

# ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2018(18), №3

**«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](mailto:acpp@inbox.ru)**

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в  
журнале «Вопросы психического  
здоровья детей и подростков»  
направляются электронной по-  
чтой вложенным файлом в фор-  
мате .rtf либо .doc на адрес:  
**[acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.ru)**.

Перепечатка запрещена.  
При цитировании ссылка обяза-  
тельна.

Свидетельство о регистрации  
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.  
© Ассоциация детских психи-  
атров и психологов. 2018

**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, Т.А. Куприянова, 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».**

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

|                                                                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Г.Н. Шимонова, Г.В. Козловская, М.А. Калинина</b><br>ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА<br>С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....                                                                      | 4  |
| <b>О.Ю. Кочерова, Е.Н. Антышева, В.В. Чубаровский, О.М. Филькина</b><br>ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ НЕНАДЕЖНОЙ<br>ПРИВЯЗАННОСТИ К ПРИЕМНОЙ МАТЕРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ<br>ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ..... | 15 |
| <b>Е.В. Свистунова, Т.В. Луценко</b><br>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ<br>АДАПТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ В ИНКЛЮЗИВНОЙ СРЕДЕ.....                                                                                             | 22 |
| <b>И.А. Горьковская, А.В. Микляева</b><br>САМООЦЕНКА ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ, СЛУХА<br>И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА: ОБЩЕЕ И СПЕЦИФИЧНОЕ.....                                                                                    | 33 |
| <b>В.С. Собкин, Т.А. Лыкова</b><br>СВЯЗЬ СОЦИОМЕТРИЧЕСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ С ЛИЧНОСТНЫМИ<br>ОСОБЕННОСТЯМИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-АКТЕРОВ.....                                                                                    | 42 |

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

|                                                                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Л.И. Бочанцева, Е.В. Федянкина</b><br>ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ<br>ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ<br>ВО ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ.....      | 53 |
| <b>А.М. Щербакова, Н.Н. Тадевосян</b><br>РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ ПРОГРАММЫ THERAPEUTIC RECREATION<br>ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ<br>И ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....                 | 62 |
| <b>А.Д. Гусова, Е.В. Дубова, В.В. Ряшина</b><br>ИЗУЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ<br>СОСТОЯНИЙ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В ХОДЕ РАЗРАБОТКИ КУЛЬТУРНО-<br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ..... | 75 |

### **КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>В.Л. Кабанов, М.В. Новикова</b><br>РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ<br>В РОССИИ КОНЦА XX ВЕКА..... | 82 |
| <b>О.Д. Азбукина, Е.Г. Федосова</b><br>КОМПЛЕКС КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ<br>НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ.....     | 88 |

### ***ОСОБАЯ ТЕМА***

#### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ**

|                                                                                                                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Н.В. Калинина, Г.Г. Буторин</b><br>ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ПРОГНОЗ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ<br>У ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ НА ОСНОВЕ<br>МНОГООСЕВОГО ПОДХОДА..... | 91 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

#### **ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ**

|                                                                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Г.Н. Ракова</b><br>ОСОБЕННОСТИ «МАТЕРИНСКИХ ЭФФЕКТОВ» ФЕНОТИПИЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ<br>В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....                                       | 102 |
| <b>С.А.Игумнов, В.В. Зарецкий, Е.Ю. Шамарова</b><br>ВИРТУАЛЬНАЯ СРЕДА И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ<br>НА АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ..... | 116 |
| <b>И.В. Габер</b><br>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ: СОДЕРЖАНИЕ<br>И ВНУТРЕННЯЯ СТРУКТУРА.....                                                      | 129 |

#### **ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ**

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| <b>К ЮБИЛЕЮ В.С. СОБКИНА.....</b>             | 137 |
| <b>ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....</b> | 140 |

## CONTENTS

---

### **PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS**

---

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>G.N. Shimonova, G.V. Kozlovskaya, M.A. Kalinina</b><br>VEGETATIVE STATUS AND ITS PECULIARITIES IN YOUNG CHILDREN WITH AUTISM<br>SPECTRUM DISORDERS.....                                                                                                            | 4  |
| <b>O.Yu. Kocherova, E.N. Antysheva, V.V. Chubarovsky, O.M. Filkina</b><br>RISK FACTORS AND FORECASTING OF THE FORMATION OF UNRELIABLE<br>ATTACHMENT TO THE RECEPTION MOTHER IN CHILDREN OF EARLY AGE<br>THROUGH THE YEAR OF EDUCATION IN THE SUBSTITUTING FAMILY..... | 15 |
| <b>E.V. Svistunova, T.V. Lutsenko</b><br>EXPERIMENTAL STUDY OF THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION<br>OF PRESCHOOL CHILDREN IN AN INCLUSIVE ENVIRONMENT.....                                                                                                           | 22 |
| <b>I. A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva</b><br>SELF-ESTEEM OF ADOLESCENTS WITH VISUAL, HEARING AND MOTOR<br>IMPAIRMENTS: GENERAL AND SPECIFIC CHARACTERISTICS.....                                                                                                         | 33 |
| <b>V.S. Sobkin, T.A. Lykova</b><br>THE RELATIONSHIP OF SOCIOMETRIC PREFERENCES WITH PERSONAL<br>CHARACTERISTICS AT DIFFERENT STAGES OF LEARNING IN STUDENTS-ACTORS.....                                                                                               | 42 |

---

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

---

|                                                                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>L.I. Bochanceva, E.V. Fedyanina</b><br>PLAY THERAPY AS METHOD OF PREVENTING AND CORRECTION OF PRIMARY<br>SCHOOL-AGE CHILDREN'S ABERRANT BEHAVIOR IN EXTRACURRICULAR<br>ACTIVITIES.....          | 53 |
| <b>A.M. Shcherbakova, N.N. Tadevosyan</b><br>REHABILITATION EFFECT OF THERAPEUTIC RECREATION PROGRAM<br>FOR ITS PARTICIPANTS WHO HAVE UNDERGONE ONCOLOGICAL<br>AND ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES..... | 62 |
| <b>A.D. Gusova, E.V. Dubova, V.V. Ryashina</b><br>THE STUDY AND PREVENTION OF ADVERSE EMOTIONAL STATES IN MODERN<br>ADOLESCENTS DURING THE DEVELOPMENT CULTURAL AND EDUCATIONAL<br>PROJECTS.....   | 75 |

---

### **SHORT COMMUNICATIONS**

---

|                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>V.L.Kabanov, M.V. Novikova</b><br>REGIONAL PROGRAMS OF SOCIALIZATION OF CHILDREN IN A SUBSTITUTE FAMILY<br>IN RUSSIA AT THE END OF THE XX CENTURY..... | 82 |
| <b>O.D. Azbukina, E.G. Fedosova</b><br>COMPLIANCE AS SIGNIFICANT FACTOR IN REHABILITATION OF CHILDREN<br>WITH DELAYED SPEECH DEVELOPMENT.....             | 88 |

---

### **SPECIAL TOPIC**

---

#### **EXPERIMENTAL PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOLS**

---

|                                                                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>N.V. Kalinina, G.G. Butorin</b><br>PROLONGED PROGNOSIS OF ADDICTIVE BEHAVIOR FORMATION IN ADOLESCENTS<br>WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDER BASED ON MULTI-AXIAL APPROACH..... | 91 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

---

### **LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS**

---

|                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>G.N. Rakova</b><br>THE CHARACTERISTICS OF "MATERNAL EFFECTS" OF PHENOTYPE TRANSMISSION<br>THROUGHOUT THE PERINATAL PERIOD(LITERATURE REVIEW).....                                           | 102 |
| <b>S.A. Igumnov, V.V. Zaretsky, E.Yu. Shamarova</b><br>THE VIRTUAL ENVIRONMENT AND SOCIAL NETWORK AS INFLUENCE FACTOR<br>ON THE AUTO-DESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE..... | 116 |
| <b>I. V. Gaber</b><br>PSYCHOLOGICAL SECURITY OF EDUCATIONAL ENVIRONMENT: CONTENT<br>AND INTERNAL STRUCTURE.....                                                                                | 129 |

---

### **OFFICIAL MATERIALS, CRITIQUES, INFORMATION**

---

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| TO ANNIVERSARY OF V.S. SOBKIN.....      | 137 |
| THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS ..... | 140 |

---

## ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

---

### Г.Н. Шимонова, Г.В. Козловская, М.А. Калинина ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

**Резюме.** В настоящей статье анализируется прогностическая значимость вегетативных нарушений на начальных этапах заболевания детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС). В течение 3 лет клинико-динамически прослежены 120 детей с РАС. Описаны комплексы вегетовисцеральных, неврологических нарушений и их динамика, свойственная РАС. Выделены специфические типы вегетативных расстройств при РАС и гипоксически-ишемическом поражении ЦНС.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, вегетативная нервная система, исходный вегетативный тонус, амфотония.

Вегетативная нервная система (ВНС) является главным регулятором деятельности внутренних органов и интегративных реакций организма, обеспечивает функциональную связь органов и систем и поддерживает гомеостаз (постоянство внутренней среды организма) и гомеокинез (приспособление функциональных систем организма к условиям изменяющейся внешней среды). Вегетативные нарушения нередко появляются в дебюте не только соматических, неврологических, но и психических заболеваний [2-7, 9-12, 14]. Эти проявления рассматриваются нами в качестве предшественников психических заболеваний, в том числе у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС).

**Цель исследования:** выявить и оценить прогностический ракурс вегетативного статуса и синдромов вегетативных нарушений, их особенности и динамику у детей раннего возраста с РАС.

**Материал и методы.** Под динамическим наблюдением свыше трех лет и более находились 120 детей в возрасте от 2 мес. до 3 л. жизни (80 мальчиков и 40 девочек).

В обследовании были использованы клинические методы: анамнестический, педиатрический, неврологический, вегетологический, клинико-психопатологический, а также клинико-психологический, статистический. По показаниям применялись ЭЭГ, Р-графия черепа, КТ черепа, МРТ головного мозга, исследование глазного дна и др.

Клинические методы включали сбор и анализ анамнестических данных, которые проводились по разработанным в педиатрии, неврологии и психиатрии схемам, анкетам и опросникам.

Педиатрическое обследование включало в себя исследование соматического статуса детей и младенцев и в случае необходимости дополнялось соответствующими лабораторными и инструментальными исследованиями.

Неврологический статус младенца исследовался по общепринятой методи-

ке, при этом учитывались показатели моторного развития и неврологические симптомы, характерные для перинатального поражения ЦНС. Также выявлялись так называемые нелокализованные неврологические знаки (ННЗ), или неврологические маркеры предрасположенности к шизофрении, по критериям S. Mednick [13], А.В. Горюновой [3, 9].

Исследование психической сферы ребенка осуществлялось в соответствии с МКБ-10 и DSM-IV. В связи с трудностью диагностики психических заболеваний у детей раннего возраста при постепенном их развитии и стертой границей между преморбидом и инициальным периодом болезни диагностика проводилась в каждом случае при повторных осмотрах для уточнения нозологических суждений.

Для оценки психического онтогенеза была использована методика «ГНОМ» (психодиагностический тест отклонений психического развития детей раннего возраста [8]). Методика позволяет по пяти основным психофизическим сферам (сенсорной, моторной, эмоционально-волевой, познавательной и поведенческой) вычислить коэффициент психического развития (КПР) в баллах (норма от 90 до 110 баллов).

Для изучения состояния ВНС у детей раннего возраста были разработаны: анкета – перечень вегетативных нарушений, включающая в себя 25 вегетативных симптомов и синдромов, которая заполняется матерью к каждому осмотру, и скрининг-таблица исходного вегетативного тонуса у детей раннего возраста, заполняемая специалистом [4, 5].

Скрининг-таблица оценки исходного вегетативного тонуса для детей раннего возраста используется для определения состояния вегетативного статуса у детей раннего детского возраста, начиная с периода младенчества до 3 лет.

Основу скрининг-таблицы составили 30 вегетативных показателей и 13 интегративных систем, зависящих от деятельности как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС. Анализ методики дает представление о вегетативной регуляции внутри каждой функциональной системы организма, сумма показателей позволяет судить о вегетативном тоне в целом, а также о вегетативной диссоциации и дисрегуляции. Особенно важно, что с помощью указанной методики удастся определить тип вегетативной регуляции внутри отдельной системы (например, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и др.) и выявить характеристику работы каждой из них. В результате подсчета баллов по данной таблице определялись исходный вегетативный тонус (ИВТ) ребенка и его динамика в процессе наблюдения и лечения.

На большом статистическом материале при апробации метода оценки были выделены четыре типа вегетативного реагирования – эйтония (нормотония), ваготония (преобладание парасимпатической регуляции), симпатотония (преобладание симпатической регуляции) и амфотония (дистония), или диссоциация вегетативного тонуса. Для упрощения и удобства расчетов каждый ответ был оценен в 1 балл (для симпатотонии, ваготонии и эйтонии без учета степени выраженности симптома).

| СКРИНИНГ-ТАБЛИЦА ИССЛЕДОВАНИЯ |                                         |                            |         |  |  |  |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|---------|--|--|--|--|
| Ф.И.О.                        |                                         | Дата рождения              |         |  |  |  |  |
| №                             | Симптомы                                | Симпатикотония             | Возраст |  |  |  |  |
|                               | <b>I.Кожа</b>                           |                            |         |  |  |  |  |
| 1.                            | Цвет                                    | Белый                      |         |  |  |  |  |
| 2.                            | Сосудистый рисунок                      | Не выражен                 |         |  |  |  |  |
| 3.                            | Дермографизм                            | Белый, стойкий             |         |  |  |  |  |
| 4.                            | Потоотделение                           | Сухость кожи               |         |  |  |  |  |
| 5.                            | Пигментация                             | Усилена                    |         |  |  |  |  |
|                               | <b>II. Терморегуляция</b>               |                            |         |  |  |  |  |
| 6.                            | Температура тела                        | Выше 36,7                  |         |  |  |  |  |
| 7.                            | Температура кистей, стоп                | Холодные                   |         |  |  |  |  |
| 8.                            | Температура при инфекциях               | Выше 38                    |         |  |  |  |  |
| 9.                            | Переносимость холода                    | Неудовлетворительная       |         |  |  |  |  |
| 10.                           | Переносимость жары                      | Удовлетворительная         |         |  |  |  |  |
|                               | <b>III. Глаза</b>                       |                            |         |  |  |  |  |
| 11.                           | Блеск глаз                              | Усилен                     |         |  |  |  |  |
| 12.                           | Глазные щели                            | Расширены                  |         |  |  |  |  |
| 13.                           | Зрачки                                  | Расширены                  |         |  |  |  |  |
| 14.                           | Игра зрачков                            | Есть                       |         |  |  |  |  |
| 15.                           | Слезотечение                            | Обычное                    |         |  |  |  |  |
| 16.                           | <b>IV. Частота сердечных сокращений</b> | Лабильная тахикардия       |         |  |  |  |  |
| 17.                           | <b>V. Частота дыхания</b>               | Учащенное                  |         |  |  |  |  |
| 18.                           | <b>VI. Масса тела</b>                   | Снижена                    |         |  |  |  |  |
|                               | <b>VII. Пищеварительная система</b>     |                            |         |  |  |  |  |
| 19.                           | Аппетит                                 | Повышен                    |         |  |  |  |  |
| 20.                           | Слюноотделение                          | Уменьшено                  |         |  |  |  |  |
| 21.                           | Срыгивания, рвоты                       | Не характерны              |         |  |  |  |  |
| 22.                           | Перистальтика кишечника                 | Слабая, атонические запоры |         |  |  |  |  |
|                               | <b>VIII. Мочевыделительная</b>          |                            |         |  |  |  |  |
| 23.                           | Потребность в воде                      | Повышена                   |         |  |  |  |  |
| 24.                           | Пастозность                             | Нет                        |         |  |  |  |  |
| 25.                           | Мочеиспускания                          | Частое                     |         |  |  |  |  |
| 26.                           | <b>IX. Аллергические реакции</b>        | Редкие                     |         |  |  |  |  |
| 27.                           | <b>X. Лимфатические железы</b>          | Не увеличены               |         |  |  |  |  |
| 28.                           | <b>XI. Сон</b>                          | Поверхностный,             |         |  |  |  |  |
| 29.                           | <b>XII. Биоритм</b>                     | Актив во 2 половине дня    |         |  |  |  |  |
| 30.                           | <b>XIII. Психическая активность</b>     | Возбудим, увлекающийся     |         |  |  |  |  |
|                               | <b>ИТОГО БАЛЛОВ</b>                     |                            |         |  |  |  |  |

Таблица 1.

| <b>ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b> |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
|------------------------------------------------------|--|---------|--|--|--|---------------------------------------------------------|--|---------|--|--|--|
| <b>Диагноз</b>                                       |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
| Эйтония                                              |  | Возраст |  |  |  | Ваготония                                               |  | Возраст |  |  |  |
|                                                      |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
| Обычный                                              |  |         |  |  |  | Склонность к покраснению                                |  |         |  |  |  |
| Не выражен                                           |  |         |  |  |  | Мраморность                                             |  |         |  |  |  |
| Не выражен.                                          |  |         |  |  |  | Красный, стойкий, пятнистый                             |  |         |  |  |  |
| Нормальное                                           |  |         |  |  |  | Дистальный гипергидроз                                  |  |         |  |  |  |
| Обычная                                              |  |         |  |  |  | Снижена                                                 |  |         |  |  |  |
|                                                      |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
| 36,6-37,7                                            |  |         |  |  |  | Ниже 36,6                                               |  |         |  |  |  |
| Обычная                                              |  |         |  |  |  | Теплые                                                  |  |         |  |  |  |
| Равно и ниже 38                                      |  |         |  |  |  | Затяжной субфебрилитет                                  |  |         |  |  |  |
| Удовлетворительная                                   |  |         |  |  |  | Удовлетворительная                                      |  |         |  |  |  |
| Удовлетворительная                                   |  |         |  |  |  | Неудовлетворительная                                    |  |         |  |  |  |
|                                                      |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
| Обычный                                              |  |         |  |  |  | Снижен                                                  |  |         |  |  |  |
| Обычные                                              |  |         |  |  |  | Сужены                                                  |  |         |  |  |  |
| Обычные                                              |  |         |  |  |  | Сужены                                                  |  |         |  |  |  |
| Нет                                                  |  |         |  |  |  | Есть                                                    |  |         |  |  |  |
| Обычное                                              |  |         |  |  |  | Усилено                                                 |  |         |  |  |  |
| Возрастная                                           |  |         |  |  |  | Лабильная брадикардия                                   |  |         |  |  |  |
| Возрастная                                           |  |         |  |  |  | Замедленное, вздохи                                     |  |         |  |  |  |
| Возрастная                                           |  |         |  |  |  | Повышена                                                |  |         |  |  |  |
|                                                      |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
| Обычный                                              |  |         |  |  |  | Снижен                                                  |  |         |  |  |  |
| Обычное                                              |  |         |  |  |  | Усилено                                                 |  |         |  |  |  |
| Нет                                                  |  |         |  |  |  | Характерны                                              |  |         |  |  |  |
| Удовлетворительная                                   |  |         |  |  |  | Повышенное газообразование, спастические запоры, поносы |  |         |  |  |  |
|                                                      |  |         |  |  |  |                                                         |  |         |  |  |  |
| Обычная                                              |  |         |  |  |  | Снижена                                                 |  |         |  |  |  |
| Нет                                                  |  |         |  |  |  | Характерна                                              |  |         |  |  |  |
| Обычное                                              |  |         |  |  |  | Редкое                                                  |  |         |  |  |  |
| Не характерны                                        |  |         |  |  |  | Частые                                                  |  |         |  |  |  |
| Не увеличены                                         |  |         |  |  |  | Увеличены, рыхлые                                       |  |         |  |  |  |
| Спокойный                                            |  |         |  |  |  | Глубокий, трудное пробуждение                           |  |         |  |  |  |
| Равномерный                                          |  |         |  |  |  | Большая активность днем                                 |  |         |  |  |  |
| Уравновешенные                                       |  |         |  |  |  | Вялый, апатичный                                        |  |         |  |  |  |
| <b>ИТОГО БАЛЛОВ</b>                                  |  |         |  |  |  | <b>ИТОГО БАЛЛОВ</b>                                     |  |         |  |  |  |

Таблица 2.

Анкета-перечень для выявления признаков вегетативных нарушений у детей раннего возраста

| №   | Вегетативные симптомы и синдромы                                                            | Ответы |     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
|     |                                                                                             | Да     | Нет |
| 1.  | Изменение окраски кожных покровов (акроцианоз, мраморность кожи, симптом «арлекина» и др.). |        |     |
| 2.  | Общая и локальная повышенная потливость.                                                    |        |     |
| 3.  | Гипергидроз ладоней, стоп.                                                                  |        |     |
| 4.  | Измененный дермографизм.                                                                    |        |     |
| 5.  | «Игра» зрачков.                                                                             |        |     |
| 6.  | Изменение сердечного ритма.                                                                 |        |     |
| 7.  | Преходящие нарушения ритма дыхания, вдохи.                                                  |        |     |
| 8.  | Гипотрофия.                                                                                 |        |     |
| 9.  | Избыточная масса тела.                                                                      |        |     |
| 10. | Повышенный аппетит.                                                                         |        |     |
| 11. | Пониженный аппетит.                                                                         |        |     |
| 12. | Еда во сне.                                                                                 |        |     |
| 13. | Срыгивания, рвота, икота, явления пилороспазма.                                             |        |     |
| 14. | Диспепсические явления, запор, колики.                                                      |        |     |
| 15. | Нарушение терморегуляции (беспричинные подъемы температуры тела, субфебрилитет).            |        |     |
| 16. | Нарушение ритма «сон-бодрствование».                                                        |        |     |
| 17. | Расстройства сна.                                                                           |        |     |
| 18. | Реакция на изменение погоды.                                                                |        |     |
| 19. | Плохая переносимость жары.                                                                  |        |     |
| 20. | Плохая переносимость холода.                                                                |        |     |
| 21. | Склонность к аллергическим реакциям, дерматозам.                                            |        |     |
| 22. | Частые простудные заболевания с затяжным субфебрилитетом.                                   |        |     |
| 23. | Слуховая гиперчувствительность, пугливость.                                                 |        |     |
| 24. | Тактильная гиперчувствительность, боязнь душа.                                              |        |     |
| 25. | «Закатывания», обмороки, вегетативные приступы, апноэ, рвоты.                               |        |     |

Общая оценка регистрируемых признаков соответствует 30. Если в ходе подсчета доминируют однонаправленные «симпатические» или «парасимпатические» ответы свыше, чем в 15 случаях, то можно говорить о преимущественной симпатической или парасимпатической (ваготонической) направленности вегетативного тонуса. В тех случаях, когда регистрируется 15 разнонаправленных ответов и диссоциация регуляции внутри отдельной системы, то речь идет об амфотонии (дистонии), или смешанном типе ВНС, при котором наблюдаются сдвиги регуляции в обеих ее ветвях. Если сумма эйтонических ответов определяется в пределах 15, а остальные имеют разную вегетативную направлен-



ность, то можно предполагать наличие лабильности вегетативной регуляции. Доминирование однонаправленных вегетативных ответов в 8-9 из 13 систем дает основание для заключения о направленности вегетативного тонуса в соответствии с ответами.

С помощью таблицы стало возможным проследить характер и динамику вегетативных отклонений, возрастные вегетативные изменения и сравнить структуру вегетативных нарушений в зависимости от основной патологии.

Во время беременности у всех матерей детей с РАС отмечались токсикозы первой половины (в 80%), токсикозы второй половины беременности и угроза прерывания беременности (в 30%,) у 20% беременных на фоне психической патологии возникали обострения соматических заболеваний: анемия, пиелонефрит, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, ЖКТ, ВСД и др. Патологические роды (в эту группу отнесены стремительные и затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, оказание акушерских пособий, оперативные роды) встречались в 25%. Низкая масса тела (от 2340 до 2900г) и морфофункциональная незрелость выявлялись в 15%. Несмотря на гестозы, патологические роды с асфиксией плода отмечалась всего в 10%.

При РАС в 70% отмечались специфические дисплазии (особенно в области черепа) – брахицефалия и долихоцефалия, эпикантус, готическое нёбо, оттопыренные, мягкие уши; множественные макушки, низкий рост волос, торчащие волосы, неправильный рост зубов; выявлялись стигмы соединительно-тканной дисплазии: гиперэластичность кожи, гиперподвижность суставов, диастаз прямых мышц живота, грыжи, кардиопатии, нередко в форме МАРС (малые аномалии развития сердца), и др. [6].

В ходе динамического неврологического обследования у детей с РАС выявлялись с различной частотой и имели разное течение синдромы гипоксической энцефалопатии. У детей с РАС отмечались симптомы синдрома повышения нервно-рефлекторной возбудимости (СПНРВ), что проявлялось беспокойством, вздрагиванием, нарушением цикла «сон-бодрствование», оживлением рефлексов. Симптомы СПНРВ появлялись после 3 мес. и в дальнейшем, к 6 месяцам и далее, трансформировались в выраженные нарушения сна (ночные крики, бессонница, ночные бдения, ночная еда, ночной террор, страхи и паника в просыпках состояниях и др.). Нарушения биоритма «сон-бодрствование» сохранялись длительное время (до 1 года и старше). Необходимо отметить, что перечисленные протопатические вегетативные дисфункции сопровождались бурными вегетативно-висцеральными проявлениями: гиперемия или бледность лица, пятнистый дермографизм, обильный гипергидроз, частое мочеиспускание, тахикардия и др. Выявлялась выраженная сенсорная гиперчувствительность – кожная, слуховая, кончиков пальцев, негативизм к пеленанию, купанию, подстриганию ногтей, волос. У детей с РАС до 3 мес. в 25% случаев выявлялся гидроцефальный синдром (ГС); симптомы ГС были выражены умеренно и к 6 мес. уменьшались, что свидетельствовало о функциональном характере внутричерепной гипертензии. Наблюдался синдром вегетативно-висцеральных нарушений (СВВН) проявляющийся характерными сосудистыми пятнами, преходящим цианозом, гипергидрозом кистей стоп, расстройствами терморегуляции,

желудочно-кишечными дисфункциями со срыгиванием, повышением перистальтики кишечника, урчанием, метеоризмом, запорами, жидким стулом; лабильностью частоты сердечных сокращений (аритмия, тахикардия) и дыхательной системы (апноэ, глубокие вдохи).

Следует отметить, что нарушения ЖКТ, сердечно-сосудистой и дыхательной систем сохранялись длительное время и были связаны с психическим состоянием ребенка.

Особое значение имеют отмечаемые синдромы двигательных нарушений (СДН). В группе детей с РАС в младенчестве СДН включал нарушение гармонии движений, повышение или снижение двигательной активности. В 100% у детей с РАС выявлялось наличие нелокализованных неврологических знаков (ННЗ). Это расстройства в системе иннервации взора (медленные толчкообразные движения глазных яблок при прослеживании, недостаточность содружественных движений глаз, возможность изолированного движения глазного яблока, застывание взора - эквивалент приступа Клооса), рефлекс орального автоматизма, орофациальные гиперкинезы, нарушение мимики, гипомимия, парамимии, вычурные движения пальцами рук – хореоатетоз (позже нормативных сроков) и др., а также изменение мышечного тонуса в виде мышечной гипотонии или преходящей гипертонии с проявлениями дистонии, пластической гипертонии мышц, симптома восковой гибкости, рекурвации суставов, в более поздние сроки – симптом балерины (ходьба на носочках), множество стереотипий: манежный и челночный бег, ходьба в развалку, нагнув спину («уткой»), разбрасывая ноги, симптом крыльев и т. п.

В 40% отмечалась задержка моторного развития: дети позднее календарного срока переворачивались, садились, начинали ходить. Следует отметить, что нелокализованные неврологические знаки, их выраженность зависят от психического состояния ребенка. Они то редуцируются, то становятся настолько интенсивными, что приводят к неврологической гипердиагностике в виде заключения о наличии ДЦП, особенно при стойкости симптома балерины или особой вычурности походки.

### **Синдромы вегетативной дисфункции**

Исследование ВНС и синдромов вегетативных дисфункций, их корреляции с РАС проводилось по разработанным таблицам, описанным выше. В группе РАС у детей отмечалось преобладание амфотонической направленности в 70% в возрасте до 1 года, ваготонической направленности – в 30%, симпатическая и эйтоническая направленность ИВТ появлялись после 1 года и была связана с психическим состоянием ребенка.

Возрастная динамика вегетативных нарушений у детей от 1 года до 3 лет показывает, что у детей с РАС сохраняются нарушения систем «сон-бодрствование», питания, сосудистой, сохраняются «игра зрачков», лабильная тахикардия, выражены кожная гиперчувствительность, диспепсические расстройства, мышечная гипотрофия, реже гипертрофия, метеозависимость, то есть сохраняется амфотоническая направленность вегетативного тонуса. При изменении вегетативного тонуса на симпатическую или эйтоническую направленность в психическом состоянии отмечалась нормализация или редукция

психических нарушений.

В ходе динамического психиатрического наблюдения состояния детей с РАС с первого месяца жизни отмечались симптомы шизотипического диатеза (ШД), определяемого как клинические проявления геноносительства шизофрении или специфические симптомы преморбида заболевания [1] в виде дисрегуляции, дисгармонии, дефицитарности и диссоциации нервно-психических и психофизических функций и их развития. В последнем случае это было проявление схизиса, или расщепления, как в структуре отдельной функции, так и системы в целом, и отмечалось во всех сферах – психической (включая эмоциональную, познавательную, поведенческую, моторную), а также неврологической и вегетологической. Расщепление проявлялось в виде сосуществования как опережения или нормативности в развитии и структуре функции или системы и одновременно отставания и сглаженности отдельных проявлений.

В эмоциональном развитии имели место задержка формирования функции в виде нарушения сроков появления эмоционального резонанса адекватности, выразительности и детской живости эмоциональной реактивности [2]. Данная группа детей в большей степени характеризуется проявлениями, характерными для так называемых «трудного» и «медленно разогревающегося» типов темпераментов (в терминологии А. Thomas, S. Chess) [5].

Нарушение функции общения наблюдалось в виде ограниченного ротового, зрительного, слухового и социального контакта, элементов аутизма, которые начинались с первых месяцев жизни, постепенно усиливаясь и трансформируясь в старших возрастах в акцентуации по шизоидному типу. Особенное место занимали вегетативные нарушения в рамках психопатологических расстройств, которые проявлялись паническими реакциями, ночными криками, вычурными нарушениями питания и навыков гигиенической опрятности. Эти изменения и их выраженность носили непостоянный характер и были тесно связаны с проявлениями ННЗ, усиливались и сглаживались в зависимости от остроты психического состояния.

При проведении психодиагностической методики «ГНОМ» и определения коэффициента психического развития (КПР) он мог быть в пределах как ниже 80, так и выше 110 баллов [8, 9].

По нозологическим формам и шифрам МКБ-10 случаи распределились: РАС – F84.0 (детский аутизм) – 3%; F84.01 (детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга) – 5%; F84.02 (детский аутизм вследствие других причин или детский психоз) – 40%; F84.11 (атипичный аутизм с умственной отсталостью) – 11%; F84.12 (атипичный аутизм без умственной отсталости) – 12%; F84.2 (синдром Ретта) – 1%; F84.5 (синдром Аспергера) – 2%, и F84.8 (другие общие расстройства развития) – 12%.

### **Выводы.**

1. У детей с РАС ведущими расстройствами ВНС является амфотоническая направленность вегетативного тонуса, что проявляется нарушением системы «сон-бодрствование», его инверсией, особенностями пищевого поведения, которые часто сохраняются до 3 лет и старше, дисфункцией сердечно-сосудистой и дыхательной систем в виде лабильной тахикардии, апное и др., также сохра-

няются «игра зрачков»; выраженная кожная гиперчувствительность; нарушение питания, диспепсические расстройства; мышечная гипотрофия, реже гипертрофия; метеозависимость и др.

2. Установлена также корреляция динамики ИВТ с психическим состоянием ребенка. Смена направленности ИВТ или нарастание амфотонии наблюдаются перед манифестацией психопатологических расстройств. Такая же прямая зависимость отмечается между остротой психического статуса и выраженностью ННЗ.

3. В группе РАС у детей отмечалось преобладание симпатической направленности во время стабилизации психического состояния.

4. Особенности ИВТ и вегетативных расстройств определяют направленность терапии, включающей как медикаментозное лечение, так и психотерапевтическое воздействие, корригирующее внутрисемейные отношения и нарушения в системе мать-дитя.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А.К., Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропат., психиатр. и нейрохир. Латвийской ССР. Латвия, Рига. Т.1. 1985. С. 224–227.

2. Голубева Н.И. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте : Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2010. 26 с.

3. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении : Автореф. дис. д-ра. мед. наук. М., 1995. 44 с.

4. Горюнова А.В., Шимонова Г.Н. Методические подходы к изучению вегетативных функций у детей раннего возраста // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2002. № 3. С. 47–50.

5. Иванов М.В., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В. К вопросу исследования темперамента в младенчестве и раннем возрасте // Психиатрия. 2015. № 4 (68). С. 61–62.

6. Калинина М.А., Котляров В.Л., Козловская Г.В., Баз Л.Л., Крылатова Т.А. Особенности психических расстройств у детей с малыми аномалиями развития и нарушениями ритма сердца // Психиатрия. 2016. № 04 (68). С. 12–18.

7. Калинина М.А., Шимонова Г.Н. Неврологические особенности у детей группы риска по шизофрении в проспективной динамике и катмнезе // Мат-лы науч.-практ. конф. : «Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии». Тула, 2011. С. 201–207.

8. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Психодиагностический тест «Гном» для определения уровня психического развития детей раннего возраста. 3-е изд. исправ. и доп. М., 2017. 118 с.

9. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков : клинические проявления, диагностика и лечение. Метод. рек. № 25. Департамент здравоохранения г. Москвы. Сост. : Т.Т. Батышева, К.А. Зайцев, М.Н. Саржина и др. М., 2015. 32 с.

10. Шимонова Г.Н. Особенности вегетативного статуса у детей раннего возраста с психической патологией // Психиатрия. 2007. № 5 (29). С. 56–59.

11. Шимонова Г.Н. Вегетативные расстройства в структуре психической патологии у детей // Психиатрия. 2010. № 6 (48). С. 47–56.

12. Шимонова Г.Н., Калинина М.А. Клинические особенности нарушений вегетативной нервной системы у детей из группы высокого риска и заболевших шизофренией // Мат-лы Всемирн. конгр. «Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии». М., 2007. Т.2. С. 117–118.

13. Шимонова Г.Н., Калинина М.А. Вегетативный статус у детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении // Мат-лы науч.-практ. конф. : «Актуальные вопросы психиатрии, психотерапии и психологии в условиях кризиса». Челябинск, 2010. С. 76–78.

#### REFERENCES

1. Anufriev A.K., Kozlovskaja G.V. Izuchenie shizotipicheskogo dizontogeneza u detej rannego vozrasta gruppy vysokogo riska po jendogennym psihozam // XI s#ezd nevropat., psihiatr. i nejrohr. Latvijas SSR. Latvija, Riga. T.1. 1985. S. 224–227.

2. Golubeva N.I. Depressivnye rasstrojstva v mladencheskom i rannem detskom vozraste : Avtoref. dis. kand. med. nauk. M., 2010. 26 s.

3. Gorjunova A.V. Nevrologicheskie predshestvenniki i markery predraspolozhennosti k shizofrenii : Avtoref. dis. d-ra. med. nauk. M., 1995. 44 s.

4. Gorjunova A.V., Shimonova G.N. Metodicheskie podhody k izucheniju vegetativnyh funkcij u detej rannego vozrasta // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. 2002. № 3. S. 47–50.

5. Ivanov M.V., Shimonova G.N., Kozlovskaja G.V. K voprosu issledovanija tem-peramenta v mladenchestve i rannem vozraste // Psihiatrija. 2015. № 4 (68). S. 61–62.

6. Kalinina M.A., Kotljarov V.L., Kozlovskaja G.V., Baz L.L., Krylatova T.A. Osobennosti psihicheskikh rasstrojstv u detej c malymi anomalijami razvitija i narushenijami ritma serdca // Psihiatrija. 2016. № 04 (68). S. 12–18.

7. Kalinina M.A., Shimonova G.N. Nevrologicheskie osobennosti u detej gruppy riska po shizofrenii v prospektivnoj dinamike i katamneze // Mat-ly nauch.-prakt. konf. : «Prioritetnye napravlenija ohrany zdorov'ja rebenka v nevrologii i psihiatrii». Tula, 2011. S. 201–207.

8. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Gorjunova A.V. Psihodiagnosticheskij test «Gnom» dlja opredelenija urovnja psihicheskogo razvitija detej rannego vozrasta. 3–e izd. isprav. i dop. M., 2017. 118 s.

9. Sindrom vegetativnoj disfunkcii u detej i podrostkov : klinicheskie projavlenija, diagnostika i lechenie. Metod. rek. № 25. Departament zdravoohraneniya g. Moskvyy. Sost. : T.T. Batysheva, K.A. Zajcev, M.N. Sarzhina i dr. M., 2015. 32 s.

10. Shimonova G.N. Osobennosti vegetativnogo statusa u detej rannego vozrasta s psihicheskoy patologiej // Psihiatrija. 2007. № 5 (29). S. 56–59.

11. Shimonova G.N. Vegetativnye rasstrojstva v strukture psihicheskoy patologii u detej // Psihiatrija. 2010. № 6 (48). S. 47–56.

12. Shimonova G.N., Kalinina M.A. Klinicheskie osobennosti narushenij vegetativnoj nervnoj sistemy u detej iz gruppy vysokogo riska i zabolevshih shizofreniej //

---

Mat-ly Vsemirn. kongr. «Vnutritrobnij rebenok i obshhestvo. Rol' prenatal'noj psihologii v akusherstve, neonatologii, psihoterapii, psihologii i sociologii». M., 2007. T.2. S. 117–118.

13. Shimonova G.N., Kalinina M.A. Vegetativnyj status u detej rannego vozrasta iz gruppy vysokogo riska po shizofrenii // Mat-ly nauch.-prakt. konf. : «Aktual'nye voprosy psihiatrii, psihoterapii i psihologii v uslovijah krizisa». Cheljabinsk, 2010. S. 76–78.

14. Mednick S.A., Schulsinger F., Venable P.H. A fifteen-year follow-up of children with schizophrenic mothers (Denmark). In book : Prospective longitudinal research: an empirical basis for the prevention of psychosocial disorders. Eds. S.A. Mednick, A.E. Baert. Oxford University Press, Oxford, UK. 1981. P. 286–295.

15. Shimonova G.N., Kalinina M.A. Vegetative status in infants of high-risk for schizophrenia // European Psychiatric. 2011. Vol. 26. Suppl 1. P. 01–303. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72014-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72014-4)

**G.N. Shimonova, G.V. Kozlovskaya, M.A. Kalinina**  
**VEGETATIVE STATUS AND ITS PECULIARITIES IN YOUNG**  
**CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

**Mental Health Research Centre (Moscow).**

**Summary.** In this article, the prognostic significance of autonomic disorders in the initial stages of the disease of children with autism spectrum disorders (ASD) is analyzed. Over the course of 3 years, 120 children with ASD were clinically and dynamically monitored. Complexes of vegetative-visceral disorders, neurological disorders and their dynamics characteristic of the ASD are described. Specific types of autonomic disorders in ASD and GIE are identified.

**Keywords:** autistic spectrum disorders, autonomic nervous system, initial vegetative tone, amphotonia.

---

**О.Ю. Кочерова<sup>1</sup>, Е.Н. Антышева<sup>1</sup>, В.В. Чубаровский<sup>2</sup>, О.М. Филькина<sup>1</sup>**  
**ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ**  
**НЕНАДЕЖНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К ПРИЕМНОЙ МАТЕРИ**  
**У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ ГОД ВОСПИТАНИЯ**  
**В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ**

<sup>1</sup>ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», (Иваново), <sup>2</sup>ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, (Москва).

**Резюме.** В ходе исследования выявлены факторы риска формирования ненадежной привязанности к замещающей матери у детей раннего возраста через год воспитания в замещающих семьях. Установлено, что наибольшее значение при формировании ненадежной привязанности имеют биологические и психологические факторы риска – состояние физического и психического здоровья ребенка при передаче в замещающую семью, мотивы принятия ребенка, личностные особенности замещающих матерей. Разработан алгоритм прогнозирования данных нарушений здоровья у детей раннего возраста, воспитывающихся в замещающих семьях.

**Ключевые слова:** факторы риска, прогнозирование, формирование привязанности, ненадежная привязанность, дети, ранний возраст, замещающие семьи

**Введение.** Термин «привязанность» был введен английским психологом Дж. Боулби. По определению А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых привязанность – тесная эмоциональная связь между двумя людьми, характеризующаяся взаимным вниманием, чуткостью, отзывчивостью и желанием поддерживать близкие отношения [3, 11]. Первичная привязанность развивается в течение первых 9 месяцев жизни ребенка, ее предметом обычно выступает мать или человек, ее заменяющий. Качество привязанности, сформированное в раннем детстве, образует ядро личности. Только при наличии объекта первичной привязанности ребенок в дальнейшем налаживает вторичную привязанность с другими людьми [2, 5, 7, 8]. Базисное чувство безопасности, определяемое качеством привязанности, обуславливает степень адаптации ребенка и влияет на уровень общего психического и физического развития [6, 15]. При ненадежной привязанности не сформирован образ «Я» субъекта, возникают трудности в межличностных отношениях, выше аутоагрессия [5, 10].

Важность понимания данных механизмов обусловлена тяжестью патологических нарушений, потенцируемых проблемами раннего возраста. К подобным патологическим расстройствам, как следствию патологических детско-родительских отношений, можно отнести все формы психосоматических нарушений и саморазрушающего поведения (химические и нехимические зависимости, а также аутоагрессивное поведение, включая его крайние жизнеопасные варианты), невротические расстройства и формирующиеся расстройства личности [10, 19].

Многими исследователями доказано, что на качество формирующейся привязанности влияют как психологические особенности матери [4, 5, 7, 11], так и особенности самого ребенка [17, 18], а так же их постоянное взаимодействие [16, 12]. Поэтому очень важно выявлять факторы, влияющие на формирование при-

вязанности у ребенка к приемным родителям и прогнозировать формирование нарушений, для их профилактики.

**Цель.** Выявить факторы риска и разработать прогностические таблицы формирования ненадежной привязанности у детей раннего возраста через год воспитания в замещающей семье.

