентированных «национальных» классификаций [2, 4, 5].

Значительный временной период, прошедший с момента начала практического использования МКБ-10, указывает на фундаментальный характер содержащихся в ней нововведений и свидетельствует о том, что она оказала значительное влияние на теорию и практику мировой психиатрии, несмотря на усилившееся с ее принятием принципиальное противостояние двух главных направлений психиатрической систематики, основывающихся на различном понимании значения клинической картины психических расстройств [6, 14]. На примере эволюционирования МКБ можно проследить постепенное вытеснение этиологического (нозологического) принципа из Международной классификации с тенденцией использовать диагностические рубрики лишь в качестве функциональных наименований [16]. Ориентированное на категориальную диагностику определение клинической картины становится не столько средством выявления причин развития психических нарушений, сколько целью самого диагностического процесса, который направлен прежде всего на решение практических задач, в первую очередь, за счет воспроизводимости диагноза в ущерб его валидности, что негативным образом влияет на возможности нацеленной терапии и прогноза [3, 4, 11, 15].

Указанные положения напрямую затрагивают и детскую психиатрию как часть общей психиатрии, за некоторыми исключениями (например, в России и Испании) рассматриваемой в большинстве развитых стран в качестве отдельной субспециальности [1, 2, 4, 8]. Признание того факта, что не менее половины психических расстройств начинается в детском и подростковом возрасте, определяет особую важность их рассмотрения в контексте классификации. Вместе с тем рас-

смотрение вопросов классификации в детской психиатрии возможно только в контексте общих теоретических позиций и единой классификации, поскольку она подчиняется общим закономерностям, хотя и имеет определенную возрастную специфику в квалификации психических нарушений [2, 4, 15, 17]. В первую очередь это касается необходимости учета этапно-возрастных аспектов развития, эволюционно-биологических и сравнительно-возрастных закономерностей формирования клинической картины и динамики психических расстройств в детском и подростковом возрасте, что существенно усложняет задачи классификации и определяет особое место психопатологии детского возраста в круге вопросов, связанных с очередным пересмотром международной классификации [1, 2, 3, 4, 17].

Несмотря на заявленную разработчиками «атеоретичность» и «статистическую направленность», МКБ-10 (вместе с DSM-4) оказала колоссальное влияние на клиническую практику. С момента их принятия в разы возросла частота постановки диагноза расстройств аутистического спектра, в 3 раза увеличилась частота диагностики СДВГ, удвоилась частота выявления и диагностики биполярных аффективных расстройств (в США у детей - в 40 раз!) [7]. Одновременно возрос риск психиатризации и медиализации возрастных проблем у детей, при том что в общемировом масштабе до 80% больных с психическими расстройствами лечится в условиях первичной сети [6, 7].

В настоящее время подходит к завершению работа над новой версией МКБ-11 [18], основными требованиями к которой являются:

- «прозрачность» для диагностики и возможность установления единых критериев диагностики;

- приемлемость использования для обоснования терапии;
- удобство использования в практической деятельности;
- обеспечение единства взрослой и детской психопатологии;
- баланс между категориальным и дименсиональным подходами;
- необходимость базироваться больше на эмпирических находках и результатах эпидемиологических исследований, чем на теоретических конструкциях.

Предстоящий пересмотр МКБ-11 требует критической оценки МКБ-10 с позиций накопленных клинических фактов и опыта практического применения как в отношении удобства для диагностики и лечения, так и обоснованности ее теоретических построений, определяющих перспективы научных исследований, прогностическую направленность и приемлемость в качестве основы для МКБ-11 [5].

В отношении детской психиатрии можно констатировать, что введение МКБ-10 сопровождалось рядом существенных изменений, отличающих ее от предыдущих версий [2, 3, 4, 5]. Результатом проведенных под эгидой ВОЗ мультицентровых исследований и полевых испытаний явилось появление значительного числа относительно устойчивых симптомокомплексов, потребность в группировании которых потребовала расширения числа рубрик с выделением «новых» для детского возраста расстройств (в частности, появление отдельных рубрик, описывающих раннюю психопатологию); тогда впервые была обозначена необходимость выделения специфического «детского» раздела классификационной системы. Появление данного раздела воспринималось к моменту официального принятия МКБ-10 как безусловно положительное нововведение в построении классификационной системы, отражающее значение и специфику детской психиатрии [11, 14].

На этапе практического использования становилось все более очевидным, что отсутствие в МКБ-10 единых принципов систематики, заявленное как «атеоретичность», привело к тому, что данный раздел является как бы «классификацией внутри классификации», не имеющей видového сходства с другими рубриками

МКБ-10, демонстрируя тем самым некий разрыв связующих принципов, обеспечивающих единство между взрослой и детско-подростковой психопатологией.

Представления о причинах развития и течении психических расстройств в данной парадигме используются в минимальной мере, что идет вразрез с накопленными клиническими данными и богатыми клиническими традициями отечественной детской психиатрии [4, 6, 15]. По сути, в результате мы имеем дело с диагностическими категориями, представленными как отдельно описанные симптомокомплексы, так и в некоторых случаях лишь с отдельными признаками психических расстройств, не имеющими четкого клинического обоснования (наборы симптомов).

Следует отметить, что при выделении «детского» раздела, акцент делался исключительно на возрасте начала психических расстройств, относительно специфичном для детского и подросткового возраста, с одновременным стремлением к более четкому разграничению отдельных форм патологии [5]. Вместе с тем у многих детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, не только начало, но и основные проявления наблюдаются преимущественно в детско-подростковом, и даже продолжают во взрослом возрасте. При этом зачастую хронические «детские» психопатологические расстройства не имеют «продолжения» у взрослых, особенно когда речь идет о вопросах продления инвалидности. В частности это касается больных с аутистическими расстройствами, когда большая часть диагнозов на практике «трансформируется», например, в шизофрению или шизотипическое расстройство, и это выглядит в силу сложившейся практики как изменение диагноза вопреки указаниям в МКБ-10 без должных на то оснований. Кроме того некоторые часто возникающие в подростковом возрасте расстройства, такие как нервная анорексия и дисморфофобия, кодируются без указания возрастной специфики в соответствующих разделах МКБ-10 [5].

Еще одним слабым местом ныне действующей классификации, не учитывающим ряд существенных возрастных особенностей психопатологии детского возраста, к которым относятся абортивность, неразвернутость и изменчивость симптоматики, является ее статичность. Поскольку основным принципом, заложенным в МКБ-10, является стремление к фиксации текущего состояния, в нее по определению не заложен структурно-динамический подход, идеи которого, в том числе и для целей дифференциальной диагностики, плодотворно развивались в отечественной детской психиатрии [1, 2, 3, 4, 6].

Предлагаемые МКБ-10 пути решения данной проблемы преимущественно лежат в плоскости широкого использования принципа коморбидности в виде требования использования в соответствующих случаях нескольких диагностических рубрик для кодирования одного клинического случая. В детской практике, где значительная роль в диагностике отводится структурной иерархии и возрастным закономерностям смены психопатологических состояний, это часто выглядит как «псевдокоморбидность» и не решает проблем прогностической оценки развития заболевания.

Проблема дестигматизации в детской психиатрии заслуживает отдельного рассмотрения, поскольку одним из значимых трендов в современной психиатрии становится необходимость учета интересов больных и их родственников [4]. Проблема социальных последствий диагноза выходит за рамки прямых задач классификации психических расстройств, но является крайне важной как для самого пациента, так и для его ближайшего окружения (родители, родственники, друзья и т. д.). При разработке МКБ-10 авторы пытались добиться дестигматизации путем конвенционального сужения границ использования некоторых терминов или замены ряда терминов, которые дискредитировали себя (например, «олигофрения»). С другой стороны, термин «умственная отсталость», используемый в МКБ-10, яв-

ляется не менее стигматизирующим для родителей больных детей, которые предпочитают более «благородно» звучащие диагнозы – задержка речевого развития, нарушения школьных навыков и даже – расстройство аутистического спектра.

Другими словами, не оспаривая наличия ряда позитивных составляющих МКБ-10, применительно к ее практическому использованию в детской психиатрии, помимо не вполне оправдавшего себя самостоятельного «детского» раздела, также можно говорить об избыточном, клинически не подкрепленном количестве рубрик, выделение которых, помимо трудностей, возникших при их систематизации, не всегда соответствует одному из базовых положений в отношении требований к классификации - практической целесообразности выделяемых диагнозов, определяющей терапевтическую и прогностическую направленность врачебной стратегии и тактики. Данное положение подтверждается анализом статистической отчетности, показавшим, что определенная часть присутствующих в МКБ-10 диагнозов практически не используется врачами [5, 9, 10].

В этой связи особо важным представляется также соотнесение приемлемости заложенного в МКБ-10 вышеуказанного подхода с реалиями детской психиатрии, касающимися наличия значительного контингента детей и подростков с так называемыми подпороговыми и субклиническими формами психической патологии [4, 9, 10], которые при существующих подходах к диагностике психических расстройств практически «выпадают» из поля зрения детских психиатров.

Ярким примером этого является широко дискутируемая в контексте грядущего принятия МКБ-11 проблема «субпороговых» депрессий в детско-подростковом возрасте. По нашему мнению, речь идет о тех вариантах клинически очерченных депрессивных состояний, которые сопровождаются субъективным страданием ребенка и значимым уровнем нарушения адаптации и социального функционирования [4, 7], которые не соответствуют текущим критериям диагностики данного расстройства по МКБ-10. Это положение можно представить как необходимость установления баланса между категориальным и дименсиональным подходами в классификации [8, 11]. Необходимость учета и использования последнего для обеспечения потребностей детской психиатрии в новой редакции МКБ-11 представляется достаточно очевидной.

Таким образом, подводя итоги, к особенностям применения МКБ-10 детскими психиатрами в России можно отнести следующие:

- диагностика только по первой оси с отказом от использования многоосевой системы МКБ-10,
- неприменение стандартизованных инструментов (разработанных на основе МКБ-10 шкал и опросников),
- тенденция к ограничению числа практически используемых рубрик,
- произвольность кодирования,
- игнорирование части симптоматики,
- установление диагноза без достаточных критериев,
- сохранение двойной диагностики (диагноз по МКБ-10 - это и нозологический диагноз, и ведущий синдром),
- практика «реабилитационного» диагноза,
- трудности экспертной оценки состояния по МКБ,
- «систематические» ошибки диагностики и кодирования,
- отсутствие «культуры» использования с акцентом на воспроизводимость диагнозов.

Поскольку проведенный широкий обзор литературы показал, что открытия в нейронауках и генетике к настоящему времени не дают ясного ответа, как опреде-

лить отдельные психические расстройства и их место в классификации, один из важнейших приоритетов ВОЗ состоит в стремлении улучшить клиническую применимость МКБ-11 на индивидуальном и популяционном уровне [18]. С учетом существенных категориальных и концептуальных различий между классификациями, комитетом по гармонизации ВОЗ была поставлена задача рабочим группам МКБ-11 - учитывать подходы и определения DSM-5 при разработке общей классификационной «метаструктуры» [13, 18].

В МКБ-11 при постановке диагноза предполагается реализация прототипически ориентированного синдромологического подхода (syndrome-focused dimensional system), ограниченного «поперечным» срезом наличествующего в данный момент психопатологического состояния, но дополненного описанием культуральных особенностей, границей с нормой (диагностический порог) и другими состояниями, классификатором/подтипом (например, кататония), а при ряде расстройств - дименсиональной оценкой [18]. В качестве преимуществ такого подхода разработчики МКБ-11 указывают на возможность создания более точных диагностических алгоритмов, лучшую воспроизводимость и возможность лучшей дифференциации через количественную презентацию синдромальных профилей.

В итоге в МКБ-11 предполагается существенное уменьшение общего количества диагнозов (при этом вводится ряд новых, например, ксеномелия) и полностью удалена пресловутая группа «расстройств, возникающих преимущественно в детском возрасте», вызывавшая обоснованную критику в связи избыточным количеством диагностических рубрик, часть из которых представляла собой лишь малодиагностируемые в изолированном виде наборы симптомов, и тем самым приводила к инфляции особо значимого для МКБ принципа коморбидности [18].

Вместо этого (онтогенетический подход!) в начало классификации помещена как самостоятельная рубрика группа нарушений психического развития (neurodevelopmental disorders), куда вошли расстройства интеллектуального развития (бывшая умственная отсталость), расстройства аутистического спектра (РАС), задержки речевого развития, двигательные задержки, тики, СДВГ и стереотипные двигательные расстройства [12, 13].

К нововведениям также относится дестигматизирующее переименование «умственной отсталости» в «расстройства интеллектуального развития» с диагностической оценкой уровня как интеллектуального, так и адаптивного функционирования пациента. До 4 лет этот диагноз является предварительным (provisional). В контексте небесспорной идеи еще более расширительного использования в МКБ-11 принципа коморбидности, при одновременном отказе от «смешанных» диагностических категорий, из этой рубрики убран спецификатор – нарушения поведения [18].

Гиперкинетические расстройства репереименованы в СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью [18]. Из этой рубрики удалена практически значимая смешанная категория - гиперкинетическое расстройство поведения. Также не до конца решен вопрос и сохраняется дискуссия по возрасту диагностики состояния (в DSM-5 – возникновение симптомов возможно до 12 лет).

В разделе, посвященном биполярным расстройствам в МКБ-11, как и в DSM-5, критерий активации/увеличения энергии будет включен в качестве определяющего симптома мании и для детской психиатрии [18].

Будет расширена категория анорексии, в том числе весовой критерий будет расширен до любого значительного снижения веса, будет опущен критерий аменореи.

Впервые вводится синдром Мюнхгаузена по доверенности (Factitious disorder imposed on another).

Отдельно выделена преобразованная группа «Деструктивное поведение и

диссоциальные расстройства», включающая оппозиционно-вызывающее поведение и диссоциальное расстройство, при сохраняющемся на прежнем уровне дефиците собственно клинических критериев диагностики.

Все расстройства, представленные в МКБ-11, рассматриваются с учетом возрастных особенностей (т. е. в онтогенетическом контексте); в клинических указаниях описываются их проявления у детей и подростков.

Следует также обратить внимание на отсутствие в текущем драфте МКБ-11 [18] группы органических психических расстройств, что серьезно подрывает развиваемую в отечественной детской психиатрии концепцию так называемых резидуально-органических нарушений, поскольку появившаяся усеченная группа нейрокогнитивных расстройств предполагает период нормального функционирования до появления когнитивного дефицита.

Отдельного упоминания заслуживает получившее поддержку экспертов объединение некоторых расстройств в спектры по следующим основаниям:

- общий неврологический субстрат,
- общие биомаркеры,
- общий темперамент, похожие изменения в когнитивной и эмоциональной сферах,
- общие генетические факторы риска,
- семейный анамнез,
- внешние факторы риска,
- похожие симптомы,
- высокий уровень коморбидности,
- течение болезни,
- ответ на терапию.

Руководствуясь данными критериями, в МКБ-11 будут убраны как самостоятельные диагнозы аутистическое расстройство (аутизм), расстройство Аспергера, дезинтегративное расстройство детского возраста и синдром Геллера и создана единая диагностическая категория — «расстройство аутистического спектра» (с подтипами, учитывающими уровень интеллектуального и речевого развития), поскольку, по оценке членов профильных комитетов, не удалось собрать надежных данных, доказывающих необходимость их дальнейшего клинического разделения на отдельные расстройства [11, 13].

В дополнение к этому следует отметить, что в течение последнего десятилетия термин расстройство аутистического спектра (РАС) используется в 90% публикаций. Текущие достижения в генетических исследованиях (identification of genes and copy number variants) не дают оснований для выделения поведенческих подтипов РАС. Было установлено, что на постановку диагноза синдрома Asperger, например, значительно больше влияет то, где был поставлен диагноз, чем презентуемые симптомы [12], а обзоры литературы не поддерживают утверждений о дифференцированном ответе на лечение в сравнении с другими аутистическими расстройствами. Кроме того дети с хрупкой Х-хромосомой, например, по предлагаемым критериям диагностики могут полностью соответствовать текущим критериям для аутизма.

Популяционные исследования показали, что возможны переходы между аутистическими субкатегориями, и использование различных категориальных обозначений, возможно, имеет больше ценности для оценки тяжести расстройства (proxy for severity). Факторный анализ структуры аутистических расстройств показал, что она остается неизменной на разных этапах развития - от дошкольников до взрослых [13].

В нововведенный по аналогии с ДСМ-5 обсессивно-компульсивный спектр, наоборот, включены дисморфобия и ипохондрия, а также ряд новых диагности-

ческих категорий, таких как трудно переводимое «olfactory reference disorder» или патологическая склонность к накопительству.

Кроме того большие надежды в плане расширения терапевтических возможностей возлагаются на включение кататонии отдельным подкомом при различных психических расстройствах, например, при РАС, что соответствует сознательному расширению использования принципа коморбидности, также как возможность коморбидного сочетания РАС с СДВГ или шизофренией.

Существенным нововведением МКБ-11 является также использование дименсионального подхода (континуум) при клинической оценке личностной патологии, в некоторых случаях применимого для детско-подростковой психиатрии [12, 13].

Итак, в перспективе принятия МКБ-11 можно говорить о смещении в прагматическую сторону баланса между строгой научной валидностью и клинической применимостью классификации с целью обеспечения специалистов в области охраны психического здоровья детей и подростков наиболее эффективными в настоящее время инструментами для выявления детей, которые нуждаются в психиатрической помощи, и для выбора методов лечения, которые будут наиболее действенными для уменьшения бремени психических и поведенческих расстройств. Выбор критерия практической целесообразности как основного при создании МКБ-11 можно рассматривать как попытку ответа разработчиков на постмодернистскую реальность современной психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев В.В., Сосюкало О.Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков // Ж.неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1984. № 10. С. 1506–1509.
2. Корень Е.В., Ковалев А.И. Перспективы классификации в детской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. №1 (21). С. 37-43.
3. Корень Е.В., Татарова И.Н., Марченко А.М., Дробинская А.О., Субботина В.В. Опыт применения МКБ–10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра международной классификации // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4 (19). С. 34–41.
4. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ–11 // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. №2 (24). С. 56-59.
5. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. - М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
6. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4 (19). С. 29–33.

REFERENCES

1. Kovalev V.V., Sosjukalo O.D. K sovershenstvovaniju sistematiki psi-hicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov // Zh.nevrol. i psihiatr. im. S.S.Korsakova. 1984. № 10. S. 1506–1509.
2. Koren' E.V., Kovalev A.I. Perspektivy klassifikacii v detskoj psihiatrii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2011. №1 (21). S. 37-43.
3. Koren' E.V., Tatarova I.N., Marchenko A.M., Drobinskaja A.O., Subbotina V.V. Opyt primenenija MKB–10 v rossijskoj detskoj psihiatrii v perspektive peresmotra mezh-dunarodnoj klassifikacii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. № 4 (19). S. 34–41.
4. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Klassifikacija v detskoj psihiatrii v perspektive prinjatija MKB–11 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2014. №2 (24). S. 56-59.

5. Psichicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedenija (F00-F99). (Klass V MKB-10, adaptirovannyj dlja ispol'zovanija v Rossijskoj Federacii) / Pod red. B.A. Kazakovceva, V.B. Gollanda. - M.: Minzdrav Rossii, 1998. - 512 s.

6. Shevchenko Ju.S., Severnyj A.A. Klinicheskaja ocenka detskoj psichicheskoy patologii v sovremennyh klassifikacijah // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. № 4 (19). S. 29–33.

7. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al. Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment // *Developmental Medicine & Child Neurology*. - 2012. - № 54. - P. 492–494

8. Boyle M.H., Offord D.R., Racine Y. et al. Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: issues and prospects // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996; 11 (35): 1440–1448.

9. Jensen P.S., Knapp P., Mrazek D.A. Toward a new diagnostic system for child psychopathology / *Moving beyond the DSM*. New York, London: The Guilford Press; 2006.

10. Jensen P.S., Mrazek D.A. Research and clinical perspectives in defining and assessing mental disorders in children and adolescents // *Moving beyond the DSM*. New York, London: The Guilford Press; 2006.

11. Leckman J. F., Pine D.S. Editorial Commentary: Challenges and potential of DSM-5 and ICD-11 revisions // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. -2012.- № 5 (53).- P. 449–453.

12. Lord C1, Luyster R, Guthrie W, Pickles A. Patterns of developmental trajectories in toddlers with autism spectrum disorder // *J. Consult Clin Psychol*. – 2012. - № 80(3). – P. 477–489.

13. Mandy W, van der Ende J, Verhulst F. C. et al. Utility of the 3Di Short Version for the Diagnostic Assessment of Autism Spectrum Disorder and Compatibility with DSM-5 // *J Autism Dev Disord*. – 2016. № 46. – P. 1834–1846.

14. Psychiatric disorders in children and adolescents: results of the ICD-10 field trial // *Pharmacopsychiatry*. -1990. - № 4 (23).- P. 173–176.

15. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential // *J. of Child Psychology and Psychiatry*.- 2011. - № 52. - P. 647–660.

16. Stengel E. Classification of mental disorders. // *Bull World Health Organization*. – 1959. - № 21 – P. 601–663

17. Zheng Yi Commentary: The new diagnosis and classification of child mental disorders – reflections on Rutter // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. -2011.- № 6 (52). - P. 667–668

18. ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics): <http://id.who.int/icd>

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

PRESSING ISSUES OF CLASSIFICATION IN CHILD PSYCHIATRY IN SIGHT OF UPCOMING ADOPTION OF ICD-11

Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of FSBSI “National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” of the Russian Ministry of health (Moscow).

Summary. The article studies the experience of using ICD-10 in sight of coming ICD-11 adoption, indicating theoretical and practical classification issues in child psychiatry associated with the age factor which affects specific features of clinical manifestations of mental disorders in children and adolescents. Also, the main current results of the preparation for a new revision of the International Classification are presented.

Keywords: ICD-10, ICD-11, classification, child psychiatry.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ
Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).**

Резюме. Представлен анализ основных проблем, возникающих при комплексной коррекции пограничной психической патологии у детей и подростков. Изложены этапы и необходимые условия эффективного взаимодействия разнопрофильных специалистов при работе с дизадаптированными детьми и их семьями, в том числе работы мультидисциплинарного консилиума как основного механизма такого взаимодействия.

Ключевые слова: дизадаптированные дети и подростки, комплексная коррекция, межпрофессиональное взаимодействие, мультидисциплинарный консилиум.

Проблема взаимопонимания и адекватной совместной деятельности администрации, педагогов, психологов, психиатров, психотерапевтов, дефектологов, социальных работников и педиатров в процессе диагностической и коррекционной работы с дизадаптированными детьми представляет собой крайне важную, но концептуально и практически во многом не решенную задачу. В частности, неясна проблема индивидуальной профессиональной ответственности за ее результаты. Не разработаны и не апробированы обоснованные принципы структурного построения подобной службы, методического руководства и профессионального контроля разнопрофильных специалистов, в связи с чем продуктивность деятельности последних практически полностью зависит лишь от их профессиональных и личностных качеств [3, 5, 8, 9, 10, 13, 17, 18, 20].

Несомненно, психолог — это центральное лицо в профилактике и коррекции социальной и школьной дизадаптации [1, 2, 14, 15, 21, 22, 23]. Тем не менее изолированная деятельность психологов, даже весьма опытных (не говоря уже о тех, кто не получил подготовки по медицинской психологии, а ограничен психологическим образованием в рамках педагогической системы), во многих случаях по объективным причинам оказывается малоэффективной или дает лишь кратковременный эффект.

Во-первых, психолог в силу своего образования и особенностей профессионального мышления ищет истоки дизадаптации ребенка в структуре его личности и в тех микросоциальных условиях, которые могут быть причиной патологического реагирования личности, ее декомпенсации.

Во-вторых, наиболее распространенные в детско-подростковой популяции психические нарушения в подавляющем большинстве случаев носят стертый, субклинический или «маскированный» характер и, по хорошо известным в психиатрии закономерностям, создают благоприятную почву для патологических реакций, декомпенсаций, которые в глазах психолога, педагога, родителя носят характер «естественных», психологически понятных, логически объяснимых (что мы называем «ловушкой очевидности»).

В общественном сознании россиян психиатрия несет в себе непоправимый вред, «социальный позор», психотропное лечение лишает больного главного человеческого достоинства — личностной индивидуальности, свободы воли, психотропные препараты наносят необратимый вред не только психике, но и всему организму. Эти опасения возводятся в особо высокую степень, когда речь идет о ребенке, подростке.

Противодействие психиатрической помощи присуще и многим психологам, и врачам общей практики, которые направляют детей к психиатру лишь в ситуациях неизбежности, что приводит к нарастанию в детско-подростковой популяции социальной, в том числе учебной, дизадаптации, агрессии, направленной как на себя (самоубийства, самоповреждения), так и на окружающих.

Несомненна определяющая роль семьи в своевременном выявлении отклонений в психическом состоянии, поведении, развитии ребенка, в адекватном отношении к этим проблемам, привлечении необходимых специалистов для коррекции нарушений, в том числе психиатров, что оказывается особенно проблематичным. [6, 7, 12, 13, 16, 19]. В этом аспекте немаловажным субъективным фактором является собственное психическое здоровье лиц, окружающих дизадаптированного ребенка с пограничной психической патологией. Родители такого ребенка весьма часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию. Страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом нездоровье

Негативное значение такой оппозиции ясно уже из того, что по крайней мере у 95% детей в коррекционно-реабилитационных учреждениях имеется психическая патология пограничного уровня; почти постоянно возникает нужда в срочной психиатрической диагностике и коррекции в отношении кого-то из учеников в связи с поведенческими нарушениями, депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, субпсихотическими обострениями, наркоманическими и токсикоманическими эпизодами [2, 3, 8].

Из описанной ситуации вытекает важнейшая задача коррекционной медико-психологической службы — адаптирование микросоциального окружения ребенка к психиатрическому обследованию, что требует соответствующих методических разработок, значительного времени и специальной профессиональной подготовки.

Собственное негативное отношение детей (особенно подростков) к контакту с психиатром также создает затруднения в обследовании и оказании лечебно-реабилитационной помощи. Помимо всего перечисленного в таком отношении важную роль играют, с одной стороны, недостаточность или отсутствие критического отношения к собственным психическим нарушениям, что свойственно многим формам психической патологии, а с другой — страх «ярлыка» психически больного, страх остракизма со стороны сверстников, педагогов, страх социальной дискриминации.

Педагогам и администрации детских учреждений какие бы то ни было диагностические результаты обследования не должны сообщаться ни в коем случае, поскольку, не связанные жесткими рамками профессиональной этики и знаниями деонтологии, они могут либо неосознанно, либо преследуя вполне эгоистические цели, нанести психике ребенка и его родителей трудно поправимый вред. Только описательная характеристика особенностей развития и индивидуальности ребенка, а также рекомендации в отношении помощи ребенку, индивидуальной организации его жизнедеятельности, особенностей личностного взаимодействия с ним, создания определенного психологического климата в семье и в детском учреждении должны быть сведениями, получаемыми педагогами и администрацией.

Что касается организации взаимодействия специалистов различного профиля в процессе преодоления дизадаптации ребенка, то она строится поэтапно:

- 1) предварительная диагностика;

- 2) первичная и углубленная диагностика;
- 3) комплексная коррекция и реабилитация;
- 4) собственно реедапационный, этап.

Нами разработана и внедрена *специальная компактная форма регистрации результатов предварительной диагностики и рекомендаций, представляемая на психолого-медико-педагогическую комиссию.*

На втором этапе, проходящем одновременно с началом коррекционного процесса, проводятся углубленные обследования различными специалистами, вырабатываются конкретные планы комплексной реабилитации. Принципиальным является введение нами *коррекционного показателя*, выставляемого каждым специалистом. Получая суммарный коррекционный показатель и затем отслеживая его динамику в процессе коррекционной работы, мы получаем возможность объективировать эффективность деятельности как отдельных специалистов, так и учреждения в целом. На этом этапе для педагогов и родителей специалистами медико-психологической службы заполняется также разработанная нами специальная форма — *развернутая медико-психологическая характеристика-рекомендация*.

Для облегчения и фиксации взаимодействия всех участников реедапационного процесса нами разработана *комплексная индивидуальная карта учащегося*, включающая в себя помимо паспортной части результаты предварительной медико-психологической и педагогической диагностик, социально-психологический анамнез, медико-психологическую характеристику-рекомендацию, составленные по специальным, общедоступным формам заключения дефектолога, педиатра, социального работника, педагога, формы динамического наблюдения и коррекции с этапными заключениями специалистов; *заключения медико-психолого-педагогических консилиумов* (основная форма взаимодействия) и, наконец, заключения специалистов по результатам реабилитационной работы.

Задачи медико-психолого-педагогического консилиума состоят в следующем:

1. Предоставление каждым специалистом результатов обследования ребенка и членов его семьи и предложения по социопрофилактической и социокоррекционной работе в своей области.
2. Взаимное согласование диагностических суждений и коррекционно-профилактических предложений с выработкой единого поэтапного плана медико-психолого-педагогической работы с ребенком и его семьей. В случае необходимости назначаются дополнительные обследования и консультации специалистов.
3. Обсуждение с родственниками ребенка или подростка его состояния, успеваемости, поведения и предложений по коррекционно-профилактической работе.

ЛИТЕАТУРА

1. Белопольская Н.Л. Диагностика психологического неблагополучия детской и подростковой личности и перспективы жизненного пути // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2013 (13), № 2. – С. 59-67.
2. Давыдова В.В. Опыт применения психологической диагностики при сопровождении учащихся среднего звена // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002 (2), № 2. – С. 84.
3. Данилова Л.Ю. Структура социальной дезадаптации у беспризорных детей и основные тенденции ее обратной динамики // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Мат-лы Российской научно-практ. конф. - М., 1996. - С. 75-77.
4. Данилова Л.Ю., Алейникова С.М., Литвак В.А. Актуальность создания

психолого-психиатрической службы в организации помощи беспризорным детям // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 59-60.

5. Зарецкий В.В. Критерии мониторинговой оценки эффективности профилактической работы, реализуемой в образовательной среде // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2010 (10), № 2. – С. 118-130.

6. Иванова Н.П., Заводилкина О.В. Семейное неблагополучие как фактор детских девиаций // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2012 (12), № 1. – С. 79-84.

7. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социореабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2002, № 2 (2). – С. 42-47.

8. Иовчук Н.М., Северный А.А. Междисциплинарное взаимодействие в коррекционной работе при пограничной психической патологии у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2001 (1), № 1. – С. 70-76.

9. Иовчук Н.М., Северный А.А. Междисциплинарное взаимодействие в реабилитационной работе с дизадаптированными детьми и подростками. — М.: МГППУ, 2005. - 48 с.

10. Ковалева Т.В. Проблема психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья (VIII вида) в колледже // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2010 (10), № 1. – С. 112-114.

11. Красильникова Е.Д. Роль семьи в реабилитационном процессе ребенка с психической патологией // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2009 (9), № 2. – С. 120-124.

12. Красильникова Е.Д. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2012 (12), № 2. – С. 29-36.

13. Крыжановская И.Л. Психоневрологическая помощь детям в учреждениях образовательной системы как проблема, требующая научного и практического обоснования // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2008 (8), № 1. – С. 79-85.

14. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития у детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.

15. Мартиенко О.Б. Социально-психологическая группа «риска» детей. Психологическая характеристика // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2005 (5), № 1. – С. 41-46.

16. Морозова Е.А. Роль дисфункции семейной системы в развитии поведенческих и эмоциональных расстройств в форме отказа от посещения школы // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2005 (5), № 2. – С. 99-101.

17. Северный А.А., Шевченко Ю.С. Организационные проблемы системы охраны детского психического здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2013 (13), № 2. – С. 5-11.

18. Семаго Н.Я. Задачи (некоторые концептуальные положения) междисциплинарного сопровождения интегративного воспитания и обучения детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2008 (8), № 1. – С. 91-97.

19. Собкин В.С. Влияние родительской стратегии на эмоциональное состояние ребенка // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2003 (3), № 1. – С. 25-32.

20. Шевченко Ю.С., Добридень В.П., Сергеева Н.В., Усанова О.Н. Актуаль-

ные проблемы психокоррекции в педагогике // Психокоррекция: теория и практика / под ред. Ю.С. Шевченко, В.П. Добриденя, О.Н. Усановой. - М., НПЦ «Коррекция», 1995. - С. 5-14.

21. Цыганкова Н.И. Психологические особенности младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2012 (12), № 2. - С. 5-14.

22. Щербакова А.М. Психологические аспекты инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2013 (13), № 2. - С. 67-74.

23. Юдина Е.Г. Этические проблемы психолого-педагогической диагностики в образовании // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2001 (1), № 1. - С. 14-20.

REFERENCES

1. Belopol'skaja N.L. Diagnostika psihologicheskogo neblagopoluchija detskoj i podrostkovoj lichnosti i perspektivy zhiznennogo puti // Vopro-sy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2013 (13), № 2. - S. 59-67.

2. Davydova V.V. Opyt primenenija psihologicheskoi diagnostiki pri soprovozhdenii uchashhihsja srednego zvena // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2002 (2), № 2. - S. 84.

3. Danilova L.Ju. Struktura social'noj dezadaptacii u besprizornyh detej i osnovnye tendencii ee obratnoj dinamiki // Social'naja dezadapta-cija: narushenija povedenija u detej i podrostkov. Mat-ly Rossijskoj na-uchno-prakt. konf. - M., 1996. - S. 75-77.

4. Danilova L.Ju., Alejnikova S.M., Litvak V.A. Aktual'nost' soz-danija psihologo-psihiatricheskoi sluzhby v organizacii pomoshhi besprizornym detjam // XII s#ezd psihiatrov Rossii (materialy s#ezda). - M., 1995. - S. 59-60.

5. Zareckij V.V. Kriterii monitoringovoj ocenki jeffektivnosti pro-filakticheskoi raboty, realizuemoj v obrazovatel'noj srede // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2010 (10), № 2. - S. 118-130.

6. Ivanova N.P., Zavodilkina O.V. Semejnoe neblagopoluchie kak faktor detskih deviacij // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2012 (12), № 1. - S. 79-84.

7. Iovchuk N.M. Prosветitel'skaja, lechebno-korrekcionnaja i socioreabilitacionnaja rabota s sem'ej psihicheski bol'nogo rebenka (nekotorye razmyshlenija o pervonachal'nom opyte) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2002, № 2 (2). - S. 42-47.

8. Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Mezhdisciplinarnoe vzaimodejstvie v korrekcionnoj rabote pri pogranichnoj psihicheskoi patologii u detej i podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2001 (1), № 1. - S. 70-76.

9. Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Mezhdisciplinarnoe vzaimodejstvie v reabilitacionnoj rabote s dizadaptirovannymi det'mi i podrostkami. — M.: MGPPU, 2005. - 48 s.

10. Kovaleva T.V. Problema psihologo-pedagogicheskogo soprovozhdenija lic s ogranichenymi vozmozhnostjami zdorov'ja (VIII vida) v kolledzhe // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2010 (10), № 1. - S. 112-114.

11. Krasil'nikova E.D. Rol' sem'i v reabilitacionnom processe rebenka s psihicheskoi patologiej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2009 (9), № 2. - S. 120-124.

12. Krasil'nikova E.D. Psihologicheskie osobennosti semej, vospity-vajushhih detej

s različnymi variantami narusenija psihicheskogo zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2012 (12), № 2. – S. 29-36.

13. Kryzhanovskaja I.L. Psihonevrologičeskaja pomoshh' detjam v uchrezhdenijah obrazovatel'noj sistemy kak problema, trebujushhaja nauchnogo i praktičeskogo obosnovanija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2008 (8), № 1. – S. 79-85.

14. Lubovskij V.I. Psihologičeskie problemy diagnostiki anomal'nogo razvitija u detej. – M.: Pedagogika, 1989. – 104 s.

15. Martienko O.B. Social'no–psihologičeskaja gruppa «riska» detej. Psihologičeskaja harakteristika // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2005 (5), № 1. – S. 41-46.

16. Morozova E.A. Rol' disfunkcii semejnoj sistemy v razvitii pove-dencheskikh i jemocional'nyh rasstrojstv v forme otkaza ot poseshhenija shko-ly // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2005 (5), № 2. – S. 99-101.

17. Severnyj A.A., Shevchenko Ju.S. Organizacionnye problemy sistemy ohrany detskogo psihicheskogo zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2013 (13), № 2. – S. 5-11.

18. Semago N.Ja. Zadachi (nekotorye konceptual'nye položeniya) mezhdisciplinarnogo soprovozhdenija integrativnogo vospitaniya i obuchenija detej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2008 (8), № 1. – S. 91-97.

19. Sobkin V.S. Vlijanie roditel'skoj strategii na jemocional'noe so-stojanie rebenka // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2003 (3), № 1. – S. 25-32.