**Материал и методы исследования.** Изучено состояние здоровья 65 детей раннего возраста при передаче (средний возраст  $18 \pm 7$  месяцев) и через год воспитания в замещающей семье (ЗС) (средний возраст  $33 \pm 9$  месяцев).

Для оценки привязанности ребенка к приемной матери была использована методика М. Инсфорд модифицированная А.С. Батуевым, А.Г. Кошавцевым [1, 2] и критерии МКБ-10. В эксперименте изучали поведение ребенка при разлуке с матерью, степень воздействия такой ситуации на младенца и то, насколько легко удавалось матери успокоить его после расставания. Выделены 4 группы детей (1 - «надежно привязанные» и 3 - «ненадежно привязанные»):

1) дети, которые не очень сильно огорчались после ухода матери, тянулись к ней, когда она возвращалась, и легко успокаивались рядом с ней, получили название «надежно привязанные»;

2) дети, которые не возражали против ухода матери и продолжали играть, не обращая особого внимания на ее возвращение, определялись как «индифферентные», «ненадежно привязанные»;

3) дети, которые очень сильно огорчались после ухода матери, а когда она возвращалась, цеплялись за нее, но сразу же отталкивали, - их называли «аффективными» и «ненадежно привязанными»;

4) дети, которые совершенно не отпускали мать от себя ни на шаг - «симбиотически привязанные».

Сбор данных биологического, социального анамнеза осуществлялся путем выкопировки данных из историй развития ребенка (ф. № 112-1/у), анкетирования и интервьюирования замещающих родителей. Психологическое обследование приемных матерей проводилось с помощью методик: теста МИНИ-СМИЛ [14], опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) [13, 16], тест-опросника «Мотивация выбора приемного ребенка» [9].

Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6.0. Относительный риск (ОР) различных факторов рассчитывался в программе OpenEpi с определением 95%-го доверительного интервала (95% ДИ).

Для составления прогностической таблицы использовался метод последовательного математического анализа Вальда. После доказательства достоверности различия в частоте встречаемости изучаемого фактора в группах детей с надежной и ненадежной привязанностью вычислялись прогностические коэффициенты (ПК) для каждой градации фактора. Прогностический коэффициент рассчитывали по формуле:  $ПК = 10 \lg (P1/P2)$  при наличии фактора,  $ПК = 10 \lg (1-P1/1-P2)$  при отсутствии фактора, где P1 и P2 – частота встречаемости фактора в сравниваемых группах. Положительный знак полученной величины свидетельствовал о неблагоприятном прогнозе.

**Результаты.** Через год воспитания в ЗС у 38,46% детей раннего возраста



определялась «надежная привязанность» по отношению к приемной матери, у 61,64% детей формировались различные варианты ненадежной привязанности: у 21,54% - «аффективная», у 20% - «индифферентная привязанность», у 13,85% - «симбиотическая», у 3,15% детей диагностировалось расстройство привязанности по реактивному и расторможенному типам (F94.1, F94.2).

Результаты корреляционного анализа показали наличие взаимосвязи между надежной привязанностью у детей раннего возраста через год воспитания в ЗС и положительной динамикой массы тела ( $r=0,262$ ), нервно-психическим развитием (НПР) ( $r=0,411$ ), частотой ОРВИ ( $r=0,334$ ), эмоциональным профилем ( $r=0,504$ ), а так же психологическими особенностями замещающих матерей: ведущим мотивационным комплексом принятия ребенка в ЗС ( $r=0,503$ ) и сниженным эмоциональным фоном матери (шкала 2 опросника МИНИ-СМИЛ) ( $r=0,348$ ).

Значимыми биологическими факторами риска формирования ненадежной привязанности у ребенка к приемной матери через год воспитания в ЗС являются параметры исходного состояния его здоровья при передаче в ЗС: низкая длина тела (ОР 1,93; 95% ДИ 1,17-3,18) и нарушения психического здоровья: расстройство адаптации с преобладанием нарушений других эмоций (F43.23) (ОР 1,7; 95% ДИ 1,05-2,73), расстройства психического (психологического) развития (F80-83) (ОР 1,69; 95% ДИ 1,01-2,83), симптомы двигательной заторможенности (ОР 1,54; 95% ДИ 1,03-2,31) и парааутизма (ОР 1,54; 95% ДИ 1,03-2,31). Социальными и психологическими факторами риска являются - негармоничные ведущие мотивационные комплексы принятия ребенка в ЗС, т. е. мотивы не осознанные, без стремления понять и принять поведение ребенка, без учета своих возможностей помочь сироте (ОР 10,43; 95% ДИ 1,57-69,43); гипертимные черты, эмоциональная незрелость замещающей матери (ОР 2,52; 95% ДИ 1,48-4,27), минимальность санкций к ребенку, т. е. попустительское отношение к нему (ОР 1,85; 95% ДИ 1,30-2,65), недостаточное время, проводимое замещающей матерью с ребенком (до 3 часов в день) (ОР 1,77; 95% ДИ 2,22-2,57), игнорирование потребностей ребенка (ОР 1,71; 95% ДИ 2,21-2,42), лишение биологических родителей ребенка родительских прав (ОР 1,7; 95% ДИ 1,05-2,73), амбициозность, импульсивность приемной матери (ОР 1,7; 95% ДИ 1,18-2,39), чрезмерность требований-запретов (ОР 1,70; 95% ДИ 1,22-2,37) и требований-обязанностей к ребенку (ОР 1,66; 95% ДИ 1,16-2,38), индивидуальный (эгоцентрический) ведущий мотивационный комплекс принятия ребенка в ЗС, мотив с центрированием на решении своих личностных проблем (заполнить пустоту, воздействовать на отношения с кем-либо из членов семьи, исправить свой неудачный родительский опыт) (ОР 1,63; 95% ДИ 1,14-2,32).

Таким образом, наиболее значимыми факторами риска формирования ненадежной привязанности у ребенка раннего возраста через год воспитания в ЗС являются нарушения его физического и психического здоровья, негармоничные ведущие мотивационные комплексы принятия ребенка в ЗС, гипертимные черты, эмоциональная незрелость, амбициозность, импульсивность замещающей матери, недостаточное время, проводимое ею с ребенком, воспитание с чрезмерностью требований-запретов, требований-обязанностей или попустительское отношение к нему.

Таблица 1.

Прогностическая таблица развития ненадежной привязанности у детей раннего возраста через год воспитания в ЗС

| Факторы риска                                                            | прогностический коэффициент (ПК) | коэффициент информативности (КИ) |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1                                                                        | 2                                | 3                                |
| Состояние здоровья ребенка при передаче в ЗС                             |                                  |                                  |
| Низкая длина тела                                                        |                                  | 2,56                             |
| Да                                                                       | 3,36                             |                                  |
| Нет                                                                      | -3,47                            |                                  |
| II группа НПР                                                            |                                  | 1,84                             |
| Да                                                                       | -7,02                            |                                  |
| Нет                                                                      | 1,18                             |                                  |
| Расстройство адаптации с преобладанием нарушений других эмоций (F 43.23) |                                  | 1,69                             |
| Да                                                                       | 2,68                             |                                  |
| Нет                                                                      | -2,83                            |                                  |
| Расстройства психологического развития (F81-84)                          |                                  | 1,47                             |
| Да                                                                       | 2,15                             |                                  |
| Нет                                                                      | -3,04                            |                                  |
| IV-V группы НПР                                                          |                                  | 1,39                             |
| Да                                                                       | 2,49                             |                                  |
| Нет                                                                      | -2,49                            |                                  |
| Симптомы параутизма                                                      |                                  | 1,30                             |
| Да                                                                       | 3,19                             |                                  |
| Нет                                                                      | -1,82                            |                                  |
| Социально-психологические особенности замещающих матерей                 |                                  |                                  |
| Гармоничный ведущий мотивационный комплекс принятия ребенка в ЗС         |                                  | 7,77                             |
| Да                                                                       | -12,72                           |                                  |
| Нет                                                                      | 3,07                             |                                  |
| Гипертимные черты, эмоциональная незрелость (Мини-смил)                  |                                  | 2,67                             |
| Да                                                                       | 6,87                             |                                  |
| Нет                                                                      | -1,78                            |                                  |
| Приемная мать проводит с ребенком менее 3 часов в день                   |                                  | 2,49                             |
| Да                                                                       | 5,69                             |                                  |
| Нет                                                                      | -2,00                            |                                  |
| Амбициозность, импульсивность (Мини-смил)                                |                                  | 1,92                             |
| Да                                                                       | 6,20                             |                                  |
| Нет                                                                      | -1,40                            |                                  |
| Лишение родительских прав биологических родителей ребенка                |                                  | 1,69                             |
| Да                                                                       | 2,68                             |                                  |
| Нет                                                                      | -2,83                            |                                  |
| Приемная мать проводит с ребенком более 6 часов в день                   |                                  | 1,61                             |
| Да                                                                       | -4,59                            |                                  |
| Нет                                                                      | 1,57                             |                                  |
| Эгоцентрический ведущий мотивационный комплекс принятия ребенка в ЗС     |                                  | 1,59                             |
| Да                                                                       | 5,82                             |                                  |
| Нет                                                                      | -1,22                            |                                  |
| Отказ от ребенка в родильном доме                                        |                                  | 1,38                             |
| Да                                                                       | -3,18                            |                                  |
| Нет                                                                      | 1,94                             |                                  |
| Возраст передачи ребенка в ЗС до 6 месяцев                               |                                  | 1,22                             |
| Да                                                                       | -3,80                            |                                  |
| Нет                                                                      | 1,43                             |                                  |

Для прогнозирования формирования ненадежной привязанности у детей раннего возраста через год воспитания в замещающей семье разработана прогностическая таблица.

Для прогнозирования формирования ненадежной привязанности у ребенка психолог Центра сопровождения ЗС при передаче ребенка в ЗС осуществляет психологическое обследование приемной матери с помощью тестов МИНИ-СМИЛ, «Анализ семейных взаимоотношений» и «Мотивация выбора приемного ребенка» и выявляет психологические факторы риска. Педиатр дома ребенка или детского дома проводит выкопировку данных из истории развития ребенка и в соответствии с прогностической таблицей определяет наличие или отсутствие факторов риска формирования ненадежной привязанности.

Если сумма ПК равна или превышает +13 баллов, прогнозируют формирование ненадежной привязанности. Если сумма ПК равна или меньше -13 баллов, то прогнозируют формирование надежной привязанности. Если сумма прогностических коэффициентов больше -13, но меньше +13, то информации для принятия решения в данном случае недостаточно.

При неблагоприятном прогнозе детям из групп риска педиатр назначает дифференцированные профилактические мероприятия, по показаниям назначает консультацию психиатра, психолога, разрабатывает и осуществляет индивидуальную программу сопровождения замещающей семьи, снижающие вероятность реализации риска.

**Выводы.** В ходе исследования выявлены исходные параметры состояния здоровья ребенка, социальные и психологические факторы риска формирования ненадежной привязанности ребенка через год воспитания в ЗС. Разработана прогностическая таблица удобная для практического использования и организации профилактических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Батуев А.С., Кошавцев А.Г., Сафронова Н.М. Типы детско-материнской привязанности и психофизиологическое развитие младенцев первого года жизни // Педиатрия. – 2000. - № 3. – С. 32-37.

2. Батуев А.С., Соколова Л.В., Безрукова О.Н. и др. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / Под ред. А.С. Батуева. – Изд-во СПб, 2007. – 376 с.

3. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – 480 с.

4. Боченкова И.В. Взаимосвязь личностных особенностей матерей с формированием нормальной и нарушенной привязанности у ребенка // Новая наука: стратегии и векторы развития. – 2016. - № 11. – С. 82–85.

5. Бурменская Г. В. Мировосприятие детей с разными типами привязанности к матери // Вестник Московского университета. – Сер. 14: Психология. – 2011. – № 2. – С. 21–35.

6. Василенко М.А. Влияние типа привязанности в диаде «Мать-ребенок» на уровень психического развития детей двух-трех лет» // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2010. - № 121. – С. 38-43.

7. Лаптева Ю.А., Морозова И.С. Развитие эмоциональной сферы ребенка дошкольного возраста // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2016. № 3. С. 51–55.

8. Мухамедрахимов Р.Ж., Плешкова Н.Л. Особенности привязанности у детей в семьях и домах ребенка // Дефектология. – 2008. – № 2. – С.37-44.

9. Палиева Н.А. Мотивация принятия приемного ребенка в замещающую семью // Общество. Среда. Развитие. – 2011. – Вып. № 1. – С. 132–137.

10. Пилягина Г.Я., Дубровская Е.В. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте // Мистецтво лікування. - 2007. - № 6. - С. 71–79.

11. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. – СПб.: Питер, 2005.

12. Поставнев В.М., Поставнева И.В. Психологическая готовность кандидатов в приемные родители. – М.: ООО «Эксон-Информ», 2015. – 195 с.

13. Психологические тесты / Ред. А.А.Карелин – М., 2001, Т.2. – С.144-152.

14. Собчик Л.Н. МИНИ-СМИЛ экспресс-диагностика состояния. – М., 2002. – 8 с.

15. Филькина О.М. и др. Факторы риска отклонений физического развития у детей раннего возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы // Лечение и профилактика. – 2015. – № 1(13). – С.16-19.

16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

#### REFERENCES

1. Batuev A.S., Koshhahceev A.G., Safronova N.M. Tipy detsko-materinskoj privjazannosti i psihofiziologicheskoe razvitie mladencev pervogo goda zhizni // Pediatrija. – 2000. - № 3. – С. 32-37.

2. Batuev A.S., Sokolova L.V., Bezrukova O.N. i dr. Biosocial'naja priroda materinstva i rannego detstva / Pod red. A.S. Batueva. – Izd-vo SPb, 2007. – 376 s.

3. Boulbi Dzh. Privjazannost'. – М.: Gardariki, 2003. – 480 s.

4. Bochenkova I.V. Vzaimosvjaz' lichnostnyh osobennostej materej s formirovaniem normal'noj i narushennoj privjazannosti u rebenka // Novaja nauka: strategii i vektory razvitiya. – 2016. - № 11. – С. 82–85.

5. Burmenskaja G. V. Mirovosprijatie detej s raznymi tipami privjazannosti k materi // Vestnik Moskovskogo universiteta. – Ser. 14: Psihologija. – 2011. – № 2. – С. 21–35.

6. Vasilenko M.A. Vlijanie tipa privjazannosti v diade «Mat'-rebenok» na uroven' psihicheskogo razvitiya detej dvuh-treh let» // Izvestija RGPU im. A.I. Gercena. – 2010. - № 121. – С. 38-43.

7. Lapteva Ju.A., Morozova I.S. Razvitie jemocional'noj sfery rebenka doskol'nogo vozrasta // Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta. - 2016. № 3. S. 51–55.

8. Muhamedrahimov R.Zh., Pleshkova N.L. Osobennosti privjazannosti u detej v sem'jah i domah rebenka // Defektologija. – 2008. - № 2. – С.37-44.

9. Palieva N.A. Motivacija prinjatija premnogo rebenka v zameshhajushhuju sem'ju // Obshhestvo. Sreda. Razvitie. – 2011. – Vyp. № 1. – С. 132–137.

10. Piljagina G.Ja., Dubrovskaja E.V. Narushenija privjazannosti kak osnova formirovanija psihopatologicheskix rasstrojstv v detskom i podrostko-vom vozraste // Mistectvo likuvannja. - 2007. - № 6. - С. 71–79.

11. Prihozhan A.M., Tolstyh N.N. Psihologija sirotstva. – SPb.: Piter, 2005.

12. Postavnev V.M., Postavneva I.V. Psihologicheskaja gotovnost' kandidatov v

- 
- priemnye roditeli. – M.: OOO «Jekson-Inform», 2015. – 195 s.
13. Psihologicheskie testy / Red. A.A.Karelin – M., 2001, T.2. – S.144-152.
  14. Sobchik L.N. MINI-SMIL jekspress-dagnostika sostojanija. – M., 2002. – 8 s.
  15. Fil'kina O.M. i dr. Faktory riska otklonenij fizicheskogo razvi-tija u detej rannego vozrasta s perinatal'nymi porazhenijami central'noj nervnoj sistemy // Lečenje i profilaktika. – 2015. – № 1(13). – S.16-19.
  16. Jejdemiller Je.G., Justickis V.V. Psihologija i psihoterapija sem'i. – SPb.: Piter, 2001. – 656 s.
  17. Attachment and preschool teacher: An opportunity to develop a secure base // International J.of Early Childhood Special Education (INT - JECSE), 2010. 4(1), 1 - 16.
  18. Beebe, B., and Lachmann, F. M. (2014). The Origins of Attachment: Infant Research and Adult Treatment. New York, NY: Routledge.
  19. Oppenheim D., and Koren - Karie, N. (2009). "Infant - parent relationship assessment: parents' insightfulness regarding their young children's internal worlds," in Handbook of Infant Mental Health, 3th Edn, ed. C. H. Zeanah (New York, NY: Guilford Press), 266–280.

**O.Yu. Kocherova<sup>1</sup>, E.N. Antysheva<sup>1</sup>, V.V. Chubarovsky<sup>2</sup>, O.M. Filkina<sup>1</sup>**  
**RISK FACTORS AND FORECASTING OF THE FORMATION**  
**OF UNRELIABLE ATTACHMENT TO THE RECEPTION MOTHER**  
**IN CHILDREN OF EARLY AGE THROUGH THE YEAR**  
**OF EDUCATION IN THE SUBSTITUTING FAMILY**

<sup>1</sup>FGBU «Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood V.N. Gorodkov» (Ivanovo), <sup>2</sup>FGSA «National Medical Research Center for Children's Health», Research Institute of Hygiene and Health of Children and Adolescents, (Moscow).

**Summary.** In the course of the study, risk factors for the formation of unreliable attachment to a substitute mother in young children after a year of education in substitute families were identified. It has been established that biological and psychological risk factors-the state of physical and mental health of a child when transferred to a substitute family, the motives for adopting a child, the personal characteristics of substitute mothers, are of greatest importance in the formation of unreliable attachment. An algorithm for predicting the data of health disorders in children of early age who are brought up in substitute families is developed.

**Keywords:** risk factors, forecasting, attachment formation, unreliable attachment, children, early age, substitute families.

---

Е.В. Свистунова, Т.В. Луценко

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
АДАПТАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ В ИНКЛЮЗИВНОЙ СРЕДЕ**  
ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет» (Москва).

**Резюме.** В статье отражены особенности социально-психологической адаптации старших дошкольников в инклюзивной группе на основе характеризующих ее выделенных критериев. Показана взаимосвязь уровня ситуативной тревожности родителей, уровня информированности об инклюзии, их отношения к ней с процессом прохождения социально-психологической адаптации детьми. Описаны трудности, с которыми сталкиваются педагоги инклюзивных групп в практической работе.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, уровень социально-психологической адаптации, старшие дошкольники, дети с ОВЗ, дети с нарушениями зрения, навыки общения, социальные навыки, тревожность, агрессивность, оптимизация темпов социально-психологической адаптации.

**Введение.** С внедрением инклюзивного подхода в российскую систему образования на первый план выходит проблема социально-психологической адаптации детей в учебных учреждениях. Перед отечественным образованием стоит глобальный вопрос: каким образом преобразовать систему так, чтобы обеспечить устойчивое развитие и вариативность образовательных институтов с целью реализации потенциала личности любого ребенка вне зависимости от его стартовых возможностей. Согласно статистике ВОЗ, чаще всего в систему инклюзивного образования включаются дети с сенсорными и двигательными нарушениями. Объединение детей с разными образовательными потребностями и психофизиологическими возможностями в инклюзивные группы приносит ряд специфических проблем, связанных с социально-психологической адаптацией дошкольников, а именно: трудности в организации воспитательно-образовательного процесса; частые случаи агрессивного поведения, повышенная тревожность детей и обострение межличностных отношений. Дети и их родители недостаточно подготовлены к инклюзивной форме образования как в информационном, так и в психологическом плане. Родители детей, посещающих инклюзивные группы, придерживаются необоснованных стереотипов в отношении других детей, что оказывает влияние на сферу социальных отношений старших дошкольников; педагоги не имеют навыков координации совместной игры и двигательной активности дошкольников инклюзивной группы.

Сущность процесса адаптации представлена в концепциях отечественных ученых [5, 7], где она понимается как активность социальной среды и активность личности, ориентированная на разработку принципов и способов взаимодействия, дающих возможность приспособиться к изменившимся социальным условиям. Создание инклюзивной образовательной среды снижает риски сегрегации и изоляции «нестандартных» детей с ограниченными возможностями здоровья. Вместе с тем многими авторами описываются факторы, затрудняю-

щие процессы социально-психологической адаптации разных категорий дошкольников при совместном обучении [2, 5, 8, 9].

**Цель исследования:** определить специфику социально-психологической адаптации детей старшего дошкольного возраста в инклюзивной группе и разработать мероприятия по ее оптимизации.

**Материал и методы.** На сегодняшний день диагностика успешного прохождения социально-психологической адаптации возможна лишь через косвенные признаки. На основании этого были выделены следующие критерии для анализа: уровень развития социальных навыков, уровень развития навыков общения, уровень тревожности и агрессивности старших дошкольников, которые в совокупности характеризуют социально-психологическую адаптацию детей.

Для реализации задач исследования **сформированы группы участников**, в которые вошли дети дошкольного возраста - 317 человек. Из них: 58 детей с нарушением зрения, посещающие инклюзивную группу; 82 ребенка с нормативным зрением, посещающие инклюзивную группу; 61 ребенок, имеющий нарушения зрения, посещающие коррекционную группу; 116 детей с нормативным зрением, посещающие общеобразовательную группу. Их родители (317 человек) и педагоги инклюзивных групп (24 человека) – всего 658 человек. Соотношение детей с нормативным зрением и нарушениями зрения (имеющие направление от ПМПК) в инклюзивных группах в среднем составляет 65% к 35%. В табл. 1 представлены сроки, этапы, содержание (дизайн) исследования.

Таблица 1.

## Дизайн исследования

| ВЫБОРКА                |                          | ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ           |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------|--------------------------|------------------------------|---|-------------|------------------------------------------|---|---|---|-------------------------|----------------------|------------------------------------------|------------------|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Наименование группы    | Подгруппа                | ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП         |   |             | КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭТАП                      |   |   |   |                         | ФОРМИРУЮЩИЙ ЭТАП     |                                          | КОНТРОЛЬНЫЙ ЭТАП |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          | Диагностика детей, родителей |   | социометрия | Диагностика детей, педагогов и родителей |   |   |   | социометрия             | Реализация программы | Диагностика детей, педагогов и родителей |                  |   |   |   | социометрия |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Группа Д1<br>Группа Р1 | Группа Д1а<br>Группа Р1а | Э                            | Э | Э           | Э                                        | Э | Э | Э | участвовали в программе | Э                    | Э                                        | Э                | Э | Э | Э | Э           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        | К                        |                              |   | К           | Э                                        |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             | К | К | Э | К |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Группа Д2<br>Группа Р2 | Группа Д2а<br>Группа Р2а | Э                            | Э | Э           | Э                                        | Э | Э | Э | участвовали в программе | Э                    | Э                                        | Э                | Э | Э | Э | Э           |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Группа Р2              | Группа Д2б<br>Группа Р2б |                              |   | К           | К                                        |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             | Э | К | К | Э | К | К | Э | К |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Группа Д3<br>Группа Р3 |                          | К                            | К | К           | К                                        | К | К | К | участвовали в программе | Э                    | Э                                        | Э                | Э | Э | Э | Э           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Группа Д4<br>Группа Р4 |                          | К                            | К | К           | К                                        | К | К | К | участвовали в программе | Э                    | Э                                        | Э                | Э | Э | Э | Э           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Педагоги               |                          | К                            | К | К           | К                                        | К | К | К | участвовали в программе | Э                    | Э                                        | Э                | Э | Э | Э | Э           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          | К                            | К | К           | К                                        | К | К | К | участвовали в программе | Э                    | Э                                        | Э                | Э | Э | Э | Э           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                        |                          |                              |   |             |                                          |   |   |   |                         |                      |                                          |                  |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Методы исследования.** В исследовании использованы *психодиагностические методики*: «Социальные компетенции дошкольника» (С.В. Кривцова), «Диагностика уровня развития навыков общения» (по М.Я. Басову), «Секрет» (Т.А. Репина), «Определение тревожности у ребенка методом наблюдения» (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко), «Уровень агрессивности ребенка»

(Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко), тест-опросник на тревожность Спилбергера-Ханина, опросник для родителей «Уровень информированности об инклюзии и отношение к инклюзии» (Е.В. Свистунова, Т.В. Луценко), опросник для педагогов «Педагог в инклюзивной группе» (Е.В. Свистунова, Т.В. Луценко) [1, 3, 4, 6, 8, 9].

В рамках исследования составлена *матрица*, позволяющая определить общий уровень социально-психологической адаптации ребенка, на основе выделенных критериев (социальные навыки, навыки общения, уровень тревожности и агрессивности). Принцип построения матрицы базируется на математической оценке уровня социально-психологической адаптации, основанной на распределении уровней по критериям согласно балльным показателям. Она служит основой для выработки стратегии психолого-педагогической поддержки как для каждого ребенка, так и для группы в целом.

В процессе исследования была разработана и реализована программа «Оптимизация социально-психологической адаптации дошкольников в условиях инклюзивной группы (с включением детей с нарушениями зрения)»; на основании показателей двухлетнего исследования доказана ее эффективность.

**Результаты исследования.** На этапе формирования инклюзивных групп, в которые вошли дети с нормативным зрением и дети с нарушениями зрения, были исследованы показатели социально-психологической адаптации дошкольников по выделенным ранее критериям.

Данные, полученные в ходе исследования, рассматривались с двух точек зрения: 1) сравнение по принципу включения в инклюзивную группу и 2) сравнение по принципу наличия либо отсутствия проблем со зрением.

Исходя из совокупности показателей по критериям, каждому ребенку был присвоен низкий, средний или высокий уровень социально-психологической адаптации согласно разработанной *матрице*. Дети с высоким и средним уровнем составляют контингент дошкольников, успешно прошедших процесс социально-психологической адаптации. Определение исходного уровня социально-психологической адаптации позволило в дальнейшем оценить ее динамику.

Итоговые показатели социально-психологической адаптации представлены на рис. 1. Во всех исследуемых группах больше половины дошкольников имеет средний и высокий уровень развития по критериям социальные навыки и навыки общения (в среднем 57%). У значительного числа детей выявлен высокий уровень тревожности и агрессивности (около 40%). Во всех группах встречается крайне мало детей с низкой тревожностью и агрессивностью (3,6%).

Данные исследования на предварительном этапе показали, что количество дошкольников со средним и высоким уровнем социально-психологической адаптации в инклюзивных группах и в группах без инклюзии практически одинаково - 59,6% и 61,6% соответственно. Среди всех дошкольников с нарушениями зрения количество детей со средним и высоким уровнем социально-психологической адаптации 54,1%, среди детей с нормативным зрением - 67,1%. Анализ результатов первичной диагностики показал, что уровень социально-психологической адаптации у детей с нарушениями зрения во всех группах несколько ниже (в среднем на 13,0%), чем у детей с нормативным зрением. Это подтверждается теоретическими знаниями о том, что дети с нарушением



зрения сложнее приспосабливаются к новым условиям и новому окружению. Следовательно, процесс адаптации зависит не только от того, что дети находятся в новой для себя среде, но и от наличия у них нарушений зрения.

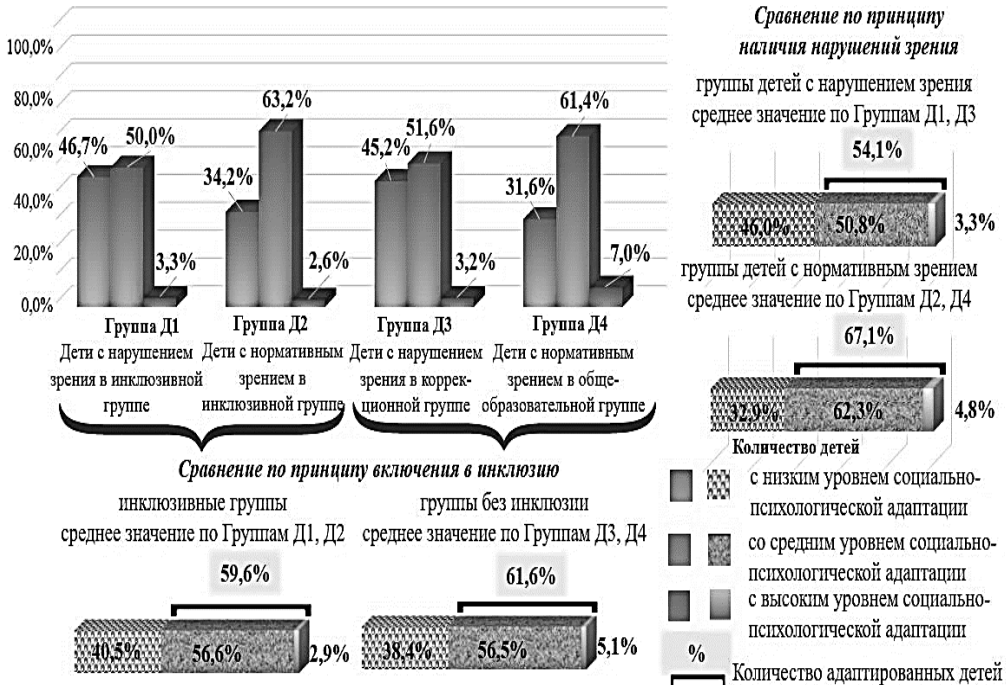


Рисунок 1. Социально-психологическая адаптация детей на предварительном этапе исследования (n=156).

С целью получения информации о взаимодействии дошкольников в инклюзивных группах проведено социометрическое исследование. Полученные данные указывают на практически полное отсутствие совместного общения детей с разным статусом здоровья в процессе игровой деятельности в инклюзивных группах (1-2 взаимовыбора, по сравнению с 10–12 в однородных группах).

Следующим шагом работы изучалась ситуативная тревожность, информированность об инклюзии и отношение к ней **родителей** всех дошкольников с целью оценки их влияния на процесс социально-психологической адаптации детей. Результаты пилотажного исследования позволили увидеть тенденцию влияния состояния родителей на процесс адаптации детей.

Результаты диагностики показали, что в инклюзивных группах родителей с высоким уровнем ситуативной тревожности больше, чем в группах без инклюзии, - 43,4% и 34,4% соответственно. Информированность об инклюзии в 2 раза выше у родителей детей инклюзивных групп, чем у родителей детей в группах без инклюзии (45,4% и 25,7% соответственно), но, тем не менее, хорошо информированными оказалось меньше половины родителей. Разницу в результатах можно объяснить тем, что родители детей с ОВЗ максимально стремятся

социализировать своего ребенка, и больше мотивированы на включение его в инклюзивную группу. Этим обуславливается и сравнительно низкая ситуативная тревожность родителей детей с нарушениями зрения. Родители детей с нормативным зрением относятся к инклюзии настороженно, в этой группе больше всего родителей с негативным отношением к инклюзии (37,7%) по сравнению с группой родителей, имеющих детей с нарушением зрения (29,5%). Они выражают опасения по поводу негативного влияния на воспитательно-образовательный процесс наличия в группе детей с ОВЗ, что может привести к замедлению темпов развития и психологическому дискомфорту их ребенка.

Свое отношение к инклюзии как нейтральное определяют родители, у которых мнение о такой системе образования еще не сформировано, они не могут охарактеризовать его в понятиях положительного либо отрицательного отношения, их мнение об инклюзии может измениться как в одну, так и в другую сторону. Взаимосвязь различных показателей социально-психологической адаптации проанализирована путем расчета критериев корреляции Пирсона.

Результаты корреляционного анализа показали: 1) установленный с помощью «Матрицы» уровень отражает реальное состояние адаптированности детей и находится в тесной зависимости с показателями по отдельным критериям, что подтверждает их правильный выбор ( $r \geq 0,92$ ); 2) выявленные зависимости показывают, что ситуативная тревожность родителей, их информированность и отношение к инклюзии влияют на процесс социально психологической адаптации ребенка ( $r \geq 0,50$ ).

Кроме количественной оценки на всех этапах исследования применялся качественный анализ результатов психологической адаптации детей в инклюзивной группе. Исходя из наблюдений, в коррекционных и общеобразовательных группах, однородных по составу детей, процесс социально-психологической адаптации проходил в нормальном темпе. В то же время в инклюзивных (смешанных) группах процесс социально-психологической адаптации дошкольников протекал достаточно сложно. Выявленные особенности послужили поводом для проведения диагностики через 3 мес. после начала адаптационного процесса с целью определения динамики показателей социально – психологической адаптации (рис. 2). Динамика социально-психологической адаптации показывает, что с сентября по декабрь в инклюзивных группах и в группах без инклюзивного компонента имеет место существенная разница в изменении количества детей со средним уровнем социально психологической адаптации. В инклюзивных группах количество детей со средним уровнем увеличилось всего на 5,9%, в группах без инклюзии - на 30,1% ( $p \leq 0,05$ ). В инклюзивных группах общее количество детей с адекватной социально-психологической адаптацией (со средним и высоким уровнем) составило 66,7% (выросло на 7,1%), в группах без инклюзии - 94,1% (выросло на 32,6%) ( $p \leq 0,01$ ).

Сравнив динамику показателей по контрольным группам, в которых находятся дети только с нарушениями зрения (коррекционные группы) или только дети с нормативным зрением (общеобразовательные группы), видно, что изменения в количестве дошкольников по всем уровням социально-психологической адаптации примерно одинаково (наибольшая разница - 6,2% по среднему уров-

ню). Из этого можно сделать вывод, что от наличия проблем со зрением темпы социально-психологической адаптации зависят незначительно и в основном определяются нахождением ребенка в инклюзивной среде. Исследование показывает, что в инклюзивных группах половина дошкольников дизадаптирована, имеет замедленные темпы развития, затруднения коммуникативных процессов, неадекватные поведенческие реакции, проявления агрессии и вспыльчивость. Таким образом, в течение 3 мес. после начала посещения инклюзивной группы при отсутствии дополнительной адресной многоплановой психологической поддержки темпы социально-психологической адаптации всех дошкольников вне зависимости от проблем со зрением в группах с инклюзией ниже, чем в группах без инклюзии. Данный факт подтверждается многими авторами [5, 7].

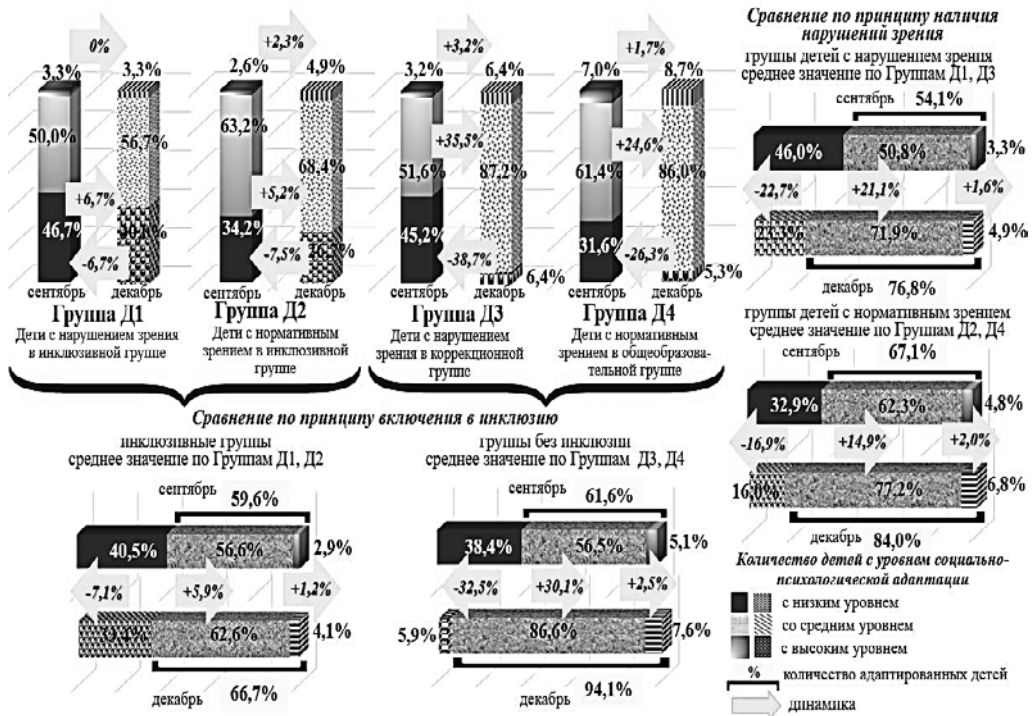


Рисунок 2. Динамика социально-психологической адаптации детей (n=156).

Важным критерием адекватной социально-психологической адаптации также является динамика совместного общения в процессе игровой деятельности. Результаты социометрии показали, что количество взаимовыборов детей с нарушением зрения между собой и детей с нормативным зрением между собой не изменилось и составило по 10 взаимовыборов внутри однородных по составу групп детей, в смешанных группах взаимовыборов было зафиксировано 2. Таким образом, совместного общения среди детей в процессе игровой деятельности практически не наблюдалось.

На основе данных социометрии очевидно, что несмотря на имеющееся у

педагогов профильное образование и опыт работы в коррекционных группах в инклюзивной группе они не смогли организовать адекватную систему внутригруппового взаимодействия детей с разным уровнем сохранности зрения. Учитывая полученные результаты, было проведено дополнительное исследование профессиональной и психологической готовности педагогов к работе в инклюзивных группах, наличия у них практических навыков организации взаимодействия дошкольников в инклюзивной среде. Диагностика компетенций проводилась среди 24 педагогов инклюзивных групп. Данные диагностики педагогов представлены на рис. 3.



Рисунок 3. Готовность педагогов к работе в инклюзивных группах до реализации Программы (n=12)

Результаты проведенной диагностики показали, что большинство педагогов имеет средний уровень профессиональной готовности к работе в инклюзивной группе (58,3%). Количество педагогов с высоким уровнем составило 8,3%. Треть педагогов (33,3%) имеет низкий уровень профессиональной готовности к работе в инклюзивной группе. Данные по критерию психологической готовности педагогов к работе в инклюзивной группе показывают, что большая их часть имеет низкий и средний уровень по этому показателю (по 41,7% в каждой категории), количество педагогов с высоким уровнем готовности незначительное – 16,6%. Уровень владения практическими навыками организации взаимодействия детей в инклюзивной группе оказался низким у большинства педагогов (58,3%). На среднем уровне владения находятся 33,3% педагогов, высокий уровень - у 8,3% педагогов.

Следующей задачей исследования было изучение динамики ситуативной тревожности родителей. Результаты диагностики показывают, что за 3 мес. количество родителей с высокой ситуативной тревожностью в инклюзивных группах возросло до 48,0%, увеличившись на 4,6%. В группах без инклюзии количество тревожащихся родителей составило 6,6%, уменьшившись на 27,8%. Разница в динамике показателей по группам значима при  $p \leq 0,05$  и составляет 23,2%. Возможно, ситуативная тревожность родителей в инклюзивных группах выросла в связи с тем, что родители реагировали на психологический дискомфорт своих де-

тей, связанный с осложненным адаптационным периодом. Родители жаловались педагогам, что дети только после уговоров идут в детский сад, капризны, вспыльчивы. В общеобразовательных и коррекционных группах к концу 3-го месяца ситуативная тревожность родителей практически нормализовалась.

Анализ результатов динамики информированности родителей об инклюзии показывает, что в инклюзивных группах количество родителей с достаточным уровнем информированности выросло на 9,3%. В группах без инклюзии ситуация практически не изменилась, поскольку в них не проводились мероприятия, связанных с просвещением родителей о новых формах образования и самостоятельно родители данным вопросом не интересовались.

Отношение родителей к инклюзии во всех группах в целом немного ухудшилось: родителей с отрицательным настроем стало больше на 4,3% в инклюзивных группах и на 0,9% в группах без инклюзивного компонента. При этом остается большое количество родителей с нейтральным отношением к инклюзии, которое чаще всего проявляется как отрицательное и негативно влияет на адаптационные процессы ребенка. Это объясняется тем, что некоторое количество родителей, которые в анкетах указывают нейтральное отношение, делают это, чтобы не афишировать отрицательное отношение к ней, не желая осложнять коммуникацию с педагогами и другими родителями. Ухудшение мнения об инклюзии наблюдается как среди родителей детей с ОВЗ, так и среди родителей дошкольников без нарушения зрения. Связано это с тем, что их понимание, ожидания и представления об инклюзии не оправдались. В группах к декабрю так и не налажено взаимодействие детей между собой, возникали частые конфликты между здоровыми детьми и детьми с ОВЗ. Педагоги чаще фокусируют внимание на детях с нарушениями зрения, процесс обучения построен в большей степени под их потребности, при этом нормально развивающимся детям дается больше бытовых поручений в группе, на общие мероприятия также привлекаются в основном дети без нарушения зрения.

Количественный анализ результатов за первые 3 мес. исследования позволил констатировать, что темпы адаптации детей в инклюзивных группах примерно в 5 раз ниже, чем у детей в группах без инклюзивного компонента; педагогам необходима помощь в развитии практических навыков по организации совместной деятельности детей с разными уровнями здоровья и психологическая поддержка педагогического коллектива; отношение родителей к инклюзивному образованию в группах с инклюзией ухудшается, растет их ситуативная тревожность и потребность в пополнении знаний об инклюзии и особенностях детей с ОВЗ.

Качественная оценка, полученная с помощью наблюдения, позволила детализировать специфику прохождения социально-психологической адаптации детей в инклюзивной группе и возникающие в ходе адаптации проблемы. Детям с нарушениями зрения по состоянию здоровья, согласно специальным требованиям и данным научной литературы, требуются дополнительные перерывы во время занятий. Однако здоровых дошкольников они отвлекают от образовательного процесса, так как дети привыкли к занятиям в более динамичном темпе. Перерывы для дошкольников с нарушениями зрения направлены

на расслабление/фокусировку зрительного аппарата, тогда как детям с нормативным зрением необходимо снятие излишнего мышечного напряжения без потери фокусировки внимания на предмете занятия. Организацию совместного воспитательно-образовательного процесса осложняет необходимость в индивидуальной ортоптической помощи детям с нарушениями зрения, которая не всегда совместима с общегрупповой деятельностью. Демонстрационный и методический материал для детей с нарушениями зрения больших размеров. В связи с чем в поле зрения детей с нормативным зрением оказывается меньше информационного материала. Во время занятий педагоги в основном ориентируются на потребности детей с нарушениями зрения. В итоге воспитательно-образовательный процесс для всех категорий дошкольников проходит в непривычном темпе и становится менее информативным и насыщенным. Физическая активность ребенка с нарушением зрения ниже, чем у ребенка с нормативным зрением, эмоциональный фон снижен, психофизические реакции замедлены - детям сложнее включаться в любую деятельность, в том числе в общие игры. Разница в скорости реакций и переключения внимания провоцирует трудности в совместной деятельности детей. В инклюзивных группах чаще, чем в других, случаются ссоры между детьми с нарушениями зрения и нормативным зрением и агрессивное поведение детей во время прогулок.

Вместе с описанными особенностями детей отмечалась недостаточная психологическая компетентность педагогов по предотвращению конфликтов между детьми в инклюзивных группах. Педагоги испытывали трудности в организации совместной учебной и игровой деятельности, делали частые замечания в адрес детей, беспокоясь за их безопасность.

При этом педагогами и специалистами проводились стандартные мероприятия, предписанные ФГОС дошкольного образования, призванные ускорить процесс адаптации, но они носили, в большинстве случаев, индивидуальный характер, не обеспечивая группового взаимодействия и сплоченности коллектива. Имеющиеся программы адаптации рассчитаны большей частью на ранний возраст и на приспособление ребенка к условиям образовательного учреждения при переходе в него из среды домашнего воспитания. В связи с этим их применение не обеспечило в полной мере полноценное сопровождение процесса социально-психологической адаптации старших дошкольников в условиях инклюзивной группы.

**Заключение.** Теоретический анализ научных источников и полученные диагностические данные позволили выделить критерии прохождения социально-психологической адаптации детей: социальные навыки, навыки межличностного общения, тревожность и агрессивность. Правильность выбора подтвердилась количественными изменениями показателей по критериям по мере прохождения адаптационных процессов и корреляционной зависимостью уровня социально-психологической адаптации от этих показателей ( $r_{\text{ср}}=0,94$ ).

Было установлено, что социально-психологическая адаптация старших дошкольников в группах с инклюзивным компонентом имеет свою специфику по сравнению с традиционными дошкольными группами, заключающуюся в сниженном темпе развития социальных навыков и навыков межличностного

общения, выраженном проявлении тревожности и агрессивности, селективности выбора детьми партнеров по общению. Доказательной базой является разница в количестве социально-психологически дизадаптированных детей в инклюзивных группах и группах без инклюзивного компонента через 3 мес. после формирования новых дошкольных групп.

Выявлена положительная корреляционная связь между показателями высокого уровня ситуативной тревожности родителей, их недостаточной информированностью по вопросам инклюзии и неустойчивой позицией к ней с показателями низкого уровня сформированности социальных навыков и межличностного общения, высокими показателями тревожности и агрессивности ребенка.

Полученные в экспериментальном исследовании результаты, показали неэффективность организованной педагогами системы внутригруппового взаимодействия детей в инклюзивной группе. Наличие у них профильного образования и опыта работы в дошкольных учреждениях оказалось недостаточным для создания смешанных игровых сообществ детей с нарушениями зрения и детей с нормативным зрением, число которых через 3 мес. после создания инклюзивных групп практически не изменилось.

Перечисленное свидетельствует о необходимости дополнительных действий, направленных на оптимизацию социально-психологической адаптации детей и минимизацию выявленных проблем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Басов М.Я. Избранные психологические произведения. – М.: Наука, 2006. – 568 с.
2. Богаткина О. В. Адаптация детей дошкольного возраста. Проблемы. – М.: Учитель, 2016. – 124 с.
3. Веракса А.Н., Гуторова М.Ф. Практический психолог в детском саду. – М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2010. – 210 с.
4. Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М. Практическая психология для воспитателя. – М.: Речь, 2009. – 29 с.
5. Плаксина Л.И., Сековец Л.С. Коррекционно-развивающая среда в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида: Учебно-методическое пособие. – М.: Элти-Кудиц, 2003. – 112 с.
6. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. О.А. Прохорова. – М.: «Когито-Центр», 2011. — 624 с.
7. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст, 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 192 с.
8. Свистунова Е.В., Шумилова С.В., Нестерова Е.В. Игруем и развиваемся: комплексная психотерапия искусством детей дошкольного возраста: Методическое пособие. – М.: Форум, 2013. – 496 с.
9. Свистунова Е.В. Комплексный подход в организации оказания помощи больному ребенку // Педиатрия. 2010. № 4. – С. 4.
10. Социальные компетенции дошкольника. Служба практической психологии Московской области [Электронный ресурс] М.: ЦППО 2011. – [www.asoumo.ru](http://www.asoumo.ru), [www.psychologia.edu.ru](http://www.psychologia.edu.ru).

## REFERENCES

1. Basov M.Ja. Izbrannye psihologicheskie proizvedenija. – M.: Nauka, 2006. - 568 s.
2. Bogatkina O. V. Adaptacija detej doskol'nogo vozrasta. Problemy. – M.: Uchitel', 2016. – 124 s.
3. Veraksa A.N., Gutorova M.F. Prakticheskij psiholog v detskom sadu. - M.: MOZAIKA-SINTEZ, 2010. – 210 s.
4. Lavrent'eva G.P., Titarenko T.M. Prakticheskaja psihologija dlja vospitatelja. - M.: Rech', 2009. – 29 s
5. Plaksina L.I., Sekovec L.S. Korrekcionno-razvivajushhaja sreda v doskol'nyh obrazovatel'nyh uchrezhdenijah kompensirujushhego vida: Uchebno-metodicheskoe posobie. - M.: Jelti-Kudic, 2003. - 112 s.
6. Praktikum po psihologii sostojanij: Uchebnoe posobie / Pod red. O.A. Prohорова. – M.: «Kogito-Centr», 2011. — 624 s.
7. Prihozhan A.M. Psihologija trevozhnosti: doskol'nyj i shkol'nyj vozrast, 2-e izd. – SPb.: Piter, 2009. – 192 s.
8. Svistunova E.V., Shumilova S.V., Nesterova E.V. Igraem i razvivaemsja: kompleksnaja psihoterapija iskusstvom detej doskol'nogo vozrasta: Metodicheskoe posobie. – M.: Forum, 2013. – 496 s.
9. Svistunova E.V. Kompleksnyj podhod v organizacii okazaniya pomoshhi bol'nomu rebenku // Pediatrija. 2010. № 4. - S. 4.
10. Social'nye kompetencii doskol'nika. Sluzhba prakticheskoy psihologii Moskovskoj oblasti [Elektronnyj resurs] M.: CPPO 2011. - [www.asoumo.ru](http://www.asoumo.ru), [www.psychologia.edu.ru](http://www.psychologia.edu.ru).
11. De Boer A., Pijl S. J., Minnaert A. Regular primary schoolteachers' attitudes towards inclusive education: a review of the literature // International Journal of Inclusive Education. 2011. V. 15, № 3.
12. Graham L. J., Spandagou I. From Vision to Reality: views of primary school principals on inclusive education /. Disability&Society. 2011. Vol. 26, № 2.

**E.V. Svistunova, T.V. Lutsenko**

### EXPERIMENTAL STUDY OF THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PRESCHOOL CHILDREN IN AN INCLUSIVE ENVIRONMENT

**Moscow City Pedagogical University (Moscow).**

**Summary.** The article reflects the features of the socio-psychological adaptation of senior preschoolers in an inclusive group, based on the criteria that characterize it. The relationship between the level of situational anxiety of parents, the level of awareness of inclusion, their relationship to it with the process of passing the socio-psychological adaptation of children is shown. The difficulties faced by the pedagogues of inclusive groups in practical work are described.

**Keywords:** inclusive education, level of social and psychological adaptation, children with visual impairment, senior preschool children, children have a restriction on health, communication skills, social skills, anxiety, aggressiveness, optimization of rates of social and psychological adaptation.



**САМООЦЕНКА ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ, СЛУХА И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА: ОБЩЕЕ И СПЕЦИФИЧНОЕ<sup>1</sup>****ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена» (Санкт-Петербург).**

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования самооценки старших подростков с различными формами дизонтогенеза (нарушения зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата, n=191), обучающихся в специализированных образовательных учреждениях, в сравнении с самооценкой условно здоровых подростков (n=112), обучающихся в общеобразовательных школах. Показано, что количественные и качественные характеристики самооценки подростков с нарушениями развития опосредованы степенью тяжести нарушения (общие тенденции) и его характером (специфичные тенденции).

**Ключевые слова:** самооценка, подростки, подростки с нарушениями зрения, подростки с нарушениями слуха, подростки с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

**Введение.** Становление самосознания и самооценки (одного из его аспектов) традиционно рассматривается как важнейшее направление личностного развития в подростковом возрасте [2, 13 и др.]. В этот период активно развивается обобщенная самооценка и парциальные самооценки отдельных индивидуальных свойств, которые соотносятся с идеальными представлениями о себе, отражаемыми оценками других людей и представлениями о собственных жизненных перспективах. Отмечено, что у подростков с различными формами дизонтогенеза процесс становления самооценки приобретает выраженное качественное и количественное своеобразие. На формирование самооценки таких подростков оказывают существенное влияние факторы, являющиеся вторичными по отношению к нарушениям развития. Среди них, в первую очередь, необходимо назвать ограниченный опыт контактов со сверстниками, сокращающий возможности сравнения себя с ними, а также зависимость от взрослых, в силу которой значимость их оценок имеет больший удельный вес в процессе становления самооценки, в сравнении с условно здоровыми детьми.

Исследования самооценки подростков с различными формами дизонтогенеза довольно многочисленны, однако представленные в них сведения носят противоречивый характер. В соответствии с предметом эмпирического исследования, результаты которого представлены ниже, остановимся на кратком обзоре исследований самооценки подростков с нарушениями зрения, слуха и функций опорно-двигательного аппарата.

В отношении подростков с нарушениями зрения в некоторых исследованиях показано, что для них характерна более низкая самооценка (как актуальная, так и идеальная) [10] на фоне более высокого уровня тревожности [11], неустойчивого эмоционального состояния, проявлений депрессивных

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке РФФИ, проект № 17-06-00336-ОГН.

признаков [1], чем для подростков с сохранным зрением. По результатам других исследований, напротив, утверждается, что у подростков с нарушениями зрения наблюдается неадекватно завышенная самооценка на фоне низкого уровня притязаний [14, 17]. Вероятно, эти противоречия обусловлены различиями в степени тяжести нарушений и также условий социализации подростков, составивших выборки в соответствующих исследованиях. Так, имеются данные о существенных различиях самооценки слепых и слабовидящих подростков [5, 7], а также подростков с нарушениями зрения, обучающихся в специализированных и общеобразовательных школах [8].

В исследованиях самооценки подростков с нарушениями слуха констатируется, что слабослышащие подростки в целом характеризуются неадекватно заниженным уровнем самооценки [3, 4]. С другой стороны, имеются данные о том, что к старшему подростковому возрасту самооценки подростков с нарушениями слуха становятся более адекватным и устойчивыми [16]. Показано, что существенное влияние на характер самооценки подростков с нарушениями слуха оказывают степень тяжести нарушений, а также наличие или отсутствие аналогичных нарушений у их родителей [18].

У подростков с нарушениями двигательных функций отмечаются неадекватно завышенная самооценка и уровень притязаний [15] или же, напротив, заниженная самооценка [6, 12, 19]. Установлено, что самооценка таких подростков во многом определяется степенью тяжести двигательных нарушений, а также отношением к ним [9].

Обобщая, отметим, что, несмотря на описанные противоречия, можно констатировать, что имеющиеся в литературе данные указывают на некоторые общие моменты, характеризующие самооценку подростков с различными формами дизонтогенеза. К их числу относятся: 1) неадекватность самооценки; 2) опосредованность процесса формирования самооценки характеристиками социальной ситуации развития подростка; 3) опосредованность характера самооценки степенью тяжести нарушений развития. Перечисленные особенности самооценки подростков с нарушениями развития определяются вторичным характером нарушений личностного развития в условиях дизонтогенеза. Однако можно предполагать, что определенный вклад в формирование самооценки вносит и своеобразие первичного нарушения. Для выявления общего и специфичного в формировании самооценки подростков с различными формами дизонтогенеза представляется целесообразным изучить с применением единой методологии самооценку подростков с различными нарушениями развития, учитывая такие факторы, как степень тяжести нарушений и характеристики социальной ситуации развития.

**Программа исследования.** Цель проведенного нами эмпирического исследования заключалась в выявлении общего и специфичного в характеристике самооценки старших подростков с различными формами дизонтогенеза, обучающихся в специализированных учебных заведениях. В исследовании принял участие 191 подросток с различными формами дизонтогенеза в возрасте 13-16 лет, обучающийся в специализированных образовательных учреждениях, с сохранным интеллектом, в том числе 61 подросток с нарушениями зрения (НЗр), 63 подростка с нарушениями слуха (НСл) и 67 подростков с нарушениями функций опорно-

двигательного аппарата (НОДА). В выборку подростков с нарушениями зрения вошли 39 слабослышащих и 22 слепых подростка. Выборку испытуемых с нарушениями слуха составили 26 слабослышащих и 37 глухих подростков. В выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата для 34 характерны умеренные нарушения двигательных функций (могут передвигаться без посторонней помощи и специальных устройств), 33 характеризуются тяжелыми нарушениями (не могут передвигаться без посторонней помощи и специальных устройств). Группу сравнения составили 112 условно здоровых подростков в возрасте 13-16 лет, обучающиеся в общеобразовательных школах.

Для сбора эмпирических данных использовались Шкала самооценки Дж. Манастера в адаптации Е.В. Сидоренко (параметры «актуальная самооценка», «отраженная самооценка», «максимальная самооценка», «перспективная самооценка», «идеальная самооценка», 100-балльная шкала) и Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн (параметры «интеллект», «характер», «счастье», 100-балльная шкала). Для математической обработки применялся метод критерияльного (критерий Краскала-Уоллиса  $H$  и критерий Манна-Уитни  $Z$ ), корреляционного (коэффициент корреляции Спирмена  $r_s$ ) и факторного (метод главных компонент с Varimax-вращением) анализа.

**Результаты.** В табл. 1 представлены результаты исследования обобщенной самооценки подростков с различными формами дизонтогенеза, полученные с помощью Шкалы самооценки Дж. Манастера.

Таблица 1.

Средние значения показателей обобщенной самооценки в выборках подростков с различными формами дизонтогенеза

| Самооценка    | Средние значения в выборках |       |       |       | Различия ( $H/p <$ ) |
|---------------|-----------------------------|-------|-------|-------|----------------------|
|               | НОДА                        | НЗр   | НСл   | УЗ    |                      |
| актуальная    | 64,74                       | 65,15 | 66,48 | 63,81 | -                    |
| отраженная    | 62,09                       | 62,26 | 63,05 | 63,75 | -                    |
| максимальная  | 88,24                       | 90,75 | 73,34 | 88,43 | 33,94/0,001          |
| перспективная | 79,97                       | 80,17 | 68,19 | 70,16 | 9,65/0,05            |
| идеальная     | 89,31                       | 85,04 | 78,53 | 81,26 | -                    |

Как видно из табл. 1, показатели, характеризующие актуальную, отраженную и идеальную самооценку подростков с различными формами дизонтогенеза, не имеют достоверных различий с аналогичными показателями, полученными в выборке условно здоровых подростков. Показатели перспективной самооценки оказались достоверно более высокими в выборках подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и с нарушениями зрения (в сравнении с выборкой условно здоровых подростков,  $Z=2,03$  при  $p<0,05$  и  $Z=2,07$  при  $p<0,05$  соответственно). В различия по параметру «максимальная самооценка» наибольший вклад вносит выборка подростков с нарушениями слуха, в которой соответствующий показатель достоверно ниже, чем в выборке условно здоровых сверстников ( $Z=4,55$  при  $p<0,001$ ).

На основе сравнения показателей актуальной, максимальной, перспективной и идеальной самооценок можно утверждать, что для подростков с наруше-

ниями двигательных функций и нарушениями зрения в целом характерен завышенный уровень притязаний, тогда как у подростков с нарушениями слуха уровень притязаний аналогичен выборке условно здоровых испытуемых. В целом профиль обобщенных самооценок у подростков с нарушениями слуха в большей степени схож с аналогичным профилем, полученным в выборке условно здоровых сверстников, в сравнении с подростками с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и нарушениями зрения.

Интересно, что отраженная самооценка, которая характеризует восприятие подростками отношения к себе со стороны других людей, являющихся для них значимыми, у подростков с различными формами дизонтогенеза ниже, чем у их условно здоровых сверстников ( $Z=2,13$  при  $p<0,05$  для выборки подростков с нарушениями зрения,  $Z=2,34$  при  $p<0,05$  для выборки подростков с нарушениями слуха, различия в выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – на уровне выраженной тенденции,  $p<0,09$ ). Таким образом, подростки с нарушениями развития склонны считать, что окружающие недооценивают их, в то время как в выборке условно здоровых подростков данной тенденции не наблюдается.

Анализ показателей обобщенной самооценки с учетом степени выраженности нарушений позволяет утверждать, что занижение отраженной самооценки в большей степени характерно для подростков с умеренными нарушениями развития, тогда как в случае тяжелых нарушений другим людям, напротив, приписываются более высокие оценки, превышающие актуальную самооценку (см. табл. 2). Внутригрупповые различия по этому параметру достоверны для выборок подростков с нарушениями зрения ( $Z=2,27$  при  $p<0,05$ ) и слуха ( $Z=2,96$  при  $p<0,01$ ), в выборке подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата различия представлены на уровне тенденции.

Таблица 2.

Средние значения показателей обобщенной самооценки в выборках подростков с различными формами дизонтогенеза с различной тяжестью нарушений (УН – умеренные нарушения, ТН – тяжелые нарушения)

| Самооценка    | Средние значения в выборках |       |       |       |       |       |
|---------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|               | НОДА                        |       | НЗр   |       | НСл   |       |
|               | УН                          | ТН    | УН    | ТН    | УН    | ТН    |
| Актуальная    | 66,18                       | 65,34 | 63,74 | 64,10 | 65,32 | 66,62 |
| Отраженная    | 63,28                       | 65,97 | 59,63 | 66,87 | 53,52 | 69,81 |
| Максимальная  | 86,66                       | 90,01 | 89,03 | 93,75 | 71,92 | 74,30 |
| Перспективная | 81,68                       | 77,86 | 79,01 | 82,20 | 70,60 | 66,57 |
| Идеальная     | 88,37                       | 90,55 | 82,97 | 88,65 | 73,73 | 81,89 |

Других статистически значимых различий между подгруппами, различающимися по степени выраженности нарушений, выявлено не было, однако можно отметить, что идеальная и максимальная самооценки в целом выше в подгруппах подростков с тяжелыми нарушениями, и разрыв между ними и актуальной самооценкой больше. На этом основании можно утверждать, что завышенный уровень притязаний в большей степени характерен для подростков с тяжелыми наруше-

ниями (в том числе и в случае подростков с нарушениями слуха, чего не было отмечено при анализе этой выборки без ее разделения на подгруппы по степени тяжести нарушений), в то время как профили самооценок подростков с умеренными нарушениями в большей степени схожи с профилем самооценок условно здоровых сверстников. Профили самооценок подростков с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и зрения практически полностью соответствуют профилю, полученному на материале группы условно здоровых подростков, тогда как в выборке подростков с умеренными нарушениями зрения наблюдается снижение показателей максимальной и идеальной самооценки.

В ходе анализа результатов было установлено, что частные самооценки подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и слуха достоверно ниже, чем в выборке условно здоровых подростков ( $4,88 < Z < 8,55$  при  $p < 0,001$  для выборки НОДА и  $2,39 < Z < 4,97$  при  $p < 0,05$  для выборки подростков НСл). Самооценки подростков с нарушениями зрения значимых различий с аналогичными показателями, полученными в группе условно здоровых сверстников, не показали (методика Дембо-Рубинштейн, см. табл. 3).

Таблица 3.

Средние значения показателей частных самооценок в выборках подростков с различными формами дизонтогенеза (А – актуальная самооценка, УП – уровень притязаний)

| Самооценка     | Средние значения в выборках |       |       |       | Различия<br>(Н/р<) |
|----------------|-----------------------------|-------|-------|-------|--------------------|
|                | НОДА                        | НЗр   | НСл   | УЗ    |                    |
| Интеллект (А)  | 25,45                       | 69,98 | 66,82 | 69,19 | 99,97/0,001        |
| Интеллект (УП) | 80,87                       | 92,00 | 78,97 | 92,42 | 59,49/0,001        |
| Характер (А)   | 22,50                       | 63,52 | 65,01 | 67,89 | 107,47/0,001       |
| Характер (УП)  | 77,77                       | 82,22 | 75,92 | 85,38 | 58,66/0,001        |
| Счастье (А)    | 20,79                       | 78,96 | 67,92 | 74,53 | 99,49/0,001        |
| Счастье (УП)   | 86,13                       | 94,91 | 75,48 | 90,57 | 12,40/0,01         |

Интересно, что в отличие от показателей обобщенных самооценок, достоверных различий между подгруппами подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями обнаружено не было. На этом основании было выдвинуто предположение о том, что взаимосвязи обобщенных и частных самооценок в исследуемых выборках различаются. Это предположение подтвердилось в ходе корреляционного и факторного анализа.

Факторизация результатов, полученных в выборке условно здоровых подростков, позволила выделить три фактора с суммарной дисперсией 64,4%. В первый фактор, названный нами «актуальная самооценка» (28,0%) вошли такие переменные, как актуальная самооценка интеллекта (0,61), актуальная самооценка счастья (0,54), актуальная обобщенная самооценка (0,83), максимальная самооценка (0,79) и перспективная самооценка (0,71). Второй фактор, «идеальная самооценка» (24,9%), составили показатели идеальной самооценки по параметрам «интеллект» (0,57), «характер» (0,50) и «счастье» (0,49), а также обобщенной идеальной самооценки (0,76). Третий фактор, «самооценка характера» (11,4%), объединил показатели отраженной самооценки (0,57) и актуальной самооценки характера

(0,70). На основании этих результатов можно утверждать, что частные самооценки условно здоровых подростков, как актуальные, так и идеальные, находятся в прямых взаимосвязях с соответствующими обобщенными самооценками и вносят вклад в их формирование; самооценка характера в этой выборке во многом определяется отраженными оценками значимых других.

В выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата была получена принципиально иная картина. В первый фактор «обобщенная самооценка» (25,2%) попали все показатели, полученные с помощью шкалы Манастера (факторные нагрузки от 0,68 до 0,83). Второй фактор составили показатели актуальных частных самооценок (21,3%, факторные нагрузки от 0,83 до 0,89). В третий фактор вошли показатели идеальных частных самооценок (20,7%, факторные нагрузки от 0,81 до 0,89). Эти результаты наглядно иллюстрируют тот факт, что обобщенная и частные самооценки подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны слабо, и обобщенные самооценки в этой выборке зачастую не подкреплены оценками конкретных сторон своей личности.

Факторные структуры, полученные на материале выборок подростков с нарушениями зрения и слуха, оказались не интерпретируемыми, несмотря на то, что результаты факторизации могут быть признаны достоверными (суммарная дисперсия составляет 62,8% и 63,6% соответственно). Вероятно, за этим результатом кроется разнообразие вариантов взаимосвязей частных и обобщенных самооценок в данных выборках, например, варьирующееся в зависимости от степени выраженности нарушений. Относительная малочисленность подгрупп не позволила подтвердить это предположение методом факторного анализа. Выдвинутая гипотеза была частично подтверждена с помощью корреляционного анализа, который позволил выявить в выборке слабовидящих и слабослышащих подростков довольно тесные взаимосвязи между обобщенными и частными самооценками ( $0,32 < r_s < 0,67$  при  $p < 0,05$ ), а в выборках подростков с тяжелыми нарушениями зрения и слуха – тесные взаимосвязи отдельно для частных и обобщенных самооценок ( $0,34 < r_s < 0,62$  при  $p < 0,05$ ), однако практически полное отсутствие взаимосвязей между ними (если в выборках слабовидящих и слабослышащих подростков насчитывается соответственно 9 и 7 положительных корреляционных взаимосвязей между обобщенными и частными самооценками, то в выборках подростков с тяжелыми нарушениями зрения и слуха таких взаимосвязей всего 3 и 2).

**Выводы.** Наше исследование позволило выделить общие и специфичные характеристики самооценки подростков с различными формами дизонтогенеза, обучающихся в специализированных учебных заведениях. Показано, что самооценка подростков с нарушениями зрения, слуха и функций опорно-двигательного аппарата в целом отличается от самооценки их условно здоровых сверстников. Эти различия носят преимущественно качественный характер и заключаются в слабой взаимосвязанности обобщенных и частных самооценок, причем соответствующая тенденция значительно более выражена в случае тяжелых нарушений в сравнении с нарушениями умеренной степени тяжести. Также установлено, что для подростков с различными формами дизонтогенеза в случае умеренных нарушений характерно снижение самооценки, прежде всего в аспекте отраженной самооценки, в

случае тяжелых нарушений самооценка, наоборот, чаще завышается. В целом профили самооценок подростков с умеренными нарушениями в большей степени схожи с профилем самооценок условно здоровых сверстников.

В то же время обнаружены некоторые специфические характеристики самооценок подростков с различными формами дизонтогенеза. В частности, результаты исследования показали, что для подростков с нарушениями зрения и с нарушениями двигательных функций характерен завышенный уровень притязаний, тогда как у подростков с нарушениями слуха этой тенденции не наблюдается. У подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата отмечается крайне низкий уровень частных актуальных самооценок, которые, однако, не оказывают существенного влияния на обобщенную самооценку. Выявленные низкие значения частных самооценок подростков с нарушениями слуха, напротив, могут оказывать влияние на снижение их обобщенной самооценки.

В заключение еще раз подчеркнем, что полученные результаты позволяют охарактеризовать самооценку подростков, обучающихся в специализированных учебных заведениях. Опираясь на данные, представленные в литературе, можно предполагать, что в случае, когда подростки с различными формами дизонтогенеза обучаются в общеобразовательных школах, формирование их самооценки происходит в соответствии с иными закономерностями. Это предположение требует отдельной эмпирической проверки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Архиповская О.А. Особенности личности при нарушениях зрения в подросткового-юношеском возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016. № 3. С. 86-89.
2. Бороздина Л.В. Теоретико-экспериментальное исследование самооценки : автореферат дис. ... д. пс. н. М., 1999. 46 с.
3. Вагизова Ф.А., Гаврилюк О.А. Психологические аспекты формирования самооценки подростков с нарушениями слуха // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 3. С. 37-38.
4. Вольхин Э.А. Особенности проблемы самооценки подростков, имеющих дефект слуха // Наука и образование: новое время. 2016. № 1. С. 73-74.
5. Голикова А.А., Кучинский В.Ф. Самоотношение подростков с разной степенью выраженности нарушений зрения // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 44-50.
6. Донцова И.В. Взаимосвязь здорового образа жизни и самооценки личности у подростков с детским церебральным параличом // Современные аспекты формирования здорового образа жизни. Новосибирск: Сибмедииздат, 2017. С. 65-69.
7. Журавлева М.В. К вопросу об изучении идентификации у слабовидящих подростков // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2016. № 2 (28). С. 40-50.
8. Зябкина И.В., Рябуха К.С. Особенности самооценки и уровня притязаний у слабовидящих подростков // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета: Педагогика. Психология. 2017. № 4 (10). С. 70-74.
9. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при ДЦП. К.: Вица школа, 1987. 269 с.
10. Капитанаки В.Е., Пыж Н.А. Защитно-совладающее поведение и само-

оценка слабовидящих подростков, воспитывающихся в школе-интернате // Психология XXI века. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2015. С. 121-126.

11. Карауш И.С., Куприянов И.Е. Тревога и особенности психического статуса учащихся коррекционных школ с нарушениями слуха и зрения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016. № 1. С. 38-48.

12. Колчина А.Г. Роль самооценки в становлении личности подростка с церебральным параличом // Известия Саратовского университета: Философия. Психология. Педагогика. 2015. Т. 15. № 2. С. 36-39.

13. Кон И.С. В поисках себя. Личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984. 151 с.

14. Конева И.А., Карпушкина Н.В. Оптимизация самосознания подростков с нарушениями зрения средствами формирующего эксперимента // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 1. С. 82-85.

15. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Академия, 2001. 192 с.

16. Прилепская Т.Н. Особенности самооценки и уровня притязаний у глухих и слышащих школьников // Дефектология. 1989. № 5. С. 26-32.

17. Рябуха К.С., Ушакова В.Р. Особенности самооценки и уровень притязаний у подростков с нарушением зрения // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета: Педагогика. Психология. 2016. № 1(3). С. 132-137.

18. Смирнова С.И. Особенности самооценки у детей и подростков с отклонениями развития в исследованиях по специальной психологии // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2009. № 2. С. 131-153.

19. Тимофеева И.В. Образ тела как компонент «Я-концепции» личности детей с детским церебральным параличом // Вестник Адыгейского государственного университета: Педагогика и психология. 2011. № 4. С. 99-105.

#### REFERENCES:

1. Arhipovskaja O.A. Osobennosti lichnosti pri narushenijah zrenija v podrostkovogo-junosheskom vozraste // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016. № 3. S. 86-89.

2. Borozdina L.V. Teoretiko-jeksperimental'noe issledovanie samoocenki : avto-referat dis. ... d. ps. n. M., 1999. 46 s.

3. Vagizova F.A., Gavriljuk O.A. Psihologicheskie aspekty formirova-nija samoocenki podrostkov s narushenijami sluha // Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2010. № 3. S. 37-38.

4. Vol'hin Je.A. Osobennosti problemy samoocenki podrostkov, imeju-shhih defekt sluha // Nauka i obrazovanie: novoe vremja. 2016. № 1. S. 73-74.

5. Golikova A.A., Kuchinskij V.F. Samootnoshenie podrostkov s raznoj stepen'ju vyrazhennosti narushenij zrenija // Sovremennye problemy nauki i obrazovani-ja. 2015. № 4. S. 44-50.

6. Doncova I.V. Vzaimosvjaz' zdorovogo obraza zhizni i samoocenki lichnosti u podrostkov s detskim cerebral'nym paralichom // Sovremennye aspekty formirovani-ja zdorovogo obraza zhizni. Novosibirsk: Sibmedizdat, 2017. S. 65-69.

7. Zhuravleva M.V. K voprosu ob izuchenii identifikacii u slabovidja-shhih po-drostkov // Korrekcionnaja pedagogika: teorija i praktika. 2016. № 2 (28). S. 40-50.



8. Zjabkina I.V., Rjabuha K.S. Osobennosti samoocenki i urovnja pritzazaniy u slabovidjashhih podrostkov // Uchenye zapiski Krymskogo inzhenerno-pedagogicheskogo universiteta: Pedagogika. Psihologija. 2017. № 4 (10). S. 70-74.
9. Kalizhnjuk Je.S. Psihicheskie narusheniya pri DCP. K.: Vica shkola, 1987. 269 s.
10. Kapitanaki V.E., Pyzh N.A. Zashhitno-sovladajushhee povedenie i samoocenka slabovidjashhih podrostkov, vospityvajushhihsja v shkole-internate // Psihologija XXI veka. SPb.: LGU im. A.S. Pushkina, 2015. S. 121-126.
11. Karaush I.S., Kuprijanov I.E. Trevoga i osobennosti psihicheskogo statusa uchashhihsja korrekcionnyh shkol s narushenijami sluha i zrenija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016. № 1. S. 38-48.
12. Kolchina A.G. Rol' samoocenki v stanovlenii lichnosti podrostka s cerebral'nym paralichom // Izvestija Saratovskogo universiteta: Filoso-fija. Psihologija. Pedagogika. 2015. T. 15. № 2. S. 36-39.
13. Kon I.S. V poiskah sebja. Lichnost' i ee samosoznanie. M.: Politiz-dat, 1984. 151 s.
14. Koneva I.A., Karpushkina N.V. Optimizacija samosoznaniya podrostkov s narushenijami zrenija sredstvami formirujushhego jeksperimenta // Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija. 2016. № 1. S. 82-85.
15. Levchenko I.Ju., Prihod'ko O.G. Tehnologii obuchenija i vospitanija detej s narushenijami oporno-dvigatel'nogo apparata. M.: Akademija, 2001. 192 s.
16. Prilepskaja T.N. Osobennosti samoocenki i urovnja pritzazaniy u gluhih i slyshashhih shkol'nikov // Defektologija. 1989. № 5. S. 26-32.
17. Rjabuha K.S., Ushakova V.R. Osobennosti samoocenki i uroven' pritzazaniy u podrostkov s narusheniem zrenija // Uchenye zapiski Krymskogo inzhenerno-pedagogicheskogo universiteta: Pedagogika. Psihologija. 2016. № 1(3). S. 132-137.
18. Smirnova S.I. Osobennosti samoocenki u detej i podrostkov s ot-klonenijami razvitija v issledovanijah po special'noj psihologii // Vestnik Vjatskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta. 2009. № 2. S. 131-153.
19. Timofeeva I.V. Obraz tela kak komponent «Ja-koncepcii» lichnosti detej s detskim cerebral'nym paralichom // Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta: Pedagogika i psihologija. 2011. № 4. S. 99-105.

**I. A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva**

### **SELF-ESTEEM OF ADOLESCENTS WITH VISUAL, HEARING AND MOTOR IMPAIRMENTS: GENERAL AND SPECIFIC CHARACTERISTICS**

**Herzen State Pedagogical University of Russia (St.-Petersburg).**

**Summary.** The article presents the study of the self-assessment of adolescents with various dysontogenesis (visual, hearing and motor impairments, n=191), which are learners of specialized schools, in comparison with healthy adolescents (n=112). The results show that the quantitative and qualitative characteristics of adolescents' self-assessment are mediated by the severity of the impairment (general trends) and its nature (specific trends).

**Keywords:** self-esteem, adolescents, adolescents with visual impairments, adolescents with hearing impairments, adolescents with motor impairments.

## СВЯЗЬ СОЦИОМЕТРИЧЕСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-АКТЕРОВ<sup>2</sup>

ФГБНУ «Институт управления образованием Российской академии образования» (Москва).

**Резюме.** Представлены результаты исследования особенностей социометрических выборов у студентов театрального колледжа в различных сферах проявления социальной активности. Обсуждаются данные анализа, направленного на выявление связей между социометрическими статусами и личностными характеристиками на разных этапах обучения актерскому мастерству. Показано своеобразие содержательных связей различных видов социометрических предпочтений (организационное лидерство, межличностные отношения, совместная творческая деятельность) с личностными характеристиками по тесту 16 PF.

**Ключевые слова:** актерская одаренность, профессиональный отбор, социометрия, педагогическая оценка, личностные особенности.

Исследования, посвященные особенностям психологии актера, как правило, сориентированы на изучение своеобразия либо отдельных психических функций – мышления, воли, воображения, памяти, эмоциональной сферы [8, 16], либо структуры личности – ее мотивационной сферы, Я-концепции, способностей, ценностных ориентаций [1, 6, 15]. Наиболее эффективным в изучении актерской одаренности является комплексный подход, сочетающий диагностику творческих способностей, анализ личностных и психофизиологических особенностей, а также выявление специфики профессиональной актерской деятельности [2, 7, 9, 13, 14]. В этой связи заметим, что именно процесс обучения профессии актера представляет, с психологической точки зрения, особый интерес, поскольку «проекция деятельности в плоскость ее усвоения» позволяет рассмотреть в развернутом виде ее структуру и специфические особенности [3]. Это соображение является основополагающим при разработке нашей программы лонгитюдного психологического исследования ранней профессионализации актера [9].

Характеризуя своеобразие процесса обучения актерской деятельности, отметим, что одним из важнейших компонентов здесь является активное взаимодействие педагогов и студентов: обсуждение драматургического материала, острых социальных тем, политики, событий собственной жизни, реальных межличностных конфликтов, а также произведений литературы, кино, музыки и др. Понятно, что такое содержательное общение строится на основе социально-психологических процессов и механизмов, обуславливающих групповое взаимодействие. В этой связи отметим три момента, где особенности группового взаимодействия могут оказывать существенное влияние.

---

<sup>2</sup>Статья выполнена при поддержке РФФИ Проект №18-013-00805А «Особенности личностных изменений и профессиональной социализации в процессе освоения актерской профессии»

- организация творческого процесса;
- оценка учебной успешности;
- организация группового взаимодействия;

Отмеченные моменты позволяют сформулировать **первую гипотезу** исследования. Можно предположить, что социометрический статус, определяющий выбор партнера для участия в совместной творческой деятельности, тесно коррелирует как с социометрическим выбором относительно ситуаций межличностного общения, так и с педагогической оценкой успешности по актерскому мастерству.

Помимо этого специальный интерес представляет традиционный вопрос о значимости тех или иных личностных характеристик при освоении актерской профессии. В ряде наших предыдущих работ [5, 10, 11, 12] были подробно рассмотрены вопросы, касающиеся роли личностных особенностей в ситуациях как отбора абитуриентов, так и отчисления студентов из театрального колледжа. Вместе с тем в рамках настоящей статьи данный вопрос будет рассмотрен в иной плоскости. Здесь мы попытаемся выявить взаимосвязи личностных характеристик с различными социометрическими статусами. В этой связи можно выдвинуть **вторую гипотезу** исследования: социометрический статус в различных сферах внутригруппового взаимодействия связан с разными комплексами личностных характеристик.

**Выборка.** В исследовании приняли участие студенты ГБОУ СПО г. Москвы «Московский театральный колледж при Московском театре под руководством О.П. Табакова». Оно проводилось с 2010 г. по 2018 г. В настоящей статье используются данные обследования студентов в возрасте 14-18 лет, обучавшихся на различных курсах: 1 курс – 142 человека, 2 курс – 79 человек, 3 курс – 63 человека, 4 курс – 47 человек.

**Методики.** Изучение внутригрупповых отношений проводилось с помощью метода социометрии. Студентам предлагались различные ситуации взаимоотношений, относительно которых они должны были указать по три как наиболее, так и наименее предпочитаемых сокурсника.

Ситуации, использованные при проведении социометрического исследования можно разделить на три блока: учебная деятельность, групповое лидерство, межличностное общение.

Специфическая особенность учебной деятельности студентов театрального колледжа состоит в том, что им необходимо осваивать как дисциплины профессионального цикла, так и ряд общеобразовательных школьных предметов. Поэтому для получения общей картины взаимоотношений студентов в учебной деятельности было предложено два вопроса: «Кого из своих сокурсников Вы попросили бы помочь в подготовке к занятиям *по общеобразовательным предметам?*» и «С кем из своих сокурсников Вы в первую очередь будете участвовать в одном отрывке, поставите *совместный этюд?*».

Для исследования группового лидерства выделялись также две ситуации взаимодействия. Одна из них касается выбора старосты курса. Другая ситуация связана с большим количеством самостоятельных творческих заданий, где актуальными становятся навыки организации и самоорганизации студентов. В этой связи были сформулированы два вопроса: «Кто из сокурсников лучше выполнит функции старосты?» и «У кого из Ваших сокурсников более всего, по

Вашему мнению, развиты организаторские способности?»).

Третий блок вопросов касался межличностного общения и симпатий студентов. Здесь предлагались два вопроса. Первый посвящен выявлению наиболее авторитетных и значимых членов коллектива: «К кому в своей группе Вы обратились бы за советом в трудной ситуации?». Второй позволяет оценить популярность каждого студента: «С кем из сокурсников Вы бы провели свободный день?»).

Помимо выявления социометрических выборов для изучения личностных особенностей студентов-актеров использовался многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16 PF. Тест хорошо известен в профессиональной среде и не нуждается в подробном описании [4]. Заметим, что опросник Кеттелла 16 PF использовался нами ранее в исследовании будущих актеров и показал свою диагностическую валидность [9]. Он был также включен в ряд программ по диагностике профессионально важных качеств студента-актера у других авторов [2, 7].

*1. Особенности внутригруппового оценивания.* Специфика организации учебного процесса в театральном колледже предполагает активное взаимодействие педагогов и студентов, большое количество творческих самостоятельных работ, для выполнения которых учащимся необходимо проявить навыки самоорганизации, межличностного и делового взаимодействия. В этой связи обратимся к результатам анализа взаимосвязей описанных выше шести показателей социометрического статуса в разных сферах проявления социальной активности студентов-актеров.

Для выявления взаимосвязей между данными показателями был проведен специальный факторный анализ относительно всех этапов обучения (на первом, втором, третьем и четвертом курсах). С этой целью были сформированы четыре сводных возрастных матрицы данных (по одной для каждой учебной параллели). Столбцы матрицы обозначали шесть перечисленных выше видов социометрических показателей, строки же фиксировали фамилии студентов. В ячейках матрицы (пересечение столбца и строки) размещались нормированные относительно десятибалльной шкалы оценки студента-актера по соответствующему социометрическому показателю. Исходные матрицы данных для каждого курса были факторизованы с использованием метода Главных компонент с последующим вращением Varimax Кайзера. В результате было выделено три устойчивых группы взаимосвязей показателей социометрических выборов (факторы F1, F2, F3), которые остаются неизменными в течение обучения студентов в театральном колледже (рис. 1).



Рисунок 1. Структура инвариантных факторов, выделенных для студентов-актеров разных курсов.

---

Рассмотрим представленные на рис. 1 факторы более подробно.

*Фактор F1.* Обращает на себя внимание объединение в этом факторе двух социометрических показателей, описывающих межличностные отношения («обратиться за советом» и «свободный день»), с выбором партнера для совместной творческой деятельности («совместный этюд»). Подобный результат свидетельствует о том, что в процессе освоения профессии студенты активно используют ресурсы и потенциал своих межличностных отношений с однокурсниками. Заметим, что данная устойчивая корреляция в целом подтверждает выдвинутую первую гипотезу.

*Фактор F2.* Он фиксирует достаточно ожидаемую связь частоты выборов на должность старосты с выборами, касающимися организационных способностей. Вместе с тем подобная корреляция свидетельствует о том, что оценка возможностей для занятия позиции формального лидера учебной группы (староста) и неформального (наличие хороших организационных способностей) статистически не связаны с выборами относительно других сфер проявления активности студентов: ни с межличностным общением, ни с профессиональной деятельностью (этиюд), ни с академической учебной деятельностью.