20. Shevchenko Ju.S., Dobriden' V.P., Sergeeva N.V., Usanova O.N. Aktual'nye problemy psihokorrekcii v pedagogike // Psihokorrekcija: teorija i praktika / pod red. Ju.S. Shevchenko, V.P. Dobridenja, O.N. Usanovoj. – M., NPC «Korrekcija», 1995. – S. 5-14.

21. Cygankova N.I. Psihologičeskie osobennosti mladshih shkol'-nikov s minimal'noj mozgovoj disfunkciej i sindromom deficita vnimanija i giperaktivnosti // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2012 (12), № 2. – S. 5-14.

22. Shherbakova A.M. Psihologičeskie aspekty inkljuzii detej s ogranichenymi vozmožnostjami zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2013 (13), № 2. – S. 67-74.

23. Judina E.G. Jeticheskie problemy psihologo-pedagogičeskoj diagnostiki v obrazovanii // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov 2001 (1), № 1. – S. 14-20.

A.A. Severnyj, N.M. Iovchuk

THE ORGANIZATION OF CROSS-DISCIPLINARY INTERACTION IN THE PSYCHOCORRECTIONAL HELP TO CHILDREN AND ADOLESCENTS

Association of Child Psychiatrists and Psychologists (Moscow).

Summary. The analysis of the main problems arising at complex correction of boundary mental pathology at children and teenagers is submitted. Stages and necessary conditions of effective interaction of diversified experts are stated during the work with the dysadapted children and their families, including works of a multidisciplinary consultation as main mechanism of such interaction.

Keywords: dysadapted children and adolescents, complex correction, interprofessional interaction, multidisciplinary consultation.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ СУБКУЛЬТУРЫ

Центр психолого-педагогической экспертизы игр и игрушек, ГБОУ ВПО МГППУ (Москва).

Резюме. В статье представлены основные характеристики детской информационной среды и показано их влияние на особенности психологии современных детей. Представлен анализ рынка современных игрушек, книжек и фильмов. Автор констатирует некоторые парадоксы современной социокультурной ситуации. Один из них заключается в том, что повышенные требования к умственному развитию детей сочетаются с чрезмерно бережным отношением к их физической безопасности и самостоятельности. В результате у детей складывается установка на потребление, которая усиливается экспансией современных СМИ и видеопродукции для детей. Приводятся характерные проблемы современных детей: недоразвитие моторной сферы, нарушения речевого развития, дефицит воображения, коммуникативные трудности, отсутствие самостоятельности и самоорганизации. Автор делает вывод о том, что установка взрослых на раннее развитие, которое понимается как «обученность», тормозит развитие целостной личности ребёнка и ведет к дефициту мотивационной сферы.

Ключевые слова: детская субкультура, информационная продукция для детей, игрушки, мультфильмы, компьютерные игры и программы, самостоятельность, самоорганизация, личность.

Стремительный переход к постиндустриальному, информационному обществу с особой остротой коснулся современного детства. Очевидно, что технический прогресс отражается не только на средствах информации и коммуникации, но и на психологии человека. Особо открытой и чувствительной группой являются дети раннего и дошкольного возраста, поскольку они не просто растут – они формируются и развиваются в совершенно новых условиях. Известно, что чем моложе человек, тем легче он впитывает и присваивает все веяния времени. Рассмотрим некоторые общие тенденции социокультурной ситуации современного детства и зафиксируем некоторые ее противоречия и парадоксы.

Первый из них заключается в противоречии между возрастающей ценностью детства и повсеместным игнорированием специфики детского возраста. В настоящее время чрезвычайно широко разворачивается производство товаров для детей – от гигиенических средств до компьютерных развивающих программ. Вместе с тем подавляющее большинство производимых товаров (в особенности информационных) не соответствуют возрастным особенностям и потребностям детей дошкольного возраста. Анализ рынка современных игрушек показывает, что большинство из них не только перестало быть средством детской игры, но и препятствует развитию игровой деятельности. В магазинах преобладают игрушки, с которыми не нужно играть, а нужно наблюдать, как они поют, прыгают, дают команды и пр. В результате детская игра зачастую превращается в манипулирование и сводится к использованию возможностей технически оснащенных игрушек.

Многие книжки написаны совсем не детским языком и не на детские темы. Мультфильмы, которые смотрят дети (иногда по несколько часов в день), по своему образному ряду, по лексике и по содержанию адресованы не дошкольникам, а порой малопонятны даже взрослым. Многие родители стараются специально одевать дошкольников по взрослой моде, предлагают 4-5-летним девочкам средства для макияжа, устраивают для них конкурсы красоты, учат их петь и танцевать как взрослых, словом делают все, чтобы дети как можно раньше перестали быть деть-

ми и почувствовали себя взрослыми.

Ярче всего игнорирование специфики возраста проявляется в увлечении ранним обучением. Начало целенаправленного обучения (которое именуется как раннее развитие) спускается все ниже. Сегодня уже существуют обучающие программы для младенцев («Читать раньше, чем ходить», «Математика с пеленок», «Энциклопедические знания с пеленок» и пр.) Умение читать и считать стало главным показателем развития и целью воспитания, начиная с раннего возраста.

Другой очевидный парадокс современной детской субкультуры заключается в том, что повышенные требования к умственному развитию и к учебным навыкам малышей сочетается с чрезмерно бережным, щадящим отношением к их физической безопасности и самостоятельности. Взрослый делает все возможное, чтобы оградить детей от каких-либо усилий и самостоятельных действий. Сейчас нередко можно встретить слишком продолжительное грудное вскармливание (до 2-3-лет), позднее приучение к опрятности (после 3-4 лет), недоразвитие навыков самообслуживания (в 4-5 лет дети не умеют одеваться, шнуровать ботинки и пр.) Совершенно невозможными стали самостоятельные прогулки ребенка со сверстниками (до 12-13 лет). Практически ушли из жизни детские дворовые игры и разновозрастные детские сообщества, которые были важной школой социализации.

Все делается для того, чтобы облегчить жизнь ребенка, обезопасить его от всяких рисков, усилий и трудностей. Игрушки полностью содержат все необходимое для использования: ничего не нужно придумывать или изобретать. Даже запуская мыльные пузыри уже не надо дуть, а можно просто нажать кнопку, и они сами полетят. Книжки-плееры сами воспроизводят текст хорошо поставленным голосом, стоит нажать на кнопку. Примеров такого облегчения детской жизни можно привести множество. В результате ребенку просто негде проявить инициативу и самостоятельность. Все готово к потреблению и применению. У детей не остается пространства для проявления своей инициативы и самостоятельности - в широком смысле для самореализации.

Характерным явлением современности стала маркетинговая детство. Изобилие товаров и развлечений для детей формирует установку не на использование их в собственной деятельности, а на потребление. Так игрушки все чаще перестают быть средством игры и превращаются в товар, который взрослые приобретают для детей. Наши исследования показали, что в детской комнате современного городского дошкольника находится более 500 игрушек, из которых только 6% реально используются ребенком [7]. Игрушки становятся просто имуществом ребенка, предметами обладания, которые заполняют физическое пространство, но не становятся средством игр, а значит средством внешней и внутренней активности детей.

Установка на потребление активно формируется и усиливается экспансией современных информационно-коммуникационных технологий и видеопроизводства для детей. Доминирующим занятием дошкольников стал просмотр (потребление) мультфильмов или компьютерных игр, возрастная адресация и развивающий потенциал которых в большинстве своем весьма сомнительны. Наше исследование показало, что при восприятии мультфильмов, не соответствующих возрастным особенностям, дети не вкладывают свой личный смысл в события на экране и воспринимают их отстраненно и отчужденно. При этом они охотно смотрят малопонятные и малоосмысленные для них приключения. Психологический механизм притягательности такой чуждой для детей информации нуждается в специальном исследовании. Можно предположить, что сильная сенсорная стимуляция (быстрый и яркий видеоряд, обилие громких звуков, мелькание кадров) подавляет волю и активность ребенка, как бы гипнотизирует его, блокирует его собственную активность [6]. И, конечно же, очень серьезной проблемой стали компьютерные игры, «развивающие

программы» и другие «экранные развлечения». Компьютер стал для детей не средством получения информации, а источником сенсорных впечатлений, потребление которых превращается в самостоятельный род занятий. Приобщение к цифровым технологиям начинается уже с младенческого возраста (сейчас выпускаются электронные погремушки, вкладыши, пирамидки и пр.). Компьютерный экран все больше подменяет для малышей физическую активность, предметную и продуктивную деятельность, игру, общение с близкими взрослыми.

Все обозначенные тенденции безусловно отражаются на особенностях развития современных детей.

Первая из них – недоразвитие моторики и пространственного образа себя. Движение и предметное действие являются первой и практически единственной формой проявления активности и самостоятельности в раннем детстве (до 3 лет). Однообразное нажатие на кнопки и клавиши не может компенсировать дефицита двигательных и сенсорных впечатлений и собственных предметных действий. В результате у детей, долго сидящих перед экраном, нарушены чувство собственного движения и пространственный образ себя. Известно, что переживание себя в пространстве, чувство своей телесности – исходная точка всех видов активности и основа практически всех линий развития ребенка в раннем возрасте. Многие проблемы в развитии (в том числе несформированность произвольного поведения, трудности в освоении письма) связаны как раз с несформированностью телесного самовосприятия [3].

Другая характерная особенность современных детей – отставание в развитии речи. В последние годы и родители и педагоги все чаще жалуются на задержки речевого развития: дети позже начинают говорить, мало и плохо разговаривают, их речь бедна и примитивна. Специальная логопедическая помощь нужна практически в каждой группе детского сада. Такая картина наблюдается не только в нашей стране, но и во всем мире. Как показали специальные исследования, в наше время 25% 4-летних детей страдают нарушением речевого развития. В середине 70-х годов дефицит речи наблюдался только у 4% детей того же возраста [2].

Овладение речью в раннем возрасте происходит в живом, непосредственном общении, когда малыш не только слышит чужие слова, но и отвечает другому человеку, будучи включенным в диалог. Причем, включенным не только слухом и артикуляцией, но всеми своими действиями, интонациями и чувствами. Современные дети в большинстве своем слишком мало используют речь в общении с близкими взрослыми. Гораздо чаще они поглощают программы, которые не требуют их ответа и на которые он сам никак не может воздействовать. Усталых и молчаливых родителей заменяет экран. Но речь, исходящая с экрана, остается мало осмысленным набором чужих звуков, она не становится «своей». Поэтому дети предпочитают молчать либо изъясняются криками или жестами. Для того, чтобы ребенок заговорил, необходимо, чтобы речь была включена в его конкретные практические действия, в его реальные впечатления и, главное, – в его общение со взрослыми. Речевые звуки, не обращенные лично ребенку, остаются «пустым звуком»: они не предполагают ответа, не побуждают к действию и не вызывают каких-либо образов.

Но речь – это не только средство общения, но и средство мышления, воображения, овладения своим поведением, это средство сознания себя в целом. Именно диалог с собой дает устойчивость и независимость человеку. Если же эта форма не сложилась, если внутренней речи нет, человек остается крайне неустойчивым и зависимым от внешних воздействий. Он просто не в состоянии удерживать какое-либо содержание или стремиться к какой-то цели. В результате – внутренняя пустота, которую нужно постоянно пополнять извне. Явные признаки отсутствия этой внутренней речи мы можем наблюдать у многих современных детей.

Дефицит активности и самостоятельности современных дошкольников ярко проявляется в снижении уровня сюжетной игры. Известно, что именно в этой детской деятельности складываются главные новообразования дошкольного возраста - воображение, произвольность, самосознание, коммуникативные способности. Однако уровень развития игры современных дошкольников существенно снизился. Наше исследование, в котором участвовали дошкольники 5-6 лет из ДОУ Москвы показало что низкий уровень игры, когда она сводится к однообразным действиям с игрушками, наблюдался у 60% детей. Средний уровень, когда ребенок принимает роль и намечает сюжет, встречался в два раза реже (35% детей). Высокий уровень, для которого характерны развернутые ролевые отношения и создание игрового пространства, зафиксирован только в исключительных случаях (у 5% старших дошкольников). Таким образом, тот уровень игры, который полвека назад считался возрастной нормой для старших дошкольников, в настоящее время является исключением [5]. Но игра может задавать зону ближайшего развития, т. е. быть ведущей деятельностью, только в случае своего полноценного развития. У дошкольников с низким уровнем развития игры остаются неразвитыми произвольность, самоорганизация и мотивационная сфера личности [4]. Ведь игра - практически единственная область, где дошкольник может проявить свою инициативу и творческую активность. Именно в игре дети учатся контролировать и оценивать себя, понимать, что они делают, и, главное, *хотеть* действовать правильно. Самостоятельное регулирование своих действий превращает ребенка в сознательного субъекта своей жизни, делает его поведение осознанным и произвольным. Не умея развернуто и самостоятельно играть, дети теряют способность к самоорганизации, они не могут содержательно и творчески занять себя. Оставшись без руководящих указаний взрослых и без планшета, они не знают, что делать, и буквально теряют себя. Они не прилагают усилий для изобретения новых игр, для сочинения сказок, для создания собственного воображаемого мира.

В последнее время педагоги и психологи все чаще отмечают у детей неспособность к концентрации на каком-либо занятии, отсутствие заинтересованности делом. Дефицит концентрации ярко проявляется в обучении и характеризуется гиперактивностью, ситуативностью поведения, повышенной рассеянностью. Многие дети быстро отвлекаются, переключаются, лихорадочно стремятся к смене впечатлений, которые они воспринимают поверхностно и отрывочно, не связывая между собой. По данным германских исследований, эти симптомы непосредственно связаны с экранным воздействием [2]. Детям, привыкшим проводить время перед экраном телевизора или монитором компьютера, необходима постоянная внешняя стимуляция, без которой они буквально теряют себя.

В школьном возрасте дефицит самостоятельности проявляется в социальной инфантильности и неорганизованности детей. Так, в некоторых школах для одаренных родители до 5-го класса записывают уроки, проверяют портфель ребенка, провожают до дверей класса. Школьники плохо ориентируются в пространстве - не могут найти столовую, раздевалку и не могут обратиться с элементарными вопросами к незнакомым людям. При этом они являются победителями олимпиад и решают довольно трудные математические задачи.

Многим детям стало трудно воспринимать информацию на слух - они не могут удерживать предыдущую фразу и связывать отдельные предложения, понимать, схватывать целостный смысл. Слышима речь не вызывает у них образов и устойчивых впечатлений. По этой же причине им трудно читать: понимая отдельные слова и короткие предложения, они не могут удерживать и связывать их, в результате не понимают текста в целом. Поэтому им просто неинтересно, скучно читать даже самые хорошие детские книжки.

Еще один факт, который отмечают многие родители и педагоги – резкое снижение коммуникативной активности детей. Дети теряют способность и желание самостоятельно занять себя, содержательно и творчески играть. Им не интересно общаться друг с другом, общение со сверстниками становится все более поверхностным и формальным. Организовывать их игры и общение даже на детских праздниках приходится взрослым. На дни рождения многие родители нанимают аниматоров или артистов, которые развлекают детей. Без этого совместная содержательная активность не появляется, и дети предпочитают заниматься со своими телефонами или планшетами.

Но, пожалуй, самое явное свидетельство нарастания этой внутренней пустоты – повышение детской жестокости и агрессивности. Конечно, мальчишки дрались всегда, но в последнее время изменилось качество детской агрессивности. Раньше при выяснении отношений на школьном дворе драка заканчивалась, как только противник оказывался лежащим на земле, т. е. побежденным. Этого было достаточно, чтобы чувствовать себя победителем. В наше время бывают случаи, когда победитель с удовольствием бьет лежащего ногами, потеряв чувство меры. Сопереживание, жалость, помощь слабому встречаются все реже. Жестокость и насилие становятся чем-то обыденным и привычным, стирается ощущение порога дозволенности. При этом дети не отдают себе отчета в собственных действиях и не предвидят их последствий.

Конечно, далеко не у всех детей перечисленные «симптомы» наблюдаются в полном наборе. Но тенденции в изменении психологии современных детей достаточно очевидны и вызывают естественную тревогу. Наша задача – понять истоки этих тревожных явлений.

Возвращаясь к современной детской субкультуре, в качестве основных ее характеристик можно выделить установку на потребление и заорганизованность детской жизни, которая лишает их возможности для проявления инициативности и самостоятельности. Пристальное внимание к знаниям и навыкам контрастирует с неопределенностью для ребенка мотивационно-смысловых ориентиров, без которых любая деятельность носит отчужденный характер, не присваивается, а потому не способствует развитию личности. При всей неопределенности понятия «личность» ключевыми, определяющими ее характеристиками являются самостоятельность, инициативность и ответственность. Как следует из сказанного выше, именно эти характеристики в наибольшей степени страдают у наших детей. При достаточно высоком уровне информированности, умственного развития и технической грамотности они остаются пассивными, несамостоятельными и зависимыми от взрослых и от внешних обстоятельств.

Установка взрослых (родителей и педагогов) на раннее развитие, которое понимается исключительно как «обученность», тормозит развитие целостной личности ребенка. Субъективно не значимые знания и навыки не могут стать средствами личностного развития и овладения своим поведением. В наибольшей степени при этом страдают волевые качества личности – независимость, целеустремленность, настойчивость, решительность и др. Все эти качества предполагают наличие сильных, устойчивых мотивов, подчиняющих себе другие, т. е. развитую иерархию мотивов [1].

Неспособность к самоорганизации, несформированность мотивационно-волевой сферы, неосознанность себя и своего поведения являются серьезными проблемами в развитии современных детей. Эти проблемы во многом связаны с разрывом мотивации и способов действия ребенка. Культурные средства, транслируемые взрослыми, не опираются на возрастные особенности мотивационной сферы детей, а их собственные смыслы отсутствуют или лежат вне традиционного культурного контекста.

Развитие ребенка всегда происходит в конкретной социокультурной ситуации и во многом определяется ею. Современная ситуация развития создает серьезные вызовы для психологов и требует своего более глубокого рассмотрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
2. Пацлаф Р. Застывший взгляд. М.: Evidentis, 2003. 224 с.
3. Смирнова Е.О., Абдулаева Е.А. Условия становления пространственного образа «Я» в раннем возрасте как первой формы самосознания // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 16–24.
4. Смирнова Е.О., Гударёва О.В. Игра и произвольность у современных дошкольников // Вопросы психологии. 2004. № 1. С. 91–103.
5. Смирнова Е.О., Рябкова И.А. Состояние игровой деятельности современных дошкольников // Вопросы психологии. 2013. № 2. С. 15–23.
6. Смирнова Е.О., Соколова М.В., Матушкина Н.Ю., Смирнова С.Ю. Исследование возрастной адресации мультфильмов // Культурно-историческая психология. 2014. Т. 10. № 4. С. 27–36.
7. Соколова М.В. Исследование домашней игровой среды ребенка дошкольного возраста // Современное дошкольное образование. 2012. № 6. С. 7–13.

REFERENCES

1. Leont'ev A.N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. M.: Politizdat, 1975. 304 s.
2. Paclaf R. Zastyvshij vzgljad. M.: Evidentis, 2003. 224 s.
3. Smirnova E.O., Abdulaeva E.A. Uslovija stanovlenija prostranstvennogo obraza «Ja» v rannem vozraste kak pervoj formy samosoznaniya // Kul'turno-istoricheskaja psihologija. 2009. № 3. S. 16–24.
4. Smirnova E.O., Gudarjova O.V. Igra i proizvol'nost' u sovremennyh doshkol'nikov // Voprosy psihologii. 2004. № 1. S. 91–103.
5. Smirnova E.O., Rjabkova I.A. Sostojanie igrovoj dejatel'nosti sovremennyh doshkol'nikov // Voprosy psihologii. 2013. № 2. S. 15–23.
6. Smirnova E.O., Sokolova M.V., Matushkina N.Ju., Smirnova S.Ju. Issledovanie vozzrastnoj adresacii mul'tfil'mov // Kul'turno-istoricheskaja psihologija. 2014. T. 10. № 4. S. 27–36.
7. Sokolova M.V. Issledovanie domashnej igrovoj sredy rebenka do-shkol'nogo vozzrasta // Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. 2012. № 6. C. 7–13.

E.O. Smirnova

CHARACTERISTICS OF MODERN CHILDREN'S SUB-CULTURE

Center for Psychological and Pedagogical Expertise of Games and Toys MSUPE (Moscow).

Summary. The article presents the main characteristics of children's information environment and show their influence on the psychology of modern children. In the analysis of modern market of toys, books and movies, the author states some of the paradoxes of modern socio-cultural situation. One of them is that increased demands on cognitive development of children combined with overly caring attitude to their physical security and autonomy. The desire to make the life of their children easier, to protect them from any risk, effort and hardship is the dominant trend of modern education. As a result, children are setting on consumption, which is amplified by the expansion of modern media and video production for children. In the second part of the article discusses the problems of modern children due to the characteristics of children's subculture. Among them, the underdevelopment of the motive sphere, disorders of speech development, lack of imagination, communication difficulties, lack of autonomy and self-organization. The author concludes that modern children's subculture inhibits the development of personality of the child and leads to deficiency of motivation.

Keywords: children's subculture, and information products for children, toys, cartoons, computer games and programs, independence, self-organization, personality.

ПОДРОСТОК В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ: РИСКИ И РЕАКЦИИ ФГБНУ «Институт Управления Образованием РАО» (Москва).

Резюме: В статье приведены результаты социологического опроса 2074 школьников Московской области относительно особенностей их отношения к социальным сетям. Рассматриваются представления старшеклассников о последствиях использования социальных сетей, связанных с ними негативных моментах и рисках. Особое внимание уделено анализу гендерных и возрастных различий. Результаты исследования выявили влияние на мнения подростка о воздействии социальных сетей таких факторов, как активность и интенсивность пользования сетями, а также социального статуса подростка в школьном коллективе.

Ключевые слова: социальные сети, ИКТ, интернет, подростковая субкультура, риски, обратная связь, агрессия, кибербуллинг, социальный статус, подростковый возраст, гендерная специфика, активность пользования социальными сетями, интенсивность пользования социальными сетями

В настоящее время цифровые технологии являются неотъемлемой частью повседневной жизни. Если в 90-е и даже в начале нулевых мы говорили о наличии у школьников доступа к ИКТ дома и в школе [14, 15, 16], то сегодня этот вопрос утратил свою актуальность: с массовым распространением различных мобильных «гаджетов» и точек доступа Интернет у подростка всегда «в кармане» [9]. Приобщение к компьютерам и смартфонам происходит сегодня на этапе раннего детства: по оценкам родителей, более четверти детей в возрасте от 1,5 до 3 лет уже имеют опыт общения с компьютером [19].

Многие исследователи уже довольно давно рассматривают интернет, и социальные сети в частности, как особый институт социализации наравне с традиционными – семьей, школой и др. [2, 3, 11, 22]. В подростковом возрасте влияние традиционных институтов, таких как семья и школа, слабеет, но если 10 лет назад они вытеснялись молодежными субкультурами и «уличной социализацией», членством в неформальных группах [21], то сегодня это место занимает социализация «цифровая». В то же время можно отметить, что сама суть переходного возраста – повышенная значимость общения со сверстниками и поиск идентичности – не утратила своей актуальности, а лишь переместилась из реального в интернет-пространство [4, 6, 25, 26].

Неудивительно поэтому, что именно подростки и молодежь стали наиболее активными пользователями социальных сетей: по сути они заменили им не только все предшествующие формы интернет-общения (мессенджеры, чаты, форумы, информационные сайты, блоги и микроблоги), но во многом и традиционные СМИ, подкупая ощущением свободы и возможностью выбора [1]. Помимо этого социальные сети предоставляют доступ к разнообразному контенту, будь то игры, аудио- и видеофайлы и даже магазины.

Все это не могло не привлечь к социальным сетям пристального внимания родителей, педагогов и ученых. В первую очередь социальные сети рассматривались с точки зрения связанных с ними рисков: зависимости, негативного влияния, запрещенного контента, распространения экстремизма и т. д. [5, 8, 13, 24]. Позднее все активнее стали обсуждаться и позитивные стороны: возможности использования социальных сетей в образовании в качестве дополнительной формы общения с учащимися, обмена информацией или исследования взаимосвязей между интересами школьников, отраженных в их профилях, и успеваемостью [10, 12, 23].

В предыдущих статьях нами были рассмотрены вопросы, связанные с мотивацией обращения подростков к социальным сетям, содержанию их общения в сети, месту социальных сетей в структуре досуга и среди значимых для них источников информации [14, 15, 17]. В данной статье основное внимание будет уделено наиболее часто обсуждаемым вопросам, когда речь заходит о социальных сетях: это риски и последствия их использования. Мы рассмотрим воздействие и угрозы, связанные с использованием социальных сетей с точки зрения самих подростков, а также их реакцию на обратную связь и столкновение с проявлениями агрессии в сети.

Статья основана на материалах анкетного опроса 2074 учащихся 5, 7, 9 и 11-х классов школ Московской области, проведенного в мае 2016 г. сотрудниками Центра социологии образования Института управления образованием РАО.

Помимо возрастной и гендерной специфики особое внимание при содержательном анализе будет уделено влиянию таких специфических для данного исследования факторов, как активность и интенсивность пользования сетями, а также социальный статус подростка в школьном коллективе.

Влияние социальных сетей. Говоря о пользовании социальными сетями в подростковом возрасте, нельзя избежать обсуждения вопроса о воздействии, оказываемом ими на подростков. Зачастую это воздействие рассматривается только с негативным полюсом, мы же предоставили школьникам возможность самим оценить, как, по их мнению, на них влияют социальные сети.

Как показывают полученные данные, подростки склонны видеть скорее позитивные сдвиги в результате своей активности в социальных сетях. Так, появление у себя новых интересов отметили 41,7% подростков, 37,9% указали на существенное расширение круга общения, 36,0% считают, что благодаря социальным сетям стали более уверенными в реальном общении со сверстниками. Треть подростков (30,0%) отмечает, что из социальных сетей смогли больше узнать об интересующих их специальностях, 18,2% стали ощущать себя взрослее, 17,6% считают, что стали более популярными. Каждый десятый школьник (10,0%) считает, что использование социальных сетей положительно сказалось на их успеваемости, 7,7% отметили, что общение в сети стало преобладать над реальным общением. Вместе с тем важно указать и негативные моменты: 6,2% подростков отметили снижение успеваемости, на более частые конфликты в семье указывают 5,4%, 4,0% заметили снижение интереса к своему хобби, 3,7% считают, что стали более замкнутыми в реальном общении со знакомыми.

Наиболее заметные возрастные изменения происходят между 5 и 7 классами: школьники чаще отмечают появление у себя новых интересов (35,0% и 41,8%), расширение круга общения (33,3% и 41,1%) и начинают больше внимания уделять информации об интересующих их специальностях (24,5% и 31,3%; различия статистически значимы на уровне .02).

Ощущение популярности, уверенности при реальном общении и взрослости в качестве результата использования социальных сетей, наоборот, с возрастом отмечаются все реже. Помимо этого в старших классах школьники реже отмечают повышение успеваемости как следствие пользования социальными сетями (12,8% и 11,8% в 5 и 7 классах по сравнению с 7,3% и 6,3% в 9 и 11 классах; $p \leq .005$). На рис. 1 представлены ответы о влиянии социальных сетей среди подростков с разной самооценкой своего социального статуса в классе.

Как видно на представленной диаграмме, подростки, относящие себя к лидерам, значительно чаще отмечают, что социальные сети принесли им большую популярность и чувство взрослости ($p \leq .02$). Подростки, чувствующие себя в школь-

ном коллективе одиночками, более склонны замечать негативные последствия приобщения к социальным сетям: преобладание виртуального общения над реальным, повышение замкнутости в реальном общении, рост конфликтов в семье ($p \leq .03$).

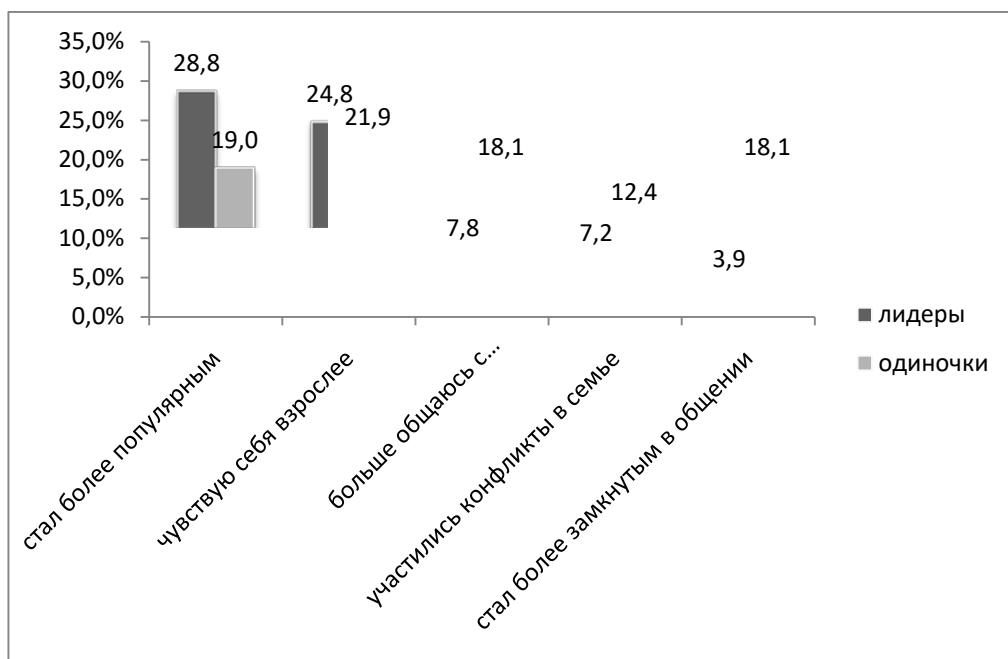


Рисунок 1. Мнения подростков с разной самооценкой своего социального статуса в коллективе по поводу последствий использования социальных сетей (%).

Учащиеся, обладающие средним уровнем популярности, чаще отмечают появление у себя новых интересов (42,9% среди тех, кого «многие уважают» по сравнению с 32,4% среди «одиночек»; $p \leq .04$).

Мальчики чаще считают, что использование социальных сетей положительно сказалось на уровне их популярности (20,9% и 14,4%), ощущении взрослости (21,1% и 12,4%) и успеваемости (12,5% и 7,6%; $p \leq .00001$). Девочки же чаще отмечают появление у себя новых интересов (44,6% и 38,7%; $p \leq .0002$).

Таким образом, сами подростки склонны видеть скорее положительные последствия своей активности в социальных сетях: расширение кругозора и возможностей общения. При этом подростки, относящие себя к лидерам, считают, что использование социальных сетей положительно сказалось на их статусе, тогда как одиночки, напротив, отмечают усугубление проблем в общении.

Проблемы и опасности. В связи с тем, что вопрос угроз и рисков традиционно является одним из самых обсуждаемых в контексте использования подростками социальных сетей, учащиеся просили отметить, с какими проблемами и опасностями, на их взгляд, можно столкнуться в социальной сети.

Так, отмечая потенциальные риски общения в сети, подавляющее большинство опрошенных (74,5%) отметило «мошенничество». Довольно часто подростки отмечают возможность подвергнуться «оскорблениям и давлению со стороны других пользователей» (45,8%), стать жертвой «шантажа» (42,5%), «навязчивой рекламы» (41,3%), «сексуальных домогательств» (36,4%). Помимо этого их беспокоят такие проблемы, как «оглашение личной информации» (33,3%), «зависи-

мость» (29,9%), «преследование в реальной жизни со стороны виртуальных собеседников» (17,9%). В то же время каждый десятый подросток (10,8%) считает, что проблема социальных сетей «надумана и преувеличена взрослыми».

При общении в сети девочки уделяют больше внимания вопросам собственной безопасности: по сравнению с мальчиками они гораздо чаще фиксируют возможные угрозы сетевого общения, связанные с оскорблениями (соответственно 48,3% и 42,1%), «сексуальными домогательствами» (42,7% и 29,8%) и «возможностью преследования в реальной жизни» (20,5% и 15,1%; $p \leq 0,03$). Также девочки чаще фиксируют проблему собственной зависимости от социальных сетей (32,4% по сравнению с 27,3% среди мальчиков; $p \leq 0,02$).

К концу школы большинство рисков – оскорбления (37,3% в 11 классе по сравнению с 51,1% в 7 классе), сексуальные домогательства (29,3% и 39,8%), шантаж (37,0% и 47,3%; $p \leq 0,02$), – становятся для подростков менее актуальными. К 11 классу отмечается лишь усиление беспокойства по поводу возможного оглашения личной информации (39,0% по сравнению с 25,7% в 5 классе; $p \leq 0,0001$).

Что касается влияния статуса подростка в коллективе, то лидеры чаще других оказываются обеспокоены возможностью столкнуться с сексуальными домогательствами (43,8% и 34,8% среди тех, кого «многие уважают»; $p \leq 0,03$).

Угрозы, связанные с навязчивой рекламой, мошенничеством и сексуальными домогательствами чаще отмечаются более активными пользователями. Интенсивность пользования социальными сетями также способствует росту опасений относительно сексуальных домогательств и predания огласке личной информации.

В целом, оценивая психологические угрозы, подростки наиболее обеспокоены возможностью подвергнуться оскорблениям, давлению или преследованиям со стороны других пользователей, причем девочек это волнует сильнее. Помимо этого практически треть опрошенных переживает по поводу наличия у себя зависимости от социальных сетей.

Негативные моменты. Помимо потенциальных рисков школьникам также был задан вопрос о том, какие моменты, связанные с использованием социальных сетей, вызывают у них наиболее сильные негативные эмоции (раздражают). В первую очередь большинство подростков обращает внимание на «рекламу» – она вызывает раздражение у 66,3% респондентов. Кроме этого довольно часто отмечаются варианты, связанные с нежелательным поведением других пользователей: «безнаказанность и грубость» – 27,9%; «навязчивость других пользователей» – 19,9%; «ощущение слежки» – 14,9%. Относят к числу негативных моментов собственную зависимость от социальных сетей 7,1% подростков, переживания из-за более популярных страниц других пользователей – 4,2%. На отсутствие подобных негативных моментов указывают 15,3% школьников.

Сравнение ответов мальчиков и девочек показало, что мальчиков чаще раздражает ощущение слежки (17,4% и 12,5%). Девочек же чаще беспокоит навязчивость других пользователей (22,1% и 17,5%) и собственная зависимость (9,3% и 4,8%; $p \leq 0,03$).

Те, кто относит себя к лидерам, чаще отмечают навязчивость других пользователей (26,1% по сравнению с 18,3% среди тех, кого «многие уважают»; $p \leq 0,02$). Подростки же, чувствующие себя в классе одиноко, чаще испытывают ощущение слежки (21,9% по сравнению с 12,9% среди тех, кого «многие уважают»; $p \leq 0,01$) и раздражение по поводу более популярных страниц других пользователей (8,6% по сравнению с 3,5% среди «пользующихся уважением»; $p \leq 0,03$).

Активные пользователи чаще испытывают раздражение по поводу чужих бо-

лее популярных страниц (7,3% по сравнению с 2,9% среди тех, кто пользуется умеренно и 3,0% среди тех, кто пользуется эпизодически; $p \leq .02$).

У подростков, интенсивно пользующихся социальными сетями, последовательно увеличивается ощущение зависимости (с 4,7% среди тех, кто пользуется менее часа до 12,6% среди тех, кто тратит на сети более 5 часов; $p \leq .00001$).

Обращает на себя внимание то, что более активные пользователи чаще испытывают раздражение по поводу грубости (28,6% по сравнению с 16,0% среди тех, кто пользуется редко). Добавим, что «интенсивные» пользователи реагируют на грубость реже (23,3% среди тех, кто пользуется сетями более 5 часов по сравнению с 31,6% среди тех, кто использует их менее часа; $p \leq .02$).

Таким образом, негативные эмоции у подростков чаще всего вызваны недовольством относительно поведения других пользователей: грубостью, навязчивостью, «ощущением слежки». При этом лидеры чаще страдают от навязчивости других пользователей, тогда как «одинокие» подростки чаще испытывают ощущение слежки. Активные пользователи чаще испытывают раздражение по поводу чужих более популярных страниц. Подростки, наиболее интенсивно пользующиеся социальными сетями, чаще отмечают ощущение собственной зависимости.

Реакция на обратную связь. Зависимость подростков от социальных сетей может проявляться в особенностях их реакций на обратную связь: внимание к их активности в сети со стороны окружающих и оценка этой активности. Среди разнообразной информации, интересующей подростков в социальных сетях, многие из них называли именно получение обратной связи.