*Фактор F3.* Важно отметить, что такой социометрический показатель, как «помощь по общеобразовательным предметам», который и определяет данный фактор, не имеет значимых связей с другими сферами социальной активности. Это дает основание к выводу о том, что общеобразовательная учебная деятельность при ранней профессионализации, направленной на развитие одаренности в определенной области, оказывается не связанной ни с деятельностью по освоению профессии, ни с межличностными отношениями, ни с организационным лидерством. Иными словами, она оценивается студентами-актерами как внешняя по отношению к их жизненным интересам и склонностям.

В соответствии с первой гипотезой также важно рассмотреть и вопрос о связи различных социометрических показателей с успешностью обучения по актерскому мастерству. С этой целью был проведен дополнительный факторный анализ для подвыборки студентов-актеров первого курса. Здесь в исходную матрицу данных был добавлен показатель, фиксирующий педагогические оценки по дисциплине «Актерское мастерство» для каждого студента. В результате факторного анализа было выявлено, что педагогическая оценка положительно связана с социометрическими показателями, вошедшими в структуру фактора F1: «обратиться за советом», «свободный день», «совместный этюд».

Полученный результат, на наш взгляд, имеет принципиальное значение. Он фиксирует, что педагогическая оценка успешности студентов в освоении актерского мастерства выступает в качестве устойчивой содержательной доминанты. Так, оценка педагога определяет лидерство/отверженность не только в профессиональной сфере («совместный этюд»), но и оказывает существенное влияние на социальный статус учащихся в сфере их межличностного общения («обратиться за советом», «свободный день»).

Поскольку в данном случае выявлены корреляционные взаимосвязи, то полученный результат позволяет также сделать вывод о том, что при выставлении педагогами оценки по актерскому мастерству ими учитывается и потенциал

межличностных отношений студента со своими сокурсниками. Более того, можно полагать, что и сами педагоги оказываются включенными в это межличностное общение и находятся под влиянием личностных «ресурсов» студента при оценке его актерской успешности.

И, наконец, заметим, что взаимосвязь педагогической оценки не только с успешностью в освоении профессии, но и с межличностными отношениями студентов позволяет особым образом взглянуть на традиционный вопрос о педагогическом авторитете. Как мы видим, мнение педагога по актерскому мастерству оказывается важным и для выстраивания студентами своих межличностных отношений с сокурсниками.

2. *Социометрический статус и личностные характеристики.* В соответствии со второй гипотезой о разных типах взаимосвязей между различными социометрическими статусами и личностными особенностями, был проведен корреляционный анализ частот социометрических выборов в различных сферах проявления социальной активности со шкалами теста Кеттелла 16 PF

Таблица 1.

Статистически значимые корреляционные связи ( $p < .05$ ) между различными показателями социометрического статуса и личностными характеристиками по тесту Кеттелла 16 PF у студентов-актеров 1-го, 2-го, 3-го и 4-го курсов (символы «+» и «—» в столбце «показатели социометрического статуса» обозначают соответственно положительные и отрицательные социометрические выборы).

| Показатели социометрического статуса | 1 курс<br>N=142 | 2 курс<br>N=79 | 3 курс<br>N=63  | 4 курс<br>N=47 |
|--------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| «+» совместный этюд                  | +Q4             | -              | -Q3; +O;<br>+Q4 | -              |
| «—» совместный этюд                  | +H              | +C; +I;<br>-Q4 | -               | -              |
| «+» организационные способности      | +Q4             | -              | +G              | +G             |
| «—» организационные способности      | -               | +I             | -               | -              |
| «+» обратиться за советом            | -               | +Q1            | -               | -              |
| «—» обратиться за советом            | +M              | -Q2; -L        | -               | -              |
| «+» свободный день                   | +Q4             | +Q1            | -               | -              |

Примечание: шкалы теста Кеттелла: С «эмоциональная нестабильность—эмоциональная стабильность», G «низкая нормативность поведения—высокая нормативность поведения», H «робость—смелость», I «жесткость—чувствительность», L «доверчивость—подозрительность», M «практичность—мечтательность», O «спокойствие—тревожность», Q1 «консерватизм—радикализм», Q2 «конформизм—нонконформизм», Q3 «низкий самоконтроль—высокий самоконтроль», Q4 «расслабленность—напряженность».

. С этой целью были сформированы четыре сводных возрастных матрицы данных (по одной для каждой учебной параллели — 1-й, 2-й, 3-й и 4-й курсы), где столбцы обозначали различные виды социометрических показателей («помощь по общеобразовательным предметам», «совместный этюд», «организационные

способности», «обратиться за советом», «свободный день») и шкалы теста Кеттелла 16 PF, а строки фиксировали фамилии студентов данного курса. В ячейках матрицы (пересечение столбца и строки) размещались нормированные относительно десятибалльной шкалы оценки студента-актера по соответствующему социометрическому показателю или конкретной шкале теста Кеттелла 16 PF. В табл. 1 представлены статистически значимые корреляции между показателями социометрического статуса и шкалами теста Кеттелла 16 PF для студентов 1-го, 2-го, 3-го и 4-го курсов.

Рассмотрим представленные корреляционные связи более подробно.

*Организационные способности.* Как видно из табл. 1, первокурсники склонны выбирать в качестве организационных лидеров тех, кто демонстрирует высокие значения по шкале Q4 (напряженность). Ее положительный полюс определяет комплекс таких личностных характеристик, как повышенная мотивация, собранность, энергичность. Именно эти качества и определяют выбор организационного лидера.

На 2-м курсе картина принципиально меняется. Здесь явно смещается содержательный акцент в постановке задачи о выборе лидера. Важно не столько то, кто может быть лидером, сколько ответ на вопрос о том, кто им точно быть не может. Об этом свидетельствует выраженная связь между отрицательным выбором организационного лидера (т. е. отсутствием организаторских способностей) и шкалой теста Кеттелла I (чувствительность). Высоким значениям по этой шкале соответствуют такие личностные особенности, как эмпатия, эмоциональная чувствительность, готовность к сочувствию и сопереживанию. Именно эти качества, с точки зрения студентов-актеров, и препятствуют организационному лидерству.

Особый интерес представляют результаты корреляционного анализа среди студентов 3-го и 4-го курсов. Здесь выбор организационного лидера коррелирует со шкалой теста Кеттелла G (моральная нормативность). Это показывает, что, по мнению студентов, организационные лидеры обладают такими качествами, как добросовестность, ответственность, настойчивость. У них развито чувство долга, деловые качества, перфекционизм.

Появление именно этого комплекса характеристик (интерпретируемых как сильное супер-эго) на завершающем этапе обучения свидетельствуют о сформировавшемся зрелом понимании специфики организационного лидерства, которое предполагает значимость морально-нравственных качеств личности. Можно сделать вывод о том, что именно *моральный авторитет* является для старшекурсников главным при выборе организационного лидера.

*Межличностные отношения.* Как видно из представленных в табл. 1 данных, при выборе сокурсника для проведения свободного дня статистически значимые корреляции с личностными шкалами теста Кеттелла проявляются лишь на 1-м и 2-м курсах. При этом, на 2-м курсе важную роль (так же, как и при определении организационного лидера) играет шкала Q4 (напряженность). Ее положительный полюс определяет повышенную мотивацию, собранность, энергичность.

На 2-м же курсе личностные основания выбора партнера для проведения свободного дня существенно меняются. Здесь привлекательными оказываются те студенты, которые имеют высокие оценки по шкале Q1 (радикализм). Поло-

жительный полюс данной шкалы предполагает комплекс таких личностных характеристик, как свободомыслие, готовность к экспериментам, восприимчивость к новым идеям, недоверие авторитетам. Иными словами, здесь проявляется явный смысловой сдвиг, касающийся критериев личной привлекательности, когда на первый план выходят мировоззренческие вопросы.

Другие содержательные связи обнаруживаются при выборе партнера, чье мнение оказывается важным в связи с трудной жизненной ситуацией (табл. 1). Так, у первокурсников следует отметить корреляционную связь частоты отрицательных выборов по показателю «обратиться за советом» со шкалой М (мечтательность): студенты-актеры избегают обращаться за советом к тем сокурсникам, кто имеет высокие оценки по шкале М - обладает развитым воображением, богатой внутренней жизнью, склонен к абстрактному мышлению. Действительно, при обращении за советом в конкретной жизненной ситуации указанные личностные особенности могут играть негативную роль, поскольку желание получить совет предполагает конкретный анализ возникших трудностей и получение эмоциональной поддержки. Студенты же с высокими оценками по шкале М ориентированы в большей степени именно на свой внутренний мир, не расположены к участию в проблемах другого и вместо конкретного обсуждения актуальной ситуации склонны обращаться к абстрактным положениям.

На 2-м курсе личностные основания, обуславливающие выбор референтного партнера, существенно меняются. Так, авторитетным советчиком оказывается тот, кто имеет высокие значения по шкале Q1 (радикализм). Заметим, что подобный выбор предполагает значимость тех же личностных характеристик, что и выбор партнера для проведения досуга. Иными словами, и привлекательность партнера для межличностного общения, и выбор референтного другого для решения жизненных трудностей в этом возрасте ориентированы на одни и те же личностные характеристики: свободомыслие, готовность к экспериментам, восприимчивость к новым идеям, недоверие авторитетам.

Вместе с тем на 2-м курсе проявляется и комплекс корреляционных связей шкал теста Кеттелла, определяющих личностные особенности того, кто, скорее всего, не сможет выступить в роли референтного другого. Явно не подходящим для этой роли оказывается личность с низкими значениями по шкалам Q2 (конформизм) и L (доверчивость). Иными словами, советчиком в непростой жизненной ситуации не может выступить тот, кто зависим от мнения группы, несамостоятелен, ориентирован на социально одобряемое поведение (Q2), а также доверчив, покладист, уступчив (L). Таким образом, желание получить совет в трудной ситуации предполагает ожидание неординарных решений, а не распространенных, общепринятых советов.

Полученный результат позволяет сделать важный вывод о том, что в период ранней юности выбор значимого другого в межличностных отношениях в целом сориентирован на учет мировоззренческой позиции, уход от шаблонных, общепринятых мнений и оценок.

*Выбор партнера для совместной творческой деятельности.* В результате корреляционного анализа выявлено достаточно большое число статистически значимых связей между показателями предпочтений по вопросу о партнере для



---

совместного этюда и шкалами теста 16 PF (табл. 1).

На 1-м курсе выбор партнера для совместной творческой работы определяется оппозицией шкал Q4 (напряженность) и Н (смелость). В качестве предпочитаемого партнера студенты склонны выбирать тех сокурсников, кто высоко мотивирован, собран и энергичен (высокие значения по шкале Q4). И, напротив, они не хотят работать с теми, кто проявляет чрезмерную готовность к риску, смелость и раскованность в поведении, склонность к авантюризму, нечувствительность к угрозе, «толстокожесть» (высокие значения по шкале Н). Если высокая мотивированность (Q4) при выборе партнера для совместной творческой деятельности вполне понятна, то выраженность таких личностных качеств, как смелость, раскованность, авантюризм (шкала Н), в качестве негативных требует специальных уточнений. В этой связи следует, в первую очередь, обратить внимание на обобщенную характеристику шкалы Н – «толстокожесть», которая понимается как нечувствительность к угрозе. Поскольку для первокурсника самостоятельная творческая работа весьма значима и неуспех здесь может иметь отрицательные последствия (вплоть до отчисления), то работа с партнерами, которые не опасаются неудач, представляется рискованной.

На 2-м курсе ситуация кардинально меняется. В основном студенты акцентируют внимание на тех личностных характеристиках, которые определяют именно отрицательный выбор партнера для совместной творческой работы. Во многом это обусловлено значимостью самостоятельной работы над драматургическими отрывками на данном этапе обучения в силу возможности отчисления по причинам профессиональной неуспешности.

Как видно из табл. 1, отрицательные выборы партнера для совместного этюда положительно связаны со шкалами С (эмоциональная стабильность), I (чувствительность) и отрицательно – со шкалой Q4 (напряженность). Иными словами, студенты не хотят участвовать в совместной творческой деятельности с теми, кто проявляет высокую эмоциональную устойчивость, спокойствие, ригидность (высокие значения по шкале С), низкую мотивацию, вялость, невозмутимость (низкие значения по шкале Q4). В целом это нежелание работать с тем, кто не способен к проявлению «живой эмоциональности» (эмоциональной возбудимости).

Несколько неожиданным оказывается включение в этот комплекс характеристик, которые определяются положительным полюсом шкалы I (чувствительность) – склонность к эмпатии, сочувствию, сопереживанию и пониманию других людей, развитые эстетические интересы. В этой связи следует заметить, что наряду с перечисленными позитивными аспектами личность с крайне высокими значениями по шкале I может замедлять деятельность группы и нарушать ее моральное состояние нереалистичным копанием в мелочах, деталях [4]. Поскольку самостоятельные творческие работы над драматургическими отрывками на 2-м курсе достаточно многочисленны и выполняются в короткий промежуток времени, то указанные негативные личностные особенности оказывают значимое влияние на общую результативность совместной деятельности. В целом выделенный комплекс личностных характеристик, сочетающий именно низкую мотивацию, эмоциональную ригидность и склонность к эмпатии, играет важную роль в определении отвергаемого партнера для совместной творческой деятельности на 2-м курсе.

На 3-м же курсе общая установка студентов относительно выбора партнера меняется. Здесь, напротив, акцент ставится на комплексе тех личностных характеристиках, которые определяют выбор предпочитаемого сокурсника для совместной творческой деятельности. Студенты предпочитают для работы на совместным этюдом тех партнеров, кто обладает низким самоконтролем (отрицательная корреляция со шкалой Q3), высокой тревожностью (шкала О) и мотивационной напряженностью (шкала Q4). Отметим, что все перечисленные шкалы входят в обобщенный вторичный фактор теста FI «тревожность» [4]. Высокие значения по данному вторичному фактору фиксируют тревогу в ее обычном понимании, включая ситуационную тревожность. При этом важно обратить внимание на ряд нюансов, которые характеризуют своеобразие данных шкал. К ним следует отнести стремление к самоактуализации (шкала О), импульсивность поведения, потворство своим желаниям (шкала Q3), сверхреактивность, гипермотивация (шкала Q4). Заметим, что сочетание этих проявлений крайне важно для поведения в острых конфликтных ситуациях, предлагаемых драматургическим материалом.

Таким образом, можно охарактеризовать общую динамику изменения значимости личностных характеристик для выбора партнера в совместной творческой деятельности: от высокой мотивированности (1 курс) к эмоциональной подвижности (2 курс) и способности проявлять нестандартные эмоциональные реакции в острых конфликтных ситуациях (3 курс).

В целом полученные в результате корреляционного анализа взаимосвязи шкал теста Кеттелла с различными показателями социометрического статуса подтверждают вторую выдвинутую гипотезу.

### **Основные выводы**

1. Результаты исследования показали, что в процессе освоения актерской профессии студенты активно используют ресурсы и потенциал межличностных отношений, сложившихся в учебной группе. При этом педагогическая оценка оказывается связанной не только с социальным статусом студента как партнера для творческой деятельности, но и влияет на отношение к нему как значимому другому в сфере межличностных отношений. Это раскрывает особенности педагогического авторитета в ситуации освоения творческой профессии.

2. Полученные материалы позволили зафиксировать содержательные взаимосвязи личностных характеристик с особенностями социометрических выборов в различных сферах социальной активности студентов-актеров: творческой деятельности, межличностных отношениях, организационном лидерстве. При этом выявлена специфическая динамика взаимосвязей личностных характеристик с социометрическими статусами на разных этапах освоения актерской профессии. Это, в свою очередь, позволяет говорить о сложной социокультурной динамике, обуславливающей формирование актера как субъекта сценической деятельности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Галкина Ю.И. Психологические детерминанты личностно-профессионального становления будущих актеров: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 235 с.
2. Гройсман А.Л. Психология успешности профессионального обучения и творческой деятельности актера. – М.: Когито-Центр, 2007. – 160 с.

3. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения. – М.: ИНТОР, 1996. – 544 с.
4. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. – СПб.: Речь, 2001. – 85 с.
5. Лыкова Т.А. Динамика социально-психологических особенностей студентов в процессе освоения актерской профессии:: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2017. – 198 с.
6. Попова Ю.И. Перевоплощение как регулятор Я-концепции: автореф. дис. канд. психол. наук. – Краснодар, 2004. – 22 с.
7. Рождественская Н.В. Диагностика актерских способностей. – СПб.: Речь, 2005. – 192 с.
8. Симонов П.В. Метод К.С. Станиславского и физиология эмоций – М.: Изд-во АН СССР, 1962 – 86 с.
9. Собкин В.С. Опыт исследования личностных характеристик студентов-актеров // Психолого-педагогические аспекты обучения студентов творческих вузов / Под ред. А.Л. Гройсмана. – М.: ГИТИС, 1984. – С. 22-37.
10. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Взаимосвязь способов поведения в ситуациях фрустрации и личностных особенностей (на материале обследования студентов театрального колледжа) // Социальная психология и общество. – 2014. – Т. 5. – № 4. – С. 62-74.
11. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Личностные особенности при профессиональном отборе студентов-актеров: гендерный аспект // Национальный психологический журнал. – 2014. – № 3 (15). – С. 74-83.
12. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Особенности личностных изменений у студентов-актеров на разных этапах обучения в театральном колледже // Вопросы психического здоровья детей и подростков – 2017. – № 3 (17). – С. 34-41.
13. Собкин В.С., Феофанова Т.А. Личностные особенности студентов-актеров разных поколений: инвариантность и изменчивость // Вопросы психологии. – 2012. – № 4. – С. 32-47.
14. Табаков, О.П., Родионова, И.В. Парадокс об актере. – М.: Центрполиграф, 1999. – 377 с.
15. Фишман-Борисов М.Б. Становление Я-концепции в системе профессионального мастерства будущего актера: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 217 с.
16. Якобсон П.М. Об экспрессии в искусстве актера // Вопросы психологии. – 1977.–№ 1.– С. 86 -96.

#### REFERENCES

1. Galkina Ju.I. Psihologicheskie determinanty lichnostno-professional'nogo stanovlenija budushhih akterov: dis. ... kand. psihol. nauk. – М., 2011. – 235 с.
2. Grojsman A.L. Psihologija uspehnosti professional'nogo obuchenija i tvorcheskoj dejatel'nosti aktera. – М.: Kogito-Centr, 2007. – 160 с.
3. Davydov V.V. Teorija razvivajushhego obuchenija. – М.: INTOR, 1996. – 544 с.
4. Kapustina A.N. Mnogofaktornaja lichnostnaja metodika R. Kettella. – SPb.: Rech', 2001. – 85 с.
5. Lykova T.A. Dinamika social'no-psihologicheskikh osobennostej studentov v

processe osvoenija akterskoj professii:: dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 2017. – 198 s.

6. Popova Ju.I. Perevoploshhenie kak reguljator Ja-koncepcii: avtoref. dis. kand. psihol. nauk. – Krasnodar, 2004. – 22 s.

7. Rozhdestvenskaja N.V. Diagnostika akterskih sposobnostej. – SPb.: Rech', 2005. – 192 s.

8. Simonov P.V. Metod K.S. Stanislavskogo i fiziologija jemocij – M.: Izd-vo AN SSSR, 1962 – 86 s.

9. Sobkin V.S. Opyt issledovanija lichnostnyh harakteristik studentov-akterov // Psihologo-pedagogicheskie aspekty obuchenija studentov tvorcheskikh vuzov / Pod red. A.L. Grojsmana. – M.: GITIS, 1984. – S. 22-37.

10. Sobkin V.S., Lykova T.A. Vzaimosvjaz' sposobov povedenija v situacijah frustracii i lichnostnyh osobennostej (na materiale obsledovanija studentov teatral'nogo kolledzha) // Social'naja psihologija i obshhestvo. – 2014. – T. 5. – № 4. – S. 62-74.

11. Sobkin V.S., Lykova T.A. Lichnostnye osobennosti pri professional'nom otbore studentov-akterov: gendernyj aspekt // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. – 2014. – № 3 (15). – S. 74-83.

12. Sobkin V.S., Lykova T.A. Osobennosti lichnostnyh izmenenij u studentov-akterov na raznyh jetapah obuchenija v teatral'nom kolledzhe // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov – 2017. – № 3 (17). – S. 34-41.

13. Sobkin V.S., Feofanova T.A. Lichnostnye osobennosti studentov-akterov raznyh pokolenij: invariantnost' i izmenchivost' // Voprosy psihologii. – 2012. – № 4. – S. 32-47.

14. Tabakov, O.P., Rodionova, I.V. Paradoks ob aktere. – M.: Centrpoligraf, 1999. – 377 s.

15. Fishman-Borisov M.B. Stanovlenie Ja-koncepcii v sisteme professional'nogo masterstva budushhego aktera: dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 2005. – 217 s.

16. Jakobson P.M. Ob jekspressii v iskusstve aktera // Voprosy psihologii. – 1977. – № 1. – S. 86-96.

**V.S. Sobkin, T.A. Lykova**

# **THE RELATIONSHIP OF SOCIOMETRIC PREFERENCES WITH PERSONAL CHARACTERISTICS AT DIFFERENT STAGES OF LEARNING IN STUDENTS-ACTORS**

**Institute of Education Management of the Russian Academy of Education  
(Moscow).**

**Summary.** The article presents the results of the study of the features of sociometric elections in students of Theater college in various spheres of social activity. The article discusses the data of correlation analysis aimed at identifying the links between sociometric status and personal characteristics at different stages of learning acting. The originality of meaningful connections of different types of sociometric preferences (organizational leadership, interpersonal relations, joint creative activity) with personal characteristics on the test of R. Kettell 16 PF is shown.

**Keywords:** actor's talent, professional selection, sociometry, pedagogical assessment, personal features, actor's psychology.

**Л.И. Бочанцева, Е.В. Федянкина\***

**ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ  
И КОРРЕКЦИИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ  
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ВО ВНЕУРОЧНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ**

**Ишимский педагогический институт им. П.П. Ершова, филиал Тюменского государственного университета) (Ишим); \*Готопутовская СОШ, филиал МАОУ Сорокинской СОШ № 1 (с. Готопутово, Тюменская обл.):**

**Резюме.** Проведено исследование, посвященное влиянию игротерапии на профилактику и коррекцию отклоняющегося поведения у младших школьников. Результаты констатирующего эксперимента показали наличие признаков отклоняющегося поведения у детей – агрессивности, враждебности, демонстративности, оппозиционности поведения и др. На формирующем этапе в рамках организации внеурочной деятельности с участниками экспериментальной группы был реализован комплекс игр и упражнений, направленный на формирование социальных навыков поведения. Результаты контрольного этапа эксперимента показали снижение признаков отклоняющегося поведения у детей экспериментальной группы.

**Ключевые слова:** отклоняющееся поведение, младшие школьники, профилактика, коррекция, игротерапия, игровой тренинг.

**Введение.** В настоящее время в системе образования обнаружился ряд проблем, одной из которых является появление в начальной школе детей с признаками нарушения поведения. У младших школьников встречается повышенная потребность в движении, необоснованные вспышки гнева, проявления раздражительности, намеренное и осознанное нарушение принятых норм и правил поведения, негативизм, строптивость, упрямство, а также все виды агрессии и мн. др. Подобные признаки в поведении детей относят к следующим видам отклоняющегося поведения: гиперактивное, демонстративное, протестное, агрессивное, инфантильное, конформное поведение.

Особую тревогу, на наш взгляд, вызывает проникновение различных видов девиации в среду младших школьников, что отрицательно влияет на процесс становления их личности, адаптации и социализации в обществе. В связи с этим возрастает роль профилактики, организуемой учителем начальных классов, психологом и социальным педагогом во внеурочной деятельности

Анализ научной литературы показал, что к настоящему времени в психологической науке накоплен значительный объем знаний по проблеме отклоняющегося поведения личности. Психологии девиантного поведения посвящены труды Ю.А. Клейберга [9], вопросами психотерапии нарушений поведения занимаются Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Ю.М. Перевозкина [10] и др. Научный интерес к проблеме отклоняющегося поведения продолжает расти: проблемы диагностики и коррекции девиантного поведения у детей были раскрыты в исследовании

Г.О. Галич, Л.Н. Корчагиной, Н.В. Тупаревой [5]; исследование Ю.Э. Гудкова посвящено причинам отклоняющегося поведения и условиям формирования адаптивного поведения у учащихся начальной школы [6]; девиации младших подростков общеобразовательных школ были описаны в работе И.А. Дроздецкой [8]. В своих предыдущих работах мы рассматривали различные аспекты данной проблемы: особенности общения подростков с антисоциальным поведением [1], психологические средства нормализации затрудненного общения антисоциальной личности [2, 7], отклоняющее поведение младших школьников и возможность реализации профилактических мероприятий с ними [3].

Теоретический анализ научной литературы по данной проблеме позволил конкретизировать понятие «отклоняющееся поведение у младших школьников»: совокупность всех действий и поступков, проявляющихся в противодействии установленным нравственным и правовым нормам, что вызывает негативные психологические эффекты в социальном окружении, а также нарушение взаимодействия ребенка с социумом.

Основными показателями отклоняющегося поведения у младших школьников являются следующие: агрессивность, конфликтность, грубость по отношению к другим, лживость, враждебность и, как следствие, появление трудностей в общении с окружающими, негативизм, упрямство, нарушения дисциплины и прочие отклонения. Все перечисленные девиации находят свое отражение в коммуникативной, социально-перцептивной сферах, а также в формах обращения и взаимодействия со сверстниками и взрослыми. У таких детей, как правило, доминируют агрессивно-враждебные, жестокие отношения с ребятами.

Несмотря на изученность данной проблемы, проблема профилактики и коррекции отклоняющегося поведения младших школьников во внеурочной деятельности в начальной школе требует дальнейшего тщательного изучения. Во многих школах отсутствуют профилактические программы по предупреждению появлений признаков отклоняющегося поведения у учащихся. В связи с этим остро встает проблема реализации эффективных профилактических мер, позволяющих предупредить возникновение каких-либо отклонений в поведении младших школьников.

Анализ исследований и состояния проблемы выявил ряд противоречий между:

- степенью изученности проблемы отклоняющегося поведения личности и необходимостью решения практических вопросов, связанных с процессом обучения и воспитания детей, имеющих признаки нарушенного поведения;
- возрастаньем числа младших школьников с отклоняющимся поведением и недостаточной эффективностью принимаемых социально-педагогических и психологических мер по его профилактике и коррекции в условиях начальной школы;
- необходимостью всестороннего изучения роли профилактики отклоняющегося поведения у младших школьников во внеурочной деятельности в начальной школе и недостаточной разработкой, а также и внедрением в практику общеобразовательных школ эффективных профилактических программ.

Стремление найти пути решения данных противоречий определило проблему – реализация игротерапии как средства профилактики и коррекции отклоняющегося поведения младших школьников во внеурочной деятельности в

начальной школе. Известно, что игровая терапия является активным творческим процессом, в рамках которого осуществляется межличностное взаимодействие участников, где предлагается обыгрывание какого-либо сюжета или ситуации, а ее формат задается самой игрой. Младшие школьники, еще недавно получившие новую социальную роль ученика, продолжают с интересом участвовать в игровой деятельности. Именно эти обстоятельства обусловили выбор игротерапии как психологического средства в коррекции поведения.

**Цель исследования.** Настоящее исследование посвящено проверке эффективности игротерапии как психологического средства по профилактике и коррекции отклоняющегося поведения младших школьников во внеурочной деятельности в начальной школе. В исследовании приняли участие 30 учащихся начальных классов Готопутовской СОШ (16 мальчиков, 14 девочек), разделенные на 2 равные по полу и возрасту группы (по 8 мальчиков и 7 девочек) – экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ).

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что реализация игротерапии как психологического средства по профилактике и коррекции отклоняющегося поведения младших школьников во внеурочной деятельности начальной школы, возможно, будет эффективной, если содержащийся в ней комплекс игр и упражнений будет направлен на формирование социальных навыков в поведении, снижающих признаки проявления деструктивных форм и отклонений в их поведении.

**Методы исследования.** Для выявления признаков отклоняющегося поведения у младших школьников мы осуществили подбор психодиагностических методик (табл. 1).

**Изложение основного материала.** Результаты констатирующего эксперимента показали, что испытуемые контрольной (КГ) и экспериментальной групп (ЭГ) имеют в основном средний и высокий уровни предрасположенности к отклоняющемуся поведению, низкий уровень – незначительное число испытуемых.

На формирующем этапе эксперимента с испытуемыми ЭГ во внеурочной деятельности в начальной школе была реализована игротерапия. Так, с импульсивными и недисциплинированными детьми проводились игры с правилами, игры-соревнования, а также совместные игры со сверстниками. Их выбор обусловлен тем, что в них есть четкие правила и требования к поведению игрока. Посредством игр-соревнований создавались благоприятные условия по развитию у их участников навыков самоконтроля за собственным поведением и выполнением правил другими игроками. В процессе участия импульсивность и нетерпеливость младших школьников постепенно ослабевали.

В образно-ролевых, психотехнических и раскрепощающих играх мы способствовали снижению тревожности, неуверенности и застенчивости у конформных школьников. В результате они приобретали такие отсутствующие ранее личностные качества, как уверенность, инициативность и смелость. В раскрепощающих психотехнических играх, представляющих собой игровые упражнения с явной или скрытой формулой поведения, содержатся элементы аутогенной тренировки. В заключение с этими детьми мы применяли игры-драматизации, которые способствовали преодолению их конформности.

Таблица 1.

Диагностика отклоняющегося поведения у младших школьников

| Признаки отклоняющегося поведения, характеристика                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Методики диагности-<br>ки отклоняющегося<br>поведения (шкалы)        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2                                                                    |
| <b>Агрессивность</b> – выражение жестокости, запугивания, задиранье, драчливость по отношению к другим (физическая, вербальная, косвенная и пр.).                                                                                                                                                                                     | Диагностика враждебности (по шкале Кука–Медлей): шкала агрессивности |
| <b>Враждебность</b> - негативное, оппозиционное отношение к окружающим преимущественно когнитивного характера, подразумевающее наличие негативных эмоций и поведенческих проявлений в виде агрессии, негативизма, аутизации и т. д.                                                                                                   | Диагностика враждебности (по шкале Кука–Медлей): шкала враждебности  |
| <b>Цинизм</b> как откровенное, пренебрежительное отношение к нормам общественной морали, культурным ценностям, отрицательное отношение к общепринятым нравственным нормам. Поведение, выражающее осознанное и демонстративное игнорирование определенных моральных ценностей.                                                         | Диагностика враждебности (по шкале Кука–Медлей): шкала цинизма       |
| <b>Оппозиционность и демонстративность поведения</b> –негативистские, враждебные и демонстративные действия личности без серьезного посягательства на основные права других людей, которые проявляются в поведении. Выражается в частом вызове или отказе выполнять просьбы и правила взрослых, а также в частых спорах со взрослыми. | Опросник П. Фрика                                                    |
| <b>Нарушение норм и правил, недисциплинированность</b> – сознательное нарушение общепринятых социальных норм и правил поведения, игнорирование просьб, советов, указаний и увещаний взрослых.                                                                                                                                         | Методика «Как поступать»<br>И.Б. Дермановой                          |

Для протестного поведения младших школьников характерны признаки конфликтности, упрямства, эгоизма, а также неумение совместно взаимодействовать со сверстниками. Коррекция их поведения осуществлялась посредством организации коллективных дидактических игр. Их преимущество состоит в том, что в коллективной игре, где несколько игроков, они вынуждены выслушать, понять каждого игрока, а также скоординировать свои действия с другими играющими. В процессе коллективных дидактических игр младшие школьники с протестным поведением учились достигать взаимопонимание и видеть в сверстниках равноправных партнеров.

С целью снижения агрессивности в поведении младших школьников на игровых тренинговых занятиях мы использовали психотехнические освобождаю-



щие игры и режиссерские. Особенно с увлечением дети участвовали в психотехнических игровых упражнениях, которые позволяли им освободиться от накопившейся разрушительной энергии в приемлемой форме (в крике, визге, топание ногами и пр.). Выплеск негативной энергии способствовал ослаблению агрессивности, приобретению эмоциональной стабильности, осознанию своих негативных переживаний.

Для коррекции демонстративного поведения мы применяли сюжетно-ролевые игры, в которых детям приходилось исполнять роли, наделенные положительными и отрицательными образцами поведения. В игровой ситуации они отделяли негативные черты своего персонажа от самого себя, понимая их назначение и смысл, отказываясь от них.

Широкие возможности по выявлению личностных особенностей, изучению причин агрессивности, а также разрешению непосредственно значимых затруднений у младших школьников имеют режиссерские игры. В таких играх ребенку предоставляется возможность распределить все роли между другими детьми, беря на себя роль режиссера. В данной игровой ситуации «ребенок-режиссер» учился с разных точек зрения оценивать конфликтную ситуацию, находить и выбирать приемлемые варианты поведения. В процессе режиссерских игр развивается способность координации своего поведения с поступками других.

С целью проверки эффективности программы психолого-педагогической профилактики и коррекции отклоняющегося поведения младших школьников во внеурочной деятельности в начальной школе посредством применения игротерапии мы провели контрольный этап эксперимента с применением тех же методик, что на констатирующем этапе. Результаты по каждой группе испытуемых сравнивались до и после психологического воздействия при помощи критерия Т-Вилкоксона, применяемого для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке. Данный критерий позволил установить выраженность и направленность данных изменений.

После проведения игротерапии произошли значительные изменения в показателях отклоняющегося поведения у младших школьников из ЭГ (табл. 2 и рис. 1).

Таблица 2.

Динамика показателей отклоняющегося поведения у испытуемых КГ и ЭГ после формирующего этапа эксперимента\*

| Показатели                                      | КГ    |       | ЭГ   |       |
|-------------------------------------------------|-------|-------|------|-------|
|                                                 | До    | После | До   | После |
| агрессивность                                   | 33,8  | 33,18 | 32,7 | 26,04 |
| враждебность                                    | 31,25 | 31,36 | 31,7 | 27,33 |
| цинизм                                          | 29,9  | 28,67 | 29,2 | 22,3  |
| оппозиционность                                 | 24,19 | 24,53 | 23,8 | 17,4  |
| демонстративность                               | 32,5  | 33,1  | 32,8 | 27,6  |
| нарушение норм и правил, недисциплинированность | 20,2  | 19,8  | 20,1 | 13,7  |

Примечание: \* средние значения, в баллах

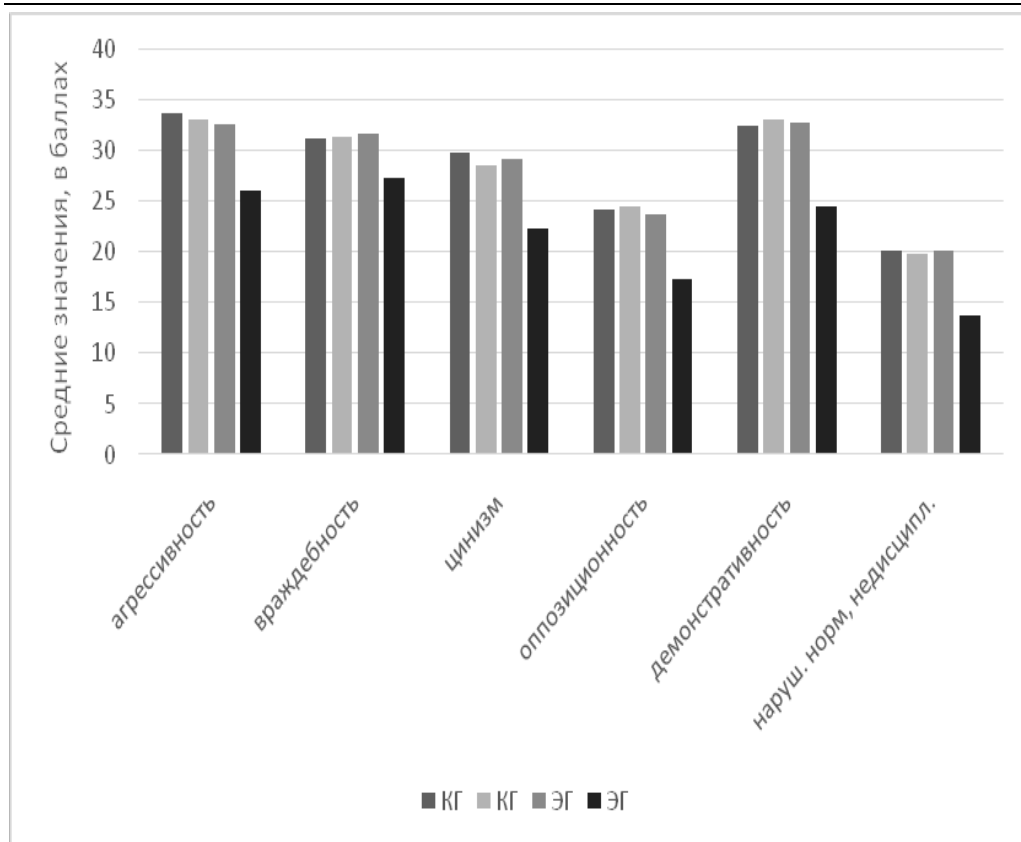


Рисунок 1. Показатели отклоняющегося поведения у испытуемых КГ и ЭГ до и после формирующего этапа эксперимента

Среднее значение показателя агрессивности у младших школьников из ЭГ значительно уменьшилось с 32,7 баллов до 26,04, при этом уровень выраженности изучаемого признака по критерию Т-Вилкоксона ( $p=0,01$ ) на высоком уровне значимости. Результаты свидетельствуют о том, что если на констатирующем этапе преобладал у детей средний уровень агрессии, для которого характерны были эпизодические агрессивные действия: они могли толкнуть сверстника, обидеть словом и пр., то на контрольном – преобладают дети с низким уровнем. Агрессивных тенденций в их поведении не выявлено. Результаты КГ показали, что существенных изменений по сравнению с констатирующим этапом у них не произошло (незначительные сдвиги - с 33,8 баллов до 33,18).

В то время как враждебность в ЭГ также значительно уменьшилась с 31,7 до 26,4 баллов (при  $p=0,01$ ), в КГ средние значения этого показателя остались прежними. У испытуемых ЭГ после формирующего эксперимента средние значения по показателю цинизма также заметно снизились с 29,2 до 22,3 (при  $p=0,02$ ). Изменения произошли и в показателе оппозиционности поведения. Так, в ЭГ до формирующего этапа средний балл по показателю был 23,8, а после - снизился до 17,4. До формирующего эксперимента младшие школьники часто проявляли несогласие с

правилами, выдвигаемыми взрослыми, что проявлялось в частых спорах со взрослыми, бунтарстве и прочих негативных проявлениях. Они часто прибегали к негативистским, враждебным и демонстративным действиям. После участия детей в игротерапии многие из них охотно стали выполнять просьбы взрослых, учителя, не проявляя при этом оппозицию в поведении, негативизм и упрямство.

Средние значения по показателю демонстративности также изменились: произошло их снижение – с 32,8 баллов до 27,6 (при  $p=0,02$ ). Дети стали более спокойны и уравновешены, они осознают, что демонстрация собственного нежелательного поведения осуждаема окружающими и вызывает порицание. Как мы видим из результатов, представленных в таблице 2, значения показателя нарушения норм и правил, недисциплинированность заметно снизилось с 20,1 по 13,7 баллов (при  $p=0,001$ ). Это значит, что после формирующего этапа эксперимента участники ЭГ стали более адекватно оценивать поступки, у них обозначились нравственные и этические ориентиры. За время участия в различных играх эти учащиеся научились обосновывать свой выбор правильными нравственными установками, проявляя при этом адекватные эмоциональные реакции и устойчивое активное отношение к нравственным нормам («я ему сделал замечание», «такое поведение - неправильное, так нельзя поступать!» и т. п.). Результаты в КГ показали отсутствие сдвига в показателе. Они продолжают неправильно трактовать поступки окружающих, не понимая смысл происходящей ситуации, и при этом проявляют неадекватную эмоциональную реакцию. Значения показателей отклоняющегося поведения у испытуемых КГ практически не изменились, что подтверждают сравнения по критерию Т-Вилкоксона.

Данные повторной диагностики отклоняющегося поведения у младших школьников, проведенной через три месяца после окончания эксперимента, показали устойчивость изменений.

**Выводы.** Результаты проверки эффективности применения игротерапии в профилактике и коррекции отклоняющегося поведения у младших школьников показали достоверные сдвиги ( $p=0,01$ ). Это основание позволяет считать, что реализуемая во внеурочной деятельности в начальной школе игротерапия эффективна. Содержащиеся в ней игры и упражнения позволили сформировать социальные навыки в поведении детей, повысить у них самоконтроль, а также снизить некоторые показатели отклоняющегося поведения (агрессивности, недисциплинированности, импульсивности, враждебности, вспыльчивости, проявления грубости, несдержанности). Полученные результаты экспериментального исследования могут быть использованы в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста для профилактики и коррекции их поведения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бочанцева Л.И. Антисоциальные подростки с затрудненным общением как объект научного исследования // Сибирский педагогический журнал. – 2016. – № 4. – С. 44-51.
2. Бочанцева Л.И. Психологические средства нормализации затрудненного общения антисоциальной личности // Сибирский педагогический журнал: Научно-теоретическое издание. – № 3. – 2007. – С. 206-217.
3. Бочанцева Л.И., Федянкина Е.В. Профилактика отклоняющегося пове-

дения у младших школьников во внеурочной деятельности в начальной школе // Инновационные тенденции развития системы образования: Мат-лы VII Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 11 июня 2017 г.). — Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. — С. 80–88.

4. Бубнова Л.И. Социализация как фактор становления личности и девиации ее поведения // Философия образования. – 2006. – № 1. – С. 178-182.

5. Галич Г.О., Корчагина Л.Н., Тупарева Н.Н. Диагностика и коррекция девиантного поведения детей // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. – 2011. – № 24. – С. 607-611.

6. Гудков Ю.Э. Исследование причин отклоняющегося поведения и условий формирования адаптивного поведения учащихся начальной школы // Вестник БГУ. – 2010. – № 13. – С. 33-37.

7. Дмитриева Н.В., Бочанцева Л.И., Психологические средства нормализации затрудненного общения антисоциальной личности (на примере лиц юношеского возраста): моногр. – Ишим: ИПИ им. П.П. Ершова, 2013. – 90 с.

8. Дроздецкая И.А. Результаты исследования по выявлению уровня девиаций среди младших подростков общеобразовательных школ // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 10 – С. 157-161.

9. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: учебник и практикум для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Издательство Юрайт, 2017. — 290 с. — Серия: Бакалавр и магистр. Академический курс.

10. Короленко Ц.П., Н.В. Дмитриева, Перевозкина Ю.М. Психодинамическая психотерапия девиантного поведения: монография. – Новосибирск: НГПУ, 2015. – 374 с.

#### REFERENCES

1. Bochanцева L.I. Antisocial'nye podrostki s zatrudnennym obshheniem kak ob#ekt nauchnogo issledovaniya // Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. – 2016. – № 4. – С. 44-51.

2. Bochanцева L.I. Psihologicheskie sredstva normalizacii zatrudnennogo obshheniya antisocial'noj lichnosti // Sibirskij pedagogicheskij zhurnal: Nauchno-teoreticheskoe izdanie. – № 3. – 2007. – С. 206-217.

3. Bochanцева L.I., Fedjankina E.V. Profilaktika otklonjajushhegosja povedenija u mladshih shkol'nikov vo vneurochnoj dejatel'nosti v nachal'noj shkole // Innovacionnye tendencii razvitija sistemy obrazovaniya: Mat-ly VII Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. (Cheboksary, 11 ijunja 2017 g.). — Cheboksary: CNS «Interaktiv pljus», 2017. — S. 80–88.

4. Bubnova L.I. Socializacija kak faktor stanovlenija lichnosti i deviacii ee povedenija // Filosofija obrazovaniya. – 2006. – № 1. – S. 178-182.

5. Galich G.O., Korchagina L.N., Tupareva N.N. Diagnostika i korrekcija deviantnogo povedenija detej // Izvestija PGU im. V.G. Belinskogo. – 2011. – № 24. – S. 607-611.

6. Gudkov Ju.Je. Issledovanie prichin otklonjajushhegosja povedenija i uslovij formirovaniya adaptivnogo povedenija uchashhihsja nachal'noj shkoly // Vestnik BGU. – 2010. – № 13. – S. 33-37.

7. Dmitrieva N.V., Bochanцева L.I., Psihologicheskie sredstva normalizacii zatrudnennogo obshheniya antisocial'noj lichnosti (na primere lic junosheskogo vozrasta): monogr. – Ishim: IGPI im. P.P. Ershova, 2013. – 90 s.

8. Drozdeckaja I.A. Rezul'taty issledovanija po vyjaveniju urovnja devijacij sredi mladshih podrostkov obshheobrazovatel'nyh shkol // Vestnik TGPU. - 2011. - № 10 - S. 157-161.

9. Klejberg Ju.A. Psihologija devijantnogo povedenija: uchebnik i praktikum dlja vuzov. 5-e izd., pererab. i dop. — M.: Izdatel'stvo Jurajt, 2017. — 290 s. — Serija: Bakalavr i magistr. Akademicheskij kurs.

10. Korolenko C.P., N.V. Dmitrieva, Perevozkina Ju.M. Psihodinami-cheskaja psihoterapija devijantnogo povedenija: monografija. - Novosibirsk: NGPU, 2015. - 374 s.

**L.I. Bochanceva, E.V. Fedyankina\***

**PLAY THERAPY AS METHOD OF PREVENTING AND CORRECTION  
OF PRIMARY SCHOOL-AGE CHILDREN'S ABERRANT BEHAVIOR  
IN EXTRACURRICULAR ACTIVITIES**

**Ershov Ishim Teachers Training Institute, branch of Tyumen State University, Gotoputovo Secondary School, branch of Sorokino Secondary School\* (Tyumen region).**

**Summary.** The presented research is devoted to the influence of play therapy on the prevention and correction of the primary school-age children's aberrant behavior. The results of the stating experiment showed the presence of some signs of the children's aberrant behavior - aggression, hostility, ostentation, opposition of behavior, etc. In the course of the experiment while organizing the extracurricular activities with the participants of the experimental group we managed to realize the complex of games and exercises directed to formation of social skills of behavior. The results of the control stage of the experiment showed the decrease in signs of the children's aberrant behavior in the experimental group.

**Keywords:** aberrant behavior, primary school-age children, prevention, correction, play therapy, game training.

**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ ПРОГРАММЫ THERAPEUTIC RECREATION ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

<sup>1</sup>Московский государственный психолого-педагогический университет, <sup>2</sup>Благотворительный Фонд «Шередарь» (Москва).

**Резюме:** В комплексе методов, нацеленных на реабилитацию подростков, перенесших онкологические и онкогематологические заболевания, значительное место занимает терапевтическая рекреация. В статье описывается эмпирическое исследование эффективности программы терапевтической рекреации, реализуемой в рамках лагеря «Шередарь». Приводятся следующие результаты: подростки, перенесшие онкологические заболевания и участвовавшие в реабилитационной программе, становятся способными выявить и повысить свои внутренние ресурсы; по показателям витальности и жизнестойкости они приближаются к уровню, на котором находятся их нормативные сверстники.

**Ключевые слова:** реабилитация, психосоциальная реабилитация, онкологические заболевания, онкогематологические заболевания, подростки, терапевтическая рекреация

**Психосоциальные аспекты онкологического заболевания в подростковом возрасте.** По данным на 2015 г. в России ежегодно диагностируются злокачественные новообразования примерно у 3500 детей (15 на 100 тыс.). Также известно, что в 2014 г. под наблюдением в онкологических диспансерах находилось 16540 детей до 14 лет и 21217 детей до 17 лет (к 2015 г. этот показатель возрос до 17515 детей до 14 лет и 22384 детей от 0 до 17 лет) [7, 8]. Появившиеся в последнее десятилетие методы лечения дают свои результаты и позволяют достигать 5-летней общей выживаемости у большого количества пациентов, а при некоторых видах заболевания этот показатель достигает 90%. Благоприятный исход обеспечивает раннее начало лечения, основанное на ранней диагностике. Как и само течение заболевания, его лечение – это болезненный и длительный процесс, пациенту приходится находиться под частым наблюдением врачей, а также соблюдать соответствующие требования. Многим пациентам необходимы годы лечения перед выходом в ремиссию. Лечение связано с большим количеством процедур – облучение, химиотерапия, гормональная терапия и др. Большая часть этих процедур сказывается на внешнем виде подростка: пациенты теряют волосы, появляется лишний, либо сильно снижается вес, под воздействием многих химических и гормональных препаратов могут меняться черты лица и характеристики тела. Достаточно часто одним из основных этапов лечения является хирургическое вмешательство. Помимо анестезиологических манипуляций, которые могут влиять непосредственно на деятельность мозга, сильное воздействие оказывают операции, связанные с нарушением структуры тела и его функций. Нарушения функционирования могут проявляться в таких сферах жизнедеятельности, как самообслуживание, способность передвижения, коммуникация, способность к обучению, к трудовой деятельно-

сти, к регуляции и контролю своего поведения, а также к ориентации.

Последствия агрессивного лечения существенны в психологическом аспекте, они сказываются на самооценке и самоощущении. Пациенты онкологического стационара получают множественные психологические травмы [3]: на смену досугу приходят болезненные процедуры, чувство безопасности сменяется постоянной тревогой из-за неоднозначности прогноза заболевания. Постоянные и длительные стрессовые и тревожные переживания приводят к эмоциональному истощению. Изменения претерпевает также ценностно-смысловая сфера. У детей отмечается повышение уровня школьной тревожности и снижение уровня сопротивляемости стрессовым воздействиям, наблюдаются статистически более высокие показатели по критериям «фрустрация потребности в достижении успеха» и «страх не соответствовать ожиданиям окружающих». Онкологическое заболевание влияет на социальную включенность подростков. Из-за необходимости длительного нахождения в стационаре дети переводятся на домашнее обучение либо вообще не ходят в школу, лишаются прогулок с друзьями. Их социальное окружение сменяется на медицинский персонал в больнице, а друзьями становятся соседи по палате со сходным диагнозом. У подростков возникают сложности с развитием коммуникативных навыков, часть из них не знакома с играми, в которые играют их сверстники, круг интересов сужен, общение не вызывает интереса. Многим онкологически больным подросткам из небольших городов приходится переезжать в другие места, в которых им готовы оказать помощь. В силу различных обстоятельств переезд семьи в полном составе нередко оказывается затруднительным, что связано с отделением подростка от близких. Все это становится причиной социальной депривации. Частым последствием переживания онкологического заболевания в детстве является одиночество. Выявлено, что у подростков, перенесших онкологическое заболевание, снижена дифференциация половых образов [6]. Приведенные данные свидетельствуют о том, что злокачественная опухоль несет в себе мощную стрессирующую нагрузку [2, 10, 11, 13].

Из вышесказанного следует, что реабилитация детей и подростков с онкологическими заболеваниями должна начинаться с момента постановки диагноза, а заканчиваться может только при выписке и полноценном включении в прежнее социальное окружение [1, 5, 9].

Согласно официальной статистике, приведенной на сайте лечебно-реабилитационного научного центра ФНКЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева «Русское поле», сегодня в России не менее 30 тысяч детей в возрасте от нескольких месяцев до 18 лет нуждаются в реабилитации после перенесенных онкологических заболеваний и болезней крови. Реабилитационный лагерь для детей с онкологическими заболеваниями – эффективная технология психолого-социальной реабилитации, признанная во всем мире.

**Терапевтическую рекреацию** (Therapeutic Recreation) можно определить как комплекс мер, направленных на повышение качества жизни участников через досуг. Терапевтическая рекреация представляет собой профессионально организованную деятельность, стандартными целями которой являются: поддержка эмоциональной стабильности, совершенствование социальных навыков и навыков межличностного взаимодействия, развитие чувства собственной компетентности

и чувства принадлежности, снижение стресса, укрепление физического здоровья, уверенности в себе, переживание ощущения контроля, удовольствия, радости и самоуважения. Повышение качества жизни достигается через обеспечение психологического комфорта, личностного роста, восстановление сил и способностей после заболеваний, преодоление и профилактику асоциальных проявлений, приобретение необходимых навыков для конструктивного взаимодействия с окружающими [16, 18, 20]. Это направление реабилитации активно используется для поддержки социально уязвимых групп, таких как, например, дети, страдающие тяжелыми заболеваниями. У многих из них сохраняются хронические симптомы, требующие лечения, что связано с переживанием стресса и боли. Эти дети вынуждены периодически пропускать школу, их активность ограничена. Такое положение дел повышает риск появления физических, эмоциональных, психических и психосоциальных проблем у тяжело и хронически болеющих детей [14].

Первые лагеря для детей, страдающих диабетом, были проведены в 1929 г. (штат Огайо) и в 1935 г. в Великобритании. В дальнейшем в других европейских странах также начали создаваться лагеря для старших детей и подростков с хроническими и/или тяжелыми заболеваниями с целью улучшения качества их жизни и повышения самооценки и самоконтроля. Организуются лагеря, как правило, под эгидой профильных медицинских ассоциаций (Диабетическая ассоциация, Общество гемофилии, Общество серповидно-клеточной анемии и др.) или неправительственных организаций (Ассоциация больных заболеваниями почек, Ассоциация помощи детям с хроническим артритом и т. д.).

Выводы об оздоровительном влиянии подобных лагерей были сделаны на основе опыта, полученного в США, Канаде и ряде европейских стран. Лечебный эффект связывается, во-первых, с возможностью находиться на природе, вне привычной обстановки, вызывающей негативные ассоциации из-за болезни и лечения. Второй фактор – возможность общения со сверстниками со схожими проблемами, обмен опытом и переживаниями. Пребывание в лагере больных детей возможно сделать столь же безопасным, как и пребывание в обычных летних лагерях здоровых. Педагогические исследования подтверждают, что пребывание в условиях лагеря, вне обычного места жительства, стимулирует воспитание чувства независимости, уверенности в своих силах, самоконтроль и способность принимать решения. Все это в свою очередь повышает самооценку, формирует лидерские качества. Позитивное воздействие этих факторов на детей не уступает по значимости мероприятиям в учреждениях системы образования, более того имеет более долгосрочный эффект [24, 25].

В настоящее время самой крупной международной ассоциацией, которая занимается реабилитацией детей и подростков после тяжелых заболеваний с применением концепции терапевтической рекреации, является SeriousFun Children's Network [15]. В лагерях этой ассоциации детям с тяжелыми заболеваниями и членам их семей предлагается бесплатная реабилитация. Первый лагерь SeriousFun был открыт известным актером Полом Ньюманом в 1988 г. Спектр заболеваний, с которыми работает ассоциация на данный момент, достаточно широк – туда входят более 50 заболеваний, среди которых, помимо онкологии, присутствуют ВИЧ/СПИД, астма, диабет, ортопедические заболевания



и др. С момента основания ассоциации ее лагеря приняли более 864000 детей и членов их семей из более чем 40 стран. Ассоциация предлагает несколько направлений реабилитации – лагерные программы для детей и подростков, больничные программы для детей, проходящих стационарное лечение, семейные выходные, сиблинговые программы и программы, направленные на работу с утратой. Все программы SeriousFun обеспечивают отдых в лагерях, адаптированных к медицинским потребностям детей и подготовленных для содействия психологическому и социальному развитию. Об эффективности данной реабилитационной программы свидетельствуют многочисленные исследования. Так, летом 2012 г. 919 родителей/опекунов и 764 ребенка и подростка приняли участие в исследовании до посещения одного из 12 лагерей сети SeriousFun. Они также были приглашены через месяц и через полгода после прохождения лагерной программы. Было установлено, что после прохождения реабилитации более 70% родителей/опекунов отметили рост доверия, независимости, самоуважения и интереса к социальной деятельности как через один месяц, так и через шесть месяцев после пребывания в лагере. Родители/опекуны также сообщили о статистически значимом снижении стресса и симптомов ПТСР, связанного с болезнью. Дружба, сформировавшаяся в лагере, стала важной частью опыта (у 98% появился по крайней мере один новый друг), и эти дружеские отношения сохранились за пределами лагеря у 58% через один месяц, и у 48% через шесть месяцев. В 2015 г. было проведено исследование, в котором принимали участие родители детей, проходивших реабилитацию в центрах SeriousFun. Спустя 6 месяцев родители замечали в своих детях повышение уверенности в себе (78%), повышение самооценки (73%), более высокий уровень зрелости (81%), увеличение независимости и самостоятельности (76%), повышение социальной активности (72%), открытость к новому опыту (79%) [19].

Сама *модель Терапевтической рекреации* циклична и состоит из 5 компонентов: вызов по выбору (challenge by choice), успех, рефлексия, открытие и веселье. Важным понятием в концепции является понятие зоны. Зона комфорта является максимально безопасным, спокойным и удобным положением для человека. Зона паники вызывает состояние сильной тревоги, испуга, страха. Зона вызова находится между зонами комфорта и паники и является самым благоприятным состоянием для узнавания чего-то нового - человек испытывает одновременно волнение, интерес и уверенность в своих силах.

В программах участникам предлагают многократно переходить в зону вызова, в которой есть возможность бросить себе вызов и преодолеть его. Вызов, который предлагается, обязательно должен соответствовать определенным принципам: участник *сам решает*, будет он выбирать тот или иной вызов; *уровень сложности* вызова для каждого участника *индивидуален*; работа с вызовом проходит *под контролем специалистов*; цикл терапевтической рекреации *непрерывен*, предоставляя ребенку новые вызовы; вызов может касаться *как личных достижений* одного участника, так и успехов, которых удалось добиться *совместно с группой* других участников; вызов должен делиться *на этапы*, маленькие шаги, которые помогают в достижении финальной цели. Преодолению вызова способствуют такие факторы, как мягкая поддержка, воодушевление, право на любое решение, по-

ощрение и перспективы, ориентация на личностный рост и другие. Программа организована таким образом, чтобы вызов обязательно был успешно преодолен. Успех после вызова должен быть внешне отмечен, его признание является индивидуализированным: его невозможно измерить или сравнить. В модели терапевтической рекреации полностью отсутствует конкурентная среда.

Следующим компонентом является рефлексия как возможность осознать успех. Специалист путем правильно подобранных открытых вопросов и внешних уточнений выводит ребенка на осмысление произошедшего. Финальным этапом цикла, после которого круг возобновляется, является открытие. Этот компонент помогает ребенку перенести полученный опыт на новые ситуации. Открытие может произойти как во время реабилитационной программы, так и после нее. Главной целью открытия является перенос опыта, пережитого в лагере, в повседневную жизнь. Центральным компонентом всей модели является веселье, так как только благодаря веселой, развлекательной атмосфере цикл работает, а участники активно включаются в весь процесс.

Основанная на подходе терапевтической рекреации программа осуществляется сейчас и в России [4]. Одним из реализаторов модели терапевтической рекреации является благотворительный фонд реабилитации детей, перенесших тяжелое заболевание «Шередарь». [21]. Участвуют сотрудники, которые занимаются непосредственной подготовкой каждой программы, а также волонтеры, которые прошли собеседование. Волонтеры, приезжают на интенсивный обучающий тренинг, который длится 3 дня. Тренинг, помимо своей основной функции, также является отборочным этапом. Волонтеры могут выступать в различных ролях: «шери» (аналог вожатого), мастер (руководитель мастерской), волонтеры-медики (1-2 на команду), фотографы и команда поддержки (опытные волонтеры-координаторы каждого направления, оказывающие поддержку остальным членам команды).

На каждую реабилитационную смену лагерь «Шередарь» принимает 70-80 участников на бесплатной основе. Участниками программы могут быть дети и подростки со сроком ремиссии до 5 лет из России и стран ближнего зарубежья. Расселение происходит таким образом, что в одном коттедже проживают 10 участников одного пола и 3-5 шери совместно с ними, но в отдельных комнатах. Каждая смена для подростков длится 8 дней.

Расписание дня у детей очень насыщенное: за один день они успевают посетить 4 блока мастерских и вечернее мероприятие. Все активности, которые проходят в лагере, заранее продуманы таким образом, чтобы каждый ребенок мог быть включен вне зависимости от своих физических, психологических или интеллектуальных особенностей; создается безбарьерная среда, адаптированная под каждого и всех сразу. На всех занятиях у каждого подростка есть возможность бросить себе вызов и преодолеть его. Помимо мастерских вызовы и выбор есть и в другой деятельности в лагере. Так, например, прием пищи организовывается по системе шведского стола, участники могут самостоятельно рассмотреть все блюда, решить, что именно они хотят есть, или даже попробовать новую для них еду, что не всегда оказывается простым решением. Каждая программа лагеря (для детей 7-12 лет, 12-17 лет, сиблингов) имеет свои особенности. На подростковых программах у детей больше мастерских, в которых они

могут самостоятельно выбирать свою деятельность или просто общаться со сверстниками. Для них особенно важными являются моменты, когда они могут самостоятельно принимать решение, изучать собственные границы, проживать самоопределение. Соответственно, с учетом этих моментов меняется и специфика самих мастерских, и отношение и общение со взрослыми. Мастерские участники посещают по командам. Каждая команда состоит из 8-10 подростков-сверстников, половина из которых мальчики, половина девочки. Есть мероприятия, в которых участвуют одновременно 2 команды, а также общелагерные вечерние мероприятия, на которых есть возможность взаимодействовать с членами других команд. Каждый день для участников программы заканчивается шепталкой – это формат рефлексии. Подростки совместно со своими шери садятся вокруг свечи. Подросткам в атмосфере уюта, тишины и доверия задается вопрос. Каждый может высказаться, если имеет желание, если же нет – за ним оставляется право промолчать. Пример вопроса: «Если бы перед вами была дверь, зайдя в которую вы попали бы куда захотите, куда бы она вела?».

В конце реабилитационной смены проходит финальный концерт, предоставляющий участникам возможность подготовить либо совместное, либо самостоятельное выступление. Как правило, это одно из тех мероприятий, на которых уже можно заметить изменения, постепенно происходящие в подростке. Второе важное мероприятие в конце смены – финальная рефлексия в творческом формате.

### ***Эмпирическое исследование эффективности программы терапевтической рекреации «Шередарь»***

В соответствии с задачами нашего исследования был выбран следующий диагностический инструментарий:

1.Опросник «Антивитальность и Жизнестойкость» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева [12]

2.Авторская методика выявления ресурсных качеств - творческий формат проведения финальной рефлексии.

3.Анализ отзывов родителей о результатах участия подростка в реабилитационной программе (обратная связь).

Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики (анализ средних тенденций – мода, медиана и среднее), сравнительной статистики (непараметрические критерии U Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 6.0 для Windows.

В данном исследовании приняли участие 113 человек. Из них 80 подростков, перенесших онкологические заболевания, в возрасте от 12 до 17 лет – участники пилотного исследования; среди них выделена фокус-группа из 30 подростков. Также в исследовании приняли участие 15 родителей подростков с онкологическими заболеваниями. В качестве контрольной группы выступили 18 соматически неотягощенных подростков 12-17 лет, средний возраст 15 лет.

Исследование проводилось методом продольных срезов. Подросткам экспериментальной группы предлагалось заполнить опросник «Антивитальности и Жизнестойкости» 2 раза: до прохождения реабилитационной программы, а также отсрочено – через 3 месяца после реабилитации. Контрольная выборка за-

полняла опросник только один раз.

Авторская методика выявления ресурсов применялась однократно в конце смены к участникам фокусной группы. Испытуемому предлагают выбрать из 7 утверждений (см. табл. 1) те, с которыми он согласен. Есть возможность выбрать любое количество утверждений, в том числе не выбирать ни одного. Время проведения от 5 до 30 минут. На входе подростку выдается стеклянная баночка высотой 4 см, в комнате на столе расположены 7 закрытых небольших коробок с бисером, рядом с каждой из них написано утверждение. Подросток, выбирая утверждение, с которым он согласен, открывает коробку, берет щепотку бисера и пересыпает в свою стеклянную баночку, полученную на входе. После того, как баночка заполнена, она запечатывается и вешается на шнурок. Деятельностный формат выбора ресурсных качеств является наиболее оптимальным, так как использование готовых утверждений дает возможность «высказаться» и тем подросткам, которым сложно формулировать и высказываться, помогает им распознать и признать свой ресурс - сильные стороны, как имевшиеся, так и новоприобретенные. Используется данная методика по окончании реабилитационной программы в качестве своеобразного подведения итогов.

Таблица 1.

Утверждения авторской методики выявления внутренних ресурсов

| Утверждение, предъявленное подростку | Значение утверждения                  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Верю в себя                          | Доверие к себе                        |
| Чувствую поддержку окружающих        | Поддержка окружающих                  |
| Оказывается, вокруг больше хорошего  | Позитивный образ мира                 |
| Не боюсь выражать свои эмоции        | Открытость                            |
| На меня можно положиться             | Собственная ресурсность, устойчивость |
| Я – часть команды                    | Социальная включенность               |
| Думаю, у меня все получится          | Позитивный образ будущего             |

Также осуществлялся анализ отзывов родителей, представленных в свободной письменной форме, по итогам реабилитационной программы.

**Результаты и их обсуждение.** Обработка данных, полученных с помощью «Опросника Антивитальности и Жизнестойкости» позволила выявить различия между контрольной и фокусной группами до начала прохождения реабилитации.. В табл. 2 приведены значимые различия по 8 шкалам (медианные значения у подростков, перенесших онкологические и онкогематологические заболевания, ниже, чем у их условно здоровых сверстников из контрольной группы).

Таблица 2.

Значимые различия по «Опроснику Антивитальности и Жизнестойкости» (\*  $p < 0,05$ )

| Показатель                             | p-level  |
|----------------------------------------|----------|
| 1. Антивитальные мысли и действия      | 0,031277 |
| 1.1 Антивитальные мысли                | 0,005521 |
| 4. Микросоциальный конфликт            | 0,040679 |
| 4.3 Конфликт с педагогами              | 0,005714 |
| 6. Вредные привычки                    | 0,006720 |
| 8. Склонность к асоциальному поведению | 0,020941 |
| 2. Функциональная семья                | 0,016303 |
| 6. Позитивный образ будущего           | 0,022703 |

Такой результат может быть объяснен с разных позиций. Первая позиция основывается на том, что крайний опыт перенесения тяжелого, жизнеугрожающего заболевания, явился фактором более зрелого отношения к ценностям жизни, здоровья и будущего, позитивного отношения к семье. Другой взгляд исходит из предположения об определенной инфантильности подростков, перенесших онкозаболевания, в силу их социальной изоляции во время болезни, задержавшей наступление нормативного подросткового кризиса с его конфликтностью, переоценкой общепринятых норм и ценностей. Третья позиция связана с допущением наличия «декларируемой нормативности» как защиты от опыта жестокой непредсказуемости жизни. И четвертая позиция заключается в необходимости проверки валидности методики, выбранной в качестве диагностического инструментария.

Значимые различия выявлены при сравнении шкалы «Конфликт с педагогами»: здоровые дети больше подвержены такому типу конфликта, нежели дети, перенесшие онкологические заболевания. Авторами опросника шкала «Конфликт с педагогами» закладывалась как последнее звено микросоциального конфликта, находящее свое отражение в нарушении правил, обесценивании уважительного отношения к другим. По мнению разработчиков, в основе данного типа конфликтов лежат неуверенность в себе, фрустрация социальных мотивов в признании и уважении в семье, а также недостаточная сформированность регуляции эмоций и поведения. Помимо этого высокий показатель по этой шкале может свидетельствовать о наличии конфликта в семье. Далее было выявлено, что нормативные подростки значимо сильнее подвержены вредным привычкам как способу социального включения, нежели подростки, перенесшие онкологические заболевания. Вредные привычки характеризуются авторами опросника как способ реализации таких существенных социальных потребностей, как признание и принятие другими. Предполагается, что данный способ используется при несформированности более конструктивных способов совладения с напряжением в социальных ситуациях. Как уже предполагалось выше, существенно меньшая подверженность вредным привычкам подростков,

имеющих в жизненном опыте онкологию, может быть связана с более сознательным подходом к последствиям употребления алкоголя и курения, т. к. здоровье для них является более значимой и осознанной ценностью, чем признание и принятие со стороны окружающих. Следующее значимое различие было выявлено по шкале «Функциональная семья». Высокий показатель по данной шкале, по мнению авторов опросника, свидетельствует о наличии мощного компенсирующего механизма, сдерживающего антивитаальные тенденции, – функциональной семьи, в которой взаимодействие строится на доверии и уважении друг к другу, неизменности этих отношений вне зависимости от разногласий и других факторов, стабильной психологической поддержке. Подросток, доверяющий семье, решает проблемы конструктивно, принимая во внимание мнение других. Функциональная семья учитывает индивидуальные особенности каждого, уважает мнение и точку зрения подростка, учитывает позиции друг друга, формирует идентичность и самооэффективность молодого поколения. Подростки, имеющие в анамнезе онкологическое заболевание, значительно чаще оценивают свою семью как функциональную. Возможно, такой результат связан с тем, что в жизни подростков с онкозаболеванием было большее, чем у нормативных подростков, количество сложных ситуаций, которые им приходилось проходить, надеясь на поддержку семьи. Для нормативных подростков более типичен поиск поддержки среди друзей и одноклассников. По шкале «Склонность к асоциальному поведению» были получены также значимые различия. Переболевшие подростки менее склонны к асоциальному поведению и нарушению правил и больше, чем их здоровые сверстники, осознают ценность другого человека и сопереживания. Результаты, полученные при обработке шкалы «Позитивный образ будущего», свидетельствуют о том, что подростки из фокусной группы более целеустремленны и позитивно настроены на будущее. Следующая шкала, по которой были обнаружены значимые различия – «Антивитаальные мысли и действия»: у подростков, перенесших онкологические и онкогематологические заболевания, уровень антивитаальных мыслей и действий ниже, чем у нормативных сверстников. Возможно, причиной этому является пересмотр ценностно-смысловых ориентиров подростков, перенесших заболевание, как следствия того, что они, в отличие от здоровых сверстников, проживали ситуацию борьбы за будущее и жизнь в целом.

Таблица 3.

Результаты сравнения контрольной и экспериментальной выборок до прохождения реабилитации (\*  $p < 0,05$ )

| Показатели                   | p-level  |
|------------------------------|----------|
| 1.1 Антивитаальные мысли     | 0,028448 |
| 4.3 Конфликт с педагогами    | 0,041529 |
| 6. Вредные привычки          | 0,001246 |
| 2. Функциональная семья      | 0,026369 |
| 6. Позитивный образ будущего | 0,022857 |

Однако, результаты отсроченного опроса, который проводился через 3 месяца после окончания реабилитационной программы, и контрольной группы, дают иную картину (табл. 3). По количеству показателей, имеющих значимые различия, экспериментальная выборка приближается к контрольным, норма-

тивными показателям: если при сравнении до прохождения терапевтической рекреации различия обнаруживались по 8 шкалам, то отсроченные результаты показывают значимые различия уже только в 5 шкалах.

Полученные результаты достаточно противоречивы и определяют необходимость дальнейшего более детального и глубокого изучения жизнестойкости подростков, перенесших онкологические и онкогематологические заболевания.

В отличие от Йельского исследования, наше исследование включило также этап непосредственного сбора данных у подростков с использованием авторской методики выявления ресурсов. Эти данные были получены у 80 участников программы (табл. 4). Полученные результаты подтверждают отзывы родителей.

Таблица 4.

#### Результаты Авторской Методики Выявления ресурсов

| УТВЕРЖДЕНИЯ                           | Количество детей, выбравших утверждение (N=80) | %   |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|-----|
| Доверие к себе                        | 46                                             | 58% |
| Поддержка окружающих                  | 60                                             | 76% |
| Позитивный образ мира                 | 49                                             | 62% |
| Открытость                            | 44                                             | 56% |
| Собственная ресурсность, устойчивость | 43                                             | 54% |
| Социальная включенность               | 56                                             | 71% |
| Позитивный образ будущего             | 52                                             | 66% |

Из данных, представленных в таблице, следует, что дети способны обнаруживать свои ресурсные качества. Можно также говорить и о повышении некоторых качеств, т. к. многие формулировки утверждений использовались с временным уточнением (табл. 1) – «Оказывается, вокруг больше хорошего», «Думаю, у меня все получится». Подтверждением мнения подростков о произошедших изменениях являются отзывы родителей. Так, утверждение о позитивном образе будущего выбрали 52 подростка из 80 (66%). В своих отзывах родители отмечали, что их дети смотрят на мир другими глазами (26%) и нашли стимул к жизни и дальнейшему движению (13%). 56 подростков (71%) считают себя социально включенными, родители также утверждают, что их дети стали общительнее (26%), нашли новых друзей (26%). 43 подростка (54%) воспринимают себя как ресурсных и устойчивых, родители считают, что их дети стали увереннее в себе (46%). 49 подростков (62%) отмечают позитивный образ мира, родители также отмечают это изменение (26%). 60 подростков (76%) чувствуют поддержку окружающих, а 46 подростков (58%) научились доверять себе, родители подтверждают возросшую веру в себя и собственные силы, отмечают, что дети стали увереннее в своих силах (46%). 44 подростка (56%) говорят об открытости, часть родителей подтверждает данный факт. Две трети родителей (10

из 15) говорят о том, что их ребенок стал счастливым, веселым и больше улыбается; по мнению третьей части родителей, у ребенка проявилось творческое начало, наполненность новыми идеями; также встречаются утверждения о том, что у подростка появился стимул к жизни и желание двигаться дальше, интерес к новому, способность перебороть страх перед новым и неизвестным, смелость; родители отмечают, что их дети стали взрослее, раскрылись, поверили в себя и свои силы, приобрели целостность и четкость, стали более открытыми. Несмотря на то, что родители не имели структуры отзыва, характеристики, с помощью которых они описывали своих детей, сходны с теми характеристиками, которые были получены при проведении аналогичного исследования ассоциацией SeriousFun совместно с Йельским университетом.

**Выводы.** Эмпирическое исследование результатов реабилитационной программы терапевтической рекреации «Шередарь» подтвердило ее эффективность. Подростки, имеющие в анамнезе онкологические и онкогематологические заболевания, в результате участия в реабилитационной программе становятся способными выявить и повысить свои внутренние ресурсы. Произошедшие изменения подтверждаются в отзывах родителей. Также эффективность реабилитационной программы Терапевтической Рекреации выражается в приближении витальности и жизнестойкости подростков, перенесших онкологические и онкогематологические заболевания, к уровню, на котором находятся их нормативные сверстники.

В то же время полученные данные требуют дальнейшего анализа, заставляют искать новый диагностический инструментарий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н., Касаткин В.Н., Цейтлин Г.Я. и др. Стратегия медико-психолого-социальной реабилитации детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями // Онкогематология. – 2015. – № 1. – С. 7-16.
2. Громов Г.Б. Психологические нарушения у детей, болеющих раком кожи на фоне пигментной ксеродермы // Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Мат-лы Всероссийской конференции с международным участием. – М., 1997. – С. 142-145.
3. Гусева М.А., Барчина Е.Г. Множественная психическая травма у детей с онкологическими заболеваниями и сиблингов // Онкопедиатрия. – 2015. – Т. 2. – № 3. – С. 261 - 263.
4. Гусева М.А. Роль психолога в реабилитационном лагере для детей с онкогематологическими заболеваниями // Сборник тезисов VI Всероссийского съезда онкопсихологов. – М., 2014. – С 17-20.
5. Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В. Деонтология и реабилитация в детской онкологии. 2-е издание, перер. и доп.. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.
6. Ершова М. П. Особенности личностного развития юношей и девушек с онкопатологией с разными сроками ремиссии: дис. ... канд. психол. наук - Ростов н/Д, 2005 - 168 с.
7. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2015 году: статистические материалы. Часть V / Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев и др. – М., 2016. – 143 с.
8. Заболеваемость детского населения России (15–17 лет) в 2015 году: статистические материалы – Часть IX / Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев и др. – М., 2016. – 147 с.
9. Иванов С.В., Дмитриева О.М., Кулева С.А. Медико-социальная реабилитация



детей, излеченных от онкологических заболеваний // Онкопедиатрия. – 2014. – № 2.

10. Киреева И.П. Психосоциальные аспекты детской онкологии // Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Мат-лы Всероссийской конференции с международным участием. – М., 1997. – С. 94-97.

11. Психологические проблемы детей с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии // Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии: Всероссийский симпозиум, Москва, 2008 г. / Под ред. Г.Я. Цейтлина. – 2009. – С. 25-29.

12. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник «Антивитальность и Жизнестойкость» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 2 (43). – С. 4 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.09.2017)

13. Ткаченко И.В. Состояние здоровья детей и подростков, излеченных от онкогематологических заболеваний: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2009.

14. Щербакowa А.М. Психолого-педагогические проблемы тяжело болеющих детей, находящихся в условиях длительной госпитализации // Реабилитация, абилитация и социализация: междисциплинарный подход: Сборник научных статей. /под ред. О.Е. Нестеровой, Р.М. Шамянова, Е.С. Пяткиной, Л.В. Шиповой, М.Д. Коноваловой – М.: Издательство «Перо», 2016. – 728с. [Электронное издание]. – С. 304-316. – URL: [http://www.sgu.ru/sites/default/files/conf/inf/2016-12/reabilitaciya\\_abilitaciya\\_i\\_socializaciya.pdf](http://www.sgu.ru/sites/default/files/conf/inf/2016-12/reabilitaciya_abilitaciya_i_socializaciya.pdf) (дата обращения: 21.08.2018)

#### REFERENCES

1. Volodin N.N., Kasatkin V.N., Cejtin G.Ja. i dr. Strategija mediko-psihologo-social'noj rehabilitacii detej s gematologicheskimi i onkologicheskimi zabojevanijami // Onkogematologija. – 2015. – № 1. – С. 7-16.

2. Gromov G.B. Psihologicheskie narushenija u detej, bolejušhhih rakom kozhi na fone pigmentnoj kserodermy // Social'nye i psihologicheskie problemy detskoj onkologii. Mat-ly Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. – М., 1997. – С. 142-145.

3. Guseva M.A., Barchina E.G. Mnozhestvennaja psihicheskaja travma u detej s onkologicheskimi zabojevanijami i siblingov // Onkopediatrija. – 2015 – Т. 2. – № 3. – С. 261 - 263.

4. Guseva M.A. Rol' psihologa v reabilitacionnom lagere dlja detej s onkogematologicheskimi zabojevanijami // Sbornik tezisov VI Vserossijskogo s#ezda onkopsihologov. – М., 2014. – С 17-20.

5. Durnov L.A., Goldobenko G.V. Deontologija i rehabilitacija v detskoj onkologii. 2-e izdanie, perer. i dop.. – М.: Medicina, 2002. – 608 s.

6. Ershova M. P. Osobennosti lichnostnogo razvitija junoshej i devushek s onkopatologiej s raznymi srokami remissii: dis. ... kand. psihol. nauk - Rostov n/D, 2005 - 168 s.

7. Zabojevaemost' detskogo naselenija Rossii (0–14 let) v 2015 godu: statisticheskie materialy. Chast' V / G.A. Aleksandrova, A.V. Polikarpov, N.A. Golubev i dr. – М., 2016. – 143 s.

8. Zabojevaemost' detskogo naselenija Rossii (15–17 let) v 2015 godu: statisticheskie materialy – Chast' IX / G.A. Aleksandrova, A.V. Polikarpov, N.A. Golubev i dr. – М., 2016. – 147 s.

9. Ivanova S.V., Dmitrieva O.M., Kuleva S.A. Mediko-social'naja rehabilitacija detej, izlechenyh ot onkologicheskikh zabojevanij // Onkopediatrija. – 2014. – № 2.

10. Kireeva I.P. Psihosocial'nye aspekty detskoj onkologii // Social'nye i psihologicheskie problemy detskoj onkologii. Mat-ly Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. – М., 1997. – С. 94-97.

11. Psihologicheskie problemy detej s onkologicheskimi zabolevanijami v sostojanii remissii // Aktual'nye problemy rehabilitacii v detskoj onkologii: Vserossijskij simpozium, Moskva, 2008 g. / Pod red. G.Ja. Cejtina . – 2009. – С. 25-29.
12. Sagalakova O.A., Truevcev D.V. Oprosnik «Antivital'nost' i Zhiz-nestojkost'» // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2017. – Т. 9, № 2 (43). – С. 4 [Elektronnyj resurs]. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 10.09.2017)
13. Tkachenko I.V. Sostojanie zdorov'ja detej i podrostkov, izlechennyh ot onkogematologicheskikh zabolevanij: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. M., 2009.
14. Shherbakova A.M. Psihologo-pedagogicheskie problemy tjazhelo bo-lejushhih detej, nahodjashhihsja v uslovijah dlitel'noj gospitalizacii // Rea-bilitacija, abilitacija i socializacija: mezhdisciplinarnyj podhod: Sbornik nauchnyh statej. /pod red. O.E. Nesterovoj, R.M. Shamionova, E.S. Pjatkinov, L.V. Shipovoj, M.D. Konovalovoj – M.: Izdatel'stvo «Pero», 2016. – 728s. [Elektronnoe izdanie]. – S. 304-316. – URL: [http://www.sgu.ru/sites/default/files/conf/inf/2016-12/reabilitacija\\_abilitacija\\_i\\_socializacija.pdf](http://www.sgu.ru/sites/default/files/conf/inf/2016-12/reabilitacija_abilitacija_i_socializacija.pdf) (data obrashhenija: 21.08.2018)
15. SeriousFun Children's Network [Электронный ресурс] – URL: <https://www.seriousfunnetwork.org/about> (дата обращения 10.09.2017)
16. Dattilo J. Facilitation techniques in therapeutic recreation. – State College, PA: Venture Publishing, Inc., 2000.
17. Martiniuk A.L.C. Camping programs for children with cancer and their families. Support Care Cancer. - 2003. – 749-757 p.
18. O'Morrow G. S., Reynolds, R. P. Therapeutic recreation: A helping profession (3rd ed.). – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. – 1989.
19. Shauna L. Tominey, PhD; Robert Pietrzak, PhD, MPH; Steven Southwick, MD; Linda C. Mayes, MD. More Than Just SeriousFun: The Impact of Camp on Resilience for Campers with Serious Illness. - 2014-2015 Report. - Yale Child Study Center. – 21 p. – URL: <https://www.seriousfunnetwork.org/document.doc?id=845> (дата обращения: 21.08.2018)
20. Standards for the Practice of Recreational Therapy and Self-Assessment Guide Holmes-Layman, Peggy. Therapeutic Recreation Journal; First Quarter, 2014. – 94 p.
21. URL: <http://www.sheredar.ru/>

**A.M. Shcherbakova<sup>1</sup>, N.N. Tadevosyan<sup>2</sup>**

### **REHABILITATION EFFECT OF THERAPEUTIC RECREATION PROGRAM FOR ITS PARTICIPANTS WHO HAVE UNDERGONE ONCOLOGICAL AND ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES**

<sup>1</sup>Moscow state psychological and pedagogical University, <sup>2</sup>Sheredar Charitable Foundation for the Rehabilitation of Children Who Suffered Serious Diseases.

**Summary.** Therapeutic Recreation can play a crucial role in the complex of methods aimed at cancer rehabilitation. During the research this data has been obtained: post-oncological teenagers as compared to their somatically healthy peers differ in terms of vitality and hardiness. As a result of rehabilitation program teenagers with oncology in medical history become more able to understand and increase their inner resources. The effect of Therapeutic Recreation shows itself through the increase in vitality of post-oncological teenagers to the normal level for their age.

**Keywords:** rehabilitation, psychosocial rehabilitation, oncological diseases, oncohematological diseases, teenagers, therapeutic recreation.

А.Д. Гусова<sup>1</sup>, Е.В. Дубова<sup>2</sup>, В.В. Ряшина<sup>3</sup>

## ИЗУЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В ХОДЕ РАЗРАБОТКИ КУЛЬТУРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова» (Владикавказ), <sup>2</sup>ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», <sup>3</sup>ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО» (Москва).

**Резюме.** В предлагаемой статье анализируется эмоциональное состояние подростка. Особое внимание уделяется проблеме тревожности и депрессивного состояния. Результаты экспериментального изучения показывают, что в исследуемой выборке девочки подросткового возраста более склонны к проявлению депрессивных состояний, чем мальчики; подростки города Владикавказа более склонны к проявлению депрессивных состояний, чем подростки города Беслана. Построение образовательной среды на принципах психологического здоровья представляется оптимальным способом профилактики неблагоприятных эмоциональных состояний у современных подростков. Рассматривается такая форма профилактики неблагоприятных эмоциональных состояний у подростков школы-интерната, как разработка детско-взрослых культурно-образовательных проектов.

**Ключевые слова:** современный подросток, неблагоприятное эмоциональное состояние (тревожное и депрессивное), изучение, профилактика, образовательная среда, детско-взрослая общность, культурно-образовательный проект.