Чтобы оценить выраженность этой зависимости, в нашем исследовании подросткам были заданы вопросы об их эмоциональной реакции на обратную связь относительно трех ситуаций: если на их публикацию на странице никак не отреагировали; если ее восприняли негативно; наоборот, одобрили.

На вопросы об оставленных без внимания или оцененных негативно публикациях около половины подростков (соответственно 59,4% и 46,5%) отвечают, что никаких особенных переживаний по этому поводу они не испытывают. В то же время у части подростков не оцененные публикации вызывают «желание удалить» подобную публикацию (13,4%), а также такие пассивные негативные реакции как «разочарование» (12,5%), «обида» (9,7%), «досада» (9,7%) и «тоска» (6,9%).

Характерно, что подобные негативные реакции более свойственны лидерам и тем, кто чувствует себя одиноко в школьном коллективе (см. рис. 2). Подростки, более активно и интенсивно пользующиеся социальными сетями, также склонны сильнее переживать отсутствие реакции окружающих на их действия в аккаунте.

Заметим, что по сравнению со случаем, когда на публикацию никак не отреагировали, негативные отклики на нее провоцируют более активную реакцию, побуждают к ответным действиям: возрастают «обида» (14,0%), «злость» (10,6%) «желание удалить» публикацию (14,9%), «наругать в ответ» (11,0%).

Важно отметить, что позитивные реакции проявляются чаще, чем негативные, подростки реже отмечают, что ничего не испытывают и чаще выбирают варианты положительных переживаний. Разница в выборе варианта «ничего не испытываю, мне все равно» в разных ситуациях позволяет предположить, что значительная часть подростков пытается подавить, скрыть за безразличием негативные реакции.

С возрастом выраженность большинства эмоциональных реакций снижается, тогда как побуждающие к ответным действиям (наругать в ответ, ответить на комплимент), напротив, возрастают.

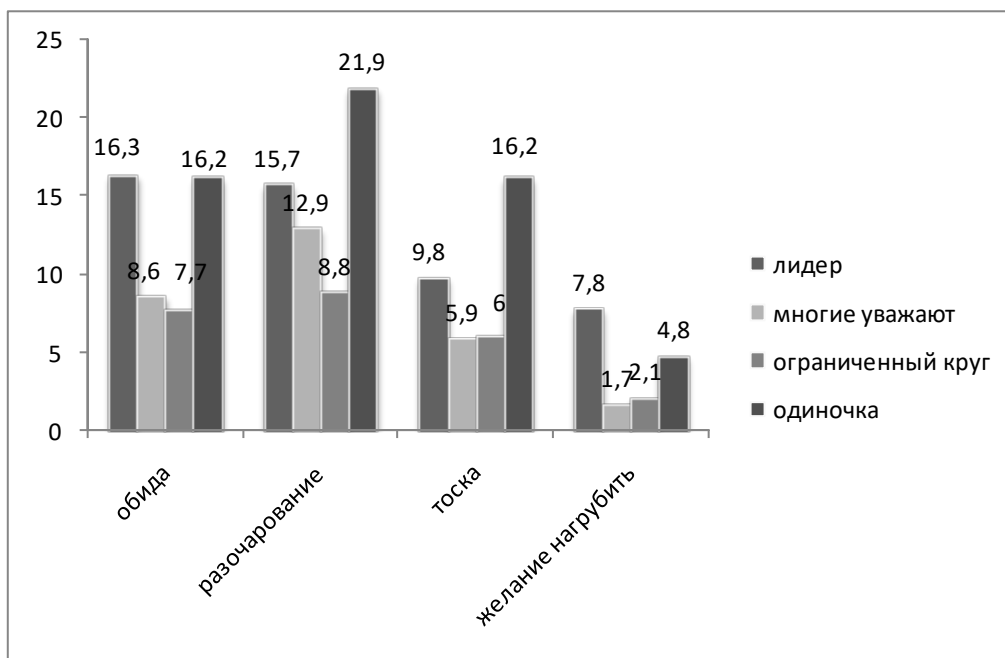


Рисунок 2. Реакция подростков с разной самооценкой своего статуса в коллективе в случае, если их публикацию не оценили (%).

Лидеры и отверженные сильнее реагируют на негативные отклики окружающих. В целом для лидеров обратная связь более значима, чем для менее популярных одноклассников. Подростки, относящие себя к активным пользователям сетей и проводящие в них много времени, также склонны уделять реакции окружающих на их действия в сети больше внимания.

Девочкам более свойственно желание тут же удалить публикацию, вызвавшую негативные отзывы (19,6% по сравнению с 9,8% среди мальчиков; $p \leq 0.00001$).

В целом подростки чаще проявляют установку на переживание позитивных эмоций, чем негативных, относительно реакции окружающих на свои публикации. Отсутствие внимания к их публикациям вызывает у многих подростков пассивные негативные реакции, тогда как отрицательные отклики способны привести к более активной реакции, побуждать к ответным действиям.

Проявления агрессии. Негативные аспекты использования социальных сетей подростки часто связывают с неприятным поведением других пользователей. Одним из наиболее проблемных моментов сетевого взаимодействия является агрессия в сети (в том числе кибербуллинг). Результаты анализа показывают, что практически каждому третьему подростку (31,1%) «приходилось переживать агрессию со стороны других пользователей». Каждый пятый (21,1%) отметил, что «был свидетелем агрессии в отношении других пользователей», а 6,0% опрошенных признали, что «сами выступали в роли агрессора в отношении других пользователей».

Анализ гендерной специфики выявил, что пространство виртуального общения мальчиков носит более агрессивный характер, чем у девочек: они чаще отмечают, что были как жертвами агрессии (соответственно: 34,0% и 28,2%), так и агрессорами (7,5% и 4,5%). Это позволяет сделать вывод о том, что традиционно более жесткая маскулинная среда реального общения, характеризующая субкультуру мальчиков, переносится и на виртуальное пространство.

Изучение возрастной динамики показывает, что отчетливый сдвиг в сторону увеличения агрессивности среды социальных сетей происходит на рубеже 7-го класса: так, если среди пятиклассников «свидетелями агрессии» были 13,0%, то в 7-м классе таких уже почти в два раза больше - 21,5%.

Особый интерес, на наш взгляд, представляют различия, связанные с социальным статусом подростка в классе. Среди лидеров объектами агрессии со стороны других пользователей сети оказывались 28,1%, тогда как среди тех, кто «чувствует себя одиноким», доля таких составляет 41,9%. Характерно, что «одиноким» чаще оказываются и свидетелями агрессии в сети (соответственно: 19,0% и 13,7%).

Таким образом, виртуальная среда в плане агрессивности является отражением реальной. При этом закономерности, связанные с полом и статусом в коллективе, также повторяют ситуацию реального взаимодействия подростка.

В целом подростки склонны расценивать влияние социальных сетей положительно. Среди плюсов они отмечают в первую очередь расширение кругозора и позитивные сдвиги в общении. В числе рисков подростки прежде всего упоминают такие экономические угрозы, как мошенничество, шантаж и навязчивая реклама. Что касается психологической безопасности, то здесь их опасения вызывает возможность подвергнуться оскорблениям, сексуальным домогательствам и преследованиям. Помимо рекламы чаще всего негативные эмоции связаны с неприятным поведением других пользователей: грубостью, навязчивостью, «ощущением слежки». Практически треть опрошенных отмечает проблему зависимости от социальных сетей. На основании полученных данных о влиянии и реакции на обратную связь можно сделать вывод о том, что уже к старшему школьному возрасту эмоциональная значимость для подростков социальных сетей ослабевает.

Полученные результаты говорят о том, что сфера виртуального общения подростков в социально-психологическом плане является частью его реальной жизни и во многом определяется реальным поведением, отношениями и статусом среди сверстников. Таким образом, социальные сети для подростков выступают как средство общения, а не как альтернативная реальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г., Асмолов Г.А. От Мы-медиа к Я-медиа: трансформации идентичности в виртуальном мире // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. 2010. № 1. С. 3–21.
2. Белинская Е.П., Вознесенская В.С. Проблема регуляции социального поведения в теориях информационного общества и реальность сетевого взаимодействия // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 48. С.5.
3. Белинская Е.П. Информационная социализация подростков: опыт пользования социальными сетями и психологическое благополучие // Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 30. С. 5.
4. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - СПб.: Питер, 2008. – 398 с.
5. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета // Психологический журнал. 2004. № 25 (1). С. 90–100.
6. Выготский Л.С. Педология подростка // Л.С. Выготский. Собрание сочинений в 6-ти т. Т.4. Детская психология / Под ред. Д. Б. Эльконина. — М.: Педагогика, 1984. С. 5–242.
7. Головин А.Ю., Давыдов В.О. Криминальные технологии использования социальных компьютерных сетей в экстремистских целях // Известия ТулГУ. Эко-

номические и юридические науки. Вып. 3.2. - Тула, 2012.

8. Гориченко А.В. «Кривое зеркало» социальных сетей // Сборник трудов VI Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Трансформация научных парадигм и коммуникативные практики в информационном социуме». –Томск: Национальный исследовательский Томский политехнический университет. 2013. С. 192-194.

9. Королева Д.О. Всегда онлайн: использование мобильных технологий и социальных сетей современными подростками дома и в школе // Вопросы образования. 2016. № 1. С. 205–224.

10. Королева Д.О. Использование социальных сетей в образовании и социализации подростка: аналитический обзор эмпирических исследований (международный опыт) // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20. № 1. С. 28–37.

11. Марцинковская Т.Д. Информационное пространство как фактор социализации современных подростков // Мир психологии. 2010. № 3. С. 90–102.

12. Поливанова К.Н., Смирнов И.Б. Что в профиле тебе моем: данные «ВКонтакте» как инструмент изучения интересов современных подростков // Вопросы образования. 2017. № 2. С. 134–152.

13. Сашенков С.А. Криминогенное влияние социальных сетей на несовершеннолетних // Вестник Воронежского института МВД России. 2015. № 3.

14. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Мониторинг социальных последствий информатизации: что изменилось в школе за три года?. - М.: Институт социологии образования РАО, 2008. – 159 с.

15. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Отношение участников образовательного процесса к информационно-коммуникационным технологиям (по материалам социологического опроса администраторов школ, учителей и учащихся в пилотных регионах проекта ИСО). - М.: Центр социологии образования РАО, 2006. – 182 с.

16. Собкин В.С., Евстигнеева Ю.М. Подросток: виртуальность и социальная реальность. По материалам социологического исследования. Труды по социологии образования. Том VI. Выпуск X. - М: Центр социологии образования РАО, 2001. – 156 с.

17. Собкин В. С. Подросток: включенность в сетевое взаимодействие и отношение к образованию // Коммуникации. Медиа. Дизайн. 2017. Том 2, № 2. С. 99–113.

18. Собкин В.С. Подросток, попавший в сети // Дитя человеческое. 2016. № 4 (113). С. 16–21.

19. Собкин В.С., Скобельцина К.Н. Компьютер в жизни ребенка-дошкольника // Дитя человеческое. 2014. № 2. С. 20–24.

20. Собкин В. С. Современный подросток в социальных сетях // Педагогика. 2016. № 8. С. 61–72.

21. Собкин В.С., Федотова А.В. Подросток-неформал: принадлежность к группе и жизненные ориентации // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XIII. Вып. XXII / Под ред. В.С. Собкина. – М: Институт социологии образования РАО, 2009. – С. 84–101.

22. Солдатова Г.В., Зотова Е.Ю., Чекалина А.И., Гостимская О.С. Пойманные одной сетью: социально-психологическое исследование представлений детей и взрослых об интернете / Под ред. Г.В. Солдатовой; Фонд Развития Интернет. – М., 2011. – 176 с.

23. Фещенко А.В. Социальные сети в образовании: анализ опыта и перспективы развития // Открытое и дистанционное образование. 2011. № 3. С. 44-50.

24. Шуктуева А.С. Социальные сети как инструмент для пропаганды экстремиз-

ма среди подростков // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. Издательство: Общество с ограниченной ответственностью «Центр развития научного сотрудничества» (Новосибирск). 2016. № 25. С. 45–48.

25. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1989. 560 с.

26. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: Пер. с англ.; общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. М.: Изд. группа «Прогресс», 1996. 344 с.

REFERENCES

1. Asmolov A.G., Asmolov G.A. Ot My-media k Ja-media: transformacii identichnosti v virtual'nom mire // Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14, Psihologija. 2010. № 1. S. 3–21.

2. Belinskaja E.P., Voznesenskaja V.S. Problema reguljacii social'nogo povedenija v teorijah informacionnogo obshhestva i real'nost' setevogo vzaimodejstvija // Psihologicheskie issledovanija. 2016. T. 9, № 48. S.5.

3. Belinskaja E.P. Informacionnaja socializacija podroستkov: opyt pol'zovanija social'nymi setjami i psihologicheskoe blagopoluchie // Psihologicheskie issledovanija. 2013. T. 6, № 30. S. 5.

4. Bozhovich L. I. Lichnost' i ee formirovanie v detskom vozraste. - SPb.: Piter, 2008. – 398 s.

5. Vojskunsij A.E. Aktual'nye problemy psihologii zavisimosti ot Interneta // Psihologicheskij zhurnal. 2004. № 25 (1). S. 90–100.

6. Vygotskij L.S. Pedologija podroстка // L.S. Vygotskij. Sbranie sochinenij v 6-ti t. T.4. Detskaja psihologija / Pod red. D. B. Jel'konina. — M.: Pedagogika, 1984. S. 5–242.

7. Golovin A.Ju., Davydov V.O. Kriminal'nye tehnologii ispol'zovanija social'nyh komp'juternyh setej v jekstremistskih celjah // Izvestija TulGu. Jekonomicheskie i juridicheskie nauki. Vyp. 3.2. - Tula, 2012.

8. Gorichenko A.V. «Krivoe zerkalo» social'nyh setej // Sbornik trudov VI Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii studentov i molodyh uchenyh «Transformacija nauchnyh paradig i kommunikativnye praktiki v informacionnom sociume». –Tomsk: Nacional'nyj issledovatel'skij Tomskij politehnicheskij universitet. 2013. S. 192-194.

9. Koroleva D.O. Vsegda onlajn: ispol'zovanie mobil'nyh tehnologij i social'nyh setej sovremennymi podrostkami doma i v shkole // Voprosy obrazovanija. 2016. № 1. S. 205–224.

10. Koroleva D.O. Ispol'zovanie social'nyh setej v obrazovanii i socializacii podroстка: analiticheskij obzor jempiricheskikh issledovanij (mezhdunarodnyj opyt) // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2015. T. 20. № 1. S. 28–37.

11. Marcinkovskaja T.D. Informacionnoe prostranstvo kak faktor socializacii sovremennyh podroستkov // Mir psihologii. 2010. № 3. S. 90–102.

12. Polivanova K.N., Smirnov I.B. Chto v profile tebe moem: dannye «VKontakte» kak instrument izuchenija interesov sovremennyh podroستkov // Voprosy obrazovanija. 2017. № 2. S. 134–152.

13. Sashenkov S.A. Kriminogennoe vlijanie social'nyh setej na nesovershennoletnih // Vestnik Voronezhskogo instituta MVD Rossii. 2015. № 3.

14. Sobkin V.S., Adamchuk D.V. Monitoring social'nyh posledstvij informatizacii: chto izmenilos' v shkole za tri goda?. - M.: Institut sociologii obrazovanija RAO, 2008. – 159 s.

15. Sobkin V.S., Adamchuk D.V. Otnoshenie uchastnikov obrazovatel'nogo processa k informacionno-kommunikacionnym tehnologijam (po materialam sociologicheskogo oprosa administratorov shkol, uchitelej i uchashhihsja v pilotnyh regionah

proekta ISO). - M.: Centr sociologii obrazovanija RAO, 2006. – 182 s.

16. Sobkin V.S., Evstigneeva Ju.M Podrostok: virtual'nost' i social'naja real'nost'. Po materialam sociologicheskogo issledovanija. Trudy po sociologii obrazovanija. Tom VI. Vypusk X. - M: Centr sociologii obrazovanija RAO, 2001. – 156 s.

17. Sobkin V. S.Podrostok: vkljuchennost' v setevoe vzaimodejstvie i otnoshenie k obrazovaniju // Kommunikacii. Media. Dizajn. 2017. Tom 2, № 2. S. 99–113.

18. Sobkin V.S. Podrostok, popavshij v seti // Ditja chelovecheskoe. 2016. № 4 (113). S. 16–21.

19. Sobkin V.S., Skobel'cina K.N. Komp'juter v zhizni rebenka-doshkol'nika // Ditja chelovecheskoe. 2014. № 2. S. 20–24.

20. Sobkin V. S. Sovremennyy podrostok v social'nyh setjah // Pedagogika. 2016. № 8. S. 61–72.

21. Sobkin V.S., Fedotova A.V. Podrostok-neformal: prinadlezhnost' k gruppe i zhiznennye orientacii // Sociologija obrazovanija. Trudy po sociologii obrazovanija. T. XIII. Vyp. XXII / Pod red. V.S. Sobkina. – M: Institut sociologii obrazovanija RAO, 2009. – S. 84–101.

22. Soldatova G.V., Zotova E.Ju., Chekalina A.I., Gostimskaja O.S. Poj-mannye odnoj set'ju: social'no-psihologicheskoe issledovanie predstavlenij detej i vzroslyh ob internete / Pod red. G.V. Soldatovoj; Fond Razvitija Internet. – M., 2011. – 176 s.

23. Feshhenko A.V. Social'nye seti v obrazovanii: analiz opyta i perspektivy razvitiya // Otkrytoe i distancionnoe obrazovanie. 2011. № 3. S. 44–50.

24. Shukhtueva A.S. Social'nye seti kak instrument dlja propagandy jekstremizma sredi podrostkov // Novoe slovo v nauke i praktike: gipotezy i aprobacija rezul'tatov issledovanij. Izdatel'stvo: Obshhestvo s ogranichennoj otvetstvennost'ju «Centr razvitija nauchnogo sotrudnichestva» (Novosibirsk). 2016. № 25. S. 45–48.

25. Jel'konin D.B. Izbrannye psihologicheskie trudy. M.: Pedagogika, 1989. 560 s.

26. Jerikson Je. Identichnost': junost' i krizis: Per. s angl.; obshh. red. i predisl. A.V. Tolstyh. M.: Izd. gruppа «Progress», 1996. 344 s.

V.S. Sobkin, A.V. Fedotova

TEENAGER AND SOCIAL NETWORKING: RISKS AND RESPONSE

Institute of Education Management of the RAE (Moscow).

Summary: The survey of 2074 school-aged teenagers was concerned with various aspects of their social networking. The main focus of this article is teenagers' opinion about the effects, risks and negative features of social networking considering gender and age peculiarities. The paper also reveals the impact of teenagers' activity and intensity in using social networks on the issue as well as their social status among classmates.

Keywords: social networking, ICT, internet, teenage subculture, risks, feedback, aggression, cyber bullying, social status, adolescence, gender specifics, activity in using social networks, intensity in using social networks

Ю.Б. Можгинский

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ
НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Резюме: резистентность к психофармакотерапии заметно усложняет лечение психических расстройств. Одним из решений данной проблемы является более тесная интеграция лекарственного воздействия и психотерапии. Детальное исследование современных аспектов психопатологии позволяет оптимизировать этот процесс. В данном сообщении говорится об особенностях клинических симптомов у детей, недостаточно освещенных в литературе, в которых имеется потенциал для взаимодействия психотерапевтических и психофармакологических подходов.

Ключевые слова: агрессивное поведение, депрессия, психотерапия, фармакотерапия, эмоциональная депривация, психодинамика.

1. Принципы анализа и методологии исследования. Описание симптомов в детской психиатрии всегда сопровождалось предположениями об их происхождении: являются ли эти психопатологические феномены лишь проекцией общей патологии к детскому возрасту, либо это самостоятельные структурно-динамические единицы. Относительно, например, детской депрессии существует устоявшееся мнение, что в ней присутствуют и те, и другие свойства. С одной стороны, она представляет собой модифицированную детским возрастом общую депрессию. Но также признано существование в ее структуре особых, специфических только для детского возраста расстройств психики. К таковым, в частности, относятся страхи, соматизированные тревожные расстройства [11, 13]. Большинство исследователей склонно видеть в феноменах детской психопатологии сочетание общевозрастной и детской специфики.

Другим важным вопросом в детской психиатрии можно считать ее психодинамический аспект. Оставляя за пределами данного сообщения длинную историю диалектического противостояния биологической и динамической моделей развития психопатологии, следует остановиться хотя бы на таком моменте: формировании личности в самом раннем возрасте и важнейшей роли в этом процессе симбиотических отношений с матерью или другим значимым объектом. Начиная с работ Д. Боулби [1], этому фактору придается решающее значение для формирования патологии антисоциального плана. М. Раттер [12] развивал эти идеи, придав им более широкий контур, – с включением в число патогенных факторов влияние социума, стрессов, школьных перипетий и говоря в целом об «эмоциональной среде» развития ребенка. Он придавал большое значение не столько прямой депривации в отношениях ребенка и матери, сколько искажению этого процесса. С данной концепцией связаны и воззрения Р. Лэйнга [8]. Собственно, данный, условно «психодинамический» подход? допускает прямое влияние психологического, духовного фактора на формирование отдельных психопатологических симптомов. Речь идет о трансформации семейно-социального, психологического воздействия в конкретные формы расстройств. И это обстоятельство во многом определяет подходы к их терапии: воздействуем ли мы на конечный «продукт» с помощью лекарств или же стараемся «переформатировать» неправильную личностную конструкцию?

В этом сообщении мы сосредоточимся на часто встречающихся симптомах детской психопатологии. Тех симптомах, которые, являясь приоритетными для данного возрастного периода, в то же время недостаточно освещены в литературе. Им не уделяется должного внимания при диагностике и лечении. Здесь приведены, конечно, далеко не все такие феномены: невозможно в одном сообщении объять все многообразие симптомов с их бесчисленными социальными и семейными аспектами, со всеми тонкостями индивидуальной феноменологии. Исследование и анализ многих других феноменов – предмет дальнейших исследований.

В то же время мы не касались многожды описанных и очень известных расстройств, например, системных неврозов, органического поражения ЦНС, СДВГ, задержек психического и речевого развития. Суицидальные и аноректические симптомы приведены лишь в количественном отношении, для полноты картины. С учетом того, что все эти обширные группы больных не вошли в исследование, цифровые выражения процентов встречаемости тех или иных симптомов, приводимые в данном сообщении, оказываются небольшими. Но они, тем не менее, отражают их относительное соотношение.

Приведенные данные были нами получены при обследовании детей на двух площадках. На психиатрическом амбулаторном приеме обследованы 176 пациентов от 3,5 до 17,8 лет, средний возраст 10,6 лет. В условиях психиатрического стационара изучены симптомы у 130 пациентов от 14,2 до 17,9 лет, средний возраст 16,5. В поликлинике обследованы пациенты мужского и женского пола (93 и 83 соответственно), в стационаре – только мальчики. Данное обстоятельство объясняет, в частности, отчего в стационарной группе отсутствуют больные с анорексией. Полученные количественные данные распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1.

Детские психопатологические расстройства у амбулаторных и стационарных больных (%%)

С-м	ДАС	ПГА	СН	ЮА	ПА	ИА	ДА	Р	ЛР	МД	ПСВ	ПД	И	ОФН	А	П	С
Амб.	7,9	2	7,9	1,9	7,7	2,1	2,1	2,4	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	3,4	2,1	1,2	2,4
Стац.	19	83	0	22	0	0	0	32,5	0	0	0	19	16	1,6	0	1,3	22

ДАС – детский агрессивный синдром; ПГА – патологическое гетероагрессивное поведение; СН – соматоформный невроз; ЮА – юношеская астения; ПА – псевдоаутистические симптомы; ИА – истинный аутизм; ДА – «демонически архетипическая» группа; Р – чувство ревности; ЛР – либидинозный регресс; МД – метафизическая депрессия; ПСВ – прямое семантическое восприятие; ПД – псевдобебильность; И – игромания; ОФН – обсессивно-фобические неврозы; А – анорексия; П – параноидный синдром; С – суицидальные тенденции.

2. Клинико–психопатологические феномены. Детский агрессивный синдром (ДАС) имеет самостоятельное значение с учетом таких параметров, как структура, динамика, степень тяжести, прогноз [10]. Мы видим немотивированную конфликтность, негативизм с элементами злобности, толкание, бросание предметов, укусы, удары, вербальные угрозы. Такие проявления не спровоцированы внешним воздействием, не соотносятся с какими–либо стрессовыми факторами. Ключевое отличие их в том, что таким детям невозможно «подобрать» известный диагноз, втиснуть в какую–либо диагностическую нишу. При тщательном разборе всегда можно найти моменты депривации, эмоционального отвержения, с которым ребенок борется доступными ему агрессивным способом. ДАС занимает одну из ведущих позиций по частоте встречаемости как в амбулаторном звене (7,9%), так и в стационаре (19%).

Злобность и раздражительность имеют психологическое обоснование и гнездятся в глубинах обиженной, обделенной заботой личности. К таким «агрессивным психопатам» подходит определение К. Лоренца - «Так называемое зло» [7]. Помещенные в психиатрическую больницу своими родителями или опекунами для исправления поведения они дают реактивные агрессивные вспышки. При правильном подходе и уделении им должного внимания их поведение улучшалось. Важно отметить, что их неоправданно долгое пребывание в больнице явственно вело к появлению симптомов госпитализма.

Патологическое гетероагрессивное поведение (ПГА) представляет собой сложный симптомокомплекс поведенческих и аффективных нарушений. Чаще всего оно является следствием депрессии, о чем мы подробно говорили ранее [10]. Диадизм «депрессия–агрессия» является, по нашему мнению, важнейшим регулятором поведения. Агрессия выступает как защитный механизм, призванный преодолеть депрессию. Данное поведение длительно, имеет фазовый характер в зависимости от динамики аффективных расстройств. Их мало в амбулаторном звене (2%), зато они составляют доминирующий массив в стационаре (83%). Здесь находятся агрессивные пациенты, пребывающие на докриминальном этапе своего развития, и это накладывает особую ответственность в плане профилактики ООД (общественно опасных действий).

Соматоформный невроз (СН) является следствием прямого перехода стрессового фактора в соматизированные феномены – абдоминальные симптомы (боли, дисфункции), дерматиты. Они являются прерогативой амбулаторного уровня психиатрической помощи (7,9%).

Юношескую астению (ЮА) [14] также нередко сопровождают соматические симптомы – дерматиты, дисфункция кишечника. Но в ее основе лежит беспричинная слабость, необъяснимая лень. Этот, в общем–то давно известный симптом, сейчас подзабыт и фиксируется не столь тщательно. Хотя он во многом определяет трудности обучения. Он нечасто выявляется в поликлинике (1,2%), зато таких пациентов много в стационаре (22%).

Псевдоаутистические симптомы (ПА) - это случаи, когда последствия органической, ранней гипоксической патологии принимаются за аутизм. Слабость энергизации аффекта, витальных инстинктов, связанная с модифицированной возрастом органической астенией, расцениваются как симптомы аутизма. Ребенок избегает контактов, охраняя свои невысокие жизненные силы, но это не является первичным проявлением отгороженности. Резистентность, торпидность эмоций имеет тот же органический генез и со временем исчезает. Детей, которым устанавливался «аутизм», а потом он у них не подтверждался, было 7,7% - и только в поликлинике. Надо заметить, что на раннем этапе уже можно отдифференцировать истинный аутизм (ИА) от ПА. При истинном аутизме выявляется первичная отгороженность - стойкая и тотальная, есть обманы восприятия, бредовые страхи, нелепые стереотипии, чего лишены псевдоаутистические органики.

Следующую группу традиционно, наверное, можно назвать «шизотипической». Но она отличается от привычного описания. В ней появляются симптомы, близкие к выделенным К. Юнгом «архетипам» и «демонам» [16]. Больные этой группы (условно «демонически архетипической» - ДА) находятся как бы на полдороге от глубокого невроза до шизофрении. К. Юнг обратил на это внимание, обозначив проблему «демонов». Эти психопатологические структуры появляются у тех людей, которые не производят впечатления «сумасшедших», не обнаруживают известных признаков психоза. Симптомы «демонического» расстройства

включает тревогу, начатки амбивалентности в виде, например, одновременного существования добра и зла, отрывочные обманы восприятия, близкие к галлюцинозу. Пациенты критично относятся к страданию, хотят от него избавиться. Тут чувствуется приближение к архетипам, их «всплывание» в сознании, которое по-разному описывается больными и хорошо изображается ими на рисунках. Эти пациенты бывают на амбулаторном приеме (1,9%).

Чувство ревности (Р) возникает после рождения в семье следующего ребенка. Это естественное психологическое явление при своей динамике в сторону психопатологического феномена сопровождается присоединением синдрома гиперактивности и патологической гетероагрессии. В амбулатории их мало (2,4%), а в стационаре они составляют значительную группу - 32,5%. Симптомокомплекс ревности (Р) включает сексуальные притязания к матери, выступающие в тесной связке с агрессивным отношением к ней. В этом и реализуется, по меткому определению Фрейда, великая задача пубертата – отход от матери [15]. В симптомокомплексе ревности явственно проступает переход психологически – духовного начала в клинические симптомы. Здесь находят отражение законы психоанализа, если его понимать как исследование глубинной психологии поведения.

Нередко можно наблюдать возрастные эквиваленты сексуального поведения - активизацию действий по раздражению эрогенных зон, ассоциированных с более ранними периодами развития. Данные феномены можно объединить как симптомы либидинозного регресса (ЛР). Появляются сексуальная расторможенность, обнажение половых органов, такой особый феномен, как сбрасывание одежды, вербализация с грубым эротическим смыслом, всякого рода мастурбация. Либидо пытается бороться с тревогой с помощью гротескно усиленной собственной энергетики. В подобных случаях оно сродни агрессивности, выступая в качестве «лекарства» от тревоги. Неэффективность применения нейролептиков приводит в этих ситуациях к неоправданной полипрогмазии. Названные феномены бывают в амбулатории с частотой 2,2%.

В 2,1% случаев на психиатрическом приеме в поликлинике встречаются подростки с аффективными симптомами, напрямую связанными с трудностью осознания законов жизни, загадок бытия и отношений с людьми. Здесь можно говорить о метафизической депрессии (МД). Выявляются философические и мировоззренческие проблемы, усиленные пубертатными психологическими реакциями. Но в процессе беседы видна заинтересованность этих детей в прояснении данных вопросов. Они открыты диалогу и ждут его. Депрессивный компонент в подобных состояниях бывает разной интенсивности, которая определяется глубиной самих метафизических проблем [9]. Соответственно этому требуется адекватная антидепрессивная фармако- и психотерапия.

Симптомы прямого семантического восприятия (ПСВ) можно обнаружить в амбулатории в 2,3% случаев. Малыш воспринимает слова в их прямом семантическом значении. Он не может улавливать их другие смыслы и оттенки значений. Например, как-то мама сказала двухлетнему сыну, что его брата «нет». Брат всего лишь уехал к бабушке, но ребенок понял слово буквально, после чего впал в ступор и не разговаривал. Ему назначили галоперидол, приняв, видимо, его состояние за проявление эндогенного психоза. Хорошо, мама догадалась не давать сыну лекарство. Потом, встретившись с братом, он громко и долго рыдал и после этого катарсиса снова заговорил. В другом случае при мальчике, лежащем в коляске, сказали, что он «не выживет» (в силу перинатальной патологии). Впоследствии, в молодом уже возрасте, этот человек долго страдал тревогой с соматическим компонентом.

Псевдодебильность (ПД) выявляется у 2,2% детей на амбулаторном приеме и у 19% - в стационаре. Причиной обращения за помощью является плохая учеба, что требует изменения т. н. обучающего маршрута. Основная диагностическая коллизия в подобных случаях состоит в удельном весе органики и умственной отсталости. Псевдодебильность определяется органической астенией либо астенической депрессией, а умственная отсталость формально устанавливается как второй диагноз: иначе не принимается ПМПК или комиссией для МСЭ. Такой вынужденно безграмотный, с точки зрения психопатологии, подход, конечно, нуждается в корректировке. Если органика влияет на снижение когнитивных способностей, почему нельзя ею и ограничиться? Указать в диагнозе органическое поражение с интеллектуальным снижением? Тем более что тест Векслера у них соответствует нижней зоне нормы. Адепты «двойного» диагноза с включением рубрики F70 говорят, что от частого употребления к ребенку теста Векслера он «привыкает» к правильным ответам. Но не свидетельствует ли это о хорошей динамике в зоне «ближайшего развития»?

Игромания (И) выявлялась преимущественно в стационаре (16% против 2,1% в поликлинике). Обделенные, со строгими матерями, требующими от них невозможного в учебе, такие дети погружались в виртуальный мир игр. Нередко можно видеть, как с подобными проблемами борются нейролептиками, в том числе не-улептилом, который не имеет эффекта, но вызывает нейролепсию.

Обсессивно-фобические неврозы (ОФН) зачастую расцениваются как часть эндогенных заболеваний. Их самостоятельный, невротический аспект почему-то игнорируется. Странно, с какой охотой им устанавливают диагнозы из круга шизотипических расстройств! Не менее странен энтузиазм в назначении таким пациентам нейролептиков и антидепрессантов, непременно в высоких дозах. В амбулаторном приеме их заметно больше – 3,4% (в стационаре – 1,6%).

Остальные симптомокомплексы, как уже говорилось, не входят в предмет настоящего сообщения. Они приведены в табл. 1 только для количественного сравнения (анорексия (А): 2,1% больных на амбулаторном приеме, 0% - в стационаре для подростков мужского пола; параноидный синдром (ПС): 1,2% в амбулатории и 1,3% в стационаре; суицидальные тенденции (С): 2,4% и 22% соответственно).

3. Некоторые тенденции динамики психических расстройств. Процесс развития патологии агрессивного типа протекает подспудно. Накопление патологии в эмоционально-волевой сфере включает неясные страхи, отчуждение, нарушение резонанса в контактах, но эти феномены не обращают на себя внимание. А потом, как снег на голову, возникает эпизод агрессивного поведения в школе. Так, пациент вдруг принес нож и показал его в классе детям.

Можно увидеть коморбидность агрессивных и депрессивных симптомов. Например, агрессивный пациент хотел нанести порезы острым краем ручки медицинской сестре, за то что она его рано разбудила утром. Но вместо этого нанес самопорезы, чтобы уменьшить у себя дисфорию. В этом виделся механизм, описанный Ф. Жамме [4], призванный уменьшить чувство страха. Согласно данной концепции, агрессия – это наркотик против тревоги и депрессии. Данный эпизод показывают также сохранность глубинных нравственных категорий у, казалось уже, безнадежно деградированного больного. Личность противостоит агрессивным тенденциям поразившей ее болезни.

Много примеров подтверждает клиническую достоверность *агрессивного синдрома* [10]. Речь идет о случаях самостоятельного симптомокомплекса, когда агрессивность является инициальным и преобладающим проявлением заболева-

ния, формирования девиации поведения. Так, подросток размышляет о том, как ему убить папу и маму. Ножом – вряд ли получится, думает он, а вот стукнуть чем-нибудь по голове? пожалуй, смогу. Злость к родителям вызывают и шум посуды на кухне, и их шаги по квартире. Внезапный, слабо мотивированный гомицидный комплекс является по сути единственной причиной стационарирования подростка в больницу.

Динамика психопатии далеко не всегда подтверждает «триаду» П.Б. Ганнушкина [3]. Слишком много переменных величин оказывают на нее свое влияние, поэтому не может быть ни устойчивых «типов» психопатий, ни устоявшихся форм поведения «психопатов» [5]. Все определяется ситуационным реагированием, состояниями декомпенсации в тех или иных условиях. Сказанное относится и к ситуации стационарного лечения. Можно редко ошибиться, предсказывая, например, в какую дежурную смену в стационаре тот или иной «психопат» опять возбудится и станет проявлять агрессию, а какая смена пройдет вовсе без подобного рода эксцессов.

В динамике обсессивно-фобических расстройств можно видеть проявление общих законов социальных и семейных конфликтов. Эти расстройства включаются в общие алгоритмы динамики психопатологии в детском возрасте: они изменчивы, зависят от сиюминутного окружения, сцеплены с психодинамикой, не оформлены в жесткие структурные конструкторы.

4. Мифы психофармакотерапии. Больные, которым установлен, казалось бы, совершенно определенный диагноз «расстройства личности», преподносят сюрпризы: их патологическая личностная структура неожиданно распадается, а динамика привязывается к ситуативным факторам. Однако продолжают попытки назначения все новых затормаживающих препаратов для подавления «психопата». Психиатры упорно ищут замену душевному слову.

Какие жалобы преподносятся «трудными подростками», которых лечат седативными нейролептиками? Они говорят, что чувствуют сонливость. Им хочется спать – вот и вся терапия. Да и странно было бы ждать иного. Исходя из концепции «ситуативной агрессии» психопатов [10], главным должно быть изменение контекста этой самой ситуации. И «психопаты» положительно отвечают на такой подход [2, 4, 12]. Так, грубый психопат, будучи в гостях у родственников, не проявлял ни одной ситуативной агрессивной реакции. А вернувшись к родителям, вновь начал издеваться и требовать денег. Вряд ли он делал это, повинаясь «тотальности» и «стойкости» своих расстройств. Другой психопат сам отказывался – как это делает половина таких же подростков – от приема седатиков. И так же, как это часто бывает, родители приготавливали ему «чай с неулептилом». Он быстро раскусил подмену и стал еще более агрессивен, ибо он засыпал с тяжелым чувством слабости и еще больше раздражался от этого.

Жертвой бездумного биологизаторского подхода стала мама одного подростка, в ужасе перед неуправляемостью сына ищущая, как бы заглушить его личность лекарствами!? Она носит с собой пакетик с сонапаксом и в отчаяние самостоятельно повышает дозу: дает ему на прием не одну, а целых три таблетки. Причем она готова к тому, чтобы, по совету врача, добавить к сонапаксу еще каких-нибудь два-три «нужных» препарата.

В поисках «лекарства от психопатии» есть тенденция придавать новому нейролептику или антидепрессанту статус «корректора поведения». Не бывает никакого корректора поведения, есть только метод конкретного врача, который своим умением меняет контекст ситуации [6].

Следует упомянуть также целый массив эндогенных расстройств, имеющих резистентность к лекарствам, из-за чего их лечение не приносит плодов при теоретически правильных схемах.

Естественно, нельзя допускать крайности. Патологический аффект, вегетативные симптомы, степень неуправляемости поведения диктуют необходимость фармакологической коррекции. Надо учитывать выраженность психопатологии, уровень критики. Но это не отменяет ответственности врача, назначающего «компот» из лекарств, номинально «регулирующих» поведение? без всякого учета личностной динамики пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. — М.: Академический проект, 2004. — 232 с.
2. Воделл М. Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающих тяжелыми расстройствами. В кн.: Психодинамическая психотерапия. - М.: - Когито-Центр, 2007. — 198 с.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — Н.Новгород; Изд-во НГМД, 1998. — 128 с.
4. Жамме Ф. Соединение внутренней и внешней реальности при создании терапевтических условий для подростков, страдающих серьезными поведенческими расстройствами. В кн.: Психодинамическая психотерапия. — М.: Когито-Центр, 2007. — 198 с.
5. Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и психология психики. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-пресс, 2005. — 638 с.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
7. Лоренц К. Так называемое зло / пер. А. Федоров. — М.: Культурная революция, 2008. — 616 с.
8. Лэйнг Р. «Я» и другие. — М.: Независимая фирма «Класс», 2002. - 192 с.
9. Лэнгле А. Эмоции и экзистенция. — Харьков, Гуманитарный Центр. — 2011 — 332 с.
10. Можгинский Ю.Б. Агрессивность детей и подростков. Распознавание, лечение, профилактика. — М.: Когито-центр, 2008. — 181 с.
11. Ниссен Г. Агрессивность и аутоагрессивность у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — № 4. — С. 13-19.
12. Раттер М. Помощь трудным детям. — М.: Прогресс, 1987. — 424 с.
13. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. — М.: Мир, 1984. — 320 с.
14. Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности // Ж. невропат. и психиатр., 1985, вып. 11. — С. 1674-1680.
15. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М., "Наука", 1989. — 456 с.
16. Юнг К.Г. Архетип и символ. — М.: Ренессанс, 1991 — 300 с.

REFERENCES

1. Boulbi D. Sozdanie i razrushenie jemocional'nyh svjazej. — М.: Akademicheskij proekt, 2004. — 232 s.
2. Vodell M. Psihoanaliticheskaja psihoterapija podrostkov, stradajushhih tjazhelymi rasstrojstvami. V kn.: Psihodinamicheskaja psihoterapija. - М.: -Kogito-Centr, 2007. — 198 s.
3. Gannushkin P.B. Klinika psihopatij, ih statika, dinamika, sistematika. — N.Novgorod; Izd-vo NGMD, 1998. — 128 s.

4. Zhamme F. Soedinenie vnutrennej i vneshnej real'nosti pri sozdanii terapevticheskikh uslovij dlja podrostkov, stradajushhih ser'eznymi povedencheskimi rasstrojstvami. V kn.: Psihodinamicheskaja psihoterapija. – M.: Kogito-Centr, 2007. – 198 s.
5. Komer R. Patopsihologija povedenija: narushenija i psihologija psihiki. – SPb.: Prajm-EVROZNAK; M.: OLMA-press, 2005. – 638 s.
6. Lichko A.E. Podrostkovaja psihiatrija. – L.: Medicina, 1985. – 416 s.
7. Lorenc K. Tak nazyvaemoe zlo / per. A. Fedorov. – M.: Kul'turnaja revoljucija, 2008. – 616 s.
8. Ljejn R. «Ja» i drugie. — M.: Nezasvisimaja firma «Klass», 2002. - 192 s.
9. Ljengle A. Jemocii i jekzistencija. – Har'kov, Gumanitarnyj Centr. – 2011 – 332 s.
10. Mozhginskij Ju.B. Agressivnost' detej i podrostkov. Raspoznavanie, lechenie, profilaktika. – M.: Kogito-centr, 2008. – 181 s.
11. Nissen G. Agressivnost' i autoagressivnost' u detej i podrostkov // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1992. – № 4. – S. 13-19.
12. Ratter M. Pomoshh' trudnym detjam. – M.: Progress, 1987. – 424 s.
13. Remshmidt H. Podrostkovyj i junosheskij vozrast: Problemy stanovlenija lichnosti. – M.: Mir, 1984. – 320 s.
14. Severnyj A.A. Kliniko-psihopatologicheskij analiz tak nazyvaemoj junosheskoj astenicheskoj ne-sostojatel'nosti // Zh. nevropat. i psihiatr. , 1985, vyp. 11. – S. 1674-1680.
15. Frejd Z. Vvedenie v psihoanaliz: Lekcii. - M., "Nauka", 1989. – 456 s.
16. Jung K.G. Arhetip i simvol. – M.: Renessans, 1991 – 300 s.

Yu. B. Mozhginskij

THE MODERN FEATURES OF CHILD PSYCHOPATHOLOGY

NPC mental health of children and adolescents them. G. E. Sukhareva (Moscow).

Summary. Resistance to pharmacotherapy significantly complicates the treatment of mental disorders. One solution to this problem is the integration of drug effects and psychotherapy. A detailed study of modern aspects of psychopathology allows us to optimize this process. In this message refers to the characteristics of clinical symptoms in children are insufficiently covered in the literature, in which there is a potential for interaction provided psychotropic and psychotherapeutic approaches.

Keywords: aggressive behavior, depression, psychotherapy, pharmacotherapy, emotional deprivation, psychodynamics.

Т.П. Бартош, О.П. Бартош, М.В. Мычко

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ
МАГАДАНА С АЛЕКСИТИМИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ**
Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (Магадан)

Резюме. В работе представлены результаты исследования психологических показателей мальчиков-подростков с алекситимией, родившихся в г. Магадане. Показано, что у подростков с алекситимическими чертами по сравнению со сверстниками-неалекситимиками, более высокие показатели тревожности, психической ригидности, социальной фрустрированности, более низкие самооценка и психическая устойчивость. Также более выражены качества дистимического и экзальтированного типов характера и менее гипертимного.

Ключевые слова: мальчики-подростки, алекситимия, психологические показатели, северо-восток России.

Введение. Проживание в суровых климато-географических условиях Севера предъявляет повышенные требования к физиологическим и психическим ресурсам человека. Это отражается на приспособительном поведении, провоцируя развитие психосоматической патологии и нарушение социально-психологической адаптации. Одним из факторов риска психосоматических расстройств, нарушения поведения и формирование зависимостей, является феномен алекситимии, которая является предпосылкой развития соматоформных расстройств при хроническом стрессе [1, 4, 18]. Впервые описанный Р.Е. Sifneos феномен алекситимии включает в себя затруднения в различении эмоций и телесных ощущений, сложности в понимании своих чувств и переживаний других людей [21]. Распространенность алекситимии в общей популяции составляет 10% -13%. [11, 21]. У мужчин симптомы алекситимии проявляются чаще, чем у женщин [10, 15]. Причем, по данным литературы, на Севере алекситимия чаще обнаруживается у мужчин среднего возраста с сердечно-сосудистой патологией [13]. Исследованиями показано нарушение баланса полушарной активации в сторону усиления функциональной активности правого полушария у лиц с алекситимией [20]. Эти люди могут иметь межличностные проблемы, часто ригидны и имеют тенденцию к патологической зависимости или избеганию общения с другими людьми [12, 14, 22]. Другие исследования показали, что у лиц с алекситимией наблюдаются изменения в активности симпатической нервной системы, иммунной системы и мозга [18]. Нейропсихологическое исследование позволяет предположить, что алекситимия может быть вызвана дисфункцией в передней части поясной извилины [19]. Алекситимия может быть как устойчивой чертой личности, так и временной реакцией на депрессию или тревогу, повышающей риск их развития под влиянием стресса [6, 16].

При этом в экстремальных условиях Севера может возникать вторичная «северная» алекситимия, которая формируется как психологическая защита на эмоциональный стресс, провоцируемая социальной дизадаптацией [9].

Как черта личности, алекситимия начинает свое развитие в подростковом возрасте [1, 2, 21]. Алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, который может быть в определенной мере связан с личностными характеристиками [2, 6]. На основании вышеизложенного актуально исследование психологических личностных характеристик и психического состояния подростков мужского пола с алекситимическими чертами, проживающих на Севере.

Цель - исследование особенностей психологических показателей у подростков Магадана с алекситимическими чертами.

Объект и методы исследования. В исследовании приняли участие 80 мальчиков 13-14 лет, обучающихся в гимназиях № 1 и № 13, родившихся и прожи-

вающих в г. Магадане.

Для оценки алекситимии использовали адаптированную в Психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева шкалу Торонто (TAS-26) [7]. На основании шкалы TAS-26 определили алекситимический тип личности (74 балла и выше) у 25 мальчиков; переходный тип (63–73 балла) у 27 лиц; неалекситимический тип личности (62 балла и ниже) у 28 мальчиков. В дальнейшем, анализ полученных данных производили у подростков с алекситимическим и неалекситимическим типами.

Психологические опросники включали методику Многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) [8]. Структура МОДТ включает 10 шкал, позволяющих дать дифференцированную оценку тревожности подростков. Итоговый балл от 0 до 10 баллов. Если по параметру набрано 1-2 балла – качество слабо выражено, 4-5 баллов – отчетливо выраженное качество. Также выделяют совокупный показатель тревожности – интегративный показатель тревожности (ИПТ).

Уровень социальной фрустрированности подростков (УСФ-п) определяли по разработанной Л.И. Вассерманом и соавт. методике (Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева). Наличие невротических и неврозоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере подростков определяли с помощью шкалы нервно-психической адаптации (НПА). Более 35 баллов по данной шкале для школьников характеризуют психическую дизадаптацию. Использовали Томский опросник ригидности, предложенный Г.В. Залевским [3]. В нашем исследовании в модифицированный вариант вошли 3 шкалы: «актуальная ригидность», «сенситивная ригидность», «ригидность как состояние». Шкала «актуальная ригидность» (АР) отражает ригидность в собственном смысле – неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку и т. п. Шкала «сенситивной ригидности» (СР) отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений; возможен страх перед новым, своего рода неophobia. Шкала «ригидность как состояние» (РСО) характеризует инертность, трудности переключения, медленный темп деятельности. Высокие показатели по шкале свидетельствуют о том, что в состоянии страха, стресса, плохого настроения, утомления, проявляется склонность к ригидному поведению. Определяли показатель общей ригидности – сумму баллов трех шкал ригидности. Самооценку определяли с помощью Вербальной самооценки личности, где 0-25 баллов свидетельствуют о высоком уровне самооценки; 26-45 баллов – показатель среднего уровня самооценки; 46-128 баллов – уровень самооценки низкий (болезненно переносятся критические замечания, неуверенность в себе).

Для определения типов акцентуаций характера применялся характерологический опросник Леонгарда-Шмишека. Опросник содержит 88 вопросов по 10 шкалам, диагностирующим типы акцентуаций. Если набрано 18 и более баллов, черта считалась акцентуированной [7].

Исследование проводилось с соблюдением требований биомедицинской этики с оформлением в установленном порядке информированного добровольного согласия.

Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistica-6. Применяли корреляционный анализ по Спирмену и Пирсону. Для сравнения вариационных рядов использован t-критерий Стьюдента при оценке уровня достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что у 31% обследуемых подростков были алекситимические признаки. Алекситимических черт не выявлено у 35% учеников, остальные 34% были отнесены к переходному типу.

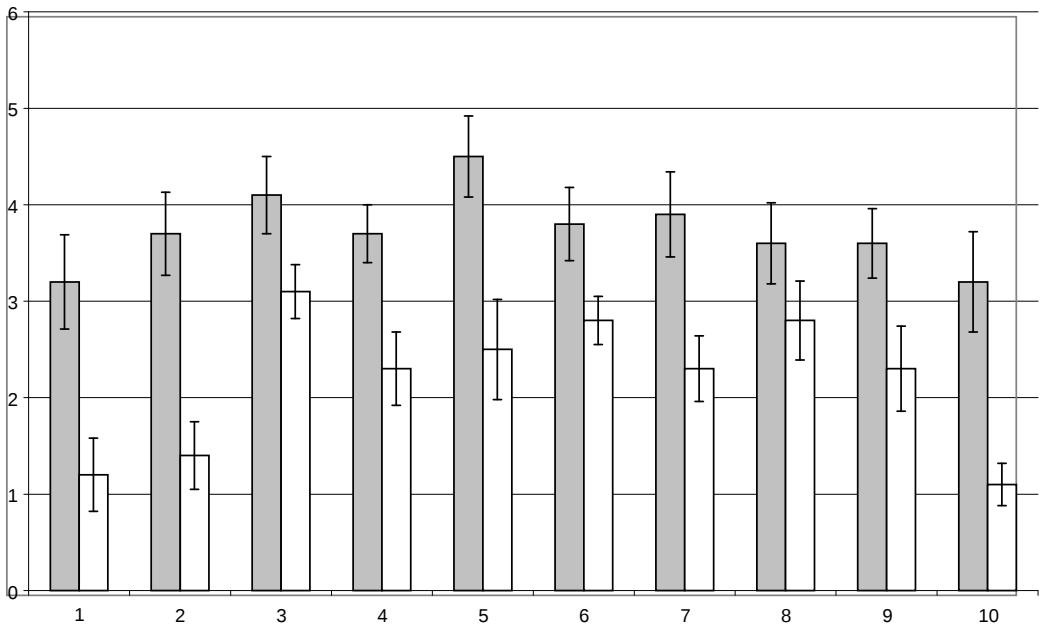


Рисунок 1. Структура тревожности у подростков с разным уровнем алекситимии (здесь и далее серым цветом обозначены мальчики с признаками алекситимии; белым – неалекситимический тип):

1– общая тревожность; 2– тревога во взаимоотношениях со сверстниками; 3– тревога в связи с оценкой окружающих; 4– тревога во взаимоотношениях с учителями; 5– тревога во взаимоотношениях с родителями; 6 – тревога, связанная с успешностью в обучении; 7 – тревога, возникающая в ситуациях самовыражения; 8– тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний; 9 – снижение психической активности, связанное с тревогой; 10 – повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой.

Их рис. 1. видно, что общий профиль тревожности мальчиков с алекситимическим радикалом почти по всем шкалам опросника МОДТ значимо ($p < 0,05$) превышает профиль сверстников-неалекситимиков. Различий нет лишь по шкале 8 – тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний. Пиковые проявления тревожности у алекситимиков выражены по шкалам 5 – тревога во взаимоотношениях с родителями и 3 – тревога в связи с оценкой окружающих. Такая повышенная тревожность в отношениях с родителями говорит о выраженности напряжения и тревожности при общении с одним из родителей, беспокойстве и неуверенности. Это может негативно сказываться на успешности социальной адаптации и обучении подростка. Такие подростки достаточно чувствительны к оценкам окружающих, постоянно ожидают неудовлетворительную оценку в свой адрес [8]. От сверстников они отличаются более выраженными психофизиологическими и психовегетативными реакциями в стрессогенных ситуациях (шкалы 9 и 10) ($p < 0,05$).

Интегральный показатель тревожности (ИПТ) у алекситимиков значимо превышает таковой у сверстников ($p < 0,05$) (рис. 2). Также они отличались повышенной ($p < 0,05$) нервно-психической неустойчивостью по результатам данных шкалы НПА (рис. 2). Корреляционный анализ показал высокую положительную связь показателя НПА со шкалами опросника тревожности МОДТ: ИПТ ($r = 0,73$; $p < 0,001$), шкалами 1 ($r = 0,63$; $p < 0,001$), 9 ($r = 0,76$; $p < 0,001$) и 10 ($r = 0,50$; $p < 0,01$). Также на рис. 2 видно значимо более высокий показатель самооценки (59 баллов)

у подростков-алекситимиков ($p < 0,05$), соответствующий низкому уровню и неуверенности в себе. В то время как у неалекситимиков показатель находился в диапазоне среднего уровня самооценки.

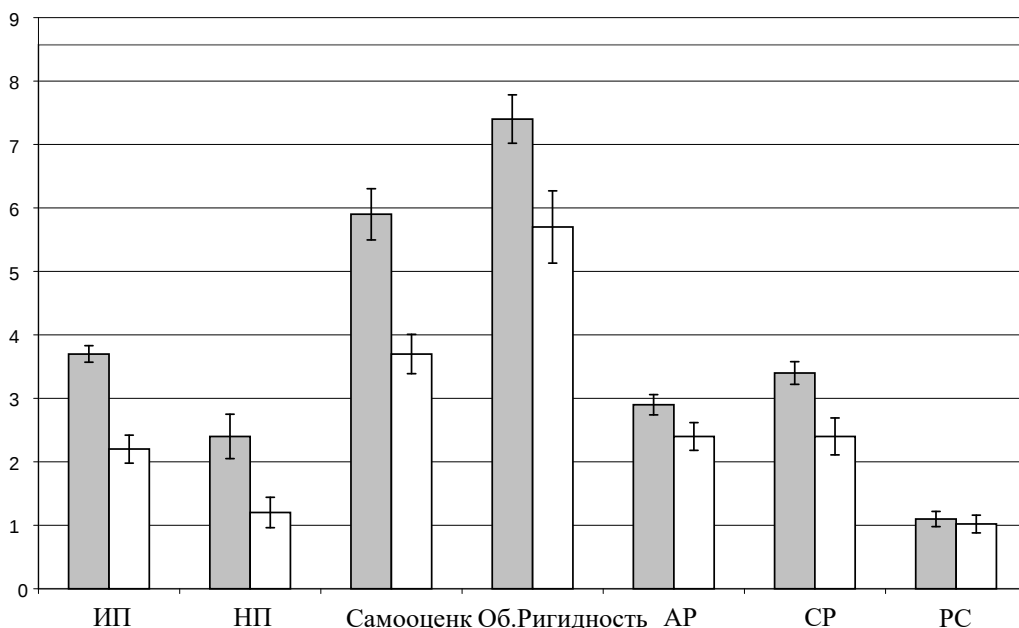


Рисунок 2. Психологические показатели мальчиков с разным уровнем алекситимии:

ИПТ- интегративный показатель тревожности; НПА - нервно-психическая адаптация; Об.Ригидность – общая ригидность; АР- актуальная ригидность, СР-сенситивная ригидность РСО - ригидность как состояние).

Изучение психической ригидности показало в целом более выраженную психическую ригидность у подростков с алекситимическими чертами по сравнению с неалекситимиками (рис.2). Средние значения АР, СР и РСО у обследуемых подростков соответствовали показателям умеренной ригидности. В то же время у мальчиков-алекситимиков показатели АР и СР были значимо выше ($p < 0,05$), чем у неалекситимиков (рис. 2). Согласно опроснику [3], подростки с алекситимическим радикалом в большей степени испытывают сложности в ситуациях, требующих отказа от стереотипных форм поведения, не способны при необходимости изменять мнение, установку, мотивы, ведущие к сложностям в межличностных отношениях. Также в новых ситуациях они испытывают состояние тревожности, утомления, сниженное настроение. Средние значения показателя РСО подростков были схожи. Однако анализ процентного распределения лиц показал, что доля лиц с высокими значениями РСО у алекситимиков в два раза превышала таковой у неалекситимиков: 47% (14 чел.) и 24% (5 чел.) соответственно. Этим подросткам более свойствен медленный темп деятельности, трудности в переключении внимания. Корреляционный анализ выявил положительную связь показателей СР и Общей ригидности с показателем Самооценки ($r=0,53$ и $r=0,56$, соответственно, $p < 0,01$). С увеличением ригидности самооценка снижается.

Исследование выраженности фрустрированности (т. е. невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей) у обследуемых подростков показало, что у алекситимиков более выражена хроническая неудовлетворённость в различных сферах социального функционирования. Показатель

УСФ-п алекситимиков значимо превышал таковой неалекситимиков – соответственно $1,8 \pm 0,7$ и $1,4 \pm 0,7$ балла ($p < 0,05$).

На рис. 3. представлены показатели акцентуаций характера у подростков с учетом алекситимии.

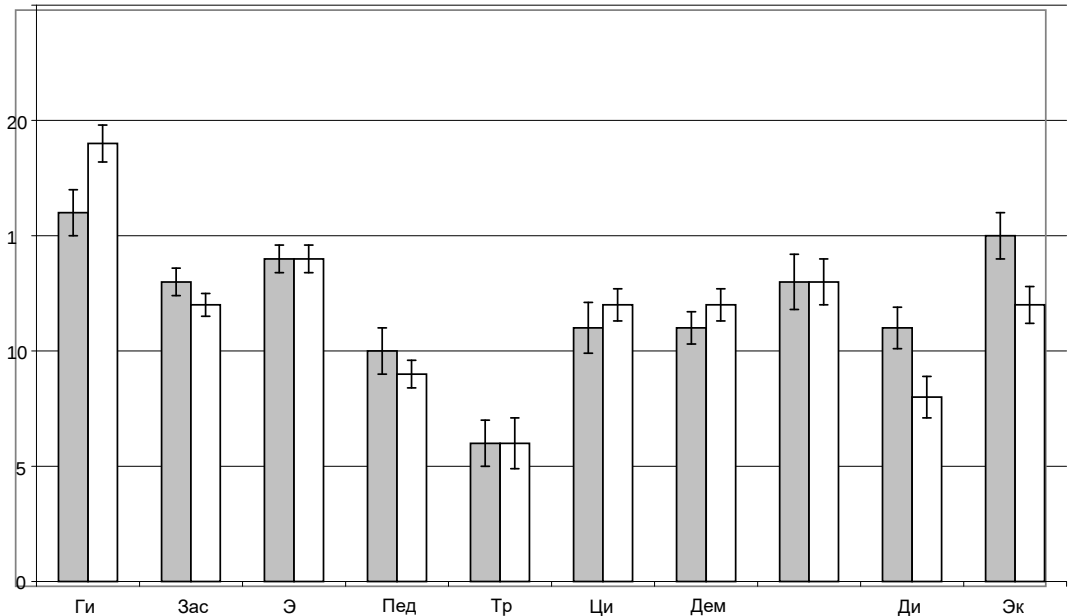


Рисунок 3. Профиль акцентуаций у мальчиков с разным уровнем алекситимии:

Гип – гипертимный, Зас – застревающий, Эм – эмотивный, Пед – педантичный, Тр – тревожный, Цик – циклотимный, Дем – демонстративный, Воз – возбудимый, Дис – дистимичный, Экз – экзальтированный.

Исследование показало, что у мальчиков с алекситимическими чертами более выражены ($p < 0,05$), чем у сверстников-неалекситимиков, черты дистимического и экзальтированного типов. Причем среди мальчиков-алекситимиков экзальтированный тип выражен в 48 % против 18 %. Они характеризуются склонностью к пониженному настроению, пессимизму, некоторой заторможенности в протекании психических и моторных актов. Глубоко реагируют на отдельные события, имеют резкие колебания настроения [5]. Установлена положительная корреляционная связь показателя алекситимии с дистимическим ($r = 0,31$, $p < 0,05$) и экзальтированным ($r = 0,22$, $p < 0,05$) типами акцентуаций.

У неалекситимиков средний показатель гипертимной акцентуации был самый высокий среди обследуемых подростков, превышал границы нормы и был более выраженным ($p < 0,05$), чем у алекситимиков. Неалекситимикам чаще свойственны активность, поиск нового, приподнятое настроение, общительность. Наше исследование показало, что мальчики-подростки с разным уровнем алекситимии в структуре личности характеризуются своими особенностями профиля акцентуаций.

Вывод. Таким образом, исследование показало существенные отличия психологических показателей мальчиков-подростков с алекситимическими чертами по сравнению со сверстниками-неалекситимиками. У них более выраженные показатели тревожности, социальной фрустрированности, психической ригидности, невротических и невротоподобных симптомов в эмоционально-аффективной

сфере, нарушение психической устойчивости и низкая самооценка. Они в большей степени демонстрируют качества дистимического и экзальтированного типов характера и реже гипертимного.

Сочетание данных характеристик у подростков с алекситимией при длительном воздействии комплекса природно-климатических и психосоциальных факторов на Севере может привести к снижению функциональных резервов растущего организма, нарушению психофизиологической адаптации. Показатель алекситимии в структуре личности подростка на Севере может являться преморбидным фоном развития эмоциональных и психосоматических расстройств. В этой связи необходима ранняя диагностика и профилактика психического здоровья подростков на Севере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Психологический профиль младших подростков Магадана с различным уровнем алекситимии в структуре личности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2010. - № 5. – С. 56-64.
2. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Особенности акцентуаций характера у подростков Магадана с признаками алекситимии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. - № 2. - С.49-53.
3. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. – М.: ИП РАН, 2007. – 336 с.
4. Есин Р.Г., Горобец Е.А., Галиуллин К.Р., Есин О.Р. Алекситимия - основные направления изучения // Ж. неврол. и психиатр.- 2014. № 12. - С. 148-151.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности.- Ростов-Н/Д.: «Феникс», 1997. – 544 с.
6. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 3. – С. 11–16.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
8. Ромицына Е.Е. Многомерная оценка детской тревожности. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2006 – 112 с.
9. Чухрова М.Г., Хорошилова Л.С. Трансформация личности в условиях Севера и ее связь с психосоматической патологией // Бюлл. СО РАМН. - № 4. – 2006. – С.132 - 134.

REFERENCES

1. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Psihologicheskij profil' mladshih podrostkov Magadana s razlichnym urovnem aleksitimii v strukture lichnosti // Reprodukivnoe zdorov'e detej i podrostkov. – 2010. - № 5. – S. 56-64.
2. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Osobennosti akcentuacij haraktera u podrostkov Magadana s priznakami aleksitimii // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2014. - № 2. - S.49-53.
3. Zalevskij G.V. Lichnost' i fiksirovannye formy povedenija. – M.: IP RAN, 2007. – 336 s.
4. Esin R.G., Gorobec E.A., Galiullin K.R., Esin O.R. Aleksitimija - osnovnye napravlenija izuchenija // Zh. nevrol. i psihiatr.- 2014. № 12. - C. 148-151.
5. Leongard K. Akcentuirovannye lichnosti.- Rostov-N/D.: «Feniks», 1997. – 544 s.
6. Nartova-Bochaver S.K., Potapova A.V. Uroven' aleksitimii kak indikator psihiologicheskoi ustojchivosti studentov tehniceskix i gumanitarnyx vuzov // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2012. – № 3. – S. 11–16.
7. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy / Pod red. D.Ja. Rajgorodskogo. – Samara: Izd. dom «Bahrah-M», 2002. – 672 s.
8. Romicyna E.E. Mnogomernaja ocenka detskoj trevozhnosti. Uchebno-

metodicheskoe posobie. – SPb.: Rech', 2006 – 112 s.

9. Chuhrova M.G., Horoshilova L.S. Transformacija lichnosti v uslovijah Severa i ee svjaz' s psichosomaticheskoy patologiej // Bjull. SO RAMN. - № 4. – 2006. – S.132 - 134.

10. Dalbudak E., Evren C., Aldemir S., Coskun K.S., Yildirim F.G., Ugurlu H. Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students // Psychiatry Res.- 2013. -V. 209 (2). - P.167–172.

11. Fava G.A. Psychotherapy and psychosomatics: a tribute to Peter E. Sifneos, MD (1920–2008) // Psychother Psychosom.- 2009.-V.78(6).- P. 328–329.

12. Hesse C., Floyd K. Affection mediates the impact of alexithymia on relationships // Personality and Individual Differences. - 2011. -V. 50.- P.- 451-456.

13. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia and risk of death in middle-aged men // J. Psychosom. Res. - 1996.- V. 41, № 6. - P. 541—549.

14. Kojima M., Senda Y., Nagaya T., Tokudome S., Furukawa T.A. Alexithymia, depression and social support among Japanese workers // Psychotherapy and Psychosomatics. -2003.- V.72, №. 6.- P. 307–314.

15. Levant R.F., Hall R.J., Williams Ch.M., Hasan N.T. Gender Differences in Alexithymia // Psychology of Men & Masculinity. - 2009. - V. 10, № 3. – P. 190-203.

16. Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: a meta-analysis. Psychiatry Res. – 2015. - V. 227(1). –P.1-9.

17. Ogłodek E., Szota A., Just M, Mos D., Araszkievicz A. The role of the neuroendocrine and immune systems in the pathogenesis of depression // Pharmacol Rep. – 2014. – V. 66 (5). - P. 776-781.

18. Ogłodek E.A., Szota A.M., Just M.J., Araszkievicz A., Szromek A.R. Sense of alexithymia in patients with anxiety disorders comorbid with recurrent urticaria // Neuropsychiatric Disease and Treatment.- 2016.-V.12.- P. 995-1004.

19. Onoda K. Yamaguchi S. Dissociative contributions of the anterior cingulate cortex to apathy and depression: topological evidence from resting-state functional MRI // Neuropsychologia. – 2015.-V. 77. -P. 10-18.

20. Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. Relationship between conjugate lateral eye movements and alexithymia // Psychother and Psychosomat.-1992.-V.57, №3.-P. 94-101.

21. Sifneos P.E. Alexithymia: past and present //Am. J. Psychiat. -1996. - Vol.153. - P.137-142.

22. Thorberg F., Young R., Sullivan K., Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review // Addictive Behaviors.- 2009.-V.34, № 3.-P.237-245.

T.P. Bartosh, O.P. Bartosh, M.V. Mychko

PSYCHOLOGICAL PROFILES OF ALEXITHYMIC ADOLESCENT BOYS OF MAGADAN

Scientific-Research Center “Arktika” FEB RAS (Magadan).

Summary. Presented in the paper are results of the study of psychological indices observed in Magadan born alexithymic adolescent boys. Having compared subjects with and without alexithymia signs we acquired the following findings: alexithymia subjects were higher in anxiety, psychic rigidity, and social frustration but lower in self-estimation and mental stability. Besides, they demonstrated more pronounced features of dysthymic and excited types of

character and were less pronounced in hyperthymic type as compared to their non-alexithymia agemates.

Keywords: adolescent boys, alexithymia, psychological indices, Russia’s northeast.

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО
МЫШЛЕНИЯ И ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
И СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

ГБОУ «Школа № 1321 «Ковчег», РГГУ, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (Москва).

Резюме: В статье рассматривается наглядно-образное мышление на материале понимания смысла сюжетов у детей среднего и старшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) и с нормальным онтогенезом. Анализируется состояние гностических функций, динамических характеристик мыслительной деятельности и возможности установления причинно-следственных связей. При нормальном онтогенезе выявляется несформированность отдельных звеньев высших психических функций на завершающем этапе морфо- и функциогенеза, когда гностические трудности и дефицит целенаправленности возникают у незначительного количества детей в сочетании с высоким уровнем понимания. Для детей с РАС характерны выраженные гностические трудности и дефицитарность целенаправленности мыслительной деятельности, что приводит к ограниченному пониманию смысла сюжета.

Ключевые слова: наглядно-образное мышление, зрительное восприятие, причинно-следственные связи, школьный возраст, расстройства аутистического спектра.

Известно, что в младшем школьном возрасте у детей с РАС имеются поведенческие, эмоционально-личностные и когнитивные нарушения развития. За период начальной школы поведенческие и эмоционально-личностные особенности становятся менее выраженными, а когнитивные проблемы в отдельных аспектах остаются отчетливо дефицитарными [2, 3, 5, 7]. Переход в среднюю школу означает для ребенка качественно новый этап функционирования психической деятельности, когда в ситуации расширения объема общеобразовательных предметов повышаются требования к способам восприятия материала по объему, усвоения новых алгоритмов, часто с опорой на наглядный образ (биология, физика, химия, математика и даже литература). Соответственно возникает необходимость диагностики сформированности наглядно-образного мышления, позволяющей понять, насколько наглядно-образный способ восприятия и последующего анализа предметного материала может быть усвоен школьниками с РАС по сравнению со школьниками с нормальным онтогенезом. В рамках нейропсихологической диагностики используются методики для исследования наглядно-образного мышления (НОМ) на материале понимания сюжетных картин и их серий

Общепсихологический подход к мышлению рассматривает структурно-функциональный состав мышления, механизмы, деятельностный и процессуальный аспекты мышления [1, 8]. В процессе онтогенеза происходит последовательное становление наглядно-действенного, наглядно-образного и вербально-логического мышления, где каждая последующая форма опирается на предшествующие. Хотя наглядно-образное и вербально-логическое мышление имеют общие закономерности становления, но каждое из них имеет свои особенности развития. К общим закономерностям относятся структурно-функциональные компоненты: мотивационный и операциональный. Специфической особенностью НОМ

является опора на произвольную актуализацию образов из окружающего мира и возможность оперирования данными образами. [9]

Методологической основой исследования являются представления отечественной психологии о закономерностях формирования высших психических функций, разработанные Л.С. Выготским и А.Р. Лурией, с учетом неравномерности их развития в онтогенезе и механизмов нарушения представленных в нейропсихологическом подходе [6]. Поскольку формирование морфологического субстрата происходит на всем возрастном периоде до 20-25 лет [4], то особый интерес представляет анализ процесса становления мыслительной деятельности в среднем и старшем школьном возрасте, когда операциональная составляющая психической деятельности практически полностью сформирована у детей с нормальным онтогенезом. В процессе развития находятся лобные отделы коры головного мозга, обеспечивающие мотивационный компонент, целенаправленность и контроль за выполняемой деятельностью. Соответственно в возрасте 12-18 лет продолжается формирование различных компонентов психической деятельности [4]. Особый интерес представляет мыслительная деятельность у школьников с дизонтогенезом (РАС) в отношении возрастной динамики.

Отправным пунктом наглядно-образного мышления является первичное симультанное, а затем сукцессивное зрительное восприятие, которое реализуется в деятельности по пониманию серии сюжетных картин (три картинки), осуществляющее выделение значимых элементов сюжета, при сопоставлении которых возникает формирование первичной гипотезы, затем осуществляется последовательное активное отслеживание изменений, происходящих с этими значимыми объектами на трех картинках. Происходит анализ поэтапного развития сюжета, при этом возникает целеполагание, то есть выделяется цель, ради которой осуществляются все промежуточные этапы разворачивающейся ситуации. Одновременно отбрасываются (оттормаживаются) ярко выраженные детали сюжета, которые не вписываются в смысловое содержание сюжета. Вся эта активная зрительно-аналитическая деятельность воплощается в речевую форму, в рамках которой происходит установление причинно-следственных связей.

Целью данного исследования явилось соотношение зрительного восприятия, понимания (как комплексной характеристики мышления) и динамической составляющей мыслительной деятельности (целенаправленность) у школьников с РАС и с нормальным онтогенезом.

Исследование наглядно-образного мышления проводилось на основе восприятия, понимания и последующего формирования рассказов по серии из трех сюжетных картинок «Лягушки спрятались» и «Хитрая рыба» из книги Н.Э. Радлова «Рассказы в картинках»¹. Рассказ по первой серии составлялся в устной форме, рассказ по второй – в письменной.

В экспериментальном исследовании приняли участие 84 ребенка (42 норма и 42 с РАС), ученики московской школы, обучающиеся по общеобразовательной программе. Данные группы были сформированы на основе следующих принципов.

Первая экспериментальная подгруппа школьников с 6 по 8 класс предполагает наличие полностью сформированной операциональной стороны и средний уровень сформированности мыслительной деятельности, находящейся в стадии активного формирования.