Актуальность данной темы обусловлена все более частым возникновением неблагоприятных эмоциональных состояний у современных детей. Наиболее остро они проявляются в подростковом возрасте и связаны с тревожностью и депрессией. Изучение тревожных и депрессивных состояний у подростков занимает одно из первых мест во всем мире. Подростковый возраст – один из наиболее сложных периодов развития человека. Тревожность и депрессия в этом возрасте очень сложное явление, которое имеет много причин и непредсказуемых последствий. Возникновение тревожности и депрессивного состояния в данном возрасте происходит в результате взаимодействия многих причинных факторов. К сожалению, это явление распознать очень тяжело, пока не наступит фаза его наиболее ярких проявлений [3-7].

Проблеме подростковой тревожности посвящено множество исследований и также дается достаточное количество определений этому феномену. А.М.Прихожан пишет, что тревожность – «... отрицательное эмоциональное переживание, связанное с предчувствием опасности» [7, с. 35]. «Тревога - это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности» [1, с. 347]. Итак, в современной психологии тревожность - это психическое свойство, а тревога психическое состояние.

Современный подросток живет в мире, сложном по своему содержанию и

---

<sup>3</sup>Статья выполнена в рамках НИР ФГБНУ «ИИДСВ РАО», проект: «Антропологические основы проектирования программ профессионального развития педагогов и условий их реализации в системе инновационного развивающего и развивающегося образования» 25.9400.2017/БЧ, ГРНТИ 15.81.21, 14.07.01

тенденциям развития. Эмоциональное неблагополучие подростка – один из объектов пристального внимания школьных психологов, педагогов, родителей. Своевременная и качественная диагностика подобного неблагополучия, адекватные коррекционные меры и профилактика неблагоприятных эмоциональных состояний в образовательной среде могут уменьшить риск возникновения нежелательных тенденций в развитии личности. В этом плане диагностическая работа психолога по изучению неблагоприятных эмоциональных состояний у современных подростков должна сочетаться с психолого-педагогическим проектированием условий их развития, построением позитивной образовательной среды. Одним из эффективных инструментов при этом может стать реализация детско-взрослых культурно-образовательных проектов.

Одно из ярких проявлений подобного неблагополучия – депрессивные состояния. Депрессии у подростков могут выступать в «чистом» виде и в какой-то маске (скрытой). Обычно во втором случае подростки жалуются на общую разбитость, пониженное настроение, отсутствие аппетита, непонятные боли в разных частях тела. Если жалобы затянулись, если поведение больного вызывает опасение у окружающих, то такого подростка лучше проконсультировать с педиатром, а тот уже решит, нужно ли обращаться к психиатру. Подобные депрессии обычно излечиваются без следа, нужно только правильно их лечить. Но если речь идет о депрессии, то всегда нужно быть начеку: почти все самоубийства совершаются, когда настроение понижено, когда одолела тоска и потерял смысл жизни. Всякое неуважение к школьнику, грубое к нему отношение (учитывая тем более повышенную ранимость подростков, их чрезмерную чувствительность ко всякого рода замечаниям и нотациям) — это и многое другое может вызвать пониженное настроение или резко заострить его, а от этого до непоправимой беды один шаг.

Депрессией чаще страдают девочки, чем мальчики. Это можно объяснить гормональными изменениями, которые связаны с физиологией девочек. Следующее объяснение такого полового различия связано с отношением к своему телу. Как девочки, так и мальчики испытывают неудовлетворенность своим телом в подростковом возрасте, но девочки испытывают большее недовольство. Учитывая то, что неудовлетворенность своей внешностью связана с депрессией, это может являться причиной более частых депрессий у девочек-подростков.

Наверное, самое интересное объяснение дается в работах, связывающих биологические и социальные факторы. Проанализировав научную литературу, мы определили, что число депрессий было наибольшим в период перехода подростков в среднюю школу или к началу полового созревания. Так как у девочек половое созревание начинается примерно на два года раньше, чем у мальчиков, в большинстве обществ девочки чаще, чем мальчики, переходят в среднюю школу в начале полового созревания. Одновременное воздействие этих двух стрессовых факторов может быть трудно переносимым. Поэтому возможно, что взаимовлияние факторов, описанных здесь, и социальных причин, описанных чуть выше, является причиной более частых депрессий у девочек.

В рамках нашего исследования мы изучали тревожность и депрессивное состояние у подростков МБОУ СОШ № 38 г. Владикавказа и ГБОУ СОШ № 8 г. Беслана. Предметом исследования являлась склонность к проявлению депрессивного состояния перед экзаменами. В психодиагностике принимали участие 55 респондентов из г. Владикавказа, и 55 респондентов г. Беслана. Всего выборка состояла из 110 респондентов, возраст 14-17 лет. Используемые методи-

ки: 1) шкала самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина; 2) методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга.

В ГБОУ СОШ № 8 г. Беслана были получены следующие данные.

Первая методика - шкала самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина, позволяет выявить личностную тревожность (ЛТ) и реактивную тревожность (РТ). ЛТ относительно стабильна и не связана с ситуацией, поскольку является свойством личности. РТ, наоборот, бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией.

РТ у подростков в основном умеренная, т. е. из 30 человек в 43% 6 девочек и 7 мальчиков показали по результатам обследования умеренную степень тревожности, у 10 девочек и 2 мальчиков (40%) выявлена высокая степень тревожности, а оставшиеся 4 мальчика и 1 девочка (17%) продемонстрировали низкую степень тревожность. ЛТ у них также в большей степени выражена в умеренной степени (у 7 девочек и 9 мальчиков), у 8 девочек и 2 мальчиков (33%) - в высокой степени и у 4 мальчиков - в низкой.

Проведение второй методики - дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга - позволило выявить уровень депрессии у подростков. Так, в тяжелой форме депрессия наблюдается всего у 2 девочек (7%), в умеренной форме депрессия у 2 мальчиков (6%), в легкой форме депрессия у 3 девочек и 2 мальчиков (17%), а нормальное состояние у 12 девочек и 9 мальчиков (70%).

В МБОУ СОШ № 38 г. Владикавказа были получены следующие данные.

Результаты изучения тревожности (первая методика) показывают, что РТ у учеников 11 классов в основном высокая, т. е. из 30 человек 53%, из которых 13 девочек и 3 мальчика имеют высокую степень тревожности. 40%, из которых 6 девочек и 6 мальчиков, имеют умеренную степень тревожности. А оставшиеся 7%, из которых 1 мальчик и 1 девочка, имеют низкую степень тревожность. ЛТ у них тоже в большей степени высокая - 52%, из которых 12 девочек и 3 мальчика. У 34% она умеренная, из которых 8 девочек и 2 мальчика, и у 5 (14%) мальчиков низкая.

В результате проведения второй методики мы выявили уровень депрессии у подростков 16-17 лет. По нашим данным, в тяжелой степени депрессия наблюдается всего у 1 девочки (3%), в умеренной форме депрессия проявляется у 7 девочек и у 1 мальчика (27%), в легкой форме депрессия у 8 девочек и у 3 мальчиков (37%), а нормальное состояние у 3 девочек и 7 мальчиков (33%).

Таким образом, подтвердилась наша гипотеза о том, что девочки подросткового возраста более склонны к проявлению депрессивных состояний, чем мальчики. Помимо этого было выявлено, что подростки из средней общеобразовательной школы г. Владикавказа более склонны к проявлению депрессивных состояний, чем их ровесники из средней общеобразовательной школы г. Беслана.

Сравнительный анализ результатов исследования между школами городов Владикавказа и Беслана, показал, что в г. Владикавказ большинство подростков находится в депрессивном состоянии. После проведения беседы с подростками школы № 8 г. Беслана мы сделали вывод, что родители не так сильно «давят» на школьников из-за предстоящих экзаменов. Это можно объяснить тем, что ученики этих классов в 2004 г. были заложниками в школе № 1 и поэтому их родители не хотят создавать для своих детей лишней раз сложности и относятся к ним щадяще. Они поддерживают и подбадривают их так же, как и учителя. Отношения между школьниками и учителями теплые. Раз в год в эту школу приезжают волонтеры (группа «дети Марии»), которые в течение недели организуют различные концерты, конкурсы, другие интерактивные программы с детьми, что также способствует

созданию условий для поддержания психологического здоровья в школе. Что касается школы во Владикавказе, ученики очень серьезно подходят к подготовке к грядущим экзаменам, подготовка в школе по профильным предметам носит характер заданий повышенной сложности и объема, кроме того большинство из них посещает репетиторов по тем предметам, которые собираются сдавать.

Полученные данные показывают, что перед сдачей зачетов и экзаменов у подростков владикавказской школы значительно повысился уровень тревожности и депрессивное состояние, в то время, как у подростков бесланской школы таких результатов не наблюдалось.

Таким образом, проанализировав результаты исследования, мы можем отметить, что подростки из Бесланской МБОУ СОШ № 8 менее склонны к проявлению депрессивных состояний, чем подростки МБОУ СОШ № 38 г. Владикавказ, поскольку в школе № 8 г. Беслан создана определенная система работы по профилактике неблагоприятных эмоциональных состояний у учащихся, элементами которой являются: особая концепция пространства школы, содержание образовательной работы, тип отношений между взрослыми и детьми в школе и в семье.

В бесланской школе необычная концепция внутреннего пространства реализуются усилиями учителей и школьников, в меру своих возможностей помогают и родители. Все вместе принимают непосредственное участие в разработке дизайна рекреационных зон. Школьные рекреации по своему функционалу, в первую очередь, предназначены для отдыха, поэтому здесь размещены скамьи, диваны, пуфики. Помимо этого для учащихся младших классов создан кукольный театр, а для детей постарше – автогородок.

По словам директора школы № 8 г. Беслан Аллы Хаблиевой, которая и стала генератором идеи, концепция не нова, во многих современных российских школах функциональное наполнение и оформление пространства сделано таким образом, чтобы в нем было комфортно находиться, а каждый школьный уголок мог бы воспитывать и образовывать.

Итак, созданием подобных зон школа раздвигает границы класса и выводит обучение за пределы учебного кабинета. Руководство и учащиеся школы № 8 г. Беслан на собственном примере доказывают, что спроектированная на основе представлений о нормальном развитии человека образовательная среда повышает работоспособность, раскрывает таланты, помогает ученикам обрести уверенность в своих силах, способностях, повысить мотивацию к учебе. Именно поэтому дети бесланской школы менее подвержены к проявлению депрессивных состояний.

Другим важным элементом создания образовательной среды школы, реабилитирующей и создающей условия для становления психологического здоровья воспитанников, является разработка совместных культурно-образовательных проектов. Мы предполагаем, вслед за В.И. Слободчиковым, А.В. Шуваловым [10, 11], что концепция психологического здоровья является центральной для разработки культурно-образовательных проектов как формы профилактики неблагоприятных эмоциональных состояний у современных подростков. Наиболее важна эта практика для детей, находящихся в силу ряда причин в образовательных организациях интернатного типа. Так, нами в школе-интернате № 42 г. Москва в течение ряда лет была разработана и реализована модель условий развития психологического здоровья детей на основе детско-взрослых культурно-образовательных проектов различного масштаба.

---

Культурно-образовательный проект строится на основе последовательности этапов [9]).

Первый этап – постановка образовательной проблемы и культурно-профессионального самоопределения по отношению к ней.

Второй этап – разработка замысла культурно-образовательного проекта.

Третий этап – первичное погружение в культурное наследие.

Четвертый этап – порождение и проявление детской творческой инициативы.

Пятый этап – развитие и деятельностное воплощение детской творческой инициативы.

Шестой этап - проектирование и организация социального пространства, в котором продукты творческой работы представляются социокультурному окружению и становятся ресурсом для различных форм со-бытийной жизни детско-взрослой образовательной общности.

Седьмой этап связан с проектированием рефлексивных пространств для обнаружения и развития смысловой перспективы детско-взрослой со-бытийной общности.

В практике психологического сопровождения образовательного процесса школы-интерната эта модель была реализована в ходе культурно-образовательного проекта «Готовим вместе». Очевидно, что серьезной психологической и социальной проблемой детей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа, является дефицит тех отношений и опыта, которые обычно ребенок получает в семье, прежде всего таких составляющих психологического здоровья, как жизнелюбие и трудолюбие [10, 11] – уверенности в себе, запаса базового доверия к себе и миру, установки на доверительное общение и сотрудничество с окружающими, наличия разнообразных бытовых навыков и умелостей. Как следствие подобного дефицита – возникновение таких неблагоприятных проявлений, как тревожные, депрессивные, агрессивные состояния у подростков. Замыслом психолого-педагогического проекта, таким образом, стала идея вовлечь детей в такую практику, как приготовление блюд и подготовка к общим праздникам. Культурные традиции приготовления пищи и организации праздничного стола обладают мощным образовательным потенциалом именно с точки зрения приобретения разнообразных трудовых и социальных навыков, а также опыта продуктивной эмоционально окрашенной совместной деятельности подростков и взрослых. Подобная практика на основе общего позитивного эмоционального настроя, общего переживания праздника, соорганизации и решения задач по его подготовке таким образом восполняет дефицит педагогических позиций «родителя» и «умельца» в детско-взрослой общности.

Первым опытом реализации данного проекта была совместная подготовка праздничного новогоднего стола, который являлся традиционным для школы-интерната, но впервые был подготовлен и организован именно как совместный детско-взрослый праздник. Следующим шагом в развитии проекта было проведение мастер-класса итальянской кухни с приглашением педагогов из школы-побратима интерната, лицея города Таранто (Италия). Принципиальным моментом развития проекта здесь явилось следующее: инициатива подростков в детско-взрослой со-бытийной общности проявилась в смене их позиции в ходе мастер-класса с пассивной на активную. Первоначально предполагалось пригласить подростков в качестве «гостей», для которых готовили приглашенные педагоги из итальянской школы вместе с учителем технологии школы-интерната, чтобы по-

пробовать настоящее итальянское блюдо (для многих – впервые), но затем произошло превращение ребят в равноправных участников мастер-класса. Таким образом, работа на мастер-классе оказалась выстроена в детско-взрослых командах, каждая из которых отвечала за свою задачу (нарезка овощей, сервировка стола, разучивание русских и итальянских песен и др.), а завершился мастер-класс совместной трапезой и импровизированным концертом, на котором родилась идея создать общий российско-итальянский музыкальный спектакль. Необходимо отметить, что по итогам первых опытов практика подобных детско-взрослых событийных пространств в форме праздничных мастер-классов, посвященных национальным традициям кухни и ремесел, прочно вошла в образовательное пространство школы-интерната как эффективный метод профилактики неблагоприятных эмоциональных состояний у детей и подростков [8].

Подводя итоги, необходимо подчеркнуть, что тревожные и депрессивные состояния у современных подростков являются проблемой, имеющей в качестве причин как биологические, психологические и социальные, так и социокультурные факторы; проблема актуальна для жителей как малых городов, так и крупных городов и мегаполисов, хотя в каждом пространстве имеет свою специфику. В этой связи особую важность приобретает не только всестороннее изучение данного явления, но и его профилактика и предупреждение на основе разработки принципов организации образовательной среды и позитивных форм жизнедеятельности детско-взрослой общности, одной из которых являются детско-взрослые культурно-образовательные проекты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Большой психологический словарь / под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова - М.: 2008. – 639 с.
2. Зарецкий В.В. Подходы к экспертизе социальных проектов, включая социальную рекламу, направленную на пропаганду здорового образа жизни и профилактику к экспертизе аддиктивного поведения // Профилактика зависимостей. – 2017. - № 2 (10). – С. 158-164.
3. Журавлев Д. Причины депрессии в школе // Народное образование. – М.: 2002. – 513 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: 1979. – 182 с.
5. Мафсон Л., Моро Д., Вейсман М., Клерман Д. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия.. – М.: ЭКСМО, 2008. – 275 с.
6. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. – СПб.: Питер, 2009. – 525 с.
7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков. М.-В.: 2000. – 305 с.
8. Мартинкова Е.В., Родимова Г.М. Интегративные возможности занятий по курсу технологии в начальной школе // «Профилактика зависимостей»: электронный научно-методический журнал. – 2015. -№ 3. – С. 84-91.
9. Рябцев В.К., Ряшина В.В. Разработка культурно-образовательного проекта как технология развития детско-взрослой событийной образовательной общности (методические рекомендации) // «Профилактика зависимостей»: электронный научно-методический журнал. – 2015. - № 2. – С. 1.
10. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. В 3 т.т. - М.: Изд-во ПСТГУ, 2013.
11. Шувалов А.В. Антропологические аспекты психологии здоровья // Национальный психологический журнал. – 2015. -№ 4 (20). – С. 23-36.



## REFERENCES

1. Bol'shoj psihologicheskij slovar' / pod red. V.P. Zinchenko, B.G. Meshherjakova - M.: 2008. – 639 s.
2. Zareckij V.V. Podhody k jekspertize social'nyh proektov, vključaja social'nuju reklamu, napravlennuju na propagandu zdorovogo obraza zhizni i profilaktiku k jekspertize addiktivnogo povedenija // Profilaktika zavisimostej. – 2017. - № 2 (10). – S. 158-164.
3. Zhuravlev D. Prichiny depressii v shkole // Narodnoe obrazovanie. – M.: 2002. – 513 s.
4. Kovalev V.V. Psihijatrija detskogo vozrasta. – M.: 1979. – 182 s.
5. Mafson L., Moro D., Vejssman M., Klerman D. Podrostok i depressija. Mezhlíčnostnaja psihoterapija.. – M.: JeKSMO, 2008. – 275 c.
6. Podol'skij A.I., Idobaeva O.A., Hejmans P. Diagnostika podrostkovoju depressivnosti. – SPb.: Piter, 2009. – 525 s.
7. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov. M.-V.: 2000. – 305 s.
8. Martinkova E.V., Rodimova G.M. Integrativnye vozmozhnosti zanjatij po kursu tehnologii v nachal'noj shkole // «Profilaktika zavisimostej»: jelektronnyj nauchno-metodicheskij zhurnal. – 2015. -№ 3. – S. 84-91.
9. Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Razrabotka kul'turno-obrazovatel'nogo proekta kak tehnologija razvitija detsko-vzrosloj sobytijnoj obrazovatel'noj obshhnosti (metodicheskie rekomendacii) // «Profilaktika zavisimostej»: jelektronnyj nauchno-metodicheskij zhurnal. – 2015. - № 2. – S. 1.
10. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Osnovy psihologicheskoi antropologii. V 3 t.t. - M.: Izd-vo PSTGU, 2013.
11. Shuvalov A.V. Antropologicheskie aspekty psihologii zdorov'ja // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. – 2015. -№ 4 (20). – S. 23-36.

A.D. Gusova<sup>1</sup>, E.V. Dubova<sup>2</sup>, V.V. Ryashina<sup>3</sup>

**THE STUDY AND PREVENTION OF ADVERSE EMOTIONAL STATES  
IN MODERN ADOLESCENTS DURING THE DEVELOPMENT  
CULTURAL AND EDUCATIONAL PROJECTS**

<sup>1</sup>North Ossetia State University named after K.L.Hetagurov (Vladikavkaz),

<sup>2</sup>Centre for the Protection of Children's Rights and Interests, <sup>3</sup>Institute for the Study of Childhood, Family and Education of Russian Academy of Education (Moscow).

**Summary.** The article analyzes the emotional state of teenagers. Particular attention is paid to the problem of anxiety and depression. The results of the experimental study show that in the study sample adolescent girls are more likely to show depressive states than boys; adolescents of the city of Vladikavkaz are more likely to show depressive states than adolescents of the city of Beslan. Working out the educational environment on the principles of psychological health is the best way to prevent adverse emotional states of modern adolescents. Such form of prevention of unfavorable emotional states in adolescents of the boarding school as development of children's and adults' cultural- educational projects is analyzed in the article.

**Keywords:** modern teenager, unfavorable emotional state (anxious and depressed), study, prevention, educational environment, child-adult community, cultural-educational project.

В.Л. Кабанов<sup>1</sup>, М.В. Новикова<sup>2</sup>**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ  
В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ В РОССИИ КОНЦА XX ВЕКА**<sup>1</sup>Институт «Высшая школа образования» ФГБОУВО МПГУ, <sup>2</sup>психолог, системный семейный терапевт, частная практика (Москва).

**Резюме.** В статье приводится анализ лучших региональных практик социализации детей-сирот в системе профессиональных семей в РФ конца XX века. Авторы приходят к выводу, что в профессиональной замещающей семье создаются предпосылки для воспитания ребенка в гармонично развитую и социально ответственную личность.

**Ключевые слова:** замещающая семья, профессиональная семья, дети, оставшиеся без попечения родителей, семейное воспитание, гармонично развитая и социально ответственная личность.

В XX веке Россия (Советский Союз) неоднократно сталкивалась с масштабной задачей социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в переломные годы революций и войн. В конце XX века, в 90-х годах? с очередным изменением политического устройства в России вспыхнула волна социального сиротства, которую необходимо было гасить с использованием новых программ социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. На повестке дня снова встал вопрос о семейно-ориентированном воспитании детей-сирот. Будучи основной и важнейшей опорой общества и государства, семья призвана играть решающую роль в социальном развитии. Семья несет основную ответственность за воспитание детей и их подготовку к жизни в обществе, а также за привитие им чувства социальной ответственности и принадлежности к обществу [1]. Обратимся к лучшим практикам конца XX века для анализа их эффективности.

В 1990-х годах, в Россию пришла система SOS-Детских Деревень [2]. Первая SOS-Детская деревня была открыта в 1996 г. в Подмоскowie, в поселке Томилино. В основу работы SOS-Детских деревень положены принципы семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Целью деятельности Детской Деревни является помощь таким детям в развитии и полноценной социальной адаптации. Основными правилами в деятельности Детской Деревни являются:

1. Непрерывность воспитания. В Детские Деревни принимаются только дети, которые смогут оставаться там как минимум до окончания школы. Из Детской Деревни не осуществлялась передача на усыновление или возвращение в государственное учреждение.

2. Совместное воспитание мальчиков и девочек. Братья и сестры при приеме в Детскую Деревню не разлучаются. Они воспитываются в одной семье, что создает пространство для формирования опор в будущем.

3. Воспитание творческой активности. Ребенок вовлекается в значительное

---

количество активности, направленной на формирование таких значимых качеств, как уверенность в себе, способность взаимодействия внутри и вовне коллектива и т. д.

4. Сообщество Детской Деревни как фактор воспитания. Создание и опора на местное сообщество, которое может автономно влиять на процесс воспитания своих членов. Развитие сообществ воспитанников и выпускников проекта SOS-Детская Деревня может иметь положительный эффект не только внутри самого сообщества, но и на развитие муниципального или районного образования, на территории которого находится Детская Деревня.

SOS-Детская Деревня состоит из 8-15 домов, организованных по принципу семейного воспитания. В каждом доме проживают от 4-х до 10 детей. Во главе каждого дома-семьи находится SOS-Мать. SOS-Мать это женщина 30-45 лет, не имеющая своих детей, или чьи дети уже выросли настолько, что не нуждаются в опеке со стороны своих родителей. Она живет в Доме вместе с детьми, ведет домашнее хозяйство, воспитывает детей. SOS-Мама - это не только призвание, но и профессия. Кандидаты должны иметь базовое педагогическое образование или пройти дополнительное обучение в процессе подготовки. За работу SOS-Матери получают заработную плату, имеют все положенные по ТК РФ льготы и преференции для работников (оплачиваемый больничный, ежегодный отпуск и т. д.). На помощь Матерям приходят Тети. Отбор SOS-Теть происходит по тем же критериям, что и SOS-Матерей. Тети выполняют функции приходящих воспитателей-помощников. На территории каждой Детской Деревни есть отдельный дом для проживания Теть.

Максимальный штат Детской Деревни – 30 человек. В него входят: SOS-Мама, Тети, психолог, социальный педагог, директор и его заместитель, бухгалтер, шофер. Медицинский персонал в штате отсутствует, дети и сотрудники Деревни получают необходимую медицинскую помощь в муниципальных учреждениях по месту нахождения Детской Деревни. Образование дети также получают в районной школе по месту жительства. При необходимости им могут быть организованы дополнительные занятия с приглашенными педагогами для преодоления педагогической запущенности со времени нахождения в биологической семье или государственном учреждении.

По достижении детьми 16-летнего возраста они могут перейти в Молодежный Дом Деревни и жить отдельно от Мама. В системе Детской Деревни дети могут находиться до 22 лет, когда им предстоит выйти в большую жизнь самостоятельно. Как правило, это не вызывает никаких сложностей у воспитанников SOS-Детской Деревни. Еще во время проживания в семейном Доме с SOS-Мамой дети учатся основам социального самообслуживания – расчет семейного бюджета, самостоятельный поход в магазин, выполнение бытовых поручений. Эти навыки закрепляются во время проживания в Молодежном Доме, и к моменту, выхода в самостоятельную жизнь воспитанники Детской Деревни по уровню социальной автономии ничем не отличаются, а в чем-то могут и превосходить детей, воспитанных в родных семьях.

Таким образом, можно отметить новые положительные достижения в воспитании детей по сравнению с советской интернатной системой: пребывание детей

в семейной обстановке, присутствие в их жизни одного значимого взрослого (в противовес множеству воспитателей в детском учреждении), возможность участия в организации быта, принятии самостоятельных решений как в отношении себя (выбор одежды, предпочтения в пище, игры), так и в отношении всей семьи (совместный выбор предметов обстановки или способа проведения совместного досуга). Это позволяет детям постигать основы семейного устройства, ведения домашнего хозяйства, развивать чувство ответственности, получать экономическую грамотность для дальнейшего автономного существования в социуме.

При всех очевидных плюсах в системе SOS-Детских Деревень нам видится несколько спорных моментов. Во-первых, проект существует исключительно на добровольные пожертвования граждан и не имеет поддержки со стороны государства, что может ухудшать жизнь воспитанников и сотрудников в периоды экономических трудностей. Во-вторых, несмотря на отсутствие финансирования, в Детских Деревнях должны выполняться все необходимые санитарно-гигиенические нормы, принятые для государственных учреждений, что оказывает негативный эффект на обстановку семейного Дома, так как правила и нормы для государственных учреждений значительно строже принятых в любом среднестатистическом домохозяйстве. В-третьих, при устройстве в Деревню из биологической семьи или государственного учреждения дети проходят очень серьезный отбор, в первую очередь медико-психологическую экспертизу, и дети с выраженными нарушениями психики или соматической инвалидностью не имеют возможности получить преференции воспитания семейного типа в SOS-Детской Деревне.

В остальном система SOS-Детская Деревня как образец профессионального семейного воспитания представляется нам наиболее интересной из появившихся в XX веке и существующих на сегодняшний день региональных практик социализации детей в замещающей семье. Дети, воспитанные в системе SOS-Детских Деревень, имеют столь же развитые навыки социального взаимодействия, как и дети, выросшие в биологических семьях. Опираясь на самые современные психологические и педагогические рекомендации, профессиональные SOS-Матери дают детям-сиротам возможность преодолеть проблемы развития, часто возникающие у детей, лишенных опеки биологических родителей или воспитывавшихся в небрежении. При этом такие дети получают возможность развития в соответствии с индивидуальными потребностями каждого из них, что невозможно осуществить в государственном учреждении.

С развитием в конце XX века возможностей для регионального регулирования вопросов социализации детей, оставшихся без попечения родителей, возник еще ряд рабочих педагогических моделей и программ социализации детей в замещающих семьях.

Так, достаточно интересной представляется программа организации муниципальной социальной работы с детьми, оставшимися без попечения родителей, социального приюта «Вера» г. Санкт-Петербург в части деятельности подразделения семейно-воспитательных Групп (далее – СВГ) [3]. Данное подразделение предназначено для обеспечения оптимальных условий социальной адаптации несовершеннолетних воспитанников в условиях семейного проживания.

Форма семейно-воспитательной группы была создана в начале 1990-х. СВГ

является ступенькой для формирования замещающей семьи. Помещение ребенка в СВГ не требует установления над ним опеки. Ребенок остается в статусе воспитанника социального учреждения и может пользоваться всеми положенными льготами и государственным обеспечением. Такая группа может принимать одного-трех, но не более пяти воспитанников. СВГ формируется на срок от года и более, может формироваться на летний период или на определенный срок от года, если это необходимо для реабилитации воспитанников. С родителями заключается трудовой договор по ТК РФ, они получают оговоренную заработную плату и положенные социальные льготы.

Проживание всех членов СВГ осуществляется по месту проживания родителей. Данное место проходит экспертизу и утверждается для возможности организации СВГ сотрудниками службы опеки. Санитарно-гигиенические нормы содержания помещения во время пребывания воспитанников, также устанавливаются государством и контролируются сотрудниками службы опеки во время плановых посещений не реже одного раза в месяц.

Поскольку система СВГ была разработана, в первую очередь, для помощи детям, страдающим дефицитом социальных навыков, демонстрирующим девиантное поведение и т. д., основная работа воспитателей во время пребывания ребенка в группе направлена на повышение навыков социального взаимодействия, бытового самообслуживания, восстановление нормативного поведения. В этом воспитателям помогает штат профессиональных педагогов и психологов, осуществляющих свою деятельность на базе социального центра, при котором создается СВГ.

По окончании срока пребывания в СВГ ребенок может быть передан на усыновление, опеку, патронат в другую семью или остаться в семье воспитателей СВГ, если они примут решение о принятии данного ребенка на постоянной основе.

Зародившись в г. Санкт-Петербург, система СВГ вышла в рядовую практику по всей стране – 78 регионов РФ имеют правовые основы и активно применяют такую форму устройства детей, оставшихся без попечения родителей [4, 6]

Таким образом, система СВГ решает ряд значимых задач: дает возможность детям, имеющим сложности социальной адаптации, овладеть необходимыми навыками для улучшения межличностного взаимодействия, снимает с региональных органов власти бремя по контролю и необходимой изоляции несовершеннолетних лиц с девиантным поведением, возвращает государству и обществу полноценных граждан, способных на автономное существование и развитие в социальной и рабочей среде.

В условиях социальной неоднородности населения нашей страны имеет смысл рассмотреть специфический опыт социализации детей-сирот в сельской местности. Программа разработана и апробирована на базе Семейного воспитательного комплекса «Молодежный» Иркутской области [3].

Длительное пребывание детей в социально неблагополучных семьях или государственных учреждениях может формировать у них социальную инфантильность и иждивенчество. Помещение детей в здоровую естественную среду на срок до двух лет, дает возможность скорректировать отклонения в поведении и достичь необходимого уровня социальной реабилитации. В сельской местности эта задача может решаться созданием семейного воспитательного комплекса. В состав такого

комплекса могут входить несколько хозяйств, организованных по принципу «крестьянской семьи». Каждая семья обеспечивается домом, инвентарем, живностью, утварью и пр. В каждом доме проживает группа воспитанников во главе с воспитателем. Воспитатель имеет подготовку в области сельского хозяйства и педагогики. В программу принимаются только подростки возрастом от 16 лет, проживающие в сельской местности, заинтересованные в сельскохозяйственном труде. При формировании группы учитываются родственные связи и равномерное половозрастное представительство подростков в каждой группе. Воспитатели работают в тесном контакте с психолого-педагогическим составом социального центра, осуществляющего работу с семейным-воспитательным комплексом.

Участие в данной программе способствует накоплению воспитанниками опыта ведения семейной жизни, обустройства быта, навыков выполнения сельскохозяйственных работ, организации совместного труда; формирует чувство собственного достоинства и других жизненных ценностей, социальных ориентиров через осуществление ежедневной деятельности крестьянского хозяйства, что позволяет на выходе получить гармонично развитую личность, полностью адаптированную к требованиям социума.

Как нам видится, дифференциация социально-педагогических программ в зависимости от региональных потребностей, имеет важное значение для воспитания детей, имеющих в дальнейшем возможность быть социально активными и развиваться в соответствии с запросами окружающей среды. Развитие навыков, учитывающее потребности региона, дает дополнительную опору для ребенка и позволяет легче встраиваться в социум.

В этой статье мы затронули только несколько самых ярких региональных моделей и программ социализации детей в замещающей семье в России XX века. Объединяющим фактором является высокая значимость семейной системы при адаптации детей к социуму, необходимость специальной подготовки специалистов, осуществляющих воспитательную работу в замещающих семьях, и потребность в более выраженной поддержке государства или региона при реализации программ социализации.

На наш взгляд, интеграция детей-сирот в общество путем помещения их в специально подготовленную (профессиональную) замещающую семью имеет ряд неоспоримых преимуществ перед воспитанием детей в казенных учреждениях. Во-первых, содержание ребенка в профессиональной замещающей семье обходится федеральному или региональному бюджету в два раза дешевле, чем пребывание в детском доме, интернате или приюте [4]. Во-вторых, дети в такой семье имеют больший доступ к профессиональной психолого-педагогической помощи для коррекции, развития и улучшения своего психологического состояния и преодоления при необходимости педагогической запущенности. В-третьих, профессиональные родители, получая оплату и все положенные льготы за свой труд, имеют возможность полностью сконцентрироваться на потребностях каждого отдельного ребенка, не будучи вынуждены прерывать воспитательный и/или образовательный процесс из-за необходимости уходить на работу. В-четвертых, строгий отбор, которому подвергаются кандидаты на роль родителя в любой форме замещающей семьи, дает больше гарантий того, что ребенок будет расти и воспи-

тываться в среде, соответствующей современным психологическим концепциям о формировании психологической устойчивости ребенка.

Таким образом, в профессиональной замещающей семье создаются все предпосылки для воспитания ребенка в гармонично развитую и социально ответственную личность.

#### ЛИТЕРАТУРА

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

2.<https://sos-dd.ru/>

3.Комплексная программа по профилактике социального сиротства, реабилитации и коррекции социальных сирот и детей, пострадавших от семейного насилия. - СПб, 2003.

4.Манжула Е.В. Гражданско-правовое регулирование деятельности семейно-воспитательных групп: монография. - М., Академия Естествознания, 2010.

5.Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Замещающая профессиональная семья как одна из моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии, 2001, № 3. - С. 57-70.

#### REFERENCES

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

2. <https://sos-dd.ru/>

3. Комплексная программа по профилактике социального сиротства, реабилитации и коррекции социальных сирот и детей, пострадавших от семейного насилия. - СПб, 2003.

4. Манжула Е.В. Гражданско-правовое регулирование деятельности семейно-воспитательных групп: монография. - М., Академия Естествознания, 2010.

5. Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Замещающая профессиональная семья как одна из моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии, 2001, № 3. - С. 57-70.

V.L.Kabanov<sup>1</sup>, M.V. Novikova<sup>2</sup>

#### REGIONAL PROGRAMS OF SOCIALIZATION OF CHILDREN IN A SUBSTITUTE FAMILY IN RUSSIA AT THE END OF THE XX CENTURY

<sup>1</sup>Institute «Graduate school of education» MPGU, <sup>2</sup>psychologist, family therapist, private practice (Moscow).

**Summary.** The article presents the analysis of the best regional practices of socialization of orphans in the system of professional families in the Russian Federation of the late twentieth century. The authors conclude that in a professional substitute family the preconditions for the education of the child in a harmoniously developed and socially responsible person are fully created.

**Keywords:** substitute families, professional families, children left without parental care, harmoniously evolved and socially responsible person.

---

О.Д. Азбукина, Е.Г. Федосова**КОМПЛАЕНС КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ  
ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ****Центр развития речи «АиБ» (Москва).**

**Резюме.** Статья посвящена оценке комплаентности родителей детей с системным недоразвитием речи (СНР) во время комплексной нейрореабилитации в Центре развития речи. Разработан лист взаимодействия «родитель–специалист», состоящий из трех блоков: дисциплина, анализ и сотрудничество. В исследовании приняли участие родители 68 детей в возрасте от 3 до 6 лет. Большинство детей имели тяжелое нарушение речи, дизартрию. 49% родителей продемонстрировало высокую степень готовности к сотрудничеству со специалистами. Комплаенс является значимым фактором успешности комплексного лечения детей с СНР. Созданный и апробированный нами оценочный лист объективизирует процесс взаимодействия специалиста и родителя.

**Ключевые слова:** комплаентность, системное недоразвитие речи, объективная оценка взаимодействия «родитель–специалист»

Поведение пациента, совпадающее с рекомендованным лечением, называют комплаентным (комплаенс от англ. *compliance* — согласие). Термин «комплаентность» — точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения — стал применяться врачами с 1970-х гг. [2, 5]. Эти рекомендации относятся как к приему препаратов, так и к изменению образа жизни ребенка. Среди факторов комплаенса особо выделяются отношения с врачом — так называемый терапевтический альянс [4]. Показатель соблюдения врачебных назначений в педиатрии оценивается различными авторами от 10% до 90% [3]. Такие полярные значения свидетельствуют о сложности объективной оценки выполнения всех врачебных назначений [1].

В нашей работе исследовалась возможность сотрудничества специалистов и родителей детей с системным недоразвитием речи (СНР) средней или тяжелой степени. Лечение тяжелых степеней СНР представляет собой сложную комплексную задачу, при решении которой взаимодействуют специалисты различного профиля (психиатры, неврологи, психотерапевты, логопеды, дефектологи, нейропсихологи, специалисты по гнозису и праксису). Такой комплексный подход используется в Центре развития речи «АиБ». Участие родителей в этом процессе обязательно, так как лечение ребенка с СНР подразумевает изменение образа жизни всей семьи. Занятия должны проходить несколько раз в неделю в специализированном центре, а также продолжаются дома. От полноты выполнения рекомендаций специалистов зависит результат комплексного лечения.

Нами создана оценочная шкала включенности родителя в процесс комплексной терапии ребенка с СНР. В разработке ее принимали участие эксперты — врачи и логопеды с многолетним опытом работы. Листок взаимодействия «родитель–специалист» содержит оценку факта выполнения рекомендаций специалистов и мотивацию родителей к их выполнению. Опросник состоит из трех блоков — дисциплина, анализ и сотрудничество.

**Дисциплина.** Отражает регулярность и своевременность посещений, наличие материалов для занятия, их качество, непосредственное участие родителей



в их изготовлении.

Анализ. Ведение дневника наблюдений, который позволяет отследить динамику изменений в речевой и поведенческой сфере ребенка.

Сотрудничество. Участие в выполнении домашнего задания и степень этого участия.

Мотивационная составляющая листка взаимодействия разделена на причины выполнения и невыполнения рекомендаций. Эта часть сформирована на основании наиболее встречающихся в нашей практике, прежде всего формулируемых самими родителями мотивов их поступков. Опросник позволяет оценить степень комплаентности родителей в баллах, что способствует объективизации оценки.

В исследовании приняли участие 68 родителей детей с СНР от 3 до 6 лет. По тяжести СНР пациенты были распределены следующим образом: тяжелая степень – 38 детей, средняя – 21 ребенок, легкая – 9 детей. У 54 детей наблюдалась дизартрия различной степени выраженности, у 6 детей заикание средней и тяжелой степени. Большинство детей имело 2 и более медицинских диагноза (табл. 1).

Таблица 1.

Диагнозы пациентов по МКБ-10

| Шифр МКБ-10 | Заболевание                                              | Кол-во детей |
|-------------|----------------------------------------------------------|--------------|
| F80.1       | «Специфическое расстройство развития экспрессивной речи» | 68           |
| F80.2       | «Специфическое расстройство развития рецептивной речи»   | 29           |
| F90.0       | «Гиперкинетические расстройства»                         | 24           |
| F93.1       | «Эмоционально-фобическое расстройство детского возраста» | 24           |
| F92.8       | «Смешанное расстройство поведения и эмоций»              | 20           |
| F84.0       | «Детский аутизм»                                         | 8            |
| F84.8       | «Задержка психического развития»                         | 37           |
| F70, F71    | «Умственная отсталость»                                  | 22           |

#### Результаты оценки.

0-6 баллов (низкая комплаентность). Не принимают своего ребенка и его проблемы. Обесценивают программу и коррекционный процесс. Перекалывают ответственность за коррекционный процесс на специалиста или третьих лиц (няня, бабушка). Не стремятся найти эффективные способы взаимодействия с ребенком.

7-11 баллов (средняя комплаентность). Соблюдают рекомендации специалистов формально. Не имеют мотивации к участию в коррекционном процессе и взаимодействии с ребенком. Имеют тенденцию к перекалыванию ответственности за коррекционный процесс на других лиц.

12-18 баллов (высокая комплаентность). Родители принимают своего ребенка и его проблемы. Доверяют специалистам и программе, по которой ведется коррекционная работа. Берут на себя ответственность за коррекционный процесс и принимают в нем активное участие. Учатся эффективным способам взаимодействия с ребенком.

49% родителей детей с СНР показали высокий уровень комплаентности, 25% - средний, а 26% - низкий. Т. о. около половины родителей продемонстри-

ровали высокую степень готовности к сотрудничеству со специалистами

**Выводы.** Выделение комплаенса в качестве самостоятельной составляющей процесса терапии является значимым фактором комплексного подхода в лечении детей с СНР. Используемый нами оценочный лист объективизирует процесс взаимодействия специалиста и родителя, в количественном выражении наглядно и убедительно свидетельствует о необходимости участия родителей в процессе терапии ребенка.

Высокая готовность к сотрудничеству родителей со специалистом позволяет добиться лучших результатов комплексной терапии, сократить ее сроки, сделать более комфортным для родителей и ребенка этот сложный и длительный процесс.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богатырёв Н.В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Известия Российского государственного педагогического Университета им. А.И. Герцена. – 2009. – С. 260-265.
2. Лапин И.П. Плацебо и терапия. – СПб.: Лань, 2000. – 224 с.
3. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.А. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 11(6). – С. 5-10.
4. Незнанов Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159-162.

#### REFERENCES

1. Bogatyryov N.V. Ponjatie komplaensa i problema izmerenija komplaensa // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo Universiteta im. A.I. Gercena. – 2009. – S. 260-265.
2. Lapin I.P. Placebo i terapija. – SPb.: Lan', 2000. – 224 s.
3. Mikirtichan G.L., Kaurova T.V., Ochkur O.A. Komplajentnost' kak mediko-social'naja i jeticheskaja problema pediatrii // Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2012. – № 11(6). – S. 5-10.
4. Neznanov N.G. Problema komplaensa v klinicheskoj psihiatrii // Psihiatrija i psihofarmakologija. – 2004. – T. 6, № 4. – S. 159-162.
5. Sackett D. L. Compliance with therapeutic regimens. - London. John Hopkins University Press. – 1976. – P. 1–25.

**O.D. Azbukina, E.G. Fedosova**

### COMPLIANCE AS SIGNIFICANT FACTOR IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH DELAYED SPEECH DEVELOPMENT

**Center for Speech Development «AiB» (Moscow).**

**Summary.** The following article is dedicated to compliance assessment of parents who have children with delayed speech development during Complex Rehabilitation course. We established a three-part form of «parent-therapist» cooperation that are discipline, analysis and collaboration. Parents of 68 children (age 3-6) participated in the research. The majority of children had a serious speech disorder or dysarthria. 49% of parents showed high level of readiness to cooperate with specialists. Compliance is a significant factor of successful treatment during Complex Rehabilitation course. The form of cooperation which we have established and have tested objectifies the process of specialist and parent cooperation.

**Keywords:** compliance, delayed speech development, «parent-therapist» cooperation scale

**Н.В. Калинина, Г.Г. Буторин**

**ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ПРОГНОЗ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ  
ЛИЧНОСТИ НА ОСНОВЕ МНОГООСЕВОГО ПОДХОДА**

**Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет (Челябинск).**

**Резюме.** В предложенной статье многоосевой подход представлен как возможность получения пролонгированного прогноза риска формирования аддиктивного поведения у подростков с органическим расстройством личности. Обсуждается вариативность многоосевого подхода в психиатрии, а также перспектива его применения в психологии.

**Ключевые слова:** многоосевой подход, резидуально-органическая патология мозга, пролонгированный прогноз.

**Актуальность.** По данным отечественных и зарубежных авторов, на современном этапе жизни общества возникла четкая тенденция к росту нервно-психической заболеваемости среди детей и подростков, показатели которой за последние 15 лет выросли более чем в 2 раза, что свидетельствует о прогрессирующем ухудшении состояния психического здоровья у этого контингента населения. Анализ статистических данных последних лет показывает, что в структуре психической патологии подростков 43.6% приходится на непсихотические психические расстройства, в возникновении которых не последнюю роль играют последствия органического поражения центральной нервной системы (ЦНС). В то же время известно, что клинически проявляющиеся формы резидуально-органической патологии мозга могут стать основой для патологического формирования личности.

Несмотря на бесспорный прогресс в медицине, рождение детей незрелых, с патологией ЦНС на сегодняшний день, к сожалению, не редкость. [1, 2, 3, 18, 23], что определяет их слабые адаптационные способности [17, 18]. Д.Д. Еникеева замечает, что это нередко приводит к формированию нарушений поведения, а также является одной из причин становления психических нарушений; при этом большое значение автор уделяет своевременной диагностике, что особенно актуально в детском и подростковом возрасте [6].

С точки зрения А.В. Семенович, коррекционный процесс в детском возрасте представлен определенными нюансами, автор выделяет главный из них – это возможность реставрации и активизации не востребованных ранее психологических факторов, что проявляется в направленном их формировании и абилитации, и это становится возможным благодаря колоссальной пластичности нейро-биологических систем [24].

В представленной работе мы рассматриваем церебрально-органические расстройства как биологически скомпрометированную «почву» для формиро-

вания органического расстройства личности [4].

По мнению Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой, существует большое количество психических нарушений, развитие которых невозможно объяснить исключительно в рамках биомедицинской парадигмы. Названные исследователи прежде всего относят к таковым и личностные расстройства, адекватная оценка которых, по их мнению, затруднительна без использования подходов, моделей, методов коррекции, гипотез, относящихся к психосоциальной парадигме [10].

Личностные и поведенческие расстройства вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F0.7) нередко характеризуются сочетанием с ранним проявлением аддитивных и/или делинквентных форм поведения. Злободневность названных проблем подтверждается, как статистическими данными, так и результатами, полученными в ходе проведенных исследований различными авторами [20].

О.А. Макушкина отмечает необходимость дифференцированного подхода в вопросах диагностики и прогнозирования с данной категорией лиц, выделяя две основные группы: психически здоровые люди, в основе чьих действий лежат социально-психологические факторы, и лица с психическими расстройствами, в основе их деяний определяются психопатологические факторы. В связи с чем автор видит перспективу формирования комплексной процедуры оценки риска с использованием многоосевого принципа при взаимодействии специалистов (психиатров, психологов, сексологов) [13].

Многоосевой подход действительно дает возможность учесть практически все специфичные для детского и подросткового возраста клинико-психологические особенности. В то же время он позволяет специалисту каждой дисциплины сохранить свою профессиональную уникальность. Диагностика в ситуации резидуально-органических психических расстройств должна опираться на междисциплинарную оценку нарушения функционирования всех уровней: биологических, физических, психологических, социальных. Такой способ постановки диагноза имеет полидисциплинарную направленность. Н.Е. Буторина и Г.Г. Буторин, считают уместным использовать шесть осей [4, 5]. Аналогичную точку зрения представляет и профессор Р. Никол [21].

Вопрос о многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте остается вариабельным и дискуссионным. С точки зрения М. Раттера, цель схемы многоосевой диагностики состоит в регистрации наличия или отсутствия различных состояний и ситуаций вне зависимости от того, считает ли их клиницист случайными или имеющими отношение к психиатрической проблеме [20].

А.А. Северный, анализируя указанное выше издание, пишет о том, что сама идея многоосевой диагностики представляется чрезвычайно плодотворной особенно в детской психиатрии, поскольку психические расстройства, отклонения в поведении и развития в детском возрасте, связанные с ними нарушения соматического здоровья, социального функционирования, коммуникативности, уровня и структуры средовой адаптации, их динамика и прогноз чрезвычайно многофакторны, тесно взаимосвязаны, взаимно влияют друг на друга и должны учитываться комплексно, во всем указанном многообразии при формировании тактики лечения, коррекции и реабилитации [22].

Ю.С. Шевченко, А.А. Северный в одной из своих статей обращают внимание на то, что общим для всех разнообразных по клиническим проявлениям нарушений является основное звено патогенеза – нарушение созревания психических свойств, функций и/или компонентов личности, то есть психический дизонтогенез, обусловленный разными причинами (как отзвучавшими, так и продолжающими действовать) [27]. Авторы призывают в каждом конкретном случае не ограничиваться констатацией наличия того или иного психического расстройства, а проникнуть в его этиопатогенетическую сущность. А такую возможность и дает многоосевая диагностика.

Р.А. Евсегнеев отмечает, что основные цели использования многоосевой классификации состоят в том, чтобы одновременно оценивать различные, в том числе независимые друг от друга аспекты заболевания и специфику каждого конкретного случая. Автор уточняет, что оцениваются не только клинические особенности, но и факторы социальной и семейной среды, включая особенности воспитания, семейного положения, экономические обстоятельства и т. д., в том числе степень нарушения трудоспособности и особенности функционирования человека в разных сферах, а также наличие у него сопутствующих заболеваний и расстройств личности [7]. Здесь же отмечается возможность оценить динамику изменения в уровне семейной, трудовой и социальной адаптации, достигнутой в ходе лечения, психокоррекции, реабилитации на основе работы с многоосевой классификацией.

На основе изученного материала мы приходим к выводу, что применение многоосевого подхода в психологической практике позволит специалисту корректировать свои действия в работе с ребенком, опираясь на имеющиеся клинические показания, а также дифференцировать психологические феномены от симптоматики медицинского диагноза.

На наш взгляд, это позволяет психологу получить ряд преимуществ: возможность на ранних стадиях выявить начало аномального формирования личности, возникающего на фоне раннего поражения ЦНС, что позволяет (в случае необходимости) своевременно начать проведение комплексной коррекционной психолого-педагогической работы; дает возможность выделить психопатологические реакции и определить начало формирования патопсихологических проявлений; позволяет более точно дать пролонгированный прогноз о развитии и завершении формирования эмоционально-личностных особенностей по окончании подросткового возраста; позволяет создать единую терминологическую среду.

Согласно взглядам Н.Е. Буториной, симптоматология и динамика различных психопатологических проявлений, обусловленных резидуальной церебрально-органической недостаточностью, с позиций МКБ-10 может соответствовать понятию «резидуально-органического психосиндрома», близкому по своему значению к категории F07.9 диагностической рубрики F07 (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга) [4].

**Материал и методы исследования.** Нами было проведено исследование, направленное на изучение возникновения и течения патологических форм развития личности в ходе, которого мы обследовали группу подростков, у которых наблюдали ту или иную патологию пре-, пери-, постнатального периода.

Для реализации поставленных цели и задач было изучено 115 подростков мужского пола в возрасте от 16 до 20 лет, госпитализированных в клинические отделения с расстройством личности и поведения резидуально-органического генеза. Длительность клинико-динамического наблюдения (вплоть до 20 лет) позволила проследить весь клинический ход болезненного процесса, включая катамнестические данные.

Критериями отбора респондентов было наличие всех признаков психопатического расстройства личности (тотальность, относительная стабильность патологических черт характера, социальная дизадаптация), которые отвечают всем особенностям клинической картины органической психопатии (О.В. Кербиков); пре-, пери-, и ранние постнатальные поражения головного мозга, подтвержденные психопатологическими и неврологическими исследованиями, а также изменения психики по «органическому» типу при патопсихологическом обследовании [9].

К критериям исключения относились психопатические расстройства другого генеза.

Решение исследовательских задач достигалось на основе результатов, полученных с помощью таких методов, как: клиническая беседа; анкетирование (анкета для родителей, законных представителей, респондентов); экспериментально-психологические методы; наблюдение (в момент работы респондента над заданием), клинико-анамнестический, клинико-динамический методы. Кроме того, был осуществлен анализ данных медицинской документации, характеристик от родителей, воспитателей, педагогов.

В работе для валидации наблюдений и выводов был использован ряд опросников: ПДО – патохарактерологический диагностический опросник; УНП – один из распространенных методов количественного определения степени тяжести характерологической патологии; опросник «Мини-мульти»; личностный опросник FPI [8].

В работе с родителями для получения максимально объективной информации анализировались результаты, полученные с помощью семейной социограммы; семейной генограммы; опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ); шкалы семейного окружения (ШСО); шкалы семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) [28].

Клиническое наблюдение осуществлялось одновременно в двух группах. Основная группа включала 80 подростков со стационарно установленным диагнозом «органическое расстройство личности» и была разбита на две подгруппы. Первую подгруппу составили 23 обследованных (28.7%) с тяжелой и выраженной степенью органического расстройства личности, вторую — 57 человек (71.3%) - с умеренной. Объединение тяжелой и выраженной степени в одну группу было связано с тем, что основные критерии, характеризующие их, были практически идентичными.

По данным медицинской документации и анамнестических сведений, при формировании выраженной степени в 69% случаев наблюдалось сочетание тяжелых повреждающих факторов пери- и постнатального периодов; при становлении умеренной степени 87% - пре- и перинатальных факторов.

Контрольную группу составили 35 (30,4%) обследованных того же возрас-

та с психопатоподобными синдромами церебрально-органического генеза без признаков формирования органического расстройства личности, у которых по завершении пубертатного периода, протекавшего с наличием патохарактерологических расстройств, связанных с резидуально-органической церебральной неполноценностью, наблюдалась регрессионная динамика болезненных основных симптомов вплоть до полной их компенсации.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ социального статуса семей определяет, что как в основной группе (92%), так и в контрольной (39%) наблюдается значительный процент социально неблагополучных семей и патологических форм воспитания.

В то же время семьи основной группы отличались более выраженным индексом аномальности как в структуре, так и в психологическом климате. В основной группе патологические типы воспитания составили 71% случаев, в контрольной группе – 39% случаев.

Анализ анамнестических данных позволил нам установить, что на этапе раннего детства признаки нарушения психологического развития отражались в синдроме «органической невропатии» с присущим ему сочетанием невропатических и психоорганических расстройств и резидуально-органической неврологической микросимптоматики, которая встречалась чаще и имела более длительное течение при формировании выраженной степени. На фоне негативно-дизонтогенетических проявлений возникала первая патологическая симптоматика в виде патологических реакций и аффективной неустойчивости.

В первый возрастной критический период (3-4 года) невропатическая симптоматика не только сохранялась, но и в некоторых случаях утяжелялась, происходило более четкое структурирование синдрома с выделением его гиперстенического и гипостенического вариантов. В первом варианте (16%-18% случаев) на фоне двигательной расторможенности усиливалась аффективная возбудимость с преобладанием импульсивности и агрессивности. Аффективные вспышки сопровождались, как правило, вегетативными изменениями в виде учащения пульса и дыхания, потливости, гиперемии. Подобные реакции носили непродолжительный характер и часто заканчивались вялостью, сонливостью, головными болями, а у 4 (4.6%) больных аффективно-респираторными судорогами.

Во втором варианте в 7 (8.05%) случаях дети отличались пассивностью, пугливостью, непереносимостью незнакомой обстановки, повышенной склонностью к плаксивости, а иногда и быстрым аффективным реакциям с последующим истощением. У всех названных пациентов выявлялись нарушения сна, нервная диспепсия, анорексия и страхи (темноты и одиночества). Уже в этом возрасте больше чем в половине наблюдений отмечалась неспособность адаптироваться к условиям детских учреждений.

По истечении первой критической фазы в большинстве случаев аффективная возбудимость с агрессивностью заметно уменьшалась и на первый план во всех наблюдениях вновь выступала невропатическая симптоматика, усложненная двигательным и речевым беспокойством, недостаточностью целенаправленной деятельности, нарушениями внимания, работоспособности, что усугубляло нарушения социального функционирования, особенно в тех случаях, где отмечались патологические типы воспитания.

Во второй подгруппе частота и уровень социальной дизадаптации были выражены слабее даже в условиях гипопеки. На фоне дизонтогенетических проявлений возникала первая патологическая симптоматика в виде патологических реакций и аффективной неустойчивости.

Кратко представленные результаты позволяют с полным основанием утверждать о первом этапе формирования органического расстройства личности в возрастной период от 0 до 6-7 лет, т. к. наблюдается не только специфичность, но и общая поступательность симптоматики.

Как представляется на этом этапе, условная конструкция многоосевого диагноза, формулирующая наиболее важные ее аспекты, может складываться исходя из следующего.

Ось 1: F07.0 - органическое расстройство личности (в рамках актуального детского контекста F8). Ось 2: F83 — смешанные специфические расстройства развития. Ось 3 — уровень когнитивных нарушений (общий уровень развития (согласно анамнезу и показателю IQ)) в пределах ниже среднего, низкой нормы. Ось 4 — соматовегетативная (соматовегетативные заболевания, определяемые индивидуально). Ось 5 — формирование патологических проявлений, т. е. предпосылок патологического характера (аномальные психосоциальные ситуации (категории раздела Z, относящиеся к аномальности внутрисемейных взаимоотношений — 1.x и аномальным типам воспитания — 5.x)). Ось 6 — умеренное социальное функционирование — 2.

Значительное усиление личностных отклонений было зафиксировано с началом обучения в школе (7–8 лет), что связано с вступлением обследуемых в новые социально-психологические отношения, с наличием в это время психогенных факторов (школьные нагрузки, требования дисциплины) и, наконец, с наступлением второго возрастного критического периода. В этот момент практически у всех обследованных (во время обучения в первом классе) в той или иной мере обострилась либо возникла впервые церебрастеническая симптоматика в виде: быстрой утомляемости, эмоциональной лабильности, непереносимости шума, духоты и школьных нагрузок. Почти две трети реципиентов с первых же дней пребывания в школе проявили реакции активного и реже пассивного протеста. Участились и стали более бурными аффективные реакции, во многих случаях отмечались агрессивные тенденции со склонностью к деструктивному поведению. Особенности аффективных компонентов выглядели неоднозначно и больше определялись характером астенических расстройств. При астеногипердинамическом типе преобладали аффективная возбудимость, несдержанность, неуживчивость, готовность по малейшему поводу к вспышкам гнева, выраженная потребность в признании, самоутверждении. Слабая успеваемость и нарушение школьной адаптации снижали приспособление среди сверстников, ограничивали установление с ними дружеских отношений. Наблюдалась плохо организованная, слабо регулируемая, а порой, и чрезмерная активность.

В реакциях появлялась склонность давать аффективно-возбудимые реакции, вспышки гнева, непослушание, нарушение дисциплины, склонность к оппозиционно-вызывающему поведению с искажением видения причинно-следственных связей своих поступков. Они без разрешения могли покинуть классную комнату, становились двигательнo-беспокойными, плохо контроли-



ровались социальными установками и запретами, вступали в пререкания со старшими. Под действием депривационных условий нередко возникали вторичные легкие нечеткие депрессивные эпизоды, которые носили кратковременный характер. В этих случаях девиантные поступки выступали как эквиваленты такого эпизода. Указанные проявления приводили к нарушениям социального и учебного функционирования — школьной дизадаптации.

Возрастной период до 12 лет характеризуется трансформацией имеющейся мозаичности клинической картины в определенный, предпочтительный способ реагирования, что означает завершенность второго этапа формирования органического расстройства личности.

Этот же период, до 12 лет, характеризуется развитием и нарастанием у детей всех трех групп проявлений антисоциального и/или аддиктивного поведения. Проявляется интерес и первые пробы табакокурения, употребления алкоголя, токсических веществ. Формирование привыкания и зависимости возникает в достаточно краткие сроки (0,5 -1,5 года).

На момент завершения работы нами были получены следующие результаты: психопатические нарушения не только усугубляют социальную дизадаптацию, но и способствуют возникновению алкоголизации, наркотизации в подростковом возрасте, а также ускоряют динамику аддиктивного поведения, тем самым делая клиническую картину более интенсивной и своеобразной. Социальная адаптация таких обследованных остается ограниченной и неустойчивой.

В первой подгруппе разнообразные формы аддиктивного поведения в большинстве случаев (15 из 23) переросли в ранний алкоголизм (8 обследованных) либо токсикоманию, либо в наркоманию. Здесь же (в 4 случаях) имело место сочетание алкоголизма с токсикоманией.

Во второй подгруппе (умеренная степень), у 8 реципиентов к 9 годам аддиктивное поведение развивалось по полисубстантному пути, при этом 3 обследованных к 12 годам уже имели признаки 1–2 стадий раннего алкоголизма.

В контрольной группе ранняя алкоголизация оказалась не менее интенсивной среди поведенческих девиаций, чем в основной группе. Но у таких обследованных по завершении позитивной фазы пубертата (как правило, после 17 лет), наблюдается этап репарации. Динамика восстановительного периода (в течение 1–1,5 лет), характеризуется обратным развитием характерологических и поведенческих нарушений. Раньше всего регрессировали, а затем полностью исчезли проявления девиантного поведения, отличающегося расторможенностью влечений.

**Заключение.** Таким образом, клинический и динамический анализ наблюдений обеих групп дает основание сказать о неоднозначности пролонгированного прогноза развития подростков, отличающихся патологическими формами поведения. Говорить о специфичности наблюдаемой симптоматики, прогнозировать схожий результат возможно только в пределах каждой из групп.

Данные, полученные в работе, согласуются с результатами других исследований и свидетельствуют о том, что раннее поражение ЦНС, резидуально-органическая церебральная недостаточность не может рассматриваться как единственная, фундаментальная причина формирования аддиктивного поведения.

Полученные результаты могут рассматриваться как диагностические кри-

терии, способствующие раннему выявлению предпосылок формирования органического расстройства личности. Они подтвердили необходимость раннего (с момента рождения) наблюдения и сопровождения детей, переживших неблагоприятное влияние специфического биологического вредоносного агента на мозг в пре-, пери-, постнатальном периодах как неврологом, так и детским психиатром. При этом существенным моментом является проведение профилактических, коррекционных и консультативных мероприятий психологами и педагогами для родителей, расширение их кругозора и навыков в вопросах воспитания и психофизиологического развития детей.

Кроме того важным представляется осуществление дифференцированного подхода со стороны педагогов дошкольных и школьных учреждений при составлении учебных и развивающих программ, а также подборе методов и приемов, применяемых в процессе обучения и воспитания, и сопровождение семей специалистами социальных служб по мере необходимости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1.Аленин С.И. Синдром задержки внутриутробного развития у новорожденных // Сборник материалов научно-практических конференций. – Челябинск, 1994. – С. 237-238.

2.Барашнев Ю.И. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: вклад перинатальных факторов, патогенетическая характеристика и прогноз // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. – М.: 1996. - 2: 29-35.

3.Бодяжина В.И. Вопросы этиологии и профилактики нарушений развития плода. – М.: 1963. – 230 с.

4.Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста / Н.Е. Буторина – Челябинск: Изд-во АТОКСО., 2008. – 192 с.

5.Буторин Г.Г. Клинические и клинико-динамические проблемы детской и подростковой невропатии / Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина, - Челябинск. Изд-во Стит-Принт., 2015. – 252 с.

6.Еникеева Д.Д. Пограничные состояния у детей и подростков: основы психиатрических знаний: Пособие для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 1998. – 304 с.

7.Евсегнеев Р.А. Многоосевая форма международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10, раздел V) методические рекомендации. - Минск, БелМАПО, 2010.

8. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Усовершенствование процедуры обработки результатов, полученных с помощью Патохарактерологического Диагностического Опросника для подростков. – В кн.: Патохарактерологические исследования у подростков. - Л.: изд. Инст. им. Бехтерева, 1981. - С. 5-28.

9.Кербигов О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. - 312 с.

10.Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. – СПб.: Питер, 2010.

11.Косенко В.Г., Коломиец Э.А., Шпаков А.Э., Коломиец Д.Н., Захарова-Макогон Я.А. Диагностические группы психических расстройств у лиц допризывного возраста с поражением центральной нервной системы в раннем детском возрасте и их сопоставительная связь с медико-социальными и клиническими ха-

---

рактеристиками // Социальная и клиническая психиатрия. - 2017., Т. 27 № 2.

12.Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей– Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

13.Макушкина О.А. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2017., Т. 27, № 3.

14.Мнухин С.С., Исаев Д.Н. Об органической основе некоторых форм шизоидных и аутистических психопатий. Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. – Л.: 1969. – С. 112-121.

15.Пограничная психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского. – М.: РЛС-2006.- 1280 с.

16.Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. – СПб., 1996. – 421с.

17.Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.

18.Ратнер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. – Казань, 1990. – 308 с.

19.Раттер М. Взаимоотношения между психическими расстройствами в детстве и психическими расстройствами во взрослом возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. № 4. – С. 123-127.

20.Раттер М. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 . - М.: Смысл ; СПб.: Речь, 2003. - 407 с.

21.Рори Никол. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы / под общ. ред. проф. Р.Никола; [пер. В.Г. Гафурова]. 2-е изд. – Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та, 2009. – 306 с.

22. Северный А.А. Перспективы многоосевой диагностики в детской психиатрии. – В кн.: Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб: Речь, 2003. – С. 8-12.

23.Северный А.А., Баландина Т.А., Солоед К.В., Шалина Р.И. Психосоматические аспекты беременности // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. № 4: 17-19.

24.Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. 3-е изд. – М.: Генезис, 2010. – 474 с.

25.Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1974. – С. 99-120; 221- 229.

26.Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1998. № 9: 4-8.

27.Шевченко Ю.С., Северный А.А. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009, т. 19, вып 4. - С. 29-33.

28.Эйдемиллер Э.Г. Тактика семейной психотерапии при психопатиях и психопатоподобных расстройствах подросткового возраста. Семейная психотерапия при психических заболеваниях. – Л., 1978. – С. 64-75.

## REFERENCES

1. Alenin S.I. Sindrom zaderzhki vnutritrobnogo razvitija u novorozhdenных // Sbornik materialov nauchno-prakticheskikh konferencij. – Cheljabinsk, 1994. – S. 237-238.
2. Barashnev Ju.I. Gipoksicheski-ishemicheskaja jencefalopatija novorozhdenных: vklad perinatal'nyh faktorov, patogeneticheskaja harakteristika i prognoz // Ross. vestnik perinatologii i pediatrii. – M.: 1996. - 2: 29-35.
3. Bodjazhina V.I. Voprosy jetiologii i profilaktiki narushenij razvitiya ploda. – M.: 1963. – 230 s.
4. Butorina N.E. Rezidual'no-organicheskij psihosindrom v klinicheskoi psihiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta / N.E. Butorina – Cheljabinsk: Izd-vo ATOKSO., 2008. – 192 s.
5. Butorin G.G. Klinicheskie i kliniko-dinamicheskie problemy detskoj i podrostkovoj nevropatii / G.G. Butorin, N.E. Butorina, - Cheljabinsk. Izd-vo Stit-Print., 2015. – 252 s.
6. Enikeeva D.D. Pogranichnye sostojanija u detej i podrostkov: osnovy psichiatricheskikh znaniy: Posobie dlja stud. sred. i vyssh. ped. ucheb. zavedenij. – M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 1998. – 304 s.
7. Evsegneev R.A. Mnogoosevaja forma mezhdunarodnoj klassifikacii psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv 10-go peresmotra (MKB-10, razdel V) metodicheskie rekomendacii. - Minsk, BelMAPO, 2010.
8. Ivanov N.Ja., Lichko A.E. Uovershenstvovanie procedury obrabotki rezul'tatov, poluchennyh s pomoshh'ju Patoharakterologicheskogo Diagnosticheskogo Oprosnika dlja podrostkov. – V kn.: Patoharakterologicheskie issledovanija u podrostkov. - L.: izd. Inst. im. Behtereva, 1981. - S. 5-28.
9. Kerbikov O.V. Izbrannye trudy. – M.: Medicina, 1971. - 312 s.
10. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Lichnostnye rasstrojstva. – SPb.: Piter, 2010.
11. Kosenko V.G., Kolomic Je.A., Shpakov A.Je., Kolomic D.N., Zaharova-Makogon Ja.A. Diagnosticheskie grupy psichicheskikh rasstrojstv u lic doprizyvno go vozrasta s porazheniem central'noj nervnoj sistemy v ran-nem detskom vozraste i ih sopostavitel'naja svjaz' s mediko-social'nymi i klinicheskimi harakteristikami // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. - 2017., T. 27 № 2.
12. Lichko A.E. Podrostkovaja psihiatrija. Rukovodstvo dlja vrachej– L.: Medicina, 1985. - 416 s.
13. Makushkina O.A. Ocenka riska obshhestvenno opasnogo povedenija lic s psichicheskimi rasstrojstvami // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. - 2017., T. 27, № 3.
14. Mnuhin S.S., Isaev D.N. Ob organicheskoi osnove nekotoryh form shizoidnyh i autisticheskikh psihopatij. Aktual'nye voprosy klinicheskoi psihopatologii i lechenija psichicheskikh zabolevanij. – L.: 1969. – S. 112-121.
15. Pogranichnaja psihiatrija / Pod red. Ju.A. Aleksandrovskogo. – M.: RLS-2006..- 1280 s.
16. Popov Ju.V., Vid V.D. Klinicheskaja psihiatrija. – SPb., 1996. – 421s.
17. Pjatnickaja I.N., Najdenova N.G. Podrostkovaja narkologija. – M.: Medicina, 2002. – 256 s.
18. Ratner A.Ju. Pozdnie oslozhnenija rodovyh povrezhdenij nervnoj sistemy. –

Kazan', 1990. – 308 s.

19.Ratter M. Vzaimootnosheniya mezhdru psihicheskimi rasstrojstvami v detstve i psihicheskimi rasstrojstvami vo vzrosлом vovraste // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1995. № 4. – S. 123-127.

20.Ratter M. Mnogoosevaja klassifikacija psihicheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vovraste. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10. – M.: Smysl ; SPb.: Rech', 2003. – 407 s.

21.Rori Nikol. Prakticheskoe rukovodstvo po detsko-podrostkovoj psihiatrii: mnogodisciplinarnye podhody / pod obshh. red. prof. R.Nikola; [per. V.G. Gafurova]. 2-e izd. – Ekaterinburg: Izd-vo Ural, un-ta, 2009. – 306 s.

22. Severnyj A.A. Perspektivy mnogoosevoj diagnostiki v detskoj psihiatrii. – V kn.: Mnogoosevaja klassifikacija psihicheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vovraste. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10. – M.: Smysl; SPb: Rech', 2003. – S. 8-12.

23.Severnyj A.A., Balandina T.A., Soloed K.V., Shalina R.I. Psihosomaticheskie aspekty beremennosti // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1995. № 4: 17-19.

24.Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja korrekciya v detskom vovraste. Metod zameshhajushhego ontogeneza: Uchebnoe posobie. 3-e izd. – M.: Genezis, 2010. – 474 s.

25.Suhareva G.E. Lekcii po psihiatrii detskogo vovrasta. – M.: Medicina, 1974. – S. 99-120; 221- 229.

26.Haleckaja O.V., Troshin V.M. Minimal'naja disfunkciya mozga v det-skem vovraste // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S.Korsakova. – 1998. № 9: 4-8.

27.Shevchenko Ju.S., Severnyj A.A. Klinicheskaja ocenka detskoj psihi-cheskoj patologii v sovremennyh klassifikacijah // Social'naja i kiniche-skaja psihiatrija. – 2009, t. 19, vyp 4. – S. 29-33.

28.Jejdemiller Je.G. Taktika semejnoy psihoterapii pri psihopatijah i psihopato-podobnyh rasstrojstvah podrostkovogo vovrasta. Semejnaja psihoterapija pri psihi-cheskikh zabojevanijah. – L., 1978. – S. 64-75.

**N.V. Kalinina, G.G. Butorin**

**PROLONGED PROGNOSIS OF ADDICTIVE BEHAVIOR  
FORMATION IN ADOLESCENTS WITH ORGANIC PERSONALITY  
DISORDER BASED ON MULTI-AXIAL APPROACH**

**Southern Ural State Humanitarian and Pedagogical University (Chelya-binsk).**

**Summary.** The proposed article presents a multi-axis approach as an opportunity to obtain a prolonged forecast of the risk of addictive behavior in adolescents with organic personality disorder. The variability of multi-axis approach in psychiatry, as well as the prospect of its application in psychology are discussed.

**Keywords:** multiaxial approach, residual organic pathology of the brain, prolonged prognosis.

Г.Н. Ракова

**ОСОБЕННОСТИ «МАТЕРИНСКИХ ЭФФЕКТОВ»  
ФЕНОТИПИЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)<sup>4</sup>**

**СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 38», Женская консультация № 35 Центрального района (Санкт-Петербург).**

***Резюме.*** Обзор литературы посвящен изучению факторов, влияющих на развитие человека в перинатальном периоде, различным аспектам материнского влияния, играющим главенствующую роль в формировании диады «мать-дитя». Рассмотрены существующие тенденции изучения влияния особенностей личности матери и состояния ее здоровья на формирование гестационной доминанты, а также проблемы пренатальной травматизации и вопросы пренатального обучения. Особое внимание уделено описанию «материнских эффектов» фенотипичной передачи. Анализируются исследования, являющиеся теоретической базой для разработки системы мониторинга благополучного развития в перинатальном периоде.

***Ключевые слова:*** материнские отношения, перинатальный период, психологический компонент гестационной доминанты, материнские эффекты, здоровье новорожденного.

Некоторые исследователи в области иммунологии и биологии, рассматривая беременность как симбиоз двух аллогенных («*alius*» – лат.: «иной») организмов, обращают внимание на иерархическую зависимость и психологическую значимость материнского начала. Вызывает интерес тот факт, что в столь интимном контакте материнская иммунная система реагирует на чужеродную ткань, но поддерживает, регулирует и не отвергает, развитие плода, проявляет толерантность [37, 83, 91]. Иммунолог М. Ховс предлагает рассмотреть отношение матери и зародыша, как уникальный феномен «благотворный и ухаживающий, защитный и трансформационный» [75]. Взгляды М. Ховс инициируют пересмотр теории эндокринологической самодостаточности зародыша и, связанную с ней концептуализацию зародыша как «аллогرافта» [82], а также микропсихоанализ С.Д. Фанти, в котором зародыш представлен как чужеродное для матери образование, соразмерное опухолевому процессу [55]. Существует попытка рефокусировки исследований путем постановки вопроса о том, почему большинство беременностей заканчиваются благополучными родами? Почему большинство пренейтов приняты и оберегаемы матерями? Это ставит под сомнение истинность представлений об опасности антенатальной жизни [82, 83].

Исследований, подтверждающих воздействие благополучного психоэмоционального состояния матерей, их настроения на позитивное переживание родов, на успешность материнства в целом и, в частности, на опыт переживания ребенком любви, радости и счастья, в литературе немного. Подобные исследова-

<sup>4</sup>Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков.- 2018 (18), № 2.,

ния носят преимущественно эмпирический, единичный характер. Так, установлено, что отношение к родам как «к трудной творческой работе» соответствует адекватному стилю материнского отношения и связано с родами без осложнений, а также высокому уровню эмоционального благополучия ребенка после рождения и в разные возрастные периоды (младенчество, ранний возраст, дошкольный и более старшие возраста) [56]. Осознанная, здоровая пренатальная стимуляция (матерью) способствует развитию моторных и когнитивных способностей новорожденных и сохраняется в течение длительного периода [79]. Позитивные материнские эмоции вызывают увеличение роста и повышение когнитивных способностей [15]. Считается, что формирование основ эмоционального благополучия человека в постнатальном периоде развития происходит в пренатальном периоде [46]. Это можно квалифицировать как МЭ (материнские эффекты) «перинатального эмоционального обучения».

Установлено, что выкладывание ребенка на живот матери сразу после родов создает условия для осуществления поискового и сосательного рефлекса, что смягчает явления «родового стресса». Раннее прикладывание к груди, в свою очередь, за счет нейропептидов, содержащихся в молозиве, воздействуют на гипоталамус, приводят к смене адренергической настроенности нервной системы на парасимпатическую с осуществлением глубокого согревания, спокойствия, расслабления ребенка, оказывающего эмоциональную поддержку как новорожденному, так и самой матери, формируя качественный бондинг [57], что квалифицируется как МЭ «здоровой перинатальной стимуляции». Установлено, что доверительные отношения с отцом ребенка, поддерживающее поведение перед родами существенно влияет на течение родов, рассматривается как важная составляющая благополучия беременности и родов [88]. А.И. Захаров, исследуя патологическое влияние материнского антенатального стресса на процесс беременности и родов, установил, что отсутствие уверенности в прочности брака приводит к большей чувствительности будущей матери, склонности к испугам и к страху перед родами, к нарушениям сна, к внутренней неудовлетворенности, к повышенной утомляемости и волнениям в последнем триместре беременности. Страх перед родами связан со сложными, порой конфликтными отношениями беременной женщины со своими родителями и родителями мужа [25]. Результаты данного исследования позволяют отнести отношение с отцом ребенка и поведение матери в перинатальный период в семье к МЭ «семейного образа жизни» или «эффектам семьи».

Исследования взаимоотношений и взаимовлияний в диаде «мать-дитя» позволили выдвинуть гипотезу об онтологической целесообразности безопасных, оберегаемых, доставляющих удовольствие матерям отношениях в период беременности и родов. В ходе дискуссий представителей разных взглядов используются термины, в которые часто вкладывается приблизительно одно и то же содержание: «материнство»; «материнское влияние»; «материнские отношения»; «материнское мышление». Однако в целях более глубокого осмысления и уточнения содержательного значения высказываний следует конкретизировать содержание данных терминов. Предлагается рассматривать «материнство» как состояние женщины-матери (преимущественно в период беременности и младенческих лет ребенка), основанное на материнских чувствах, на осознании ею родст-

венной связи с детьми [42], при этом в понятие привносится оттенок биологического характера, – принадлежности к роду. По своему характеру «материнство» имеет индивидуальное, специфическое разнообразие. Так, по утверждению Э. Фромма «любовь матери не может быть добыта, она либо есть, либо ее нет», либо существует как удовлетворение материнского нарциссизма [58]. По мнению многих авторов, тема «научного познания любви» является одной из важнейших в современной научной революции, типичной для XXI века [39, 77]. Некоторыми «материнство» рассматривается как коллективное событие, при котором ребенок подчас выступает как компенсаторный объект личных интересов, семейных отношений, государственной политики [66]. Вместе с тем суть термина «материнский», в отличие от термина «материнство», связано с действенным участием, «относящийся к», «ей свойственный» «Окружить кого-нибудь материнской любовью, заботой. По-матерински относиться к кому-нибудь» [42] подчас связано с потребностью «трансцендирования» (в этом случае, по Э. Фромму, любовь к ребенку придает значение и смысл собственной жизни матери). По мнению ряда авторов, данное созидательное действие, способность к осуществлению «безусловной любви» и заботы многоаспектна, зависит от культурных предпосылок общества, имплицитно связано с социальной ситуацией, отношением с окружающими людьми, может осуществляться без отсылки к беременности, свойственна человеку без привязки к биологическому полу [58]. В психологическом аспекте материнские отношения – это нечто «достигаемое», динамично развивающееся, а не заданное по очевидности биологического материнства [75].

Поскольку именно в период раннего эмбриогенеза закладываются основные жизненно важные функции организма и складываются начальные формы приспособительного поведения, ученые обращают внимание на то, что развитие эмбриона идет не по принципу органогенеза, а по принципу системогенеза, т. е. система складывается независимо от того, что целый орган еще не готов. Части уже соотносятся с другими частями других органов, и эта система обеспечивает выживание новорожденного. Системогенез прежде всего приспособливает новорожденного к особенностям его условий существования, является универсальной закономерностью, с помощью которой филогенез и наследственность осуществляют точную «пригнанность» новорожденного к особенностям постнатального существования. При этом «полезный результат системы является императивным фактом», перераспределяет, направляет и назначает функции отдельных компонентов всей системы, в которой нормальные устойчивые функции срываются и становятся патологическими, сдвигаясь в неблагоприятную сторону в связи с эмоциональными стрессами, эмоциональным перенапряжением [7]. Значение восприятия, дифференцирования, запоминания и эмоционально-моторного реагирования с которыми ребенок сталкивается в дородовой период, доказывает со всей убедительностью, что это раннее пренатальное обучение играет важнейшую роль на первых этапах адаптации младенца к новой для него среде [15]. В литературе встречаются описания внутриутробного влияния на вкусовые предпочтения ребенка посредством внутриматочной жидкости. Так, например, наблюдается привыкание плода к вкусу той пищи, которую он будет потреблять после рождения и которая характерна для региона проживания родителей [17]. Установлено, что посредством плаценты гор-



моны матери легко проникают к плоду, поэтому будущий ребенок испытывает те же эмоции, что и мать; начиная с 20-21 недели внутриутробной жизни, ребенок различает звуки, сначала внутренние, такие как дыхание, работа кишечника матери, биение ее сердца [58]. На основе тестирования младенцев с помощью регистрации сосания с предъявлением голоса матери, выявлена зависимость слуховых предпочтений человека после рождения от пренатального опыта: восприятия речи и сердцебиения матерей [70]. В то же время перинатальный опыт рассматривается как отражение в подсознательных психических структурах (преимущественно правого полушария) эмоционального состояния, пережитого (испытанного) ребенком при рождении [26].

Таким образом, материнские эффекты являются многоаспектной категорией, обладающей условным характером и изменчивой природой. Например, изменения в социальной среде, в частности изменение отношений с отцом ребенка, с течением времени может привести к изменению поведения матери, сказаться на ее эмоциональном и гормональном статусе и, как следствие, повлиять на состояние ребенка и на течение родов. По мнению Ю.А. Александровского, барьер психической адаптации, в котором сосредоточены все потенциальные возможности адекватной и целенаправленной психической деятельности, динамичен, способен под влиянием биологических и социальных факторов постоянно разрушаться и вновь создаваться, используя все резервные возможности [3]. Гипотеза, согласно которой склонность женщин к страху перед родами прямо пропорциональна тому, в какой степени они были скрытно, замаскировано ложью и лицемерием отторгнуты и отвергнуты матерью в раннем детстве, была подтверждена эмпирически в группе незамужних беременных женщин, в возрасте от 10 до 20 с лишним лет находящихся в нью-йоркском доме опеки [36]. Женщина, адекватно относящаяся к своему состоянию беременности, готова к родовому процессу и материнским отношениям, не преувеличивая и не преуменьшая свое участие.

Таким образом, знание закономерностей фенотипических изменений в связи с материнскими эффектами позволят максимизировать роль специфических методов и средств подготовки женщин к беременности и родам для формирования адекватной среды пренатального периода и развития пренейта. Такой подход соответствует основным принципам перинатальной медицины и психологии, призванной обеспечить рождение жизнеспособного и здорового ребенка, а также улучшить непосредственные и отдаленные исходы для младенцев.

**Выводы.** Развитие перинатальной психологии ставит перед психотерапевтической практикой конкретные актуальные психологические задачи:

1. Благополучие в системе «мать-дитя» есть результат комбинированного воздействия генетически врожденных перинатальных и приобретенных в результате материнских эффектов особенностей, включает в себя в качестве ключевого фактора ранний опыт эмоционального взаимодействия ребенка с матерью.

2. Материнские эффекты психологического характера перинатального периода можно условно подразделить на следующие, взаимовлияющие и взаимосвязанные между собой, классы:

• эффект «мотива беременности» (нежеланная беременность сочетана с психологическими проблемами у родившихся детей, в т. ч. депрессиями, суи-

цидальными наклонностями и психосоматическими заболеваниями);

- эффект «адаптации к беременности» – психосоциальный хронический стресс матери создает угрозу пренатальной травматизации (аномальное предлежание пренейта; неблагоприятное влияние на иммунную систему);

- эффект «отношений беременной» (психофизиологическое и эмоциональное благополучие ребенка в связи с отношением к родам как «к трудной творческой работе»);

- эффект «перинатального эмоционального обучения» как опыт эмоционального состояния пережитого ребенком пренатально и испытанного при рождении (в зоне риска находятся ребенок и мать в случае сформированного тревожно-депрессивного психологического компонента гестационной доминанты; увеличение роста, повышение когнитивных способностей, чувство эмоционального комфорта, формирования мотивации достижений у ребенка в связи позитивными эмоциями).

### 3. Материнские эффекты поведенческого характера:

- эффект «способа родоразрешения» (показатели в адаптационных реакциях новорожденных существенно лучше при самопроизвольных преждевременных родах по сравнению с индуцированными родами);

- эффект «здоровой перинатальной стимуляции плода» (вызывает усиление моторных и когнитивных способностей новорожденных и сохраняются в течение длительного периода);

- эффект «семейного образа жизни» (теплые, поддерживающие отношения с отцом ребенка перед родами, связаны с течением родов без осложнений).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Е.Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией // Вестник моск. университета. Серия Психология. 2002. № 3. С. 4-18.

2. Александрова Е.М., Боташева Т.Л., Ермолова Н.В., Хлопонина А.В., Плигина Е.В. Влияние этнических особенностей на адаптационные процессы женского организма в репродуктивном периоде // Медицинский вестник Юга России. 2013. №4. С. 5-8.

3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976. 350 с.

4. Анохин П.К. Узловые вопросы современной физиологии (тезисы) // Всесоюзный семинар «Структурно-функциональные закономерности системогенеза». 21-23 декабря. М., 1976. С. 36.

5. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 448 с.