Вторая экспериментальная подгруппа включала детей с 9 по 11 класс, выделена по принципу сформированности операциональной стороны ВПФ и процесса

¹Н. Радлов. Рассказы в картинках. - Л.: Лендетиздат ЦК ВЛКСМ, 1937.- 42 с.

формирования лобных отделов коры головного мозга на завершающей стадии морфо- и функциогенеза, то есть 16-17 лет, когда у детей имеется возможность осуществления целенаправленной мыслительной деятельности при доступности функций контроля за осуществляемой деятельностью.

Под гностическими трудностями мы понимаем наличие ошибочных ответов при составлении рассказа, связанных с неточностью восприятия элемента картинки, пропусков значимых деталей и установления ошибочных взаимосвязей между элементами сюжета.

При нормальном онтогенезе уровень трудностей, возникающих в гностической сфере, в Методиках № 1 и № 2 в среднем возрасте составляет 44,4%, 58,9%, старшем – 56% и 28% соответственно.

Школьники с РАС в среднем школьном возрасте в первой и второй сериях демонстрируют выраженную несформированность зрительного восприятия у 78,3% и 80%, а в старшем школьном возрасте у 80% и 25% детей выявляются ошибки гностической сферы.

Таким образом, при РАС во всех возрастных подгруппах выявляется □ Алое количество детей, имеющих полную сформированность зрительного восприятия, однако в старшем возрасте при произвольном (самостоятельном) анализе предъявляемого материала дефицитарность зрительного восприятия не отличается от школьников с нормальным онтогенезом. Письменная форма деятельности за счет замедления процесса формирования развернутого речевого высказывания способствует более активному зрительному восприятию. Речь в данном случае выступает не только как операциональное звено, но и в большей степени как опосредующая и организующая составляющая психической деятельности. То есть к 9-11 классу регулирующая функция речи выступает особенно отчетливо, в том числе и по отношению к зрительному восприятию.

В гностической сфере были выделены следующие типы ошибок:

1. пропуск значимых элементов в сюжетах;
2. собственно гностические ошибки (например: ракушка – цветок, камень, муха – червяк);
3. формальное восприятие, которое выступает в нескольких вариантах в виде:
 - перечисления элементов без установления взаимосвязи между объектами,
 - установления взаимосвязи между элементами близкого пространственного расположения (цапля клюет одежду, рыба навесила ракушку),
 - неадекватной оценки пространственного расположения действующих персонажей (рыба стоит).

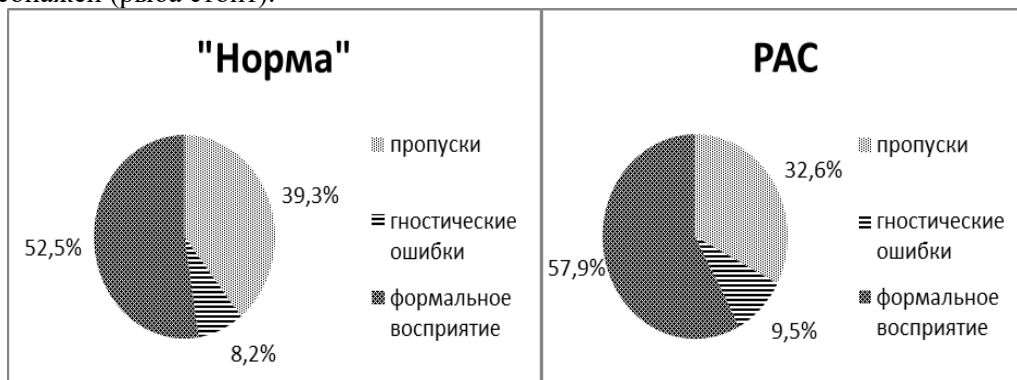


Рисунок 1. Соотношение разных типов гностических нарушений - «норма» и РАС в двух возрастных группах в серии сюжетных картин

Поскольку по типу материала, воспринимаемого зрительно и вербализуемого, сюжет «Лягушки спрятались» аналогичен сюжету «Хитрая рыба», последующий анализ проводился по суммарным показателям гностических трудностей в обоих сюжетах.

При восприятии серий сюжетных картин в группе «норма» количество пропусков составляет 39,3%, имеется высокий уровень формального восприятия – 52,5%, количество собственно гностических ошибок значительно меньше (8,2%).

Примером является рассказ ученицы И.Б. 8 класса по Методике № 1: «*Мальчик спустился поплавать, а его вещи, носки утащили лягушки в воду. Вроде бы все*». В данном рассказе формальное восприятие заключается в том, что перечисляются элементы без установления взаимосвязи между объектами, и только при стимулирующей помощи со стороны психолога испытуемая формирует последовательный рассказ с установлением причинно-следственных связей.

Таким образом, для детей с нормальным онтогенезом характерно наличие различных ошибок зрительного восприятия при интерпретации серии сюжетных картин, однако необходимо отметить, что их наличие только в единичных случаях приводит к искажению сюжета рассказа.

При РАС значительно велика доля трудностей по типу формальное восприятие (57,9%), вторым типом трудностей по частоте встречаемости являются пропуски (32,6%). Доля собственно гностических ошибок минимальна (9,5%).

Примерами подобных специфических трудностей в Методике № 1 являются следующие трактовки элементов сюжета: «носки» воспринимаются как «*дерево плывет*», «*рванные сапоги плывут*», «мальчик в воде» как «*мальчик полз в ванну*».

При РАС гностическая сфера является наименее сформированной и максимально дефицитарной в обеих возрастных подгруппах и по всем методикам. Выявляется высокая вариативность сочетаний и распределения ошибок, что связано с индивидуальными особенностями школьников данной группы.

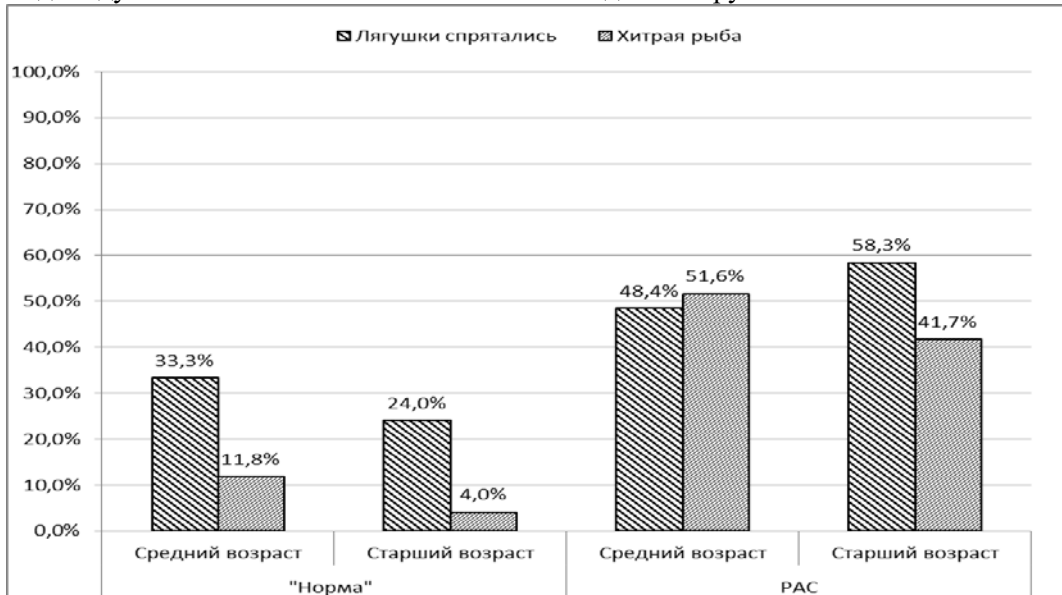


Рисунок 2. Сочетание нарушенных зрительного восприятия и понимания смысла сюжетных картин в обеих экспериментальных группах и разных возрастах.

Анализ понимания проводился на основе выделения трех основных частей для каждого сюжета и адекватных причинно-следственных связей для каждого

сюжета. Выделение не менее двух основных компонентов и двух адекватных причинно-следственных связей рассматривалось как полноценное понимание.

Проанализируем взаимосвязь трудностей зрительного восприятия и понимания смысла сюжетных картин.

Перейдем к анализу текстов в Методике № 1 по сериям сюжетных картин «Лягушки спрятались».

Полное понимание сюжета при нормальном онтогенезе в среднем школьном возрасте выявляется у 11,1% детей при наличии ошибок зрительного восприятия и у 33,3% отмечается наличие ошибок в зрительном восприятии, приводящих к недостаточному выделению смысловых связей и влияющих на процесс понимания. В качестве примера можно привести следующий текст ученицы Б.С. 8 класса: *«Мальчик оставил свои вещи и пошел купаться, рядом две лягушки сидят. Он пошел подальше. Лягушки утаскивают его носки, и еще вот ботинки и его вещи стоят, а цапля клювом берет другие вещи. Лягухи в них залезли и попрыгали к воде, а цапля взяла себе кепку. А мальчик вышел и удивляется, куда деваются вещи»*. В рассказе делается вывод о содержании картинки на основе близкого пространственного расположения элементов и попытка установления взаимосвязи между воспринимаемыми элементами сюжета, тем самым выдвигается ошибочная гипотеза, что приводит к неточному пониманию смысла сюжета.

В старшем школьном возрасте процент детей с ошибками в зрительном восприятии и полным пониманием составляет 32%, при этом по сравнению со средними школьниками уменьшается процент детей (24%) с ошибками в зрительном восприятии, приводящими к неправильному пониманию содержания картинок.

Таким образом, в группе детей с нормальным онтогенезом выявляется процент детей, когда, допуская гностические ошибки, школьники стараются выделить основные элементы сюжета, найти между ними взаимосвязи (адекватные причинно-следственные связи) и составить последовательный развернутый рассказ, стремясь передать собеседнику полное содержание воспринятой ими сюжетной картинки.

В группе детей с РАС в среднем школьном возрасте в Методике № 1 выявляется небольшой процент детей с ошибками зрительного восприятия при полном понимании сюжета (6,5%).

Сочетание ошибок зрительного восприятия и непонимания смысла сюжета встречается у 48,4% детей. У старшекласников незначительно увеличивается процент детей (8,3%) с ошибками зрительного восприятия в сочетании с полным пониманием сюжета. При этом также увеличивается процент детей с дефицитностью в гностической сфере и непониманием содержания картинки (58,3%). Приведем пример текста ученика 8 класса Д.С.: *«Мальчик плыл в речке. Он увидел два рваных сапога, Он плыл еще и увидел 2 рваных сапога. Две лягушки и потом он приплыл и увидел цаплю, она сказала: «Спасибо тебе, мальчик, что ты рваные сапоги вытащил». Лягушки засунули нос в рваные сапоги, чтобы посмотреть, где дыры. Что случилось с лягушками? Спрятались в камыши»*. В данном тексте присутствуют как гностические ошибки, так и ошибки по типу «формальное восприятие», подросток перечисляет элементы сюжета без установления взаимосвязи между объектами, что приводит к искажению смысла сюжета и появлению побочных ассоциаций. Похожие тексты достаточно часто встречаются у детей данной экспериментальной группы, они могут по разному исказить смысл сюжета, но в основе лежат трудности зрительного восприятия, приводящие к возникновению побочных ассоциаций, утере целенаправленности и непониманию сюжета.

Проанализируем взаимосвязь зрительного восприятия и понимания на мате-

риале сюжетных картин при составлении рассказа в письменной форме в Методике № 2 («Хитрая рыба»).

В среднем школьном возрасте при нормальном онтогенезе у 53% детей на фоне ошибок зрительного восприятия выявляется полное понимание, и у 11,8% ошибки в зрительном восприятии сочетаются с непониманием смысла сюжета.

В старшем школьном возрасте процент детей с ошибками в зрительном восприятии и полным пониманием составляет 24%, при этом по сравнению со средними подростками уменьшается процент детей (4%) с ошибками в зрительном восприятии, приводящих к неправильному пониманию содержания картинки. Остальная часть детей в среднем (35,2%) и старшем школьном возрасте (72%) демонстрирует средний уровень понимания, когда выделяются меньшая доля основных частей сюжета и ограниченное количество адекватных причинно-следственных связей в сочетании с выделяемыми неадекватными причинно-следственными связями.

Таким образом, можно отметить следующую тенденцию, характерную для групп детей с нормальным онтогенезом при составлении письменных рассказов: в целом: в группе уменьшается процент детей с гностическими трудностями в сочетании с непониманием смысла сюжета, возможно, это связано с тем, что письменное составление рассказа требует большей организации мышления, а следовательно приводит к повышению функций регуляции и контроля за осуществляемой деятельностью.

В среднем школьном возрасте с РАС при письменном составлении рассказа процент детей с ошибками зрительного восприятия при полном понимании сюжета составляет 25,8%, при этом несформированность зрительного восприятия в сочетании с непониманием смысла сюжета встречается у большего процента детей - 51,6%. У старшеклассников процент детей с ошибками зрительного восприятия в сочетании с пониманием сюжета несколько выше и составляет 33,3%, и незначительно снижается процент детей с нарушениями в гностической сфере и непониманием содержания картинки (41,7%).

Тексты детей в группе РАС обладают своеобразной спецификой, часто при составлении письменного рассказа отсутствует согласованность предложений, что делает текст несколько разорванными. При доступности понимания смысла сюжета дети в письменных рассказах не формулируют причинно-следственные связи.

Для анализа целенаправленности мыслительной деятельности был выбран параметр «вплетение» побочных ассоциаций в составление рассказов в устной и письменной форме как фактор, приводящий к уходу от последовательного целенаправленного изложения сюжетов. Во всех группах дефицитарность целенаправленности резко уменьшается при составлении рассказа в письменной форме. Устная форма составления рассказов является более дефицитарной, поскольку здесь отсутствует возможность самоконтроля при составлении рассказа в силу фиксации внимания на незначительных деталях, включения их в рассказ, что приводит к утере целенаправленности.

В процессе анализа целенаправленности мыслительной деятельности у всех экспериментальных групп выявлялось разное количество побочных ассоциаций, связанных с трудностями формирования последовательных операций, сопоставления и удержания смысловых элементов сюжетных картин. В ряде случаев возникающие побочные ассоциации могут вплетаться в рассказ школьника как дополнительные элементы воображения, не приводя к искажению смысла рассказа. Такие побочные вплетения, как правило, характерны для групп «норма». Однако

выявляются побочные ассоциации, которые приводят к неправильной интерпретации сюжета картинок, где под влиянием возникшей ассоциации мыслительный процесс перестраивается и меняется смысл сюжета. Остановимся более подробно на возникновении побочных ассоциаций у разных экспериментальных групп в двух методиках.

Анализ полученных данных по Методике № 1 в двух возрастных подгруппах у детей с нормальным онтогенезом выявляет наличие побочных ассоциаций. Так, в среднем школьном возрасте процент детей составляет 88,9% случаев, а у старшеклассников лишь в 44% выявляются побочные ассоциации. Вплетение побочных ассоциаций в группе «норма», как правило, связано с недостаточной ориентацией в понимании смысла сюжетной картинки и/или упрощением рассказа: *«лягушки то ли подошли к чулкам, то ли попытались туда залезть, или утащит, потом подошел еще и аист и тоже решил утащить одежду»*. В данном примере можно проследить, как разворачивается процесс мышления ребенка, когда возникают трудности ориентации в сюжете. С одной стороны, происходит активный поиск интерпретации событий, а с другой, на основе возникшей ассоциации события сюжета подводятся под ассоциацию.

Таким образом, для группы «норма» характерно наличие небольшого количества побочных ассоциаций, не влияющих на понимание смысла серии сюжетных картинок, достоверность взаимосвязи высокого понимания и малого количества побочных ассоциаций в группе детей с нормальным онтогенезом ($p < 0,005$).

В группе детей с РАС выявляется высокий процент детей с наличием побочных ассоциаций. При этом процент детей возрастает от среднего к старшему школьному возрасту. Так, в среднем возрасте процент детей с вплетением побочных ассоциаций составляет 93,5%, а в старшем он увеличивается до 100% ($p = 0.599938$). Можно привести следующий пример рассказа, где выявляется утеря целенаправленности мышления. С.Д. 8 класс *«Тут лягушки две... залезли мальчику в сапоги. А этот (аист) что тут делает?! Начали в них прыгать, что, разумеется, мальчику не понравилось. Он как бы сердится на лягушек. Лягушки прыгают в них. Почему лягушки залезли в сапоги? Потому что они лягушки, они неразумные существа. Ну, просто в данном случае это не объяснить»*.

В обеих экспериментальных группах отмечается резкое уменьшение процента детей с наличием побочных ассоциаций при составлении рассказа в письменной форме. Несмотря на то, что письменная деятельность является достаточно сформированной, однако эта осознанная деятельность требует больших усилий при реализации письма в отношении правил грамматики и синтаксиса с усилением функций программирования, регуляции и контроля.

В группе детей с нормальным онтогенезом в среднем школьном возрасте, по сравнению с предыдущей методикой резко снижается процент детей с наличием побочных ассоциаций и составляет 35,3%, и у старшеклассников побочные ассоциации возникают в 32% случаев. Приведем примеры: *«Рыбке стало жаль муху», «Думали ли вы когда-то, как тяжело мамам рыбам деток-мальков кормить?» «Эта рыба живет в Москве-реке, потому что только в этой реке она мутировала настолько, чтобы сообразить, как снять с крючка муху»*. Данные побочные ассоциации не влияют на понимание детьми сюжета, а отражают процесс рассуждения с определённым личностным отношением к описываемой ситуации ($p < 0,001$).

У детей группы РАС процент школьников с наличием побочных ассоциаций составляет 61,3%, что значительно выше, чем в группе «норма», а у старшеклассников процент детей, у которых выявляются побочные ассоциации, снижается

(25%) ($p = 0.114446$). Побочные ассоциации данной группы характеризуются трудностями понимания происходящего, диффузностью представлений о предметах, явлениях и их взаимосвязи, например: «Рыба стала есть ракушку», «Рыба поплыла на рыбное поле», «Рыба не удержала камень и свалила его на дно», «Рыба испугалась насекомого».

Подводя итоги по двум методикам, можно сделать следующие выводы: во всех экспериментальных группах у детей при составлении рассказов как в устной, так и письменной форме выявляются побочные ассоциации, однако характер побочных ассоциаций различается. Так, в группе детей с нормальным онтогенезом возникающие побочные ассоциации, как правило, связаны с недостаточной ориентацией в понимании смысла сюжета, в этом случае у детей отмечается привлечение собственного жизненного опыта и личного отношения для интерпретации сюжета, в более редких случаях в данной группе детей, под влиянием возникшей ассоциации, может изменяться смысл, а соответственно и трактовка сюжетной картинки. В большинстве случаев возникшие побочные ассоциации в процессе составления рассказа отторгаются самим ребенком и не влияют на понимание. В других случаях дозированная организующая помощь со стороны психолога приводит к повышению целенаправленности мыслительной деятельности.

У детей группы РАС выявляется гораздо больший объем побочных ассоциаций по сравнению с группой детей с нормальным онтогенезом. Побочные ассоциации данной группы характеризуются наличием неадекватных связей между явлениями и предметами, искажением событий сюжетных картинок по формальным связям, то есть диффузностью, ограниченностью жизненного опыта, приводящего к утере целенаправленности.

Выводы. В группе детей с нормальным онтогенезом количество гностических трудностей значительно ниже, чем в группе детей с РАС, при относительно совпадающих пропорциях их разного типа без выраженных возрастных изменений. Несмотря на наличие этих ошибок школьникам доступно выделение основных частей сюжета, что приводит к достаточно высокому уровню понимания.

От среднего к старшему возрасту в отношении динамического компонента выявляются положительные возрастные изменения при составлении устных рассказов, дефицитарность целенаправленности незначительно и отчетливо снижается в условиях составления устных и письменных рассказов в старшем школьном возрасте.

Гностическая сфера является наименее сформированной и максимально дефицитарной при РАС у школьников обеих возрастных подгрупп, что приводит во многих случаях к нарушениям понимания смысла сюжета, то есть выраженной дефицитарности наглядно-образного восприятия информации. Специфической особенностью психической деятельности школьников с РАС является нарушение целенаправленности мыслительной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурова, Л.Л. Психология мышления. М.: ПЕР СЭ, 2005. 135 с.
2. Зверева, Н.В., Коваль-Зайцев, А.А., Хромов, А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. – М., 2014. – 40 с
3. Манелис, Н.Г. Сравнительный нейропсихологический анализ формирования высших психических функций у здоровых детей и у детей с аутистическими расстройствами. автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / - М.: 2000. - 124 с.
4. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста. СПб.: Питер, 2008. 284 с

5. Никольская, О.С., Баенская, Е.Р., Либлинг, М.М. Аутичный ребёнок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2010. 288 с.

6. Полонская, Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста. М.: Изд-во "Академия", 2007. – 192 с.

7. Психология аномального развития ребёнка: Хрестоматия в 2 т. / П.р. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. М.: ЧеРо, Высш. шк., Изд-во МГУ, 2002. Т. 2. 817 с.

8. Рубинштейн, С.Л. О мышлении и путях его исследования. М.: Изд-во Акад. наук. СССР, 1958. – 147 с.

9. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: Апрель-Пресс, 2004. – 204 с.

REFERENCES

1. Gurova, L.L. Psihologija myshlenija. M.: PER SJe, 2005. 135 s.

2. Zvereva, N.V., Koval'-Zajcev, A.A., Hromov, A.I. Patopsihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitija detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoj patologii (zritel'noe vosprijatie i myshlenie). Metodicheskie rekomendacii. – M., 2014. – 40 s

3. Manelis, N.G. Sravnitel'nyj nejropsihologicheskij analiz formirovaniya vysshih psihicheskikh funkcij u zdorovyh detej i u detej s avti-sticheskimy rasstrojstvami. avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk: 19.00.04 / - M.: 2000. - 124 s.

4. Mikadze, Ju.V. Nejropsihologija detskogo vozrasta. SPb.: Piter, 2008. 284 s

5. Nikol'skaja, O.S., Baenskaja, E.R., Libling, M.M. Autichnyj rebyonok. Puti pomoshhi. M.: Terevinf, 2010. 288 s.

6. Polonskaja, N.N. Nejropsihologicheskaja diagnostika detej mladshego shkol'nogo vozrasta. M.: Izd-vo "Akademija", 2007. – 192 s.

7. Psihologija anomal'nogo razvitija rebyonka: Hrestomatija v 2 t. / P.r. V.V. Lebedinskogo i M.K. Bardyshevskoj. M.: CheRo, Vyssh. shk., Izd-vo MGU, 2002. Т. 2. 817 s.

8. Rubinshtejn, S.L. O myshlenii i putjah ego issledovaniya. M.: Izd-vo Akad. nauk. SSSR, 1958. - 147 s.

9. Rubinshtejn, S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii. M.: Aprel'-Press, 2004. – 204 s.

L.G. Shal, M.Yu. Maksymenko

DISTINGUISHING FEATURES OF VISUAL-FIGURATIVE THINKING AND GNOTIC FUNCTIONS IN CHILDREN OF MIDDLE AND SENIOR SCHOOL AGE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

School № 1321 «Kovcheg», Russian State Humanitarian University, Moscow State University named after M.V. Lomonosov (Moscow).

Summary. In the article, visual-figurative thinking is examined on the basis of understanding the meaning of subjects in children of middle and senior school age with autism spectrum disorders and normal ontogeny. The state of gnostic functions, dynamic characteristics of mental activity and the possibility of establishing cause-effect relationships are analyzed. The data obtained during the study of children with normal ontogenesis indicate the presence of unformed individual links of higher mental functions at the final stage of morpho- and functionalogenesis, when gnostic difficulties and a lack of purposefulness arise in a small number of children, and are combined with a high level of understanding. Children with autism spectrum disorders are characterized by pronounced gnostic difficulties and lack of purposeful thinking, which leads to a limited understanding of the meaning of the plot.

Keywords: representational thought, active visual perception, cause and effect, schoolchildren, autism spectrum.

СВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ РАЗВИТИЯ

НИ Томский государственный университет (г. Томск)

Резюме. Проведено исследование качества жизни 120 семей, имеющих детей в возрасте 11-16 лет с особенностями здоровья и развития. Представлены результаты исследования взаимосвязи детско-родительских отношений, отношения к болезни ребенка и субъективного качества жизни в семьях, имеющих «особенных» детей.

Ключевые слова: качество жизни, детско-родительское отношение, дети с особенностями здоровья и развития

Введение. Несмотря на рост качества и доступности оказываемой медицинской помощи, статистика показывает непрекращающийся рост количества детей, имеющих особенности развития (психического, речевого, физического и пр.), а также детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (неврологическими, гормональными и пр.) [9]. По данным Федеральной службы государственной статистики по Томской области, за последние 5 лет (2011-2016 гг.) число детей, рожденных с особенностями развития, увеличилось с 29% (2666 детей) до 36% (3716 детей), а детская заболеваемость онкологическими заболеваниями за эти годы выросла на 3%, заболеваниями эндокринной системы на 9.5%, болезнями нервной системы на 4.6%.

Семьи, имеющие детей с особенностями здоровья и развития, часто сталкиваются с физическими, экономическими, социальными и психологическими проблемами, связанными с уходом за своими детьми, что негативным образом сказывается на качестве их жизни [8]. Рождение в семье «особого» ребенка или постановка ребенку течение жизни диагноза меняет уклад всей семьи, оказывает влияние на отношения между родителями, на финансовое положение семьи и является причиной возможной социально-психологической дизадаптации как самих детей, так и их родителей.

Тяжесть состояния, в котором находится ребенок, его возраст, медицинские прогнозы и возможность излечения в будущем – все это является факторами, которые могут определять силу изменений, которым подвержен быт семьи, ее социальное, психологическое, эмоциональное и финансовое положение. Но в то же время исследования показывают, что не всегда тяжесть состояния ребенка и экономическое положение, в котором оказывается семья, являются факторами, определяющими субъективное восприятие качества жизни ее членами [2]. Существует мнение, что субъективное качество жизни родителей зависит не только от объективных обстоятельств, но и от того, как они сами воспринимают болезнь ребенка и положение, в котором оказались.

По данным ряда авторов, во многом динамика развития ребенка будет зависеть от принятия родителями информации о заболевании ребенка, выбора стиля и тактики его воспитания, адекватного восприятия заболевания на всех этапах развития ребенка и сохранения уважительных отношений между всеми членами семьи [5, 6, 7].

Дети, имеющие особенности здоровья и развития, находятся в зоне риска, поскольку они часто ограничены в активности, могут столкнуться с ограниченным доступом в области образования и профессионально-технических возможностей, сужением социальных контактов и проблемами в создании собственной семьи в будущем [6]. Поэтому они как никто другой зависимы от семьи и нуждаются в ее поддержке. Семья в общем и родители в частности обеспечивают среду для разви-

тия ребенка, формируют его отношение к себе, к своим особенностям, обеспечивают условия для развития всех компонентов, формирующих основу психического здоровья.

Таким образом, актуальность исследования заключается в необходимости изучения факторов, оказывающих влияние на качество жизни семей, имеющих детей с особенностями здоровья или развития, для того чтобы иметь возможность осуществлять им направленную психологическую поддержку.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 180 семей, имеющих детей в возрасте 11-16 лет. Критерием попадания в экспериментальную группу (120 семей) являлось наличие в семье как минимум одного ребенка с особенностями развития (ДЦП, детский аутизм, нарушение зрения, нарушение слуха, нарушение речи, СДВГ, синдром Дауна, ЗППР) – 52 семьи или страдающего хроническим соматическим заболеванием (сахарный диабет, гастрит и гастродуоденит, вегето-сосудистая дистония) – 68 семей. В контрольную группу (60 семей) были определены семьи, дети которых относятся к группе условно здоровых.

Исследование проводилось в онлайн формате, где каждая семья, давшая согласие на участие в исследовании, заполняла электронный вариант опросников. Дети и родители проходили исследование независимо друг от друга и заполняли собственную версию опросников. Рекрутирование семей происходило на тематических форумах в социальных сетях, а также посредством рекламы в детской поликлинике.

Родительский опросник включал в себя следующие методики: исследование психологических компонентов качества жизни – «Анкета оценки качества жизни SF-36»; исследование семейных отношений – «Опросник родительского отношения» (А.Я.Варга, В.В.Столин); «Методика диагностики отношения к болезни ребенка» (ДОБР; В.Е.Каган, И.П.Журавлева).

Детский опросник включал в себя: исследование психологических компонентов качества жизни – «Анкета оценки качества жизни SF-36»; методика психологической диагностики детско-родительских отношений - «Подростки о родителях» (адаптированный вариант - Вассерман Л.И. и др., 1994).

Результаты. На первом этапе нами было осуществлено исследование показателей «Анкеты оценки качества жизни SF-36» с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA для выявления особенностей психологического качества жизни семей, имеющих детей с особенностями здоровья или развития.

Анализ гомогенности дисперсий между группами семей контрольной и экспериментальной выборки с помощью теста Ливиня не выявил достоверных различий дисперсий. Однофакторный дисперсионный анализ, проведенный с целью исследования различий в качестве жизни родителей, имеющих или не имеющих детей с особенностями здоровья или развития, выявил достоверно значимые различия только по одному показателю методики - «Психическое здоровье» (табл. 1). В то же время, по нашему мнению, этот показатель является одним из самых важных в определении уровня качества жизни, поскольку свидетельствует о психологическом благополучии семьи. Полученные данные свидетельствуют о достоверно более низком психическом здоровье родителей, имеющих «особенных» детей.

На детской выборке однофакторный дисперсионный анализ выявил достоверные различия между всеми показателями качества жизни здоровых детей и детей с особенностями здоровья или развития. Все показатели качества жизни исследуемых групп детей по параметрам качества жизни достоверно ниже показателей здоровых детей (табл. 1), что не является удивительным и подтверждается многочисленными исследованиями в этой области [1, 3, 4].

Таблица 1.

Результаты ANOVA для сравнения различий методики SF-36 в группах родителей и детей

Показатель	Среднее		ANOVA (p-уровень)	Уровень Ливиня (p-уровень)
Общее состояние здоровья	Родители экспериментальной группы	65,26	,372	,902
	Родители контрольной группы	69,94		
	Дети экспериментальной группы	35,97	0,069	,763
	Дети контрольной группы	55,57		
Жизненная активность	Родители экспериментальной группы	50,43	,911	,667
	Родители контрольной группы	51,17		
	Дети экспериментальной группы	42,83	0,002	,430
	Дети контрольной группы	57,33		
Социальное функционирование	Родители экспериментальной группы	66,30	,309	,184
	Родители контрольной группы	57,35		
	Дети экспериментальной группы	54,73	0,007	,247
	Дети контрольной группы	70,2		
Роловое функционирование	Родители экспериментальной группы	34,78	,581	,264
	Родители контрольной группы	41,17		
	Дети экспериментальной группы	38,61	0,002	,927
	Дети контрольной группы	58,33		
Психическое здоровье	Родители экспериментальной группы	51,42	,004	,754
	Родители контрольной группы	64,70		
	Дети экспериментальной группы	48,01	0,036	,465
	Дети контрольной группы	58,67		

*N родителей экспериментальной группы – 120, N родителей контрольной группы – 60, N детей экспериментальной группы – 108, N детей контрольной группы – 58.

Следующим этапом нашей работы было исследование факторов, которые могут оказывать влияние на качество жизни родителей, имеющих детей с особенностями здоровья или развития. Значимые корреляции представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Значимые корреляционные связи показателей методики SF-36 и Диагностика отношения к болезни ребенка и Опросника родительского отношения

Показатели		Об- щее здо- ровье	Жиз- ненная актив- ность	Социальное функциони- рование	Ролевое функциони- рование	Психи- ческое здоровье
Авторитар- ная гиперсоциа- лизация	Корреля- ция Пир- сона	0,005	0,212	0.541**	0,321	0,184
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,982	0,331	0,008	0,135	0,401
Принятие- отвержение	Корреля- ция Пир- сона	-0,115	-0.449*	-0.491*	-0,276	-0,367
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,611	0,036	0,020	0,214	0,093
Тревога	Корреля- ция Пир- сона	-0,262	-0.638**	-0,023	-0,264	-0,321
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,251	0,002	0,922	0,247	0,155
Нозогнозия	Корреля- ция Пир- сона	-0,304	-0.477*	-0,31	-0,246	-0.560**
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,168	0,025	0,160	0,269	0,007
Общая на- пряженность	Корреля- ция Пир- сона	-0,365	-0.752**	-0,074	-0.564**	-.527*
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,114	0,001	0,758	0,010	0,017

*N родителей – 119

Корреляционный анализ также позволил обнаружить значимые достоверные взаимосвязи между показателями качества жизни детей и их субъективных отношений с родителями. Значимые корреляции представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Корреляции между субъективной оценкой отношений с родителями и качества жизни детей

Показатели		Об- щее здо- ровье	Жиз- ненная актив- ность	Социальное функциони- рование	Ролевое функциони- рование	Психи- ческое здоровье
Позитивное отношение	Корреля- ция Пир- сона	0,281	0,398	0,109	0,288	0,358
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,007	0,000	0,306	0,006	0,001
Директивность	Корреля- ция Пир- сона	0,028	0,003	-0,101	0,137	-0,023
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,791	0,981	0,343	0,198	0,831
Враждебность	Корреля- ция Пир- сона	-0,203	-0,402	-0,189	-0,286	-0,292
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,055	0,000	0,075	0,006	0,005
Автономность	Корреля- ция Пир- сона	0,162	0,172	-0,066	0,055	0,188
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,127	0,105	0,537	0,604	0,076
Непоследова- тельность	Корреля- ция Пир- сона	-0,047	-0,052	-0,190	-0,030	-0,046
	Знач. (двухсто- ронняя)	0,658	0,627	0,072	0,777	0,667

*N детей – 115

Это позволило построить три регрессионные модели для оценки вклада показателей методик «Диагностика отношений к болезни ребенка» и «Опросник родительского отношения» в показатели психологического здоровья родителей, исследованного нами с помощью методики SF-36, а также три модели для оценки вклада показателей методики «Подростки о родителях» в показатели психологического здоровья детей. Все шесть моделей, построенные нами, оказались незначимыми, в связи с чем на основании полученных данных мы не можем утверждать, что формирование субъективного психологического качества жизни семей находится в зависимости от их отношения к болезни ребенка и детско-родительских отношений.

Обсуждение результатов. Несмотря на то что дисперсионный анализ выявил достоверно значимые различия в качестве жизни родителей только по показателю «Психическое здоровье», мы можем наблюдать тенденцию к повышению показателя «Социальное функционирование» у группы семей, имеющих «особенных» детей, и к снижению у них же таких показателей, как «Рольное функционирование». Мы связываем повышенные (по сравнению с контрольной группой) показатели «Социального функционирования» с вовлечением семей с «особенными» детьми в созданное ими самими «сообщество», в котором они активно функционируют и поддерживают друг друга. На сегодняшний день с ростом доступности информационных технологий и сетевых коммуникаций, родителям все проще находить друг друга и объединяться в группы поддержки и взаимопомощи, проводить собрания и встречи.

По результатам исследования мы не можем утверждать, что формирование субъективного психологического качества жизни семей находится в зависимости от их отношения к болезни ребенка и детско-родительских отношений. Однако найденная взаимосвязь качества жизни с показателями детско-родительских отношений и отношения к болезни ребенка свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения факторов формирования этой взаимосвязи.

ЛИТЕРАТУРА

4. Колбасина Е. В. и др. Качество жизни детей и подростков больных сахарным диабетом типа 1 //Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8. – №. 5.
5. Кольцова Е. А. Психологические проблемы семьи и детей с диагнозом эпилепсия и психогенные неэпилептические приступы //Вестник Костромского государственного университета им. НА Некрасова. Серия Гуманитарные науки: Педагогика. Психология. Социальная работа. Акмеология. Ювенология. СоциокINETика. – 2015. – Т. 21. – №. 1
6. Лаврова Г. Н. Особенности семьи ребёнка с детским церебральным параличом //Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – №. 37-2. – С. 100-108.
7. Миланич Ю. М. Реализация семейных функций как критерий оценки психологического благополучия семьи ребенка с нарушением развития //Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – №. 38. – С. 196-201.
8. Семаго М. М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства //Автореферат дисс. на соиск. учен.степ. канд. психологических наук. – 1992.
9. Соколова М. Г. Инкурабельный больной ребенок в семье //Здоровье –основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2012. – Т. 7. – №. 2.

REFERENCES

1. Eiser C., Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood // Health technology assessment (Winchester, England). – 2001. – Т. 5. – №. 4. – P. 1-157.

2. Leung C. Y. S., Li-Tsang C. W. P. Quality of life of parents who have children with disabilities // Hong Kong Journal of Occupational Therapy. – 2003. – T. 13. – №. 1. – P. 19-24.
3. Naughton M. J. et al. Health-related quality of life of children and adolescents with type 1 or type 2 diabetes mellitus: SEARCH for Diabetes in Youth Study // Archives of pediatrics & adolescent medicine. – 2008. – T. 162. – №. 7. – P. 649-657.
4. Kolbasina E. V. i dr. Kachestvo zhizni detej i podrostkov bol'nyh saharnym diabetom tipa 1 //Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2009. – T. 8. – №. 5.
5. Kol'cova E. A. Psihologicheskie problemy sem'i i detej s diagnozom jepilepsija i psihogennye nejepilepticheskie pristupy //Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. NA Nekrasova. Serija Gumanitarnye nauki: Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Akmeologija. Juvenologija. Sociokinetika. – 2015. – T. 21. – №. 1
6. Lavrova G. N. Osobennosti sem'i rebjonka s detskim cerebral'nyim paralichom //Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii. – 2014. – №. 37-2. – S. 100-108.
7. Milanich Ju. M. Realizacija semejnyh funkcij kak kriterij ocenki psihologicheskogo blagopoluchija sem'i rebenka s narusheniem razvitiya //Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii. – 2014. – №. 38. – S. 196-201.
8. Semago M. M. Social'no-psihologicheskie problemy sem'i rebenka-invalida s detstva //Avtoreferat diss. na soisk. uchen.step. kand. psihologicheskikh nauk. – 1992.
9. Sokolova M. G. Inkurabel'nyj bol'noj rebenok v sem'e //Zdorov'e – osnova chelovecheskogo potenciala: problemy i puti ih reshenija. – 2012. – T. 7. – №. 2.

D.E. Vlasova, A.E. Zaitseva

THE EFFECT OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS ON THE QUALITY OF LIFE IN FAMILIES HAVING A CHILD WITH HEALTH OR DEVELOPMENT PECULIARITIES

Tomsk State University (Tomsk).

Summary. The study followed 120 families with children 11-16 years of age suffering from chronic illnesses or developmental disabilities. Data were collected to assess the children's and parent's psychological quality of life, parent-child relationships and the parent's attitude to the child's illness.

Keywords: quality of life, parent-child relationships, child with health or development peculiarities

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, ²Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. Настоящее исследование посвящено становлению саморегуляции с позиций трехуровневой модели. Выборку составили 145 учащихся массовой школы в возрасте от 7 до 12 лет, распределенные по трем возрастным группам. Определялось влияние уровня саморегуляции психических состояний (первого уровня саморегуляции) и личностно-мотивационного уровня (третьего уровня) на уровень саморегуляции деятельности (второй уровень). На основании результатов исследования определено, что в возрасте 8-9 лет начинается переход ведущего уровня саморегуляции от уровня саморегуляции психических состояний к личностно-мотивационному уровню. Полученные данные о нарушениях формирования саморегуляции могут быть использованы для разработки коррекционных программ.

Ключевые слова: саморегуляция, младшие школьники, учебная мотивация.

Индивидуальная система саморегуляции выполняет интегральную роль, связывая динамические и содержательные, осознанные и бессознательные структуры личностной сферы субъекта. Развитая сфера саморегуляции сегодня рассматривается как показатель личностной зрелости индивида и одно из условий его жизненного успеха. Формирование саморегуляции – сложный многоуровневый процесс, на который оказывают влияние различные факторы. Изучение данной темы нельзя считать чисто теоретическим вопросом. Не менее важны практические аспекты: в основе таких проблем, как повышенная тревожность, трудности адаптации к новым условиям, школьная неуспеваемость и т. д., лежит низкий уровень саморегуляции, ее конкретные недостатки. Pelco&Reed-Victor подтвердили связь между низким уровнем саморегуляции эмоций, внимания и поведения в раннем детстве с последующими проблемами в учебной деятельности [16]. Gardner et al. обнаружили более низкий уровень саморегуляции у подростков с девиантным поведением по сравнению с их сверстниками и предложили использовать эти данные для коррекции антисоциального поведения [15]. В лонгитюдном исследовании, проведенном на выборке 518 человек, Crockett et al. было показано, что выраженная склонность к риску в 12-13 лет и рискованное сексуальное поведение в 16-17 лет связано с низким уровнем саморегуляции, который дети показали в 8-9 лет [14].

Основанием, объединяющим различные взгляды на обсуждаемую проблему, можно считать подход В.В. Николаевой), подразумевающей под саморегуляцией «системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость, пластичность жизнедеятельности субъекта на любом из ее уровней» [8].

Выделяются три уровня регуляторной деятельности. Первый – уровень психической саморегуляции, или регуляции состояний, способствующий поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности. Второй – операционально-технический уровень, или уровень регуляции деятельности, обеспечивающий сознательную организацию и коррекцию действий. Третий, личностно-мотивационный уровень (уровень регуляции мотивации и потребностей), обеспечивает осознание мотивов собственной деятельности, управление мотивационно-потребностной сферой, создает возможность быть творцом собственной жизни [8].

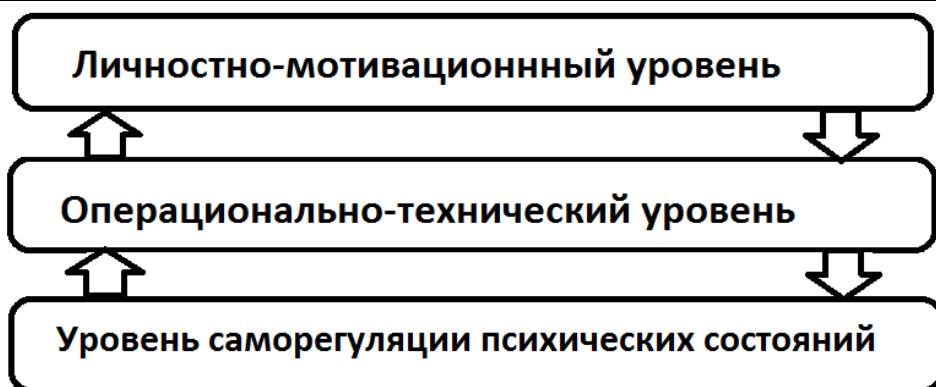


Рисунок. 1. Трехуровневая модель саморегуляции.

Как отмечает А.С. Султанова [12], формирование регуляторных систем начинается во внутриутробном периоде. Неблагоприятная экологическая обстановка, высокий уровень стресса, который испытывают будущие матери в период беременности, неоправданное применение медикаментозной стимуляции во время родов, а также абдоминального родоразрешения приводят к повреждению стволовых и субкортикальных систем, находящихся в сенситивном периоде и, следовательно, наиболее подверженных влиянию таких вредных факторов, как гипоксия, интоксикации, родовые травмы и пр. Часто у детей, имевших легкие перинатальные повреждения ЦНС, в старшем возрасте не проявляется выраженная неврологическая симптоматика, а отклонения в их поведения объясняют индивидуальными особенностями. Только после того, как ребенок начинает обучаться в школе, некомпенсированные нарушения формирования саморегуляции выходят на передний план, мешая ребенку с сохранным интеллектом овладеть учебной деятельностью, и зачастую приводя к школьной дезадаптации. Эта проблема приобретает все более острое значение в связи с резким ростом количества детей с функциональной незрелостью ЦНС.

Целью исследования было выявление нарушений саморегуляции у учеников средней общеобразовательной школы в возрасте от 7 до 12 лет и рассмотрение возможности их коррекции.

Гипотезы исследования:

1. Уровень саморегуляции учебной деятельности зависит от сформированности саморегуляции психических состояний, обеспечиваемой I функциональным блоком мозга (блоком регуляции уровня активности мозга). Отдельные нарушения уровня саморегуляции психических состояний могут компенсироваться, более серьезные нарушения препятствуют формированию произвольной саморегуляции деятельности.

2. Формирование личностно-мотивационного уровня саморегуляции, обеспечиваемого III функциональным блоком мозга (блоком программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности) является основным механизмом компенсации данных нарушений.

3. Одним из факторов, оказывающих влияние на формирование произвольной саморегуляции, является стиль семейного воспитания.

Исследование проводилось на базе средней общеобразовательной школы № 1308 г. Москвы; социального приюта «Солнцево» г. Москвы (участвовали дети, постоянно проживающие в семьях и посещавшие отделение дневного пребывания); Центра психодиагностики и психокоррекции.

Выборку составили 145 учащихся массовой школы в возрасте от 7 до 12 лет,

не имеющие серьезных соматических, а также психических заболеваний, которые относились к трем возрастным группам:

- младшая группа – 7-8 лет (54 испытуемых);
- средняя группа – 9-10 лет (44 испытуемых);
- старшая группа – 11-12 лет (47 испытуемых).

По данным о школьной успеваемости испытуемые были разделены на 2 группы:

- успешные ученики (оценки в триместре и в году «4» и «5»);
- «проблемные» ученики (имеют в триместре и в году «3»).

Таблица 1.

Состав выборки

Возрастная группа		Пол		Всего
		мальчики	девочки	
младшая	Успешные	12	22	34
	«Проблемные»	16	4	20
	Всего	28	26	54
средняя	Успешные	17	8	25
	«Проблемные»	13	6	19
	Всего	30	14	44
старшая	Успешные	11	11	22
	«Проблемные»	13	12	25
	Всего	24	23	47

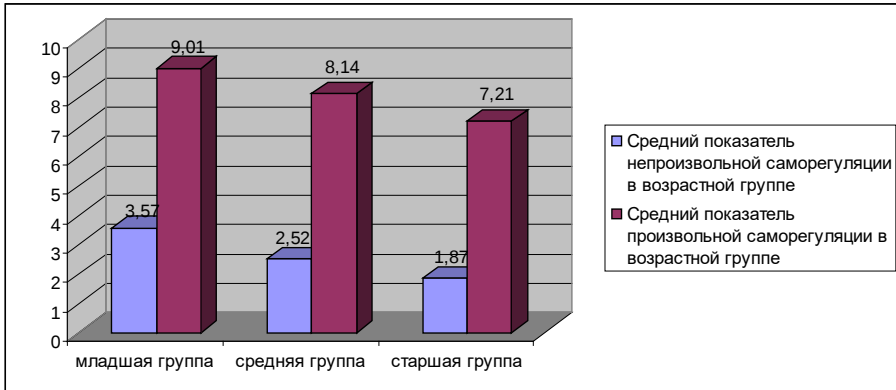
В исследовании использовались следующие методы: анкетирование родителей; методика нейропсихологической диагностики А.Р. Лурия (модификация А.В. Семенович); методики изучения школьной мотивации, применяемые в соответствии с возрастом испытуемых: методика М.Р. Гинзбурга для возраста 7-8 лет, методика Н.Г. Лускановой для 9-10 лет, методика О.С. Гребенюка и Т.Б. Гребенюк и методика А.К. Марковой для 11-12 лет; опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкий). Для статистической обработки данных применялись пакеты SPSS и Excel.

Сфера саморегуляции детей в возрасте 7-12 лет была рассмотрена с позиций трехуровневой модели. Определялось влияние уровня саморегуляции психических состояний (первого уровня саморегуляции) и личностно-мотивационного уровня (третьего уровня) на уровень саморегуляции деятельности (второй уровень). Также производилось сравнение формальных результатов учебной деятельности (четвертных и годовых оценок) со степенью сформированности первого и третьего уровней.

Стандартная методика нейропсихологического исследования позволяет диагностировать уровень сформированности саморегуляции. С одной стороны, выявляются проблемы операционального уровня, такие как нарушение гнозиса и праксиса. В то же время проявляются и неспецифические особенности. «Различные патофеномены, такие как гипо- или гипертонус, мышечные зажимы, синкинезии, тики; пластичность или ригидность в ходе выполнения действия, истощаемость, утомляемость, колебание внимания и эмоционального фона и прочие, являются отражением базального, непроизвольного уровня саморегуляции человека» [11]. В свою очередь то, насколько склонен ребенок к упрощению программы, заданной извне, выслушивает ли он инструкцию или импульсивно принимается за работу, не пытаясь понять, что от него требуется, способен ли дать себе задание, проверить ход выполнения, свидетельствует об

уровне сформированности его произвольной саморегуляции.

Группы успешных и «проблемных» учеников сравнивались по показателям произвольной и непроизвольной саморегуляции. Во всех случаях при применении t-критерия Стьюдента были получены статистически достоверные различия между группами при уровне вероятности $p < 0,001$.



Рисункр. 2. Средние значения показателей саморегуляции в возрастных группах.

Между показателями непроизвольной и произвольной саморегуляции выявлена положительная связь. Коэффициент корреляции Пирсона составил 0,59 при уровне значимости $p < 0,001$.

На основании параметров распределения показателя произвольной саморегуляции (математического ожидания и стандартного отклонения) были рассчитаны значения, соответствующие высокому, среднему и низкому уровню саморегуляции в каждой возрастной группе.

По уровню сформированности функций лобных отделов мозга, выявленному в ходе нейропсихологического исследования, испытуемые могут быть разделены на 3 подгруппы:

подгруппа А (высокий уровень произвольной саморегуляции) - функции лобных отделов мозга хорошо сформированы для данного возраста;

подгруппа Б (средний уровень саморегуляции) - функции лобных отделов в стадии формирования и не всегда компенсируют имеющийся дефицит стволовых и диэнцефальных структур;

подгруппа В (низкий уровень саморегуляции) - функциональная недостаточность лобных отделов мозга.

Таким образом, в группе успешных учеников были выделены три подгруппы: 1А, 1Б и 1В. В группе «проблемных» учеников не было испытуемых с высоким уровнем произвольной саморегуляции, поэтому были образованы две подгруппы: 2Б и 2В.

У подавляющего большинства участников исследования (88%) выявились признаки, указывающие на дефицитарность стволовых и диэнцефальных структур. На выраженность этого патологического феномена в современной детской популяции указывают Ж.М. Глозман [4] и А.В. Семенович [11]. В 82% случаев в анамнезе имелись факторы, которые могли негативным образом сказаться на формировании этих отделов мозга. На основании синдромного анализа, а также данных о развитии высших психических функций в онтогенезе [7, 11] можно говорить о том, что задержки формирования функций II и III блоков мозга, выявленные у ряда испытуемых, являются вторичными по отношению к дефициту стволовых и диэнцефальных структур.

Различия в уровне непроизвольной саморегуляции подтверждают гипотезу о том, что более серьезные проблемы саморегуляции препятствуют успешной учебной деятельности даже при сохранном интеллекте. По мнению Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой [2], «Норма отличается от не нормы возможностями компенсации функциональных слабостей». Статистически достоверные различия в показателях непроизвольной и произвольной саморегуляции, выявленные между младшей и средней, а также средней и старшей возрастными группами, подтверждают, что развитие произвольной саморегуляции компенсирует нарушения непроизвольной саморегуляции. Положительная связь между показателями непроизвольной и произвольной саморегуляции доказывает, что в случае выраженных проблем непроизвольной саморегуляции становление произвольной задерживается.

Данные исследования согласуются с выводами А.К. Осницкого [10] о том, что деятельность детей с хорошей успеваемостью носит более стабильный характер, чем у неуспевающих. Raffaelli et al. [17] на основании проведенного ими лонгитюдного исследования, учитывавшего регуляцию эмоций, поведения и внимания, утверждают, что в возрастных группах 8-9 лет и 12-13 лет девочки имеют более высокий уровень саморегуляции, чем мальчики. Наше исследование показывает, что о существенно более высоком уровне саморегуляции у девочек можно говорить только в возрасте 7-8 лет – статистически достоверные различия получены по критерию Манна-Уитни при вероятности $p < 0,004$.

Особенности распределения уровня школьной мотивации в различных подгруппах представлено на рис. 3.

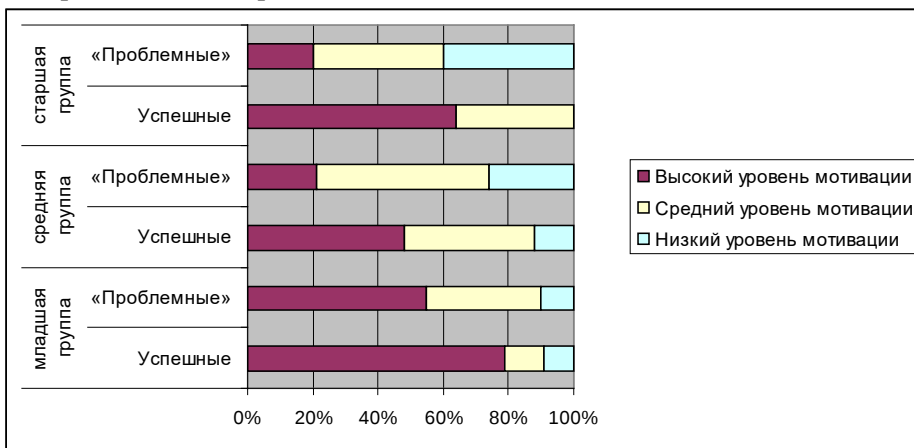


Рисунок. 3. Распределение уровня учебной мотивации в подгруппах.

В младшей возрастной группе высокий уровень учебной мотивации выявлен у 70% испытуемых, т. е. больше половины «проблемных» учеников имеют высокий уровень учебной мотивации, но это не определяет результат их деятельности. С возрастом уменьшается количество учащихся, имеющих высокий уровень учебной мотивации и, соответственно, увеличивается число тех, у кого мотивация средняя и низкая. Только в старшей возрастной подгруппе выявлена устойчивая положительная связь между оценками и уровнем учебной мотивации при уровне значимости $p < 0,05$. Можно говорить о том, что для большинства испытуемых старшей возрастной группы личностно-мотивационный уровень саморегуляции начинает определять результаты их деятельности.

В младшей возрастной группе у большинства детей результаты учебной деятельности не определяются мотивацией к учению: между группами успешных и

«проблемных» учеников нет достоверных различий по уровню учебной мотивации. Зато у успешных учеников показатели как непроизвольной, так и произвольной саморегуляции достоверно ниже, чем у «проблемных» учеников, т. е. успешность их обучения определяет степень сформированности первого уровня саморегуляции. Вместе с тем следует отметить, что в младшем школьном возрасте возможна ситуация, когда при относительно низком уровне сформированности произвольной саморегуляции дети демонстрируют высокие показатели в учебе. В этом случае механизмом компенсации нарушений первого уровня саморегуляции служит внешний контроль со стороны родителей и учителей, и формирование произвольной саморегуляции задерживается.

В средней возрастной группе показатели непроизвольной и произвольной саморегуляции улучшаются по сравнению с младшей возрастной группой. Личностно-мотивационный уровень саморегуляции приобретает большее значение, и между группами успешных и «проблемных» учеников различия по уровню учебной мотивации становятся статистически достоверными.

В старшей возрастной группе связь между уровнем учебной мотивации и результатами обучения становится выраженной и определяет успешность обучения. За счет функционального созревания коры головного мозга показатели непроизвольной и произвольной саморегуляции существенно улучшаются по сравнению с младшей и средней возрастными группами. Негативные изменения уровня школьной мотивации с возрастом отмечены еще Л.И. Божович [3]. Приходится констатировать, что данная тенденция в настоящее время сохранилась, и с возрастом усиливается.

Данные, полученные при изучении детско-родительских отношений, показывают, что наиболее часто встречающейся проблемой является высокий уровень гиперпротекции в семьях. В семьях детей с высоким уровнем произвольной саморегуляции преобладает гармоничный стиль семейного воспитания.

Настоящее исследование подтвердило и более полно раскрыло характер влияния семьи на формирование саморегуляции. Помимо негативных факторов - материнского негативизма, неприятия ребенка, недостатка эмоциональной теплоты и раздражения, вызываемого ребенком у матери, следует отметить влияние повторяющейся гиперопеки и воспитательной неуверенности, препятствующих формированию произвольной саморегуляции.

В результате исследования получены следующие **выводы**:

1. Степень саморегуляции учебной деятельности зависит от сформированности саморегуляции психических состояний, обеспечиваемой I функциональным блоком мозга (блоком регуляции уровня активности мозга).

2. Отдельные нарушения уровня саморегуляции психических состояний спонтанно компенсируются. Более серьезные нарушения, в том числе сочетающиеся с парциальной задержкой формирования функций II блока мозга, препятствуют формированию произвольной саморегуляции деятельности.

3. В возрасте 8-9 лет начинается переход ведущего уровня саморегуляции от уровня саморегуляции психических состояний к личностно-мотивационному уровню.

4. Основным механизмом компенсации нарушения саморегуляции психических состояний является формирование личностно-мотивационного уровня саморегуляции, обеспечиваемого III функциональным блоком мозга (блоком программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности).

5. На формирование саморегуляции оказывает влияние стиль семейного воспитания. Наиболее благоприятным для формирования произвольной саморегуляции является гармоничный стиль семейного воспитания; крайне негативно сказыва-

ваются потворствующая гиперпротекция и воспитательная неуверенность.

Следует привлекать внимание родителей, педагогов, школьных психологов к нарушениям саморегуляции, описанным выше. Выявленные особенности должны стать основой для коррекционной работы с детьми, имеющими проблемы в учебной деятельности. Направлениями будущих исследований могут служить как изучение влияния различных факторов на процесс формирования саморегуляции в онтогенезе, так и вопросы практического применения методик, направленных на работу с нарушениями формирования саморегуляции, в частности методики сенсомоторной коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина, Т.В. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников [Текст] / Т.В. Ахутина, О.Б. Иншакова. – М.: В. Секачев, – 2008. – 128 с.
2. Ахутина, Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход [Текст] / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
3. Божович, Л.И. Проблема развития мотивационной сферы ребенка [Текст] // Изучение мотивации поведения детей и подростков / Под ред. Л.И. Божович, Л.В. Благонажной. – М.: Педагогика, 1972. – С.7-44.
4. Глозман, Ж.М. Нейропсихология детского возраста [Текст] / Ж.М. Глозман. – М.: Изд. «Академия», 2009. – 272 с.
5. Гребенюк, О.С. Основы педагогики индивидуальности: Учеб. пособие [Текст] / О.С. Гребенюк, Т.Б. Гребенюк. – Калининград: Изд-во Калинингр. гос. ун-та, 2000. – 572 с.
6. Маркова, А.К. Формирование мотивации учения [Текст] / А.К. Маркова, Т.А. Матис, А.Б. Орлов. – М.: Просвещение, 1990. – 192 с.
7. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста [Текст] / Ю.В. Микадзе. – СПб.: Изд. «Питер», 2008. – 320 с.
8. Николаева, В.В. О психологической природе алекситимии [Текст] / В.В. Николаева // Телесность человека: междисциплинарные исследования / Под ред. А.Ш. Тхостова. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – С. 80-89.
9. Овчарова, Р.В. Справочная книга школьного психолога [Текст] / Р.В. Овчарова. – М.: Просвещение, Учебная литература, 1996. – 352 с.
10. Осницкий, А.К. Психологические механизмы самостоятельности [Текст] / А.К. Осницкий. – М.; Обнинск: ИГ-СОЦИН, 2010. – 232 с.
11. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте [Текст] / А.В. Семенович. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
12. Султанова, А.С. Развитие психики ребенка в пренатальном периоде [Текст]: Хрестоматия по перинатальной психологии / Под ред. А.Н. Васиной. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С.142-153.
13. Эйдемиллер, Э.Г. Семейная психотерапия [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.

REFERENCES

1. Ahutina, T.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika, obsledovanie pis'ma i chtenija mladshih shkol'nikov [Tekst] / T.V. Ahutina, O.B. Inshakova. – M.: V. Sekachev, – 2008. – 128 s.
2. Ahutina, T.V. Preodolenie trudnostej uchenija: nejropsihologicheskij podhod [Tekst] / T.V. Ahutina, N.M. Pylaeva. – SPb.: Piter, 2008. – 320 s.
3. Bozhovich, L.I. Problema razvitiya motivacionnoj sfery rebenka [Tekst] // Izuchenie motivacii povedenija detej i podrostkov / Pod red. L.I. Bozhovich, L.V. Blagona-

dezhinoj. – M.: Pedagogika, 1972. – S.7-44.

4.Glozman, Zh.M. Nejropsihologija detskogo vozrasta [Tekst] / Zh.M. Glozman. – M.: Izd. «Akademija», 2009. – 272 s.

5.Grebenjuk, O.S. Osnovy pedagogiki individual'nosti: Ucheb. posobie [Tekst] / O.S. Grebenjuk, T.B. Grebenjuk. – Kaliningrad: Izd-vo Kaliningr. gos. un-ta, 2000. – 572 s.

6.Markova, A.K. Formirovanie motivacii uchenija [Tekst] / A.K. Markova, T.A. Matis, A.B. Orlov. – M.: Prosveshhenie, 1990. – 192 s.

7.Mikadze, Ju.V. Nejropsihologija detskogo vozrasta [Tekst] / Ju.V. Mikadze. – SPb.: Izd. «Piter», 2008. – 320 s.

8.Nikolaeva, V.V. O psihologicheskoy prirode aleksitimii [Tekst] / V.V. Nikolaeva // Telesnost' cheloveka: mezhdisciplinarnye issledovaniya / Pod red. A.Sh. Thostova. – M.: Izd-vo MGU, 1991. – S. 80-89.

9. Ovcharova, R.V. Spravochnaja kniga shkol'nogo psihologa [Tekst] / R.V. Ovcharova. – M.: Prosveshhenie, Uchebnaja literatura, 1996. – 352 s.

10. Osnickij, A.K. Psihologicheskie mehanizmy samostojatel'nosti [Tekst] / A.K. Osnickij. – M.; Obninsk: IG-SOCIN, 2010. – 232 s.

11. Semenovich, A.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korekcija v detskom vozraste [Tekst] / A.V.Semenovich. – M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2002. – 232 s.

12. Sultanova, A.S. Razvitie psihiki rebenka v prenatal'nom periode [Tekst]: Hrestomatiya po perinatal'noj psihologii / Pod red. A.N. Vasinoj. – M.: Izd-vo URAO, 2005. – S.142-153.

13. Jejdemiller, Je.G. Semejnaja psihoterapija [Tekst] / Je.G. Jejdemiller, V.V. Justickij. – L.: Medicina, 1990. – 192 s.

14. Crockett, L. Linking self-regulation and risk proneness to risky sexual behavior: pathways through peer pressure and early substance use [Text] / L. Crockett, M. Raffaelli, Y.-L. Shen // Journal of Research on Adolescence. – 2006. – Vol. 16 (4) – P. 503-525.

15. Gardner, T. Adolescent Self-Regulation as Resilience: Resistance to Antisocial Behavior within the Deviant Peer Context [Text] T. Gardner, T. Dishion, A. Connell // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2008. – Vol. 36 (2). – P. 273-284.

16. Pelco, L. Self-regulation and learning-related social skills: intervention ideas for elementary school students [Text] / L.Pelco, E. Reed-Victor // Preventing School Failure. – 2007. – Vol. 51(3). – P.36-42.

17. Raffaelli, M. Developmental stability and change in self-regulation from childhood to adolescence. [Text] / M. Raffaelli, L. Crockett, Y.-L. Shen // The Journal of Genetic Psychology. – 2005. – Vol. 166 (1). – P.54-76.

T.G. Goryacheva, E.O. Sedova

FEATURES OF FORMATION OF SELF-CONTROL

AT YOUNGER SCHOOLCHILDREN

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow State Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary. The current research refers self-regulation development from the point of view of three-level model. The sample consists of 145 pupils of public school in the age from 7 to 12 years, belonging to three age groups. The influence of the first self-regulation level (the level of mental states) and of the third (motivational) one on the operational self-regulation level is defined. The research shows that in the age of 8-9 years the leading level of self-regulation shifts from the first to the third one. The obtained results on self-regulation problems can be used in designing intervention programs.

Keywords: self-regulation, junior schoolchildren, learning motivation.

В.В. Колягин¹, Е.П. Чернигова²**ШИЗОФРЕНИЯ ИЛИ БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО?****¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, ²ГУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1» (Иркутск).**

Резюме. Представлены клинические случаи биполярного аффективного расстройства у подростков, направленных в детское психиатрическое отделение с диагнозом шизофрения. Лечение пациентов депакином хроносфера обеспечило быстрое формирование качественной ремиссии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, БАР, биполярное расстройство, БР, биполярный спектр, шизофрения, расстройства поведения, суицид, психоактивные вещества, ПАВ, депакин хроносфера.

Актуальность. Биполярное расстройство, с современной точки зрения, широко распространенное инвалидизирующее хроническое заболевание, возникающее в молодом возрасте и имеющее серьезные последствия, такие как длительная нетрудоспособность и суицидальный риск. БАР оказывает значительный урон социальной адаптации пациентов, их семьям, обществу в целом, часто остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения [4]. Неправильная диагностика БАР, манифестирующего в подростковом возрасте, например, как «расстройство личности», «расстройство адаптации», «несоциализированное расстройство поведения», «рекуррентная депрессия», «тревожное расстройство» или «шизофрения», соответственно неправильное лечение пациента усугубляют тяжесть состояния, способствуют присоединению коморбидной соматической и психической патологии (в том числе зависимости от ПАВ).

Цель. Показать современные взгляды на клинические проявления БАР и расстройств биполярного спектра. Представить клинические случаи БАР у подростков, направленных в детское психиатрическое отделение с диагнозом шизофрения.

Концепция биполярного спектра. В связи с разработкой и исследованием новых препаратов тактика терапии БАР за последние годы неоднократно пересматривалась. Благодаря появлению новых методов лечения и показаний, наблюдается рост понимания феноменологии и нейробиологии биполярного расстройства, который сделал классификацию и лечение заболевания гораздо более изощренными. Однако остается существенное отставание в выявлении и диагностике биполярного расстройства [10]. Важным моментом в изменении диагностики БАР является концепция биполярного спектра. В рамках спектра биполярных расстройств возникают депрессивный, маниакальный/гипоманиакальный и смешанный эпизоды [7] (рис. 1).

Согласно современным представлениям о клинических проявлениях БАР, выделяют два его первичных подтипа, которые отличаются выраженностью маниакальной симптоматики:

БАР I типа - чередование маниакальных (смешанных) и депрессивных эпизодов. Часто имеет место эксплозивное маниакальное начало, за которым следуют депрессивные и/или смешанные эпизоды;

БАР II типа - большие депрессивные эпизоды чередуются с эпизодами легкой

мании (гипомании). Часть пациентов, получивших в прошлом диагноз рекуррентной депрессии с короткими периодами повышения настроения, ранее часто не фиксируемыми клиницистами, стала относиться к категории больных БАР II типа.

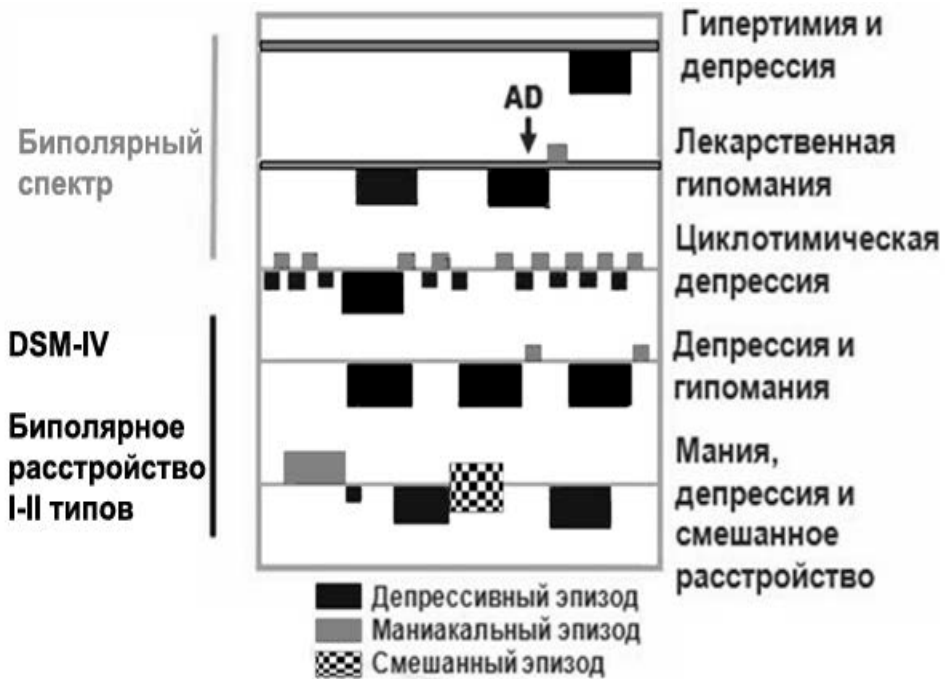


Рисунок. 1. Спектр биполярных расстройств.

Помимо БАР I и II типов, выделены следующие расстройства биполярного спектра:

Циклотимическая депрессия – рекуррентный характер коротких гипоманиакальных эпизодов, за которыми следуют легкие депрессии, иногда – большие депрессивные эпизоды.

Лекарственная гипомания – рекуррентные депрессивные эпизоды с эпизодами гипомании, индуцированными антидепрессивной терапией.

Гипертимия и депрессия – клиническая депрессия и гипертимический темперамент в течение жизни (гиперактивность, не ограниченная рамками эпизода).

Существует всевозрастающее число данных, свидетельствующих о существовании спектра биполярных расстройств, включающего более «мягкие» клинические биполярные формы, расположенные между ярко выраженными биполярным расстройством I типа и униполярной большой депрессией, при отсутствии в личном или семейном анамнезе эпизодов мании или гипомании.

Н. Akiskal [7], известный исследователь расстройств настроения, биполярный спектр дополнил рубриками:

- *биполярное расстройство, демаскированное злоупотреблением алкоголем и наркотиками;*
- *гипертимная депрессия, формирующаяся на фоне постоянной акцентуации личности;*
- *ложное униполярное расстройство (Рис. 2).*

Униполярная или рекуррентная мания - мания без депрессии (повторные эпизоды повышенного настроения редко выявляются из-за низкой обращаемости, а в

пожилом возрасте редко распознаются, так как часто связаны с неврологическими и соматическими болезнями).

Для биполярного расстройства не существует достоверных клинических или биологических маркеров, поэтому в клинической практике у значительной популяции пациентов БАР остается не выявленным, либо этим больным выставляется ошибочный диагноз.

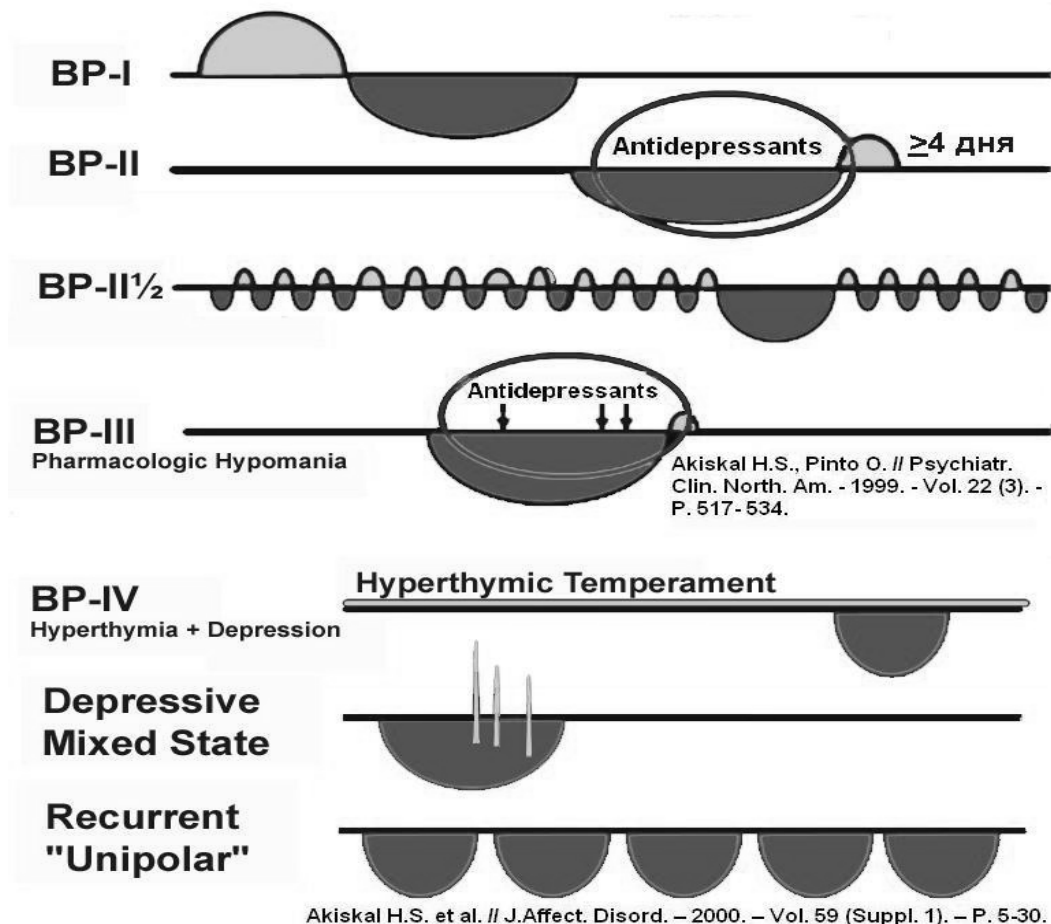


Рисунок 2. Концепция биполярного спектра [7].