6. Анохин П.К. Системогенез как общая закономерность эволюционного развития // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1948. 26. 9-10. 168 с.

7. Анохин П.К. Системогенез как общая закономерность развития функций в эмбриогенезе // Очерки по физиологии плода новорожденного / Под ред. В.И. Бодяжиной. М.: «Медицина», 1966. С. 9-31.

8. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, оп-

---

ределяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1957. С. 320-333.

9. Аршавский И.А., Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. М.: Наука, 1982. 270 с.

10. Баев О.Р., Белоусова В.С. Аномалии родовой деятельности у первородящих женщин старше 30 лет // Вопросы гинек., акуш. и перинатол. 2005. Т.4. № 1. С. 5-10.

11. Баряева О.Е. Факторы риска задержки внутриутробного развития плода в условиях промышленного города. – Автореф. дис..канд.мед.наук. Иркутск. 2005. 27 с.

12. Батуев А.С. Влияние пренатального стресса на поведение // Тезисы докладов науч.-практ. конф. «Детский стресс мозг и поведение». СПб. 1996. С. 5-10.

13. Батуев А.С. Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор современных исследований // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 6. С. 51-56.

14. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Детский стресс – мозг и поведение: тезисы докладов науч.-практ. конф. СПб.: Международный фонд «Культурная инициатива»; СПбГУ: РАО, 1996. С. 3-4.

15. Батуев А.С. У истоков пренатальной психологии // Проблемы развития личности. № 1. 2008. С. 113-123.

16. Бережанская С.Б., Лукьянова Е.А., Тодорова А.С., Каушанская Е.Я. Роль ростовых и эндотелиальных факторов в нарушениях гемостаза у детей с синдромом задержки развития плода // Медицинский вестник Юга России. 2013. № 4. С.8-12.

17. Бертин А. Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях. Пер. с англ. Г.П. Хлуновской. – СПб.: МНПО «Жизнь», 1992. 32 с.

18. Брехман Г.И. Волновые механизмы взаимодействия матери и неродившегося ребенка // Перинатальная психология и медицина. Психофизиология и патология беременности и родов. Психотерапевтическая коррекция пре-, пери- и постнатального развития. СПб.: Изд-во ИПТП, 2005. 192 с.

19. Голубева Е.Л. Родовой стресс новорожденного, его нейрофизиологические механизмы и клинические проявления // Стресс и его патогенетические механизмы. Мат-лы Всесоюзного симпозиума. Кишинев, 1973.С. 329-331.

20. Горячева Т.Г., Мисоченко М.С. Нейропсихологический аспект становления высших психических функций у детей с перинатальной гипоксией и асфиксией в анамнезе // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2. С.29-33.

21. Гурьянов В.А., Пырегов А.В., Толмачев Г.Н., Володин А.В. Беременность с позиций общего адаптационного синдрома // Анестезиология и реаниматология. 2007. № 6. С. 17-20.

22. Добряков И.В. Психологический компонент гестационной доминанты, его варианты и методика определения: Учебно-методическое пособие. СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. 20 с.

23. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 234 с.

- 
24. Завгородняя И.А. Психологические теории перинатального развития. Учебное пособие. Воронеж, 2010. 159 с.
25. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствия психических травм. СПб., 1998. 144 с.
26. Захаров А.И. Влияние перинатального опыта на развитие страхов у детей // Хрестоматия по перинатальной психологии / сост. А.Н. Васина. М.: УРАО, 2005. С. 274-285.
27. Измагурова В.Л. Экология жизненного пространства личности // 7-я российская конференция по экологической психологии. Тезисы. отв. Ред. М.О.Мдивани. М.: ФГБНУ «Психологический институт РАО»; СПб.: Нестор-История, 2015. С. 206-208.
28. Исаев Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте: Лекции.. СПб.: СПбПМИ, 1994. 80 с.
29. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 303 с.
30. Касатонova Т.В. Характеристики интегральной индивидуальности женщин при неосложненном течении беременности: автореф. дисс. канд. мед. наук. Курск, 2013. 20 с.
31. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии). Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2010. С. 35.
32. Лаврова Н.Ю. Беременность и роды у женщин с низким пренатальным риском. Дис. канд. мед. наук. М., 2010. С. 140.
33. Магденко О.В. Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности. Дис. канд. психол. наук. Томск, 2012. С. 92.
34. Мальгина Г.Б. Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности. Автореф. док. мед. наук. СПб., 2013. С. 25.
35. Мясищев В.Н. Психология отношений // Сост. В.А. Журавель / под ред. А.А. Бодалева. М.: 2011. 398 с.
36. Мэй Р. Мужество творить. Пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. С.160.
37. Нечаева М.А. Отношение к беременности и его психологическая диагностика у женщин с различными вариантами репродуктивного статуса: автореф. канд. психол. наук. Юж.-Урал. гос. ун-т. СПб., 2013. 22 с.
38. Нефедова Д.Д., Линде В.А., Левкович М.А. Иммунологические аспекты беременности (Обзор литературы). / Медицинский вестник Юга России. – 2013. – № 4. – С. 16-21.
39. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Киселева Л.Т. Кросскультуральные аспекты психотерапии (литературный обзор). Обозрение психиатрии и медицинской психологии. № 2. 2016. С. 8-14.
40. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Изд-во Назаровых, 2013. 213 с.
41. Оден М. Возрожденные роды: история одного родильного отделения в больнице г. Питивье. Перевод с англ. Изд. 3-е, испр. и перераб. М.: Изд-во На-
-

заровых, 2017. 181 с.

42. Оден М. Экология внутриутробного развития // Научное познание любви. М.: Изд-во Назарова, 2013. гл. 4. С. 89-115.

43. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. 3-е издание. М.: «АЗЪ», 1996. 928 с.

44. Островский А.Н. Эволюция полового размножения мшанок отряда Cheilostomata: Bryozoa: Gymnolaemata. – Автореферат докт. биол. наук. СПб., 2006. 30 с.

45. Пучков В.Ф. Критические периоды онтогенеза и связь с филэмбриогенезом. – Автореф. докт. биол. наук. Л.: 1973. 18 с.

46. Радзинский В.Е., П.Я. Смалько. Биохимия плацентарной недостаточности. М.: Изд-во РУДН, 2001. 273 с.

47. Смирнов А.Г. Психофизиологические особенности адаптации в системе «мать-дитя» при нормальной и неблагоприятно протекающей беременности. Дис. канд. биол. наук. СПбГУ, 2009. 120 с.

48. Сокур Т.Н. Частота гестоза у беременных, проживающих в условиях постоянного действия малых доз радиации // Мат-лы IV Российского форума «Мать и дитя». М.: «МИК», 2002. С. 570.

49. Старцева Н.В., Юшкова Л.В., Рожкова О.А. Влияние патологического компонента гестационной доминанты на течение беременности и исход родов // Пермский медицинский журнал. Т. 24. Приложение. 2007. С. 161-168.

50. Старцева Н.В. Юшкова Л.В., Швецов М.В. Роль качества гестационной доминанты в преждевременном прерывании беременности // Мат-лы XII Международной конф. и III Международной научной онкологической конф. 29 апреля–7 мая 2008, г. Эйлат, Израиль. С. 265-266.

51. Султанова А.С. Последствия кесарева сечения для психического онтогенеза ребенка // Хрестоматия по перинатальной психологии / сост. А.Н. Васина. М.: УРАО, 2005. С. 223-232.

52. Сумарокова Н.П. Невынашивание беременности и особенности личности женщин в различных климато-географических регионах Восточной Сибири: Автореф. канд. мед. наук. Казань, 1992. 23 с.

53. Сухих Г.Т., Байбарина Е.Н., Шувалова М.И., Письменская Т.В. Российские тенденции снижения перинатальных потерь с учетом перехода на международные критерии регистрации рождения детей // Акушерство и гинекология. 2013 (12). С. 79-81.

54. Тарасова И.С., Шикирянская И.А. К вопросу о возможности осуществления стрессовых реакций в антенатальном периоде // Стресс и его патогенетические механизмы. Кишинев: Изд-во ШТИИИИЦА, 1973. С.236.

55. Ухтомский А.А. Доминанта. М.: Наука, 1996. 273 с.

56. Фанти С.Д. Микropsихоанализ. М.: «ЦПП», 1997. 400 с.

57. Филиппова Г.Г. Психологическая формула родов: ожидаемые и реальные переживания в родах // Хрестоматия по перинатальной психологии. Сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2005. С. 233-234.

58. Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать и дитя»: Уч. пособие для мед. персонала учреждений

родовспоможения и детства. М.: Агар, 2000. С.183.

59. Фромм Э. Здоровое общество; Искусство любить; Душа человека / пер. с англ. М.: АСТ, 2007. 602 с.

60. Худавердян А.Д., Торгомян А.Л., Худавердян Д.Н. Нарушение иммунных механизмов защиты в результате перинатального стресса по данным экспериментального и клинического исследований // Акушерство и гинекология. 2015 (12). С. 51-56.

61. Шипицына Е.А., Пестряева Л.А. Путилова Н.В. и др. Первый триместр беременности: метаболические особенности адаптации в норме и при угрозе прерывания // РМЖ. 2017. № 2. С. 71-74.

62. Юшко К.О. Репродуктивная функция женщин, рожденных путем операции кесарева сечения. Автореф. канд. мед. наук. М., 2008. 26 с.

63. Юшко К.О., Иванян А.Н., Бельская Г.Д., Абузяров Р.Р., Невмержицкая Н.В. Определение типа психологического компонента гестационной доминанты у беременных женщин, рожденных путем операции кесарева сечения // Вестник Смоленской медицинской академии. 2007. № 4. С. 173.

64. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. 10(51). 1. <http://psystudy.ru>

#### REFERENCES

1. Ajvazjan E.B. Telesnyj i jemocional'nyj opyt v strukture vnutrennej kartiny beremennosti, oslozhnennoj akusherskoj i jekstragenital'noj patologiej // Vestnik mosk. universiteta. Serija Psihologija. 2002. № 3. S. 4-18.

2. Aleksandrova E.M., Botasheva T.L., Ermolova N.V., Hloponina A.V., Pligina E.V. Vlijanie jetnicheskih osobennostej na adaptacionnye processy zhenskogo organizma v reproduktivnom periode // Medicinskij vestnik Juga Rossii. 2013. №4. S. 5-8.

3. Aleksandrovskij Ju.A. Sostojanija psihicheskoj dezadaptacii i ih kompensacija. M.: Nauka, 1976. 350 s.

4. Anohin P.K. Uzlovye voprosy sovremennoj fiziologii (tezisy) // Vsesojuznyj seminar «Strukturno-funkcional'nye zakonomernosti sistemogeneza». 21-23 dekabrja. M., 1976. S. 36.

5. Anohin P.K. Oчерки po fiziologii funkcional'nyh sistem. M.: Medicina, 1975. 448 s.

6. Anohin P.K. Sistemogenez kak obshhaja zakonomernost' jevoljucionnogo razvitiya // Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny. 1948. 26. 9-10. 168 s.

7. Anohin P.K. Sistemogenez kak obshhaja zakonomernost' razvitiya funkcij v jemбриogeneze // Oчерки po fiziologii ploda novorozhdenного / Pod red. V.I. Bodjazhinoj. M.: «Medicina», 1966. S. 9-31.

8. Arshavskij I.A. Rol' gestacionnoj dominanty v kachestve faktora, opredelja-jushhego normal'noe ili uklonjajushheesja ot normy razvitie zarodysha // Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii. M., 1957. S. 320-333.

9. Arshavskij I.A., Fiziologicheskie mehanizmy i zakonomernosti individual'nogo razvitiya. M.: Nauka, 1982. 270 s.

10. Baev O.P., Belousova B.C. Anomalii rodovoj dejatel'nosti u pervorodjashhih

zhenshin starshe 30 let // Voprosy ginek., akush. i perinatol. 2005. T.4. № 1. S. 5-10.

11. Barjaeva O.E. Faktory riska zaderzhki vnutritrobnogo razvitiya ploda v uslovijah promyshlennogo goroda. – Avtoref. dis..kand.med.nauk. Irkutsk. 2005. 27 s.

12. Batuev A.S. Vlijanie prenatal'nogo stressa na povedenie // Tezisy dokladov nauch.-prakt. konf. «Detskij stress mozg i povedenie». SPb. 1996. S. 5-10.

13. Batuev A.S. Voznikovenie psihiki v dorodovoj period: kratkij obzor sovremennyh issledovanij // Psihologicheskij zhurnal. 2000. T. 21. № 6. S. 51-56.

14. Batuev A.S. Psihofiziologicheskaja priroda dominanty materinstva // Detskij stress – mozg i povedenie: tezisy dokladov nauch.-prakt. konf. SPb.: Mezhdunarodnyj fond «Kul'turnaja iniciativa»; SPbGU: RAO, 1996. S. 3-4.

15. Batuev A.S. U istokov prenatal'noj psihologii // Problemy razvitiya lichnosti. № 1. 2008. S. 113-123.

16. Berezhanskaja S.B., Luk'janova E.A., Todorova A.S., Kaushanskaja E.Ja. Rol' rostovyh i jendotelial'nyh faktorov v narushenijah gemostaza u detej s sindromom zaderzhki razvitiya ploda // Medicinskij vestnik Juga Rossii. 2013. № 4. S.8-12.

17. Bertin A. Vospitanie v utrobe materi, ili Rasskaz ob upushhennyh vozmozhnostjah. Per. s angl. G.P. Hlunovskoj. – SPb.: MNPO «Zhizn'», 1992. 32 s.

18. Brehman G.I. Volnovye mehanizmy vzaimodejstviya materi i nerodivshegosja rebenka // Perinatal'naja psihologija i medicina. Psihofiziologija i patologija beremennosti i rodov. Psihoterapevticheskaja korekcija pre-, peri- i postnatal'nogo razvitiya. SPb.: Izd-vo IPTP, 2005. 192 s.

19. Golubeva E.L. Rodovoj stress novorozhdenного, ego nejrofiziologicheskie mehanizmy i klinicheskie pojavlenija // Stress i ego patogeneticheskie mehanizmy. Mat-ly Vsesojuznogo simpoziuma. Kishinev, 1973. S. 329-331.

20. Gorjacheva T.G., Misochenko M.S. Nejropsihologicheskij aspekt stanovlenija vysshih psihicheskikh funkcij u detej s perinatal'noj gipoksiej i asfiksiej v anamneze // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 2. S.29-33.

21. Gur'janov V.A., Pyregov A.V., Tolmachev G.N., Volodin A.V. Beremennost' s pozicij obshhego adaptacionnogo sindroma // Anesteziologija i reanimatologija. 2007. № 6. S. 17-20.

22. Dobrjakov I.V. Psihologicheskij komponent gestacionnoj dominanty, ego varianty i metodika opredelenija: Uchebno-metodicheskoe posobie. SPb.: Izd-vo GBOU VPO SZGMU im. I.I. Mechnikova, 2015. 20 s.

23. Dobrjakov I.V. Perinatal'naja psihologija. SPb.: Piter, 2010. 234 s.

24. Zavgorodnjaja I.A. Psihologicheskie teorii perinatal'nogo razvitiya. Uchebnoe posobie. Voronezh, 2010. 159 s.

25. Zaharov A.I. Rebenok do rozhdenija i psihoterapija posledstvija psihicheskikh travm. SPb., 1998. 144 s.

26. Zaharov A.I. Vlijanie perinatal'nogo opyta na razvitie strahov u detej // Hrestomatija po perinatal'noj psihologii / sost. A.N. Vasina. M.: URAO, 2005. S. 274-285.

27. Izmagurova V.L. Jekologija zhiznennogo prostranstva lichnosti // 7-ja Rossijskaja konferencija po jekologicheskoi psihologii. Tezisy. otv. Red. M.O.Mdivani. M.: FGBNU «Psihologicheskij institut RAO»; SPb.: Ne-stor-Istorija, 2015. S. 206-208.

28. Isaev D.N. Psihologicheskij stress i psihosomaticheskie rasstrojstva v dets-

kom vozraste: Lekcii.. SPb.: SPbPMI, 1994. 80 s.

29. Karvasarskij B.D. Psihoterapija. M.: Medicina, 1985. 303 s.

30. Kasatonova T.V. Harakteristiki integral'noj individual'nosti zhenshhin pri neoslozhnennom techenii beremennosti: avtoref. diss. kand. med. nauk. Kursk, 2013. 20 s.

31. Kolesnikov I.A. Nevroticheskie depressivnye rasstrojstva i semejnoe funkcionirovanie u beremennyh zhenshhin (v svjazi s zadachami psihoterapii). Avtoref. dis. kand. med. nauk. SPb., 2010. S. 35.

32. Lavrova N.Ju. Beremennost' i rody u zhenshhin s nizkim prenatal'nyh riskom. Dis. kand. med. nauk. M., 2010. S. 140.

33. Magdenko O.V. Destruktivnye reproduktivnye motivacii u beremennyh zhenshhin pri stanovlenii materinskoj rolevoj identichnosti. Dis. kand. psihol. nauk. Tomsk, 2012. S. 92.

34. Mal'gina G.B. Patogenez, profilaktika i korrekcija perinatal'nyh oslozhnenij pri psihojemocional'nom stresse v period beremennosti. Avtoref. dok. med. nauk. SPb., 2013. S. 25.

35. Mjasishhev V.N. Psihologija otnoshenij // Sost. V.A. Zhuravel' / pod red. A.A. Bodaleva. M.: 2011. 398 s.

36. Mjej R. Muzhestvo tvorit'. Per. s angl. M.: Institut obshhegumanitarnyh issledovanij, 2008. S.160.

37. Nechaeva M.A. Otnoshenie k beremennosti i ego psihologicheskaja diagnostika u zhenshhin s razlichnymi variantami reproduktivnogo statusa: avtoref. kand. psihol. nauk. Juzh.-Ural. gos. un-t. SPb., 2013. 22 s.

38. Nefedova D.D., Linde V.A., Levkovich M.A. Immunologicheskie aspekty beremennosti (Obzor literatury). / Medicinskij vestnik Juga Rossii. – 2013. – № 4. – S. 16-21.

39. Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Kiseleva L.T. Krosskul'tural'nye aspekty psihoterapii (literaturnyj obzor). Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii. № 2. 2016. S. 8-14.

40. Oden M. Kesarevo sechenie: bezopasnyj vyhod ili ugroza budushhemu? Izd. 3-e, ispr. i dop. M.: Izd-vo Nazarovyh, 2013. 213 s.

41. Oden M. Vozrozhdennye rody: istorija odnogo rodil'nogo otdelenija v bol'nice g. Pitiv'e. Perevod s angl. Izd. 3-e, ispr. i pererab. M.: Izd-vo Nazarovyh, 2017. 181 s.

42. Oden M. Jekologija vnutritrobnogo razvitija // Nauchnoe poznanie ljubvi. M.: Izd-vo Nazarova, 2013. gl. 4. S. 89-115.

43. Ozhegov S.I., Shvedova N.Ju. Tolkovyj slovar' russkogo jazyka. 3-e izdanie. M.: «AZ##», 1996. 928 s.

44. Ostrovskij A.N. Jevoljucija polovogo razmnozhenija mshanok otrjada Cheilosomata: Bryozoa: Gymnolaemata. – Avtoreferat dokt. biolog. nauk. SPb., 2006. 30 s.

45. Puchkov V.F. Kriticheskie periody ontogeneza i svjaz' s filjembriogenezami. – Avtoref. dokt. biolog. nauk. L.: 1973. 18 s.

46. Radzinskij V.E., P.Ja. Smal'ko. Biohimija placentarnoj nedostatochnosti. M.: Izd-vo RUDN, 2001. 273 s.

47. Smirnov A.G. Psihofiziologicheskie osobennosti adaptacii v sisteme «mat'-ditja» pri normal'noj i neblagoprijatno protekajushhej beremennosti. Dis. kand. biol. nauk. SPbGU, 2009. 120 c.



48. Sokur T.N. Chastota gestoza u beremennyh, prozhivajushhih v uslovijah postojannogo dejstviya malyh doz radiacii // Mat-ly IV Rossijskogo foru-ma «Mat' i ditja». M.: «MIK», 2002. S. 570.

49. Starceva N.V., Jushkova L.V., Rozhkova O.A. Vlijanie patologicheskogo komponenta gestacionnoj dominanty na techenie beremennosti i ishod rodov // Permskij medicinskij zhurnal. T. 24. Prilozhenie. 2007. S. 161-168.

50. Starceva N.V. Jushkova L.V., Shvecov M.V. Rol' kachestva gestacionnoj dominanty v prezhddevremennom preryvanii beremennosti // Mat-ly XII Mezhdunarodnoj konf. i III Mezhdunarodnoj nauchnoj onkologicheskoy konf. 29 aprelja–7 maja 2008, g. Jejlal, Izrail'. S. 265-266.

51. Sultanova A.S. Posledstvija kesareva sechenija dlja psihicheskogo ontogeneza rebenka // Hrestomatija po perinatal'noj psihologii / sost. A.N. Vasina. M.: URAO, 2005. S. 223-232.

52. Sumarokova N.P. Nevynashivanie beremennosti i osobennosti lichnosti zhenshhin v razlichnyh klimato-geograficheskikh regionah Vostochnoj Sibiri: Avtoref. kand. med. nauk. Kazan', 1992. 23 s.

53. Suhij G.T., Bajbarina E.N., Shuvalova M.I., Pis'menskaja T.V. Rossijskie tendencii snizhenija perinatal'nyh poter' s uchetom perehoda na mezhdunarodnye kriterii registracii rozhdenija detej // Akusherstvo i gi-nekologija. 2013 (12). S. 79-81.

54. Tarasova I.S., Shikirjanskaja I.A. K voprosu o vozmozhnosti osushhestvlenija stressovyh reakcij v antenatal'nom periode // Stress i ego patogeneticheskie mehanizmy. Kishinev: Izd-vo ShTIINCA, 1973. S.236.

55. Uhtomskij A.A. Dominanta. M.: Nauka, 1996. 273 s.

56. Fanti S.D. Mikropsihoanaliz. M.: «СРР», 1997. 400 s.

57. Filippova G.G. Psihologicheskaja formula rodov: ozhidaemye i real'nye perezhivaniya v rodah // Hrestomatija po perinatal'noj psihologii. Sost. A.N. Vasina. M.: Izd-vo URAO, 2005. S. 233-234.

58. Fateeva E.M., Caregradskaja Zh.V. Grudnoe vskarmliovanie i psihologicheskoe edinstvo «Mat' i ditja»: Uch. posobie dlja med. personala uchrezhdenij rodovspomozhenija i detstva. M.: Agar, 2000. S.183.

59. Fromm Je. Zdorovoe obshhestvo; Iskusstvo ljubiti; Dusha cheloveka / per. s angl. M.: AST, 2007. 602 s.

60. Hudaverdjan A.D., Torgomjan A.L., Hudaverdjan D.N. Narushenie im-munnyh mehanizmov zashhity v rezul'tate perinatal'nogo stressa po dannym jeksperimental'nogo i klinicheskogo issledovanij // Akusherstvo i ginekologija. 2015 (12). S. 51-56.

61. Shipicyna E.A., Pestrjaeva L.A. Putilova N.V. i dr. Pervyj trimestr beremennosti: metabolicheskie osobennosti adaptacii v norme i pri ugroze preryvanija // RMZh. 2017. № 2. S. 71-74.

62. Jushko K.O. Reprodukativnaja funkcija zhenshhin, rozhdennyh putem operacii kesareva sechenija. Avtoref. kand. med. nauk. M., 2008. 26 s.

63. Jushko K.O., Ivanjan A.N., Bel'skaja G.D., Abuzjarov R.R., Nevmerzchickaja N.V. Opredelenie tipa psihologicheskogo komponenta gestacionnoj dominanty u beremennyh zhenshhin, rozhdennyh putem operacii kesareva sechenija // Vestnik Smolenskoy medicinskoj akademii. 2007. № 4. S. 173.

64. Jaltonskij V.M., Jaltonskaja A.V., Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psiho-

metricheskie harakteristiki russkojazychnoj versii kratkogo oprosnika vosprijatija bolezni // Psihologicheskie issledovanija. 2017. 10(51). 1. <http://psystudy.ru>

65. Bernardo J. Maternal Effects in Animal Ecology. – AMER. ZOOL., 36: 83-105 (1996). From the Symposium Maternal Effect on Early Life History, Their Persistence, and Impact on Organismal Ecology presented at the Annual Meeting of the American Society of Zoologists, 27-30 December 1993, at Los Angeles, California.

66. Blackburn E.H. Structure and function of telomeres. // Nature, 1991, v.350, P. 569-573.

67. Brakman S. et al. Adoption, ART, and a Reconcepton of the Maternal Body. – J. of Feminist Philosophy. 2006 – 21 (1). – P. 54-73.

68. Brent L. The Discovery of Immunologic Tolerance. Human Immunology. – V. 52. – 2 – P. 72-81.

69. Churchland Patricia S. What Neuroscience Tells Us about Morality. Winner of the 2011 Award for Excellence in Biology & Life Sciences, Association of American Publishers. One of Choice's Outstanding Academic Titles for 2012. – 288 p.

70. DeCasper A. Studing Learning in the womb // Science. 1984. V. 225. – P. 384.

71. Freeze, Rixa Ann Spencer. "Born free: unassisted childbirth In North America." PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, 2008. – P. 369. <http://ir.uiowa.edu/etd/202>.

72. Gordon N.P., Walton D. at al. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. Obstet. Gynecol. 1999; 93(3): 422-426.

73. Gosden R. Designing Babies: The Brave New World of Reproductive Technology. – New York: Routledge. – P. 240.

74. Haglund L., Britton J. The perinatal assessment of psychosocial risk. – J. Clinics in Perinatology, 1998, V.25 (2). – P. 417-452.

75. Hepper P.G., Shahidullah S. (1993) Newborn and fetal response to Maternal Voice // J. of Reproduction and Infant Psychology. V.11. – P. 147-153.

76. Howes M. Maternal Agency and the immunological paradox of pregnancy. In Harold Kincaid and Jennifer McKittrick, eds., Establishing Medical Reality. New York: Springer. 2007. – P. 179-198.

77. Jauniaux E., Burton G.J. Pathophysiology of histological changes in early pregnancy loss. Placenta. – 2005 Feb-Mar; 26(2-3):114-23.

78. Kennell J., Klaus M. et al. Continuous emotional support during labor in US hospital. – JAMA 1991; 265. – P. 2197-2201.

79. Krebs L., Langhoff-Ross J. Elective cesarean delivery for term breech. Obstet. Gynecol. 2003. – 101 (4): 690-6.

80. Lafuente M.J., Grifol J., Segarra J., Soriano J., Gorba M.A. and Montesinos A. (1997). Effects of the Firststart method of prenatal stimulation on psychomotor development: The first six months. – Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, (11)3, 151-162.

81. Lande R., Kirkpatrick M. Selection response in traits with maternal inheritance. Cambridge University Press. V. 55, Issue 3, June 1990, pp. 189-197.

82. Maestripieri D., Mateo J.M. Maternal Effects in Mammals. – University of Chicago Press, 2009. – P. 352.

83. Medawar, Peter Brian. Some Immunological and Endocrinological Problems

Raised by the evolution of viviparity in vertebrates. Symposia-Society for Experimental biology. – 1953. 44. – P. 320-338.

84. Moffett A., Loke Y. The Immunological Paradox of Pregnancy: A Reappraisal. Placenta 2004. – Vol. 25 – P.1-8.

85. Newth D., Balls M. Maternal effects in development. Cambridge: Cambridge University Press. 1979 (VII). – P.420.

86. Odent M. Back to the Nocebo effect. Primal Health Research Newsletter, 1995; 5 (4).

87. Odent M. The Noceboeffect in prenatal care. Primal Health Research Newsletter, 1994; 2 (2).

88. Rahman M., Uehara T., Rahman S. Effects of Egg Size on Fertilization, Fecundity and Offspring Performance: a Comparative Study Between Two Sibling Species of Tropical Sea Urchins (Genus Echinometra). Pakistan Journal of Biological Sciences, 2002. – 5: 114-121.

89. Tulman L., Higgins K., at al. (1991). The Inventory of Functional Status-Antepartum Period: Development and testing. J. of Nurse-Midwifery, 36: 117-123.

90. Watson D, Pennebaker J. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. Psychol Rev. 1989 Apr; 96(2):234-54.

91. Ward A. J. Prenatal stress and childhood psychopathology // Childpsychiatry and Human Development. 1991(V.22). – P. 97-110.

92. Weissenbacher E.R. Immunology in Reproductive Medicine. / Immunology of the Female Genital Tract. – 2014. – P. 163-249.

**G.N. Rakova**

**THE CHARACTERISTICS OF «MATERNAL EFFECTS»  
OF PHENOTYPE TRANSMISSION THROUGHOUT THE PERINATAL  
PERIOD(LITERATURE REVIEW)<sup>5</sup>**

**Municipal Polyclinic № 38, Female Health Department № 35 of the Central District (St. Petersburg).**

**Summary.** The paper discusses the factors influencing the growth and development of a neonate during the perinatal period. Not the least of them are multifactorial aspects of maternal influence, which are the key factors in mother-and-child dyad. This article is also concerned with such practically important aspects as the current trends in the study of maternal health influence on gestational dominant formation, prenatal injury problems and prenatal teaching. Special attention is paid to the classification of maternal effects on the phenotype transmission. The paper analyzes the studies, which are the theoretical basis for the development of the system to monitor a neonate well-being in the perinatal period.

**Keywords:** mothering, perinatal period, psychological component of gestational dominance, maternal effects, neonate health.

<sup>5</sup>Final Part. Beginning part see: Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov», 2018 (18), № 2.

С.А.Игумнов<sup>1</sup>, В.В. Зарецкий<sup>1</sup>, Е.Ю. Шамарова<sup>2</sup>

## ВИРТУАЛЬНАЯ СРЕДА И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва),

<sup>2</sup>Институт психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка (Минск).

**Резюме.** Данная статья представляет собой аналитический обзор современной литературы, посвященной влиянию виртуальной среды и социальных сетей на аутодеструктивное поведение подростков и молодежи. Показано, что профилактика суицидального поведения должна строиться как система, включающая в себя превентивные меры и мероприятия по выявлению и оперативной психолого-педагогической коррекции неблагоприятного развития кризисных состояний, включая развитие антисуицидальных сайтов, разработку «антисуицидальных игр», обеспечивающих общение с подростками, а также контроль и социально-психологическую экспертизу характера сообщений о самоубийствах в СМИ.

**Ключевые слова:** антисуицидальные сайты, аутодеструктивное поведение, профилактика суицидального поведения, подростки и молодежь, социально-психологическая экспертиза.

**Введение.** Суицид входит в первую десятку причин смерти на нашей планете, а к 2020 г., по прогнозам экспертов, количество самоубийц может составить 1 500 000 человек в год [54]. Учитывая, что на один заверченный суицид приходится в подростковом и юношеском возрасте, от 10 до 50-100 суицидальных попыток, эта проблема представляет не только теоретический, но и практический интерес в плане разработки действенных мер по их предупреждению [21]. В США 90% совершивших суицид несовершеннолетних посещали врача в течение года [69]. Одной из причин увеличения количества суицидов и парасуицидов среди подростков масс-медиа назвали активизацию «групп смерти» в социальных сетях.

**Причины суицида в подростковом возрасте.** Суициды в настоящее время занимают третье место в качестве причины смерти подростков. Подростковый возраст, особенно в период интенсивных пубертатных изменений, создает большие трудности для диагностики тех или иных начинающихся изменений личности и психических расстройств. С другой стороны, подростковый возраст как начало жизненного пути человека и время наиболее интенсивных раскрытий его возможностей обуславливает и особую социальную и морально-этическую значимость различных девиаций и психических нарушений в этом периоде [25]. С.В. Бородин и А.С. Михлин, говоря о кризисе подросткового возраста, выделяют причины, детерминирующие суицидальные намерения: неблагополучие семей, частое отсутствие родителей, утрата объекта любви, зависимость от алкоголя, наркотиков, стресс, неуверенность в будущем, слабый контроль эмоций, высокая внушаемость и тенденция к подражанию, душевная болезнь, чувство вины, стра-

<sup>6</sup>Исследование выполнено в рамках темы НИР по реализации Государственного задания ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» «Научно-аналитическое обеспечение вопросов детской безопасности и совершенствования системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних», № 5.12631.2018/12.1.

ха, враждебности, проблемы в межличностных отношениях, предыдущие попытки самоубийства и т. д. [9]. Важный фактор формирования суицидального поведения в подростковом возрасте – это дизадаптация, которая является результатом несформированности или нестабильности психологических образований личности и определяет кризисность возраста [17, 24].

На поведение подростков оказывают значительное влияние внешние средовые воздействия. Любое изменение ситуации, актуального эмоционального состояния, а также трудности реализации суицидальных действий могут привести к тому, что подросток «забывает» о своих намерениях [77]. С истинным суицидальным поведением коррелирует только переживание очень нежелательных событий: потеря родителей в возрасте до 17 лет, постоянные раздоры в семье, нежелательная беременность и проблемы со здоровьем [70, 73]. Пережитое в прошлом физическое или сексуальное насилие, совершение противоправного поступка, повлекшего за собой заключение в тюрьму, значительно повышают уровень риска совершения самоубийства [2, 15, 26].

Значительную долю в числе подростковых суицидов занимают **имитационные самоубийства**. После его опубликования в 1774 г. роман И.В. Гете «Страдания юного Вертера» вызвал волну самоубийств среди молодых людей, подражающих литературному герою. Вскоре возник термин «эффект Вертера», обозначающий имитационное суицидальное влияние. Согласно современным исследованиям, эффект Вертера подтверждается статистически достоверной взаимосвязью между отражением проблемы суицидов в средствах массовой информации и повышением частоты самоубийств среди подростков [59]. Способ передачи известий об аутоагрессии может быть прямым (от человека к человеку) и косвенным (посредством СМИ и средств массовой коммуникации (СМК)). Риск подражательных самоубийств особенно высок у лиц молодого возраста, чувствительных к воздействию СМИ, а также в случаях, когда имеется сходство по возрасту, полу и национальности между аудиторией и человеком, чье самоубийство изображается в СМИ. Так, после показа в 1981 г. в Германии сериала «Смерть студента», главный герой которого, 19-летний студент, бросается под поезд, количество железнодорожных суицидов среди молодых людей в возрасте 15-29 лет увеличилось на 86% по сравнению с предыдущими годами. Уровень железнодорожных суицидов оставался высоким в течение четырех месяцев после показа сериала, затем постепенно вернулся к первоначальному уровню. Повторный показ сериала в 1982 г. вызвал новый всплеск железнодорожных суицидов [76]. Обобщая результаты проведенных в разных странах исследований, К.Нawton и соавторы [72] пришли к выводу о том, что сообщения или демонстрация самоубийств в СМИ приводят как к возрастанию общего количества суицидов, так и к увеличению числа случаев использования отдельных способов самоубийства. Они выделили следующие характеристики предъявления информации о самоубийствах в СМИ, повышающие риск подражательных самоубийств: детальные описания используемых методов самоубийства; сенсационный стиль сообщений или многократно повторяющиеся сообщения; подробные описания самоубийств знаменитостей. Для имитации имеет значение, как, когда и где в СМИ подается информация (фактор сенсационности), кто покончил собой, время подачи, характер иллюстраций, популярность СМИ и т.д. Имитационный характер носили массовые суициды подростков по-

сле смерти знаменитых культовых музыкантов (Дженис Джоплин, Джим Моррисон, Курт Кобейн, Игорь Сорин) [21].

Одним из наиболее достоверных показателей риска самоубийства являются прошлые попытки суицида [39]. Согласно исследованиям, проведенным в США, 3% лиц, совершивших суицидальную попытку, погибают в результате суицида в течение первого года, около 9% – в течение следующих 5 лет, и около 11% – спустя 5 лет после парасуицида [75]. Связано это с тем, что по мере увеличения числа пережитых суицидальных эпизодов роль объективных стрессовых событий в суицидальном поведении снижается, мысли о суициде приобретают стереотипный характер, привычно возникая у человека под воздействием различного рода провоцирующих стимулов и ситуаций [6].

Чрезвычайно большое значение в росте самоубийств среди молодежи принадлежит депрессивным состояниям. Даже демонстративные суицидальные действия при депрессиях имеют склонность у подростков к повторению [1, 15, 21]. Рассматривая суицидальное поведение подростков, необходимо учитывать, что понятие смерти как категории прекращения жизни у них, как правило, не сформировано. В связи с этим у детей и подростков значительно сложнее, чем у взрослых, отличить истинные суицидальные акты от демонстративных суицидальных имитаций [1, 2, 9, 10, 13, 15, 16, 52].

**Виртуальная среда и средства массовой коммуникации (СМК) как фактор влияния на аутодеструктивное поведение.** Согласно концепции психологического моделирования, легче всего поддается манипулированию аудитория с потребительской идеологией, в которой СМК воспринимаются как способ компенсации неудовлетворенности межличностным общением, средство психологической разрядки, укрепления личного престижа [50]. Доступность современных коммуникационных технологий, с одной стороны, дает возможность массовой аудитории выбирать информацию, а с другой – самостоятельно создавать пользовательский контент, размещая его наряду с профессиональным. Достоверность такой информации невозможно идентифицировать [34].

Коммуникация пользователей социальных сетей оказывает колоссальное влияние на современную культуру. В сети бытует особый компьютерный сленг, который обладает целым набором новых свойств и особенностей: тексты, фактура которых состоит из двух разнородных частей - вербальной (языковой/речевой) и невербальной (принадлежащей к другим знаковым системам, нежели естественный язык) [62]; «Интернет-мемы», часто заменяющие текст полностью или его часть. Эти новообразования переходят из сети Интернет в общее информационное пространство, стирая грань между лично ориентированными и социально значимыми текстами [44]. При этом данные социологических опросов и психологических исследований свидетельствуют, что деятельность СМК все чаще приобретает не просто дисфункциональный, но деструктивный характер, поскольку способна вызывать психологические состояния, в которых человек, особенно подросток, становится более податливым к воздействию: дезинтегрированность психических процессов, например, притупленное внимание, разорванное мышление, нарушение навыков; эйфорию, а в ослабленном виде – снисходительное или попустительское отношение к жизненным событиям; приглушенность желаний, равнодушие к происходящему; повышенную безответственность в условиях коллективного взаимодействия и пр. [27].

**Виды манипуляций сознанием в Интернет-пространстве на сайтах суицидальной направленности.** Проблеме влияния Интернет-ресурсов на суицидальное поведение подростков в последние годы уделяется пристальное внимание в отечественной и зарубежной научной среде. Работы посвящены главным образом анализу контентов, способам подачи информации и методам воздействия на сознание детей с помощью текстовой и аудиовизуальной информации, а также общим вопросам профилактики [18, 19, 31, 35, 56 и др.

Говоря о повсеместном внедрении компьютерных и интернет-технологий, следует отметить, что одной из наиболее распространенных форм включенности в виртуальную реальность стала игра. Имеются, как минимум, четыре сферы бытия человека, в которых проявляет себя игра: 1) как вид деятельности (например, детская игра); 2) как средство оптимизации общения (обмен идеями, чувствами и переживаниями); 3) как средство манипуляции (например, «игры» в транзактном анализе); 4) как текст (например, как спортивное зрелище, карнавал [64].

Среди различных видов игр особое место занимают «головокружительные игры» – тип игр, связанный с интенсивным, форсированным изменением сознания. Смысл их сводится к подчинению разрушительным влечениям, стремлению к гибели, «отключению» инстинкта самосохранения, оторванности от реальности. Примерами этому может служить современная молодежная «адреналиновая культура» с ее головокружительными играми (опасные виды спорта и увлечения, экстремальные селфи, асфиксифилия, уличные игры («Беги или умри»), «зацепинг» и др.) [28]. Основная опасность компьютерных и сетевых игр подростков в контексте суицидальной угрозы объясняется особенностями включенности их в процесс игры. Так, герои могут сколько угодно раз быть убитыми и воскреснувшими. Находясь в психологической зависимости от Интернет-игр, подростки не видят грани между реальностью и виртуальным миром. Если на этом фоне возникают мысли об уходе из жизни, то подросток не до конца понимает, что вернуться назад уже будет невозможно [62]. Для совершившего сетевой суицид даже смерть – всего лишь продолжение виртуальной игры (ведь после самоубийства он останется в «виртуальном мире» и «станет героем») [68].

В качестве техник психологического воздействия в «группах смерти» используется эксплуатация факторов подросткового кризиса идентичности; эксплуатация травм и переживаний; формирование игровой зависимости; использование транса и внушающей коммуникации; нарушение сна; классическая манипуляция «взять на слабо»; ограничение времени на принятие решений; использование информации; эксплуатация страха; романтизация и «эстетизация» смерти; эксплуатация чувства избранности и превосходства; поощрение иерархической элитарности [4]; велика роль подражательного поведения (свойственных подростковому возрасту реакций имитации) и синдрома Вертера в распространении суицидов [42, 43].

Среди представленных в Интернет сайтах, распространяющих информацию о суицидальном поведении, можно выделить пропагандирующие ресурсы, ресурсы помощи и ресурсы «нейтрального» отношения к смерти [11]. Пропагандирующие ресурсы поддерживают суицидальные намерения, носят яркую суицидальную направленность, предлагают описание и «рекомендации» по выбору наиболее «эффективного» способа самоубийства. Очевидно, что сайты, пропагандирующие суицид, могут спровоцировать попытку самоубийства у че-

ловека, находящегося в кризисном состоянии [13]. D. Baker и S. Fortune считают, что следует проводить больше исследований, направленных на изучение влияния «просуицидальных» сайтов (в частности, почему люди предпочитают обращаться к таким сайтам вместо профессиональных служб) [67]. Исследования T.D. Ruder и соавт. [74] посвящено выявлению потенциального влияния предсмертных записок, оставленных в Фейсбуке, на подражательное копирование суицидов. Описаны случаи суицида пользователей Фейсбука, заранее объявивших о своих намерениях через социальную сеть. Все они страдали от того, что недавно были разорваны отношения с близкими им людьми.

Приводятся данные, что координаторами игр часто выступают подростки – школьники и студенты. По мнению ряда исследователей, большинство кураторов «групп смерти» – это несостоявшиеся молодые люди с множеством комплексов и страхов. Многие из них сами были жертвами насилия и в качестве компенсации избрали стратегию подчинения других, более слабых [57, 66].

**Заключение.** Одной из причин роста суицидов среди подростков масса-медиа назвали активизацию «групп смерти» в социальных сетях. По мнению ряда экспертов [7, 