Чем младше возраст начала заболевания, тем длительнее период от дебюта до установления правильного диагноза. Время до установления диагноза БАР составляет около 15 лет [4, 3, 2, 1, 5], что соответствует данным зарубежных исследований. До 59% пациентов переживают первый эпизод биполярного расстройства в детском или подростковом возрасте, при этом более половины из них не получают лечения в течение последующих 5–10 и более лет.

В частности, гипердиагностика шизофрении происходит за счет расстройств аффективного спектра, что приводит к неадекватному назначению типичных нейролептиков, их депо-форм, антидепрессантов и неприменению нормотимиков, что вызывает увеличение аффективных фаз, утяжеление их течения, повышение риска аутоагрессивных и суицидальных действий, рост коморбидных соматических и психических заболеваний, инвалидизацию, снижение социального функционирования и качества жизни, преждевременную и раннюю смертность [4]. Гипердиагностика шизофрении в РФ превышает Европу в 900 раз, а США - в 1000 раз. Соответ-

ственно, имеет место недодиагностика БАР в РФ, превышающая данные зарубежных исследований в десятки раз [4]. Так, например, число пациентов с установленным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство» среди населения РФ на 1000 человек составило в 2010 г. - 0,089, а в 2011 г. - 0,09 [6].

Шизофрения или биполярное расстройство (клинические наблюдения).

1. В., 18.08.1999 г.р. Проживает в Иркутске. Поступил в ИОКПБ № 1 22.05.2015 г. с DS: Шизофрения, дебют? Выписан 19.06.2015 г. с DS: *БАР I типа, манифестировавшее в пубертатном возрасте. Большой депрессивный эпизод субпсихотического уровня с тревожно-депрессивной симптоматикой, развившийся из смешанного маниакального состояния.*

У мамы гостевой брак в течение 5 лет. Мать - 48 лет, незаконченное высшее образование, работает стилистом. По характеру - вспыльчивая. На фоне развода перенесла депрессивное состояние, выпивала. Ведет «здоровый образ жизни, занимается йогой», литературу предпочитает «легкую», слушает лекции о правильном образе жизни. Проживает с сыном. Жилье собственное, 4-комнатная благоустроенная квартира, у мальчика есть своя комната. Отец - 59 лет, среднее специальное образование (художник). Не работает, «свободный художник», живет доходами от продажи своих картин. Курит, выпивает («как все»). По характеру «спокойный, бывает вспыльчив, живет в своем мире». В настоящее время проживает с первой женой. Есть дочь 30 лет («очень умная»).

Из анамнеза: мальчик от 5-й беременности (4 медицинских аборта), роды в 33 года. До беременности курила, в период вынашивания проблем не возникало, наблюдалась у врача. За неделю до родов была на сохранении «как старородящая», «короткая пуповина». Роды в срок, самостоятельные. Вес 2 700, рост 50 см. Раннее развитие по возрасту. Начал ходить до года. Речь сформировалась к 2 годам. Всегда хорошо учился в школе. Учится в 9-м классе, по массовой программе. Проживает с мамой.

С начала 4-й четверти 9-го класса стал учиться хуже. Поступил в психиатрическую больницу (ПБ) в первый раз. Причина поступления: в школе заметили изменения в поведении с января 2015 г. С сентября 2014 г. стал очень избирателен в еде, ест только растительную пищу, при этом на продукты из пшеницы начинается аллергия. С ноября 2014 г. вставал в 5 утра («мне нужно совершенствоваться, рано вставать, постоянно заниматься уроками, должен быть добрым»). Покупал продукты и кормил птиц, бродячих животных. Для себя ничего не надо, но «все вокруг должны быть счастливы и довольны». Готов всем раздавать деньги. Главная мысль - «надо жить для других людей». Мама сообщила, что мальчик сильно изменился за последние три недели до госпитализации. С ее слов, в последнее время периодически «мальчик становится очень послушным, до невозможности, боится сказать что-то. Не выносит громкого голоса, окриков. От любого звука впадает в ступор». В школе 15.04.2015 г. стал возбужденным, беспокойным («готов всем помочь, всех обогреть» - «мне надо всем помогать»). Окружающие стали обращать внимание на неадекватное поведение мальчика. В школу вызвали скорую медицинскую помощь, так как медсестра посчитала, что подростку плохо. Впервые обратились за помощью к психиатру 19.05.2015 г., было дано направление в стационар.

Из характеристики: учился в меру своих сил. Активного участия в жизни класса не принимал. Скромный, застенчивый, сдержанный, уравновешенный. Среди детей старался держаться особняком. Состояние изменилось в сентябре

2014 г. Стал пугливым, настороженным. Создалось впечатление, что неадекватно воспринимает действительность.

Психический статус: в сознании. Продуктивный контакт затруднен. Очень напряжен, тревожен, испуган. Водит руками вокруг себя, совершая стереотипные движения. Взгляд застывший, гипомимичен. О своих переживаниях говорить не хочет. Скрытен. Фон настроения не выражен. Эмоционально уплощен. На вопросы отвечает односложно, невпопад. Прислушивается к чему-то, озирается по сторонам, насторожен, растерян, не уверен, пытается схватить за руки собеседника. Ориентирован в дате, месте нахождения верно. О своих переживаниях говорить отказывается. Высказывает мысли, что «надо быть добрым, я должен нести добро». Мышление разорванное, непоследовательное, замедлено по темпу. Критика своего состояния отсутствует.

В отделении: в первые дни тревожен, напряжен, испуган. На фоне лечения стал спокойнее, настроение ровное, ближе к хорошему. Эмоции адекватны. Общается с детьми. С персоналом вежлив. Мышление продуктивное, несколько замедлено по темпу. Внимание, память - без особенностей. Психотических расстройств не выявлено.

Обследование: ЭЭГ от 19.05.2015 г.: умеренные изменения общемозгового характера. Патологических феноменов нет. ЭХО-ЭГ: патологии нет. Невролог: ситуационные обмороки в анамнезе. Педиатр: соматически здоров. Психолог: выраженные эмоционально-волевые нарушения с умеренным снижением психических процессов, признаки нарушений по типу искажения мыслительного процесса.

Лечение: депакин хроносфера 500 мг/сут., вечером после еды, рисполепт 3 мг/сут., алимемазин до 22,5 мг/сут., левомепромазин 37,2 мг/сут., диазепам 2 мл внутримышечно, гопантевая кислота, пирацетам, витамин В6. Психосообразование подростка и родственников. Когнитивная психотерапия, акцент на максимальную комплаентность к вальпроату.

Рекомендовано наблюдение у участкового психиатра. Поддерживающая терапия: депакин хроносфера 500 мг/сут. вечером после еды, длительно, алимемазин 22,5 мг/сут. в течение 3-4 месяцев. Курсы пантокальцина, мексидола 2 раза в год (весна, осень) по два месяца. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) головного мозга в плановом порядке.

2. Ж., 18.12.1998 г.р. Проживает в Иркутске. Поступила в ИОКПБ № 1 07.04.2014 г. с DS: Шизофрения (?). Выписана 25.04.2014 г. с DS: *Биполярное аффективное расстройство II типа, манифестировавшее в пубертатном возрасте (14 лет), затяжным большим депрессивным эпизодом легкой степени тяжести, гневливо-дисфорической окраской депрессии и парасуицидальными тенденциями. Единичные гипоманиакальные состояния в анамнезе у незрелой личности со стенично-шизоидными, истеро-возбудимыми и гипотимными характерологическими особенностями.*

Наследственность отягощена по алкоголизму (отец, родственники матери).

Из анамнеза: девочка от 3-й беременности, в 22 года. У матери в первые 3 месяца вынашивания - тошнота, рвота. Тонус матки был повышен, отмечались отеки, изжога. Роды на 10 дней позже определенного срока, с родостимуляцией. Вес при рождении 4050 г, рост 55 см. Раннее развитие по возрасту. Посещала детский сад, «всегда была плакса». В школу пошла с 6 лет, училась хорошо. На зимнее время семья девочки уезжала в теплые страны, пациентка жила там по несколько месяцев, школьную программу осваивала с мамой.

О себе рассказывает: проживает с матерью и отцом. Каждый имеет «свое жизненное пространство». С отцом может вообще не общаться. Мама всегда занята работой. Отношения с ровесниками поверхностные. В 2014 учебном году по собственному желанию перешла учиться в лицей. Друзей постоянных нет, но легко заводит знакомства («мой лучший друг-физика»). Недовольна своей внешностью («меня все не устраивает»). С 10-11 лет «постоянно плохое настроение, могу плакать, всем недовольна», может быть раздражительной. Курит, но отмечает, что стойкой зависимости нет.

В высказываниях холодна, жестока. Стойких дружеских отношений с ровесниками нет. Отмечает подъемы настроения на короткое время в подростковом возрасте. Был период, когда увлекалась неформальными молодежными движениями (эмо, готы и пр.). Летом 2013 г. находилась на стажировке в Америке, где жила с молодыми людьми старше себя, употребляла алкоголь, наркотические вещества. Вернулась в состоянии депрессии - рыдала, уединялась. Появились вспышки гнева. Стала больше спать. Порезала себе обе руки 27.03.14. Свой поступок объяснила - «так просто, мне нравится вид крови». Суицидальные мысли отрицает - «я очень люблю себя для этого».

Психический статус: в сознании, ориентирована верно в месте, времени. Контакт доступен. Открыта, откровенна в беседе. В суждениях формальна, холодна, многоречива. Настроение снижено. Мимика однообразная. Неряшлива. Высокомерна, груба, напряжена. Словарный запас достаточный. Запас знаний в пределах полученного образования. Внимание не нарушено. Мышление последовательное, продуктивное, со склонностью к рассуждательству. Волевые процессы, мотивационная сфера сформированы недостаточно. Незрела. Психотических расстройств нет.

В отделении: осталась неохотно. С детьми-пациентами не общается, держится отстраненно, высокомерна, демонстративна. Также и с персоналом. Настроение неустойчивое. Может быть злобной, грубой, раздражительной. Негативно настроена к матери («это она меня сюда запихала»). На лечении отмечает значительное улучшение настроения. Фон настроения ровный, устойчивый («стала лучше запоминать, соображать»). Настроена домой и на учебу в лицее.

Обследование: ЭЭГ: организованный тип, изменения незначительные, регуляторного характера, не выходящие за пределы возрастной нормы. Невролог: очаговой патологии со стороны ЦНС нет. Педиатр: соматически здорова. Психолог: умеренное эмоционально-волевое снижение депрессивного характера у незрелой личности. Психические процессы в пределах нормы. Логопед: ротацизм.

Лечение: депакин хроносфера 250 мг/сут., алимемазин 15 мг/сут., пираретам. Психосоциальное подростка и родственников. Когнитивная психотерапия, акцент на максимальную комплаентность к вальпроату.

Рекомендовано: наблюдение участкового психиатра; депакин хроносфера 250 мг/сут. вечером после еды, длительно; курсы пантокальцина, мексидола 2 раза в год (весна, осень) по два месяца.

З. О., 20.04.1997 г.р., Иркутская область. Поступила в ИОКПБ № 1 15.09.2014 г. DS: Шизофрения (?). Выписана 21.11.2014 г. DS: *Биполярное аффективное расстройство I типа, манифестировавшее в молодом возрасте (16 лет) большим депрессивным эпизодом субпсихотического уровня и внутрифазовыми смешанными маниакальными состояниями.* Находится под опекой с 2009 г. Воспитывается в семье брата своей бабушки. Окончила 10 классов, по массовой программе, успе-

ваемость «на троечки». В настоящее время не учится. Поступила в больницу впервые, в сопровождении опекуна.

Данных анамнеза нет. Ранее воспитанием девочки занималась родная сестра матери, так как ее семья вела асоциальный образ жизни. Мать -1972 г.р., инвалид по психическому заболеванию (F20). Находилась на принудительном лечении в ИОКПБ № 1 около 5 лет - задушила сожителя своей матери. Злоупотребляет алкоголем. Беременность девочкой протекала на фоне приема психотропных препаратов. Отец в 2006 г. «умер от пьянки», постоянно злоупотреблял алкоголем. Воспитанием девочки не занимался.

Жалобы: в конце февраля 2014 г. девочка изменилась в поведении: стала неусидчивой, плохо спала ночью, часто посещала туалет, пряталась под одеяло, жаловалась на «страшные» головные боли. Без причины стала плаксива либо смеялась. Перестала смотреть телевизор - «я ничего не запоминаю». Казалось, что ее кто-то преследует. Обратились к психиатру, была госпитализирована в Иркутский областной психоневрологический диспансер (ИОПНД), пролечилась с 6.03 по 17.03.14 г. Получала терапию азафеном, феназепамом в течение месяца, но улучшения не отмечалось. Обратились к участковому психиатру. После назначения мексидола стала очень возбужденной, не спала ночами. Вновь был назначен азафен, который принимала до конца мая 2014 г. Учиться не смогла, жаловалась на плохую память, не могла сосредоточиться. Могла внезапно заплакать во время урока, забиться в угол, своим поведением пугала учеников и учителей. Считала, что над ней все смеются, говорят о ней. С конца апреля перестала ходить в школу. Сильно похудела, ела мало, медленно, неаккуратно. Вскрыла вены на левой руке 29.05.14 г., швы не накладывали. Объяснила свой поступок («не хочу жить»), якобы страдает от несчастной любви.

На беседе: жалобы на плаксивость («не могу сосредоточиться, ничего не понимаю, постоянно плачу, не сплю ночами, в голове пусто и «холод»). О себе рассказывает: до 12 лет воспитывала бабушка по линии матери, после ее смерти живет с опекуном. Отношения в семье хорошие. С января 2014 г. после расставания с парнем изменилось состояние - стала плаксива, настроение снижено. «Решила похудеть - стала мало кушать», нарушился сон. В школе трудно сосредоточиться на чем-либо («память стала плохая, ничего не понимала, все забыла». «В голове пусто, появился холод», «не могу ни о чем думать». «Появился голос в голове» - «голос недавно умершей бабушки говорил, что я холодная и от этого все тело становилось холодным, даже трудно двигаться»). Дважды находилась на лечении в психиатрическом отделении ИОПНД и Черемховской ПБ, но улучшения не отмечалось. Испытывает страх, что опекун может отказаться от нее («я же для него обуза»). На этом фоне дважды предпринимала суицидальные попытки. Выпила 8 таблеток феназепама, но опекун вовремя увидел - вызывали рвоту. Во второй раз пыталась порезать вены на левой руке (поверхностный порез). Сон нарушен («вроде зеваю, спать хочу, а уснуть не могу»). В школе учиться не смогла, за 10-й класс оценки поставили условно («из жалости»). Были планы («хотела стать учителем»), расстроена тем, что не сможет продолжить образование дальше из-за своего состояния.

Психический статус: сознание не изменено. В контакт вступает легко. Ориентирована в месте, времени, собственной личности правильно. Сидит, сгорбившись, в движениях несколько скованна, голова опущена, не всегда смотрит в глаза при общении. На вопросы отвечает в плане заданного, ответы односложные, часто после длительной паузы, как будто делает усилие над собой, выдавливая из

себя слова. При этом отмечаются навязчивые движения век. Речь замедленна, смазана, тиха, во время беседы иногда оживляется, становится более многословной. Словарный запас достаточный. В суждениях поверхностна, не всегда последовательна. Настроение: фон не выражен, эмоции однообразны, маловыразительны, лабильны. Мимика застывшая. Иногда начинает плакать, но тут же быстро успокаивается. Внимание сужено в объеме низкой концентрации, неустойчивое. Испытывает трудности при сосредоточении, создается впечатление, что не всегда понимает суть вопроса. Память: все виды снижены. Мышление снижено по продуктивности, замедлено по темпу. Уровень знаний ограничен. Абстрагирование и счетные операции затруднены («я сейчас не могу») - инфантильна, незрела. Острых психотических расстройств на момент осмотра не выявлено.

В отделении: ничем себя не проявляет. Режим не нарушала. На фоне лечения отмечает улучшение настроения, фон ровный, устойчивый, «стала лучше запоминать, соображать». Пассивна. Психотических расстройств не отмечалось.

Обследование. ЭЭГ: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности. Эпизнаков нет. Локальной патологии не выявлено. ЭХО-ЭГ: патологии нет. Невролог: астеновегетативный синдром. Цефалгии. Педиатр: соматически здорова. Гинеколог: здорова. Психолог: выраженное эмоционально-волевое снижение депрессивного характера со снижением психических процессов ближе к выраженным в рамках эндогенного заболевания. При проведении консультации уточнялся характер голосов у пациентки. Сообщила, что недавно была похоронена любимая бабушка. Она представляла, что бы могла сказать ей бабушка в данной ситуации - соответственно «голос мертвой бабушки должен звучать из могилы».

Лечение: депакин хроносфера 500 мг/сут., вечером после еды, левомепромазин 32,5 мг/сут., алимемазин 22,5 мг/сут., диазепам 2,0 №10 в/м, витамины В1 и В6. Психообразование подростка и родственников. Когнитивная психотерапия, акцент на максимальную комплаентность к вальпроату.

Рекомендовано: наблюдение участкового психиатра. Продолжать обучение. Депакин хроносфера 500 мг/сут., длительно, алимемазин 7,5 мг три раза в день 2-3 мес. Курсы пантокальцина, мексидола 2 раза в год (весна, осень) по два месяца. МСКТ головного мозга в плановом порядке [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство, проблемы диагностики и классификации // Психиатрия: быть или не быть! Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2011. – С. 136-140.
2. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: пособие для врачей. В 2 ч. Ч. 1. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2015. – 56 с.
3. Колягин В.В., Чернигова Е.П. Биполярное аффективное расстройство у подростков // Сибирский медицинский журнал. – 2016. – № 2. – С. 48–52.
4. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: монография. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2017. – 204 с.
5. Мосолов С.Н., Шафаренко А.А., Ушакова А.В. и др. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразный шизофренией и шизоаффективным расстройством // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 3. – С. 2–7.
6. Творогова Н.А., Николаева Т.А. Справка о распространенности психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 г. // Психическое здоровье. – 2013. – № 6. – С. 14–37.

REFERENCES

1. Koljagin V.V. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo, problemy diagnostiki i klassifikacii // Psihiatrija: byt' ili ne byt'! Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. – Rostov-na-Donu, 2011. – S. 136-140.
2. Koljagin V.V. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo: posobie dlja vrachej. V 2 ch. Ch. 1. – Irkutsk: RIO IGMAPO, 2015. – 56 s.
3. Koljagin V.V., Chernigova E.P. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo u podrostkov // Sibirskij medicinskij zhurnal. – 2016. – № 2. – S. 48–52.
4. Koljagin V.V. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo: monografija. – Irkutsk: RIO IGMAPO, 2017. – 204 s.
5. Mosolov S.N., Shafarenko A.A., Ushakova A.V. i dr. Formalizovannaja diagnostika bipoljarnogo affektivnogo rasstrojstva u bol'nyh s pristupoobraznyj shizofreniej i shizoaffektivnym rasstrojstvom // Sovremennaja terapija psichicheskikh rasstrojstv. – 2014. – № 3. – S. 2–7.
6. Tvorogova N.A., Nikolaeva T.A. Spravka o rasprostranennosti psichicheskikh rasstrojstv v naselenii Rossijskoj Federacii v 2011 g. // Psichicheskoe zdorov'e. – 2013. – № 6. – S. 14–37.
7. Akiskal H.S., Bourgeois M.I., Angst I. et al. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the board clinical spectrum of bipolar disorders. J. of affective disorders, Sep, 59 (1), 5-30.

V.V. Kolyagin¹, E.P. Chernigova²

SCHIZOPHRENIA OR BIPOLAR DISORDER?

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education - Branch Campus of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia, ²Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital №1 (Irkutsk)

Summary. Clinical cases of bipolar affective disorder in adolescents directed to the children's psychiatric hospital with a diagnosis of schizophrenia are presented. Treatment of patients with depakin chronosphere provided rapid formation of qualitative remission.

Keywords: bipolar affective disorder, bipolar disorder, bipolar spectrum, schizophrenia, behavior disorders, suicide, psychoactive substances, depakin chronosphere.

Н.Н. Карякин, В.В. Дворянинова, О.В. Баландина, Г.А. Мишанов
ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА
– ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК
ФГБОУ ВО «НиЖГМА, ФГБУ «ПФМИЦ» (Нижний Новгород).

Резюме. Несмотря на большое количество накопленных данных о клинике аутизма, проблема поздней диагностики этого заболевания по-прежнему остается актуальной. Один из способов решения проблемы – применение современных диагностических методик в дополнение к клиническому осмотру. В статье изложен опыт применения методик Childhood Autism Rating Scale (CARS) и Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) в процессе диагностики, а также Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) для оценки динамики состояния пациентов с аутизмом на базе Центра длительной реабилитации детей «Добрый сад».

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, диагностическая методика, динамика состояния, CARS, ADOS, ATEC.

Введение. С ростом распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) неуклонно повышается частота инвалидизации детей в связи с этими нарушениями. Своевременное выявление аутизма и начало терапии в сочетании с психолого-педагогической коррекцией существенно улучшает прогноз, при этом, не смотря на большой объем публикаций, описывающих клиническую картину РАС, проблема поздней диагностики аутизма не теряет актуальности [1]. Большое количество тестов, разработанных для диагностики РАС и оценки динамики состояния пациентов, может вызывать трудности при выборе подходящего метода. В данной статье мы рассматриваем опыт применения двух методик диагностики – CARS и ADOS, а также теста для оценки динамики состояния пациентов с РАС в ходе терапии – ATEC на базе Центра длительной реабилитации детей «Добрый сад».

Центр функционирует с октября 2016 г. на базе ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр». Основной задачей центра является объединение усилий различных специалистов – медиков, психологов и педагогов – для выбора максимально эффективных подходов к реабилитации детей с РАС и другими нарушениями развития. Именно сочетание научно-исследовательской базы и практической медицины, психологии и педагогики в рамках одного учреждения обеспечивает уникальную возможность реализации комплексного междисциплинарного подхода в реабилитации детей.

Особенностью организации центра является ежедневное на протяжении учебного года посещение детьми групп кратковременного пребывания, где с ними занимаются педагоги и психологи, наблюдают педиатр и невролог. Курацию всего реабилитационного процесса и оценку эффективности осуществляет психиатр.

Основными этапами реабилитации являются диагностика психических расстройств и сопутствующей неврологической и соматической патологии, составление индивидуальной программы занятий и ее реализация, динамическое наблюдение за состоянием ребенка и регулярная оценка эффективности проводимых мероприятий.

Применяемые методики. **Childhood Autism Rating Scale (CARS)** – стандартизированная рейтинговая шкала, предназначенная для оценки выраженности аутистических проявлений у детей. В ходе обследования при непосредственном наблюдении за ребенком специалист оценивает его поведение в 15 областях: взаимоотношение с людьми, эмоциональный ответ, моторика, использование предметов, адаптация к изменениям, зрительный ответ, слуховой ответ, использование

обоняния, осязания и вкуса, нервозность и страхи, вербальная коммуникация, невербальная коммуникация, уровень активности, уровень и согласованность интеллектуального ответа, общее впечатление. Каждый из перечисленных параметров оценивается по 4-балльной системе с возможностью промежуточной оценки (1,5 балла, 2,5 балла и т. п.). В зависимости от итоговой суммы баллов аутистические проявления могут быть оценены как тяжелые (37-60 баллов) и легкие/умеренные (30-36 баллов). Оценка от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма. Шкала CARS применяется у детей старше 2 лет [5].

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) – диагностическая методика, направленная на оценку социального функционирования, коммуникации, игры и воображения ребенка. Для обследования используется один из четырех модулей, выбор которого определяется развитием речи испытуемого. Модуль 1 используется в случае, если речь не развита или ребенок произносит только отдельные слова. Модуль 2 предназначен для обследования пациентов с фразовой речью. С помощью Модуля 3 оценивается социальное функционирование детей и подростков с развитой речью. Модуль 4 используется для свободно говорящих подростков и взрослых. Обследование включает игру, задания экспериментатора и беседу и занимает от 40 до 60 минут. Каждое задание оценивается по 3-балльной шкале (от 0 до 3 баллов). Предусмотрен сравнительный балл (по десятибалльной шкале), оценивающий степень выраженности аутистических проявлений у детей и подростков, обследованных по ADOS, в сравнении с выборкой людей того же возраста и уровня владения навыками экспрессивной речи с расстройствами аутистического спектра. Данный параметр может использоваться для уточнения диагностической классификации ADOS и описания изменений, произошедших между обследованиями [3].

Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) – опросник, созданный для оценки эффективности лечения при РАС. Также АТЕС может быть использован и с диагностической целью. Тест содержит 4 раздела: «Речь/Коммуникация» (состоит из 14 вопросов), «Социализация» (20 вопросов), «Сенсорные навыки/Познавательные способности» (18 вопросов), «Здоровье/Физическое развитие/Поведение» (25 вопросов). В первых трех разделах предлагаются три варианта ответа: «да», «нет» или «иногда», в четвертой части теста нарушения оцениваются как «не проблема», «легкая проблема», «средняя проблема», «серьезная проблема». Результат оценивается в баллах: 31-40 баллов – легкая или умеренная степень аутизма, 41-60 – средняя, более 61 балла – высокая степень проявлений аутизма [2].

Опыт применения методик CARS, ADOS-2 и АТЕС на базе Центра длительной реабилитации детей «Добрый сад». На протяжении 2016—2017 гг. под нашим наблюдением находился 31 ребенок в возрасте от 3 до 8 лет (средний возраст $5,3 \pm 1,5$ лет), у 24 из которых диагностировано РАС. При поступлении детей в центр проводилась комплексная диагностика с верификацией психиатрического диагноза, выявлением особенностей познавательной деятельности, уровнем социально-коммуникативного развития и т. д. При выборе тестовых методик учитывались необходимость вышеуказанной полноценной клинической оценки, возможности подтверждения диагноза и анализ динамики.

С целью диагностики РАС применялись методики ADOS-2 и CARS.

Всем детям при поступлении проведена оценка клинических проявлений аутизма по шкале CARS. При этом 26 детей (83,9%) из 31 получили оценку от 30 до 50,5 баллов, что указывало на наличие симптомов РАС. В 7 (26,9%) случаях аутистические симптомы оценивались как легкие/умеренные (30-36 баллов), в остальных 19 (73,1%) – как тяжелые. Данная стандартизированная рейтинговая шкала, с

одной стороны, позволяла подробно и систематизировано собрать данные о текущем состоянии ребенка, создавая полную картину заболевания. С другой стороны, балльная оценка, полученная в результате использования шкалы, позволяла перевести клинические характеристики из качественного в количественное значение, что не только служило дополнительным диагностическим показателем, но и позволяло сравнить выраженность аутистических проявлений у разных детей. Отрицательным в процессе использования методики являлась некоторая субъективность в выставлении оценок, связанная с краткой характеристикой баллов. В результате оценка симптомов разными специалистами у одного ребенка могла существенно отличаться.

В дальнейшем все 26 пациентов, демонстрирующих признаки РАС, прошли тестирование согласно Модулю 1 или 2 Плана диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) (данные представлены в табл. № 1).

Таблица № 1.

Результаты обследования детей в соответствии с Планом диагностического обследования при аутизме (ADOS-2)

Диагностическая категория согласно ADOS-2	Модуль 1 (N=20)	Модуль 2 (N=6)
Аутизм	16 детей (80%)	6 детей (100%)
Спектр аутизма	3 ребенка (15%)	-
Нет аутизма	1 ребенок (5%)	-

Из 22 детей, отнесенных к диагностической категории «аутизм», 15 (68,2%) имели умеренную выраженность аутистических проявлений согласно классификации ADOS-2, остальные 7 (31,8%) – высокую. Все дети, отнесенные к «спектру аутизма», имели умеренную степень аутистических проявлений.

Результаты обследования учитывались при клинической диагностике в сочетании с данными анамнеза и психического статуса. Так, из 26 детей с подозрением на РАС, у 24 диагностирован ранний детский аутизм, у 1 ребенка, получившего оценку по ADOS-2 «нет аутизма» установлен диагноз «последствия раннего органического поражения нервной системы». У одного ребенка, прошедшего обследование в соответствии с Модулем-2 и получившего оценку «аутизм, высокая степень проявлений», диагностирована шизофрения, детский тип. В последнем случае выявленные нарушения в социальной сфере были проявлением аутистического синдрома в структуре эндогенного процесса.

Полученная в результате обследования информация использовалась не только врачом с целью диагностики, но и специалистами по психолого-педагогической коррекции при планировании реабилитационных мероприятий. Дополнительным положительным качеством методики можно считать большую объективность оценки. Также заключение по ADOS-2 в сочетании с разъяснительной беседой способствовало формированию правильной картины заболевания ребенка у родителей.

При анализе взаимосвязи между тестами выявлены корреляция средней силы между результатами CARS и ADOS-2 ($r=0,55$).

Для оценки динамики состояния детей с установленным диагнозом аутизма использовался тест АТЕС, заполняемый родителями при поступлении ребенка в Центр длительной реабилитации «Добрый сад», а затем через 6 мес. (результаты представлены в таблице № 2).

Дети, получившие от 16 до 30 баллов, по ADOS-2 были отнесены к категории «аутизм», умеренная и высокая степень аутистических проявлений. Не соответ-

вующая состоянию оценка по АТЕС в данном случае была обусловлена недостаточной критикой матерей к проявлениям заболевания.

Таблица № 2.

Результаты обследования детей с помощью теста АТЕС

Оценка	Количество детей, набравших данное количество баллов при поступлении	Количество детей, набравших данное количество баллов через 6 мес. после поступления
10-15 баллов – не аутичный ребенок, хорошо развитый ребенок	0	0
16–30 баллов – не аутичный ребенок, небольшие отклонения в сторону задержки развития	2 (8,3%)	2 (12,5%)
31-40 – мягкая или умеренная степень аутизма	3 (12,5%)	4 (16,7%)
41-60 – средняя степень аутизма	8 (33,3%)	9 (37,5%)
61 и выше - тяжелый аутизм	11 (45,8%)	9 (33,3%)

При повторной оценке состояния через 6 мес. после поступления в учреждение в большинстве случаев тестирование отражало динамические изменения в выраженности симптомов аутизма, если они наблюдались. При этом переход в другую категорию произошел в 6 случаях (25%) – в 5 к более легкой степени, в одном – к более тяжелой. Большее количество баллов в тестировании не соответствовало ухудшению состояния ребенка, а скорее отражало изменение критического отношения матери к заболеванию. Корреляции балла по АТЕС с другими тестами не обнаружено.

Таким образом, с одной стороны, методика позволяла специалистам учреждения получить дополнительную информацию о текущем состоянии ребенка, проанализировать произошедшие изменения и провести коррекцию реабилитационных программ. При этом результат тестирования не всегда являлся объективным и не соответствовал баллам, полученным при оценке специалистами, что было связано с особенностями восприятия проблем ребенка родителями.

Заключение. Опыт применения методик CARS, ADOS-2 и АТЕС на базе центра длительной реабилитации детей «Добрый сад» показал, что совместное применение указанных методик является оправданным и взаимодополняющим. Использование CARS на первичном этапе диагностики позволяло определить круг детей, требовавших углубленного анализа симптомов РАС. Применение ADOS-2, признанного «золотым стандартом» [4, 6] диагностики аутизма, позволяло провести объективизированную, детальную оценку психического состояния ребенка. Использование АТЕС для анализа динамических изменений в большинстве случаев являлось показательным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. – 2013 (42), № 2. – С. 108-111.

REFERENCES

1. Al'bickaja Zh.V. Rannij detskij autizm – problemy i trudnosti pervichnoj diagnostiki pri mezhdisciplinarnom vzaimodejstvii // Medicinskij al'manah. – 2013 (42), № 2. – S. 108-111.
1. Jarusiewicz B. Efficacy of neurofeedback for children in the autism spectrum: A pilot study. // Journal of Neurotherapy. – 2002 – Vol. 6 (4). – P. 39 – 49.
2. Lord, C. Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. / Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., Schopler, E. // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1989. – №19. – P.185–212.
3. Maddox B., Brodtkin E., Calkins M., et. al The Accuracy of the ADOS-2 in Identifying Autism among Adults with Complex Psychiatric Conditions. // J Autism Dev Disord. – 2017 – Vol. 47 (9) – P. 2703 – 2709.
4. Schopler E., Reichler R., DeVellis R., Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). // Journal of Autism and Development Disorders. – 1980. – №10. – P. 91 – 103.
5. Reaven J., Hepburn S., Ross R. Use of the ADOS and ADI-R in children with psychosis: importance of clinical judgment. // Clin Child Psychol Psychiatry. – 2008 – Vol. 13(1) – P. 81 – 94.

N.N. Karyakin, V.V. Dvoryaninova, O.V. Balandina, G.A. Mishanov
DIAGNOSTICS OF AUTISM

– EXPERIENCE WITH MODERN TECHNIQUES

FGBOUVO «NizhGMA», FGBU «PFMIC» (Nizhnij Novgorod).

Summary. Despite the large amount of accumulated data of the clinic of autism, the problem of late diagnosis of this disease remains relevant. One way to solve this problem is the use of modern diagnostic techniques in addition to clinical examination. The article describes the experience in applying methods Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) in the diagnostic process, as well as Autism Treatment Evaluation Scale (ATEC) for the assessment of patients with autism at the Center for long-term rehabilitation of children «Dobryj sad».

Key words: autism spectrum disorders, diagnostic methods, the dynamics of status, CARS, ADOS, ATEC.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНЦИИ АЛЕКСИТИМИИ

Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск).

Резюме. В статье описана апробированная программа лонгитюдного исследования, посвященного превенции формирования и развития алекситимии в структуре практически здоровой личности. Результаты могут быть использованы при разработке мероприятий по психологическому сопровождению детей школьного возраста для повышения психологической безопасности и стабилизации психологического здоровья.

Ключевые слова: алекситимия, алекситимическое пространство, тревожность, агрессивность, эмпатия, психологическая профилактика.

В литературе приводятся различные и не вполне эффективные возможности психологического воздействия на выраженность алекситимических черт в структуре личности. В основном исследователи описывают примеры воздействия на алекситимические характеристики, сделанные в рамках групповой психодинамической психотерапии. Выявлены факторы, препятствующие эффективности проведения сессий. У пациентов не развивался невротический перенос, отмечались низкий уровень спонтанной речевой продукции; невысокие возможности при обсуждении чувств. Они не проявляли интереса к психологической работе либо ожидали лечения по медицинской модели, часто патологически привязывались к психотерапевтической ситуации, используя ее как замещающий объект, аггравировали соматические симптомы [1, 4, 5, 6, 7]. Неспособность к вербализации приводит алекситимика в состояние внутреннего напряжения, разрешающегося разного рода соматическими феноменами в ситуациях, требующих проявления собственных чувств или идентификации эмоций в другом человеке [3]. Возможно, что психокоррекционное воздействие непосредственно на алекситимические черты не является эффективным из-за многогранности этого феномена.

Анализ литературных источников, результатов клинико-психологических исследований обусловили необходимость смещения психологической помощи алекситимическим индивидам в область профилактики. Рассматривая алекситимию как неспецифический фактор риска развития психосоматических заболеваний, мы выдвинули предположение о том, что психопрофилактические мероприятия будут более успешными, если реализовывать их при работе с испытуемыми школьного возраста, не имеющими хронических соматических заболеваний. Важно, что основными мишенями психокоррекционного воздействия стали такие компоненты алекситимического пространства, как тревожность, агрессивность, враждебность, развитие эмпатийных способностей, формирование навыков конструктивного взаимодействия с миром.

Превентивный подход предполагал необходимость разработки программы комплексной психологической профилактики, ориентированной не только на работу с ребенком, но и на психологическое сопровождение его ближайшего микро-социального окружения. Такой подход соответствует задачам клинической психологии семьи, сформулированным И.В. Добряковым и И.М. Никольской [2]. Подготовленная к апробации программа включала профилактическую и консультационную работу с родителями и педагогами в форме групповых и индивидуальных консультаций, а также серии тренинговых занятий с детьми.

Работу по данной программе осуществляли в течение шести лет. Она включала в себя следующие направления:

- снижение уровня тревожности школьников и стабилизацию их общего эмоционального состояния;
- развитие навыков выражения и вербализации эмоций;
- развитие способностей к эмпатии;
- развитие навыков активного слушания;
- снижение агрессивности и ее социализация;
- формирование конструктивных моделей социального взаимодействия.

Также в рамках программы были проведены тренинги «Эффективного родителя» (для родителей и педагогов) и тренинги «Эффективного педагогического общения» (для учителей).

На первом этапе работы применяли методику «Сказкотерапия для оздоровления и развития детей» и авторскую программу Г.А. Азовцевой «Волшебные истории планеты Магнолия». В программу включены 10 музыкальных сказок, объединенных общим сюжетом.

При проведении занятий использовали две формы работы: урочную (ведение психокоррекционных занятий в рамках урока «Развитие творческих способностей») и внеурочную (ведение психокоррекционных занятий вне урока). Во время урока «Развитие творческих способностей» класс делили на подгруппы. Мы имели возможность провести цикл из 10 занятий (по 45 минут). В занятиях приняли участие 40 человек (из них 12 первоклассников, 13 учащихся вторых и 15 учащихся третьих классов). Это были дети, у которых по результатам психодиагностики зафиксирован высокий уровень учебной, самооценочной и межличностной тревожности по шкале А.М. Прихожан. Их учителя отмечали, что дети испытывали трудности в обучении и больше других нуждались в психологической коррекции эмоционального состояния.

Детям предлагали прослушать сказку и нарисовать к ней рисунок акварельными красками. В рисунке нужно было изобразить героев сказки, фрагмент сюжета, свои чувства, возникшие при прослушивании волшебной истории.

Далее дети принимали участие в обсуждении обозначенных в сказке проблем и рисунков. Каждый получал возможность высказать свое мнение относительно поведения сказочных героев, предложить для них вариант действий, ответить на вопрос: «Почему так произошло?». Обсуждение проходило в свободной форме, мнения детей не критиковали и не подвергали оценке.

После обсуждения сказки группа переходила к обсуждению рисунков. Каждый ребенок мог рассказать о том, что он нарисовал. Ведущий группу психолог задавал вопросы относительно содержания рисунка или использованных в нем цветов.

Дети проявили интерес к необычным волшебным историям, активно участвовали в обсуждении сказочных событий, свободно высказывали свое мнение, предлагали интересные способы разрешения проблемных ситуаций.

Особого внимания заслуживают рисунки, созданные детьми на занятиях. Поскольку к сюжетному содержанию рисунков, их цветовому решению не предъявляли конкретных требований, дети имели возможность опираться лишь на свое воображение, настроение и чувства. Для большинства из них предложение нарисовать свое настроение было сначала необычным. Но в дальнейшей работе они сами предлагали изобразить свои ощущения и даже пытались обсудить и понять, чем вызвано то или иное их состояние.

Довольно часто ребята пытались перейти от обсуждения проблем, описанных в сказке, к ситуациям, которые происходили в их реальной школьной жизни. Тогда вместе с группой они обсуждали волнующие их проблемы взаимоотношений с товарищами, родителями или учителями, проблемы отношения к учебе, собственного поведения в конфликтных ситуациях, а главное, находили наиболее конструктивный и приемлемый для себя вариант действий.

Важным элементом данной работы следует считать то, что во время занятий каждому ребенку предоставляли возможность свободно высказать свое мнение даже в том случае, если оно кардинально отличалось от мнения группы. При этом не допускали критических, оценочных суждений в адрес ребенка. Он имел право изложить свою точку зрения, аргументировать ее, сравнить с мнением группы и далее действовать по своему усмотрению. Во время занятий даже дети нерешительные и робкие, понимая, что любое их высказывание принимают и не подвергают критической оценке, стремились проявить активность и инициативу.

Из бесед с учителями мы выяснили, что дети, принимающие участие в данной работе, стали более активны на уроках, свободно высказывают свою точку зрения при решении проблемных задач, проявляют инициативу и самостоятельность при выполнении индивидуальных заданий.

Внеурочные психокоррекционные занятия проводили в трех группах (те же учащиеся первых, вторых и третьих классов). Всего проведено 10 занятий по 45 минут.

Работа с группой была направлена на снятие эмоционального напряжения и тревожности, развитие навыков выражения эмоций и социального общения, пробуждение у детей веры в возможность самостоятельно справиться со своими страхами и проблемами. Дети обучались релаксации, активизировались их фантазия и воображение, развивалось ассоциативно-образное и абстрактное мышление.

Занятия проходили после уроков 3 раза в неделю в специально оборудованном кабинете психологической разгрузки.

Параллельно с занятиями проводились индивидуальные консультации для родителей и педагогов. Это позволило лучше понять личностные особенности и проблемы каждого ребенка, рассказать о них родителям и педагогам, помочь им выбрать наиболее эффективный способ взаимодействия с ребенком.

Занятия были построены следующим образом. Вначале детям предлагали рассказать о том, как они себя чувствуют в данный момент, какое у них настроение. Далее просили постараться объяснить, с чем связано то или иное их состояние, по желанию нарисовать его акварельными красками, и рассказать группе о своем рисунке. Эта работа была направлена на то, чтобы помочь детям осознать свои эмоции и чувства, попытаться разобраться в том, какие события их вызывают.

На первом занятии такое задание вызвало затруднения. Дети говорили, что нарисовать настроение нельзя. Но в дальнейшем эта работа им понравилась, они с интересом ее выполняли и рассказывали о своих рисунках. Важно отметить, что после того, как рисование и обсуждение настроения было закончено, многие дети говорили об улучшении самочувствия. Таким образом, выраженные в рисунке и вербализованные в обсуждении негативные чувства утрачивали свою актуальность.

На первых занятиях обсуждение выглядело как ответы детей на вопросы психолога. Они редко проявляли в разговоре активность и инициативу, отвечали односложно. Хотя родители отмечали, что дома дети с интересом рассказывают о новых «уроках», охотно демонстрируют рисунки и с нетерпением ждут следующего занятия. Начиная с третьего занятия, атмосфера в группе менялась. Ребята

стали чувствовать себя более свободно, видя, что их ответы и рисунки не подвергаются критике и негативной оценке. Кроме того, их поведение и высказывания не обсуждали с педагогами или родителями, что также давало им стимул к проявлению активности и инициативы во время занятий. Содержание сказок вызывало у детей живой интерес, они стали активнее включаться в обсуждение предлагаемых проблем.

В рисунках, создаваемых детьми во время занятий, можно проследить следующую динамику. В начале работы группы в рисунках доминируют темные тона: черный, коричневый, темно-зеленый, темно-синий, фиолетовый, редко красный. Такие цветовые решения свидетельствуют о напряженности, повышенной тревожности, эмоционально нестабильном состоянии ребенка. В изображениях людей и сказочных героев можно заметить признаки проявления агрессии (тщательно прорисованные зубы, когти, слишком длинные пальцы, наличие в рисунке яркой штриховки) и повышенной тревожности (наличие неровного неодинакового нажима, коротких штрихов, стирания, рисование линии основы). Рисунки последних занятий отличаются использованием более светлых красок, в них преобладают желтые, голубые, синие, светло-зеленые, красные, оранжевые тона. Изображения людей практически утратили агрессивную направленность.

Известно, что эффективность работы по снятию эмоционального напряжения и тревожности у детей повышается при использовании комплекса мероприятий и участия в них ближайшего социального окружения ребенка (родителей и педагогов). В связи с этим после окончания первого этапа работы мы в течение пяти лет не прерывали консультационных мероприятий со взрослыми, построив ее на основе их индивидуальных запросов.

Дальнейшая работа с детьми была организована в форме развивающих занятий (два раза в год во время осенних и весенних каникул). Время каждого цикла занятий 20 часов. Параллельно вели психологические консультации для родителей и учителей. По итогам работы за год проводили психолого-педагогические консультации для педагогов и родителей.

За указанный промежуток времени проведены следующие циклы коррекционно-развивающих занятий для детей:

- 1.Тренинг по вербализации эмоций.

- 2.Тренинг «Ты говоришь – я слушаю», направленный на развитие приемов активного эмпатийного слушания.

- 3.Тренинг по развитию эмпатийных способностей.

- 4.Тренинг по снижению агрессивности.

- 5.Тренинг по формированию конструктивных моделей общения.

Тематика групповых и индивидуальных консультаций для родителей и педагогов была определена в зависимости от тематики тренингов для детей. Так, перед началом консультационных сессий были проведены психологические лектории, посвященные:

- проблемам формирования и развития у детей эмпатии;
- причинам детской агрессивности и возможностям ее социализации;
- специфике психологии принятия и безоценочного общения;
- изучению эффективных моделей родительского воспитания;
- причинам развития психосоматических заболеваний.

Всего в указанных различных формах работы приняли участие 40 детей, их родители (все матери и 12 отцов) и 18 педагогов.

Дети охотно принимали участие в работе тренинговых групп. В отдельных

случаях, когда их родители отказывались от получения консультаций психолога, они сами убеждали в необходимости и полезности консультаций.

В основном проблемы, вынесенные на обсуждение во время консультаций, касались вопросов эффективного взаимодействия с ребенком, поиска адекватной стратегии воспитания, снятия тревожности при подготовке к зачетным и экзаменационным работам, принятию мнения ребенка при обсуждении спорных семейных ситуаций. Следует отметить, что поскольку периодичность консультаций зависела от желания родителей, они стали относиться к ним как к возможности получения реальной помощи и поддержки в воспитании. Кроме того, желание быть компетентным стимулировало потребность в чтении специальной литературы и обсуждении ее с психологом. Таким образом, наша работа носила и просветительский характер.

Педагоги отмечали, что дети, чьи родители периодически консультируются у психолога, более свободны в общении, охотно вступают в дискуссию на уроке, свободно высказывая свое мнение относительно изучаемого предмета, их успеваемость более стабильна. Они с большим эмоциональным пониманием и сочувствием реагируют на неудачи окружающих и искренне радуются их успехам.

По итогам контрольной психодиагностики по Торонтской алекситимической шкале ни у одного ученика не зафиксировано высоких показателей по алекситимии (тогда как в контрольной группе высокий уровень алекситимии зафиксирован в 42,5% случаев).

Таким образом, организованная профилактическая работа позволила вполне эффективно купировать развитие алекситимии на ранних этапах ее формирования. Мы считаем, что успешность данной работы обусловлена ее профилактической направленностью, поскольку процесс коррекции некоего выраженного свойства личности (особенно в зрелом возрасте) трудоемкий и не всегда результативный в отличие от профилактики развития этого свойства. Кроме того, учитывая данные литературных источников о сложности коррекции алекситимических черт при попытках непосредственного психологического воздействия на них, мы считаем, что работа с отдельными психологическими компонентами алекситимического пространства более эффективна.

Важно, что чаще всего диагностику и психологическую коррекцию алекситимии осуществляют в рамках клиническо-психологических исследований, в связи с развитием какого-либо соматического заболевания. Рассматривая алекситимию как один из возможных факторов формирования психосоматических заболеваний, мы считаем необходимой организацию мероприятий по ее профилактике на ранних этапах при сохранении психического и соматического статуса практически здоровой личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Былкина Н.Д. Алекситимия (Аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. 1995. № 1. – С. 43-53.
2. Добряков И.В., Никольская И.М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т.21. № 2. – С 104-108.
3. Малкина-Пых И.Г. Акмеологический смысл алекситимии и возможности ее психологической коррекции // Акмеология. 2012. № 4. – С. 74-78.
4. Потапова Н.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Адамович Е.И. Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер.

11, *Естеств. науки*. 2016. № 2 (16). – С. 65-73.

5. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии // *Телесность человека: междисциплинарные исследования*. 1993. – С. 94-100.

REFERENCES

1. Bylkina N.D. Aleksitimija (Analiticheskij obzor zarubezhnyh issledovanij) // *Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14, Psihologija*. 1995. № 1. – С. 43-53.

2. Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. Klinicheskaja psihologija sem'i i perinatal'naja psihologija kak razdely medicinskoj (klinicheskoy) psihologii // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2011. T.21. № 2. – С 104-108.

3. Malkina-Pyh I.G. Akmeologicheskij smysl aлекситимии i vozmozhnosti ee psihologicheskoy korrekcii // *Akmeologija*. 2012. № 4. – С. 74-78.

4. Potapova N.A., Grehov R.A., Sulejmanova G.P., Adamovich E.I. Problemy izuchenija fenomena aлекситимии v psihologii // *Vestn. Volgogr. gos. un-ta. Ser. 11, Estestv. nauki*. 2016. № 2 (16). – С. 65-73.

5. Semenova N.D. Vozmozhnosti psihologicheskoy korrekcii aлекситимии // *Telesnost' cheloveka: mezhdisciplinarnye issledovanija*. 1993. – С. 94-100.

6. Krystal H. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment // *Int. J. Psychoan. Psychother.* 1983. № 9. – P. 353-378.

7. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian journal of psychiatry* // *Revue canadienne de psychiatrie*. – 2000. Vol. 45 (2). – P. 134-142.

E.Yu. Brel

THE POSSIBILITIES OF PSYCHOLOGICAL PREVENTION OF ALEXITHYMIA

National research Tomsk State University (Tomsk).

Summary. The article describes the approved program of longitudinal research on the prevention of the formation and development of alexithymia in the structure of healthy personality. The results can be used in the development of measures for psychological support of school-age children to increase the psychological security and stabilization mental health.

Keywords: alexithymia, alexithymics space, anxiety, aggressiveness, empathy, psychological prevention.

О.Б. Левковская^{1,2}, Ю.С. Шевченко²
**ОПЫТ АНАЛИЗА ЕДИНИЧНЫХ ЭПИЗОДОВ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ
САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
(КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)²**

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой», ²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (Москва).

Резюме. Изучены мотивационные механизмы несуицидальных самоповреждений (НСП) на этапе единичных проб у девочек-подростков с позиции их защитно-приспособительного характера. Исследовали 110 случаев НСП в соответствии с критериями DSM-V у девочек-подростков (12-17 лет), госпитализированных в психиатрический стационар и наблюдавшихся амбулаторно. Из них единичные эпизоды НСП наблюдались в 12 случаях. Выделены следующие варианты единичных НСП: наивно-инфантильный, аффект-регулирующий (стрессорирующий), пробы как самонаказание. Описаны основные мотивы единичных эпизодов НСП, клинко-характерологические особенности пациенток и связанные с ними различия в мотивационных механизмах самоповреждений.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, несуицидальное самоповреждающее поведение, аутоагрессия, мотивационные механизмы, защитно-приспособительный характер, суицидальное поведение.

3) аффект-регулирующие (или стрессорирующие) пробы (4 наблюдения) можно разделить на два подвида, условно названных нами А) «антианестетическим» и Б) «антидепрессивным».

А) В первом подвиде (2 наблюдения) преобладал мотив ослабления/прекращения переживания состояния эмоционального бесчувствия. Обе пациентки - с эндогенной депрессией средней степени тяжести, с двигательной и идеаторной заторможенностью, снижением инициативности, уменьшением круга интересов, идеями самоуничтожения и самообвинения. В обоих случаях преобладал депрессивный упадок настроения с выраженными напряженно-апатическими, псевдоастеническими, адинамическими проявлениями, на фоне которых эпизодически возникали деперсонализационно-дереализационные переживания. Эмоциональное бесчувствие описывалось пациентками как «вакуумное», «пустое», «никакое», «мертвое» настроение с постепенным нарастанием душевного онемения и неспособностью переживать и сопереживать.

В данных наблюдениях аутоагрессивное поведение осуществлялось с известной по литературе симптоматической целью ослабления/прерывания состояния эмоционального бесчувствия [22, 24, 25]. НСП возвращали на короткое время остроту и прежнюю яркость восприятия себя самой и окружающей действительности.

Б) Второй подвид (2 наблюдения) имел в своей основе мотив избавления от негативного (подавленного) аффекта. По нашим наблюдениям, данный мотив в целом преобладает у подростков, совершающих СП длительное время [12]. У разных пациентов оттенки подавленного аффекта могут включать грусть, тревогу, страх, разочарование, уныние, раздражение, гнев, отчаяние и др., а также их сочетание. Пси-

²Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017 (17), № 4.

хотерапевтический плацебо-эффект, как уже это отмечалось нами ранее [12], вносит определенный вклад в ослабление негативных переживаний и эмоциональных состояний. Это связано с тем, что самопорезы и самоприжигания в среде подростков позиционируются как «модное» и эффективное «лекарственное средство», чтобы «заглушить моральную боль физической» [12]. С другой стороны, эмоционально-стрессовое интрапунитивное (направленное не на внешнюю причину стресса и не на себя как на виновника его, а на собственное состояние, работающее по типу: «клин клином») воздействие, также нами рассматривается как «лечебное» в этих случаях. И связывается как с отвлекающим эффектом, наступающим от вида выступающей из раневой поверхности крови, болевых ощущений, так и с благотворным влиянием на эмоциональное состояние веществ эндогенной опиоидной системы, выделяющихся в ответ на болевой стимул. Защитно-приспособительный механизм СП у данной группы пациентов обнаруживается в универсальной эмоциотропности НСП, т. к. получение ожидаемого положительного эффекта не зависит от качества эмоционального состояния (будь то тревога, раздражение и гнев на себя или других людей, тоска, эмоциональное бесчувствие и т. д.).

В одном клиническом случае несуицидальные самопорезы возникли в 14 лет в структуре психогенной депрессии у подростка, испытывавшего психологический дистресс, связанный с насмешками и травлей со стороны одноклассников. Девочка наносила самопорезы 4 раза в течение одного года, сразу после конфликтных ситуаций в школе. Потеря актуальности и спонтанный обрыв НСП произошли на фоне развития нервной анорексии и постепенной смены субдепрессивного аффекта на гипоманиакальный с сопутствующими сверхценными и фрагментарными паранойяльными идеями снижения веса, которые в последующие 3 года обусловили весь строй жизни пациентки, ее цели и смыслы.

Во втором случае данной подгруппы мы наблюдали пациентку 13 лет с формирующейся структурой личности мозаичного характера с преобладанием шизоидности в виде закрытости, замкнутости, ориентированности на переживания внутреннего мира, трудностей коммуникации с окружающими, отсутствия эмпатии. В клинической картине наряду с депрессивными переживаниями на первый план выходили нарушения половозрастной идентификации и несоответствие биологического и гражданского пола формирующемуся психическому (F21). Пациентка демонстрировала выраженное отрицательное отношение к своему телу, выбирала привлекательными для себя образ мальчика и юноши, подчеркивая, что «противно, если будут считать девушкой». Убежденность в мужской идентичности формировалась постепенно, примерно с 9 лет, когда девочка начала подвергаться оскорблениям и издевательствам со стороны одноклассников по поводу избыточного веса. Трижды наносила перочинным ножом самопорезы на наружную поверхность левого предплечья, пытаясь таким образом справиться с переполняющими негативными переживаниями по поводу своего тела и сообщить матери, в каком «отчаянии» она находится. После обнаружения следов от самопорезов мать пациентки пошла на контакт с дочерью, выслушав, поддержав и продемонстрировав принятие любого будущего исхода в выборе гендерной и сексуальной ориентации дочери. Затем предложила обратиться за профессиональной помощью у психолога, позднее психиатра. После этого девочка перестала наносить самопорезы.

Основным механизмом аутоагрессии в данных клинических наблюдениях выступает механизм эмоциональной саморегуляции. В эволюционно-этологическом аспекте в последних двух случаях обнаруживаются признаки смещенной активности или переадресованной на себя агрессии. Подростки наносили СП, испытывая гнев и

раздражение и на себя, и на других людей. При этом напряжение от нереализуемого столкновения равносильных, но противоположно направленных мотивов проявлялось за счет демонстрации третьего, случайно выбранного (обычно инстинктивного или автоматизированного) самоповреждающего поведения. Данный механизм характерен для трихотилломании и других форм регрессивно-этологических моделей НСП, что подтверждается их нередко спонтанным возникновением (без предварительного обучения) и мало осознаваемым, привычно-автоматическим воспроизведением [14, 20]. В тех случаях, когда данный «природный» способ психологической защиты и совладания экспансивного уровня (по В.В. Лебединскому) оказывается неэффективным [11], он заменяется иными врожденными механизмами психической саморегуляции либо характеризуется тенденцией приобретать условно или явно патологический характер. Это требует направленной курации врачом, дабы психопрофилактические и психотерапевтические усилия последнего не рассогласовывались с природными санирующими эффектами, а усиливали и дополняли их. Это предполагает раскрытие индивидуально-личностного смысла рассматриваемого поведения, в основе которого помимо рассмотренной природно-психической составляющей лежат характерологические особенности подростков.

Превалирующие характерологические и социально-коммуникативные особенности изученных случаев единичных эпизодов НСП обобщены в табл. 2.

Таблица 2.

Характерологические и социальные параметры девочек-подростков в соответствии с преобладающим механизмом НСП

Вариант НСП	Личностно-характерологические черты	Социальные отношения (родители, друзья)
Инфантильно-наивные пробы	Психический инфантилизм (черты внушаемости, зависимости от других людей, несамостоятельность в суждениях и поведении, несформированность функции антиципации, примативность). Характеры: органический мозаичный, психастеноподобный, шизоидный, истеронеустойчивый.	Тесно связаны с друзьями, которые воспринимаются как один из важнейших аспектов жизни. Склонны к реакциям имитации и группирования. Возможно психологическое слияние с одной, самой близкой подругой. У родителей преобладает директивно-авторитарный стиль, встречаются стрессовые методы воспитания, косвенное и прямое насилие.
Пробы по типу самонаказания	Выраженная подростковая и характерологическая дефензивность с хроническим переживанием своей неполноценности и несостоятельности. Склонны к тревожным опасениям, самокопанию, повышенному анализу и рассуждательству. Выражен эмоциональный сверхконтроль. Психическая инертность. Перфекционизм с предрасположенностью к обостренным чувствам стыда и	Ориентированы на отношения и требования семьи. Даже в случае напряженности внутрисемейного взаимодействия нацелены на получение одобрения и поощрения со стороны близких родственников в большей степени, чем на близость с друзьями. Родители сверхтребовательны, без учета индивидуаль-

	вины за свои неуспехи. Характеры: ананкастоподобный шизоидный, психастенический, психастеноподобный циклоидный.	ных способностей и возможностей подростка. Встречается пренебрежение потребностями подростка.
Аффект-регулирующие (стрессорирующие) пробы	Замкнуты, отгорожены, любят одиночество. Инертно застревают на негативных переживаниях, сенситивны. Парадоксальны в суждениях. Повышено внимательны к своей внутренней жизни. Творчески активны и самособойны. В творчестве ищут себя, пути к самосовершенствованию. Характеры: шизоидный, истерошизоидный, мозаичный шизотипический.	Коммуникация со сверстниками и в целом с окружающими людьми затруднена, т. к. заряжены подозрительностью к мнению и отношению других людей, не способны к эмпатии. Отношения с друзьями носят формальный характер. Отчуждены от родителей, попытки выражения любви к себе отвергают. Встречается модель «замещающего» ребенка.

Предварительные выводы.

Обусловленный самой природой эволюционный биопсихосоциальный смысл самоповреждающего (как не угрожающего, так и угрожающего жизни) поведения подтверждается наличием филогенетических аналогов его, несомненным регулирующим эффектом (в отношении индивида и окружающих), а также существованием культурных вариантов в историогенезе человечества. Как и собственно суицидальное поведение далеко не всегда является психопатологией и социальной девиацией, так и несуйцидальное самоповреждающее поведение само по себе не имеет основания рассматриваться в качестве таковых. Более того, упоминавшийся выше эмоционально-стрессовый эффект самоповреждающего поведения, объясняет причину его **эволюционного сохранения** в этологическом репертуаре человека и легкость оживания в контексте характерологических (и патохарактерологических) реакций протеста, оппозиции, отказа, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, группирования, эмансипации, хобби-реакций, реакций, связанных с формирующимся половым влечением, особенно на фоне пубертатного криза.

Конституционально-характерологические, личностные, клинические, психолого-социальные особенности подростков определяют индивидуальные различия в формировании синдрома НСП. На этапе единичных проб несуйцидальное самоповреждающее поведение является **мотивированным поведением**, нацеленным на получение определенного **приспособительного результата** как в субъективном мире и состоянии подростка, так и в окружающей его действительности, и не должно рассматриваться только как ответ на определенные виды воздействия. НСП на этапе проб призваны удовлетворять внутри- и межличностные потребности подростка. Именно они по сути являются причинами НСП, а ситуационно-средовой контекст выступает в роли триггера и участвует в индивидуальном оформлении данных поведенческих актов. Существование преходящих самоповреждающих моделей - это **врожденно-окультуренный механизм исцеления** с интра- и экстрапунитивной направленностью, который может быть вполне эффективен сам по себе, либо с «естественным» профессиональным (изменение ситуации, самочувствия, психологическое консультирование) или даже непрофессиональным дополнением (помощь близких, друзей, наставников, религии и т. п.) в случаях психогенных (социоген-

ных) характерологических и патохарактерологических реакций, т. е. тогда, когда надо лечить не болезнь, а больного или менять среду его пребывания.

Выбор аутоагрессивных действий как инструмента реализации потребностей подростка, обусловлен всегда множеством факторов. Среди них можно выделить **общие** (онтогенетически/дизонтогенетически-подростковые: бессознательно-инстинктивное стремление к инициации, подростковая дефензивность, дисгармонически протекающий пубертатный криз, «мода» на НСП в подростковой среде, информационное влияние интернет-сообществ, чатов и др.), **частные** (клинико-психопатологические: наличие и тяжесть аффективного расстройства, расстройства пищевого поведения и др.) и **единичные** (конституционально-анамнестические: наследственная отягощенность аутоагрессивными и аутодеструктивными паттернами, недосформированность антиципационной функции, бедный поведенческий репертуар, неблагоприятная семейная ситуация и др.) составляющие [21].

Обращение к архаически-инстинктивным моделям индивидуального, репродуктивного или социального поведения свидетельствует о **неспособности к рациональному** (наиболее энергозатратному) **решению** жизненной проблемы в силу отсутствия опыта, психофизиологической и/или личностной незрелости, субъективной безысходности ситуации, астенизации или душевного заболевания. Закрепление НСП как средства перевода ожидаемого события (цели) в реальное событие (результат) [19] зависит от **индивидуального опыта использования** подростком данных поведенческих форм и от получения **достаточного или недостаточного приспособительного результата**. При недостаточности результата НСП могут довольно быстро спонтанно обрываться, отмирать, заменяясь на другие (конструктивные и/или деструктивные) поведенческие формы.

На начальных этапах самоповреждающее поведение не является само по себе проблемой или признаком болезни, но безусловно служит сигналом **психологического стресса**, а также неспособности использования для его преодоления иных, более зрелых и разумных форм адаптивного реагирования и саморегуляции, направленных не столько на архаически-адаптивные модели поведения, сколько на причину их появления. А значит, служит серьезным аргументом для окружающих взрослых в пользу того, чтобы попытаться «за деревьями увидеть лес». Лес проблем с эмоциональным неблагополучием подростка и его психологическим созреванием.

«Природа» бессильна в использовании исключительно этологических моделей саморегуляции и воздействия на окружающих (через их родительские инстинкты и альтруистические эволюционно стабильные стратегии поведения). Или недостаточно эффективна в тех случаях, когда ей приходится бороться с самой собой - с обусловленной ею же психопатией, эндогенным заболеванием, либо в тех случаях, когда психогения с этапа моносимптомных реакций перешла на этап психогенного состояния и нужно лечить не только больного, но и собственно болезнь, что требует комплексного лечения, в т. ч. психотерапии (ПТ).

Содержание последней должно быть не унифицированным, а ориентироваться на **изначальный субъективный смысл-эффект** врожденно-произвольного поведения - изменение ситуации, самонаказание или улучшение самочувствия через стресс. «Понимающая психопатология» направляет усилия лечащего специалиста в единый контекст с исцеляющей природой, она указывает на то, в чем он в первую очередь нуждается - в семейной, групповой или индивидуальной ПТ, а в контексте каждой из них - на ее основную направленность: изменение ситуации, отношения к ней, приобретение опыта взаимодействия с людьми и прогнозирования ситуации, личностный рост за счет осознания и отреагирования источников агрес-

сии и самоагрессии, лучшего понимания собственной индивидуальности, нахождения альтернативных способов релаксации и эмоциональной саморегуляции.

Т. к. данные реакции могут возникать как у психически здорового человека, так и быть начальными симптомами психогенной, конституциональной или эндогенной патологии, то специалист, к которому обратится подросток с НСП, должен обладать знаниями не только психологической, но и психопатологической диагностики, либо обратиться за сотрудничеством к квалифицированному психиатру, который, в свою очередь, не ограничивается формально-обозначающим диагнозом («Расстройство эмоций и поведения», «Депрессивный эпизод» и др.), а ищет **этиопатогенетические детерминанты** клинической диагностики. При этих условиях врач будет лечить конкретную болезнь у конкретного больного, помогая природе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина». - 1975. – 448 с..
2. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. – 800 с.
3. Вейн А.М. Психосоматические отношения // Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А.М. Вейна.- М.: Медицина, 1991.- С. 374-384.
4. Давыдовский И.В. Неврозы и нервно-психические заболевания // Пограничная психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского. – М.: РЛС – 2006. – 1280 с..
5. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. – 2-е изд. доп. - М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 740 с.
6. Дольто Ф. На стороне подростка. - 2-е изд. / Франсуаза Дольто [перевод с фр. А.К. Борисовой; предисл. М.М. Безруких]. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016. – 423 с.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
8. Ковалев В.В., Шевченко Ю.С. Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1991, т. 91, № 6. – С. 127-130.
9. Крысин Л.П. Толковый словарь иноязычных слов. - М.: Рус. яз., 1998. – 847 с.
10. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Речь, 2010. – 256 с.
11. Лебединский В.В., Бардышевская М.К. Аффективное развитие детей в норме и патологии // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. Т. I. - М: ЧеРо: Высш.шк.: Изд-во МГУ, 2002. — С. 256-295.
12. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Феноменологический анализ несуицидальных самоповреждений у подростков // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2017, т. 116, № 7. – С. 10-15.
13. Обухова Л.Ю. Возрастная психология: учебник для вузов. – М.: ИД Юрайт; МГППУ, 2010. – 460 с.
14. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. – М.: ЛЕНАНД, 2017. – 320 с.
15. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека (попытка описания и классификации) – Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. - 144 с.
16. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – 3-е изд. доп. и перераб. – М.: Медицина, 1985. – 720 с.

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

18. Тиганов А.С. Общая психопатология: курс лекций. - М.: МИА, 2008. – 128 с.

19. Швырков В.Б. Введение в объективную психологию: нейрональные основы психики: Избранные труды. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». - 2006. – 592 с.

20. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей и подростков // Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. - М.: Изд-во Института Психотерапии, изд-во НГМА, 2000. – С. 116-285.

21. Шевченко Ю.С., Левковская О.Б. Инициация: социобиологические, психопатологические и коррекционно-психотерапевтические аспекты // Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / Отв. ред. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2015. – С. 229-237.

REFERENCES

1. Anohin P.K. Oчерki po fiziologii funkcional'nyh sistem. – М.: Medicina». - 1975. – 448 с..

2. Burno M.E. Klinicheskaja psihoterapija. Izd. 2-e, dop. i pererab. – М.: Akademicheskij Proekt; Delovaja kniga, 2006. – 800 s.

3. Vejn A.M. Psihosomatičeskie otnoshenija / /Zabolevanija vegetativnoj nervnoj sistemy / Pod red. A.M. Vejna.- М.: Medicina, 1991.- S. 374-384.

4. Davydovskij I.V. Nevrozy i nervno-psihicheskie zabolevanija // Po-graničnaja psihiatrija / Pod red. Ju.A. Aleksandrovskogo. – М.: RLS – 2006. – 1280 с..

5. Detskaja i podrozkovaja psihiatrija. Klinicheskie lekci dlja professionalov / Pod red. Ju.S. Shevchenko. – 2-e izd. dop. - М.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2017. – 740 s.

6. Dol'to F. Na storone podroztka. - 2-e izd. / Fransuaza Dol'to; [pere-vod s fr. A.K. Borisovoj; predisl. M.M. Bezrukih]. – Ekaterinburg: Rama Publishing, 2016. – 423 s.

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

8. Kovalev V.V., Shevchenko Ju.S. Problema nevrozov i nevrozopodobnyh sostojanij v svete sovremennyh predstavlenij detsko-podrozkovoj psihiatrii // Zh. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. - 1991, t. 91, № 6. – S. 127-130.

9. Krysin L.P. Tolkovyj slovar' inozazyčnyh slov. - М.: Rus. jaz., 1998. – 847 s.

10. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrozkov. – SPb.: Rech', 2010. – 256 s.

11. Lebedinskij V.V., Bardyshevskaja M.K. Affektivnoe razvitie detej v norme i patologii // Psihologija anomal'nogo razvitija rebenka: Hrestomatija v 2 t. / Pod red. V.V. Lebedinskogo i M.K. Bardyshevskoj. T. I. - М: CheRo: Vyssh.shk.: Izd-vo MGU, 2002. — S. 256-295.

12. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S., Danilova L.Ju., Grachev V.V. Fenomenologicheskij analiz nesuicidal'nyh samopovrezhdenij u podrozkov // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2017, t. 116, № 7. – S. 10-15.

13. Obuhova L.Ju. Vozrastnaja psihologija: učebnik dlja vuzov. – М.: ID Jurajt; MGPPU, 2010. – 460 s.

14. Pol'skaja N.A. Psihologija samopovrezhdajushhego povedenija. – М.: LENAND, 2017. – 320 s.

15. Protopopov A.I., Vjazovskij A.V. Instinkty čeloveka (popytka opisanija i klassifikacii) – Jakutsk: Kompanija «Dani AlmaS», 2011. - 144 s.

16. Rozhnov V.E. Rukovodstvo po psihoterapii / Pod red. V.E. Rozhnova. – 3-e

izd. dop. i pererab. – M.: Medicina, 1985. – 720 s.

17. Suhareva G.E. Klinicheskie lekzii po psikiatrii detskogo vozrasta. T.2. – M.: Medgiz. – 400 s.

18. Tiganov A.S. Obshhaja psihopatologija: kurs lekcij. – M.: MIA, 2008. – 128 s.

19. Shvyrkov V.B. Vvedenie v obektivnuju psihologiju: nejronal'nye osnovy psihiki: Izbrannye trudy. – M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN». – 2006. – 592 s.

20. Shevchenko Ju.S. Patologicheskie privychnye dejstva u detej i pod-rostkov // Psihosomaticheskie rasstrojstva i patologicheskie privychnye dejstva u detej i podro-stkov / Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S. – M.: Izd-vo Instituta Psihoterapii, izd-vo NGMA, 2000. – S. 116-285.

21. Shevchenko Ju.S., Levkovskaja O.B. Inicijacija: sociobiologicheskie, psihopato-logicheskie i korrkcionno-psihoterapevticheskie aspekty // Sovremennye predstavlenija o psihicheskoi norme i patologii: Psihologicheskij, klinicheskij i social'nyj aspekty / Otv. red. N.L. Belopol'skaja. – M.: Kogito-Centr, 2015. – S. 229-237.

22. Allen C. Helping with deliberate self-harm: some practical guidelines. Journal of mental health. – 1995. – Vol. 4, № 3. – P. 243-250.

23. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. – P. 803-806.

24. Grossman R., Siever L. (2001). Impulsive self-injurious behaviors, neurobiology and psychopharmacology // Simeon D., Hollander E. (Eds.). Self-injurious behaviors: Assessment and treatment. Washington DC: American Psychiatric Association.

25. Herpetz S. Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injures. Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1995. – Vol. 91. – P. 57-68.

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

O.B. Levkovskaja, Y.S. Shevchenko

THE EXPERIENCE OF THE ANALYSIS OF SINGLE EPISODES OF NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN ADOLESCENT GIRLS (CLINICAL ESSAY)³

The Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Teenagers of G.E. Sukhareva, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. The study the motivational mechanisms of the non-suicidal self-injuries (NSSI) at the stage of single samples in adolescent girls from the standpoint of their protective and adaptive nature. 110 cases of NSSI were studied in accordance with the DSM-V criteria in adolescent girls (12-17 years old) hospitalized in a psychiatric hospital and observed outpatiently. Of these, single episodes of non-suicidal self-injurious behavior were observed in 12 cases. The following variants of single NSSI are highlighted: naive-infantile, affect-regulating (stressing), sampling as self-punishment. The main motives of single episodes of NSSI, clinical and characterological features of patients and related differences in motivational mechanisms of self-injuries are described.

Keywords: non-suicidal self-injuries, non-suicidal self-injuring behavior, autoaggression, motivational mechanisms, protective and adaptive nature, suicidal behavior.

³The final part. The beginning part see: Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podro-stkov, 2017 (17), № 4.

**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 – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции 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. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.
9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** 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 16.03.2018 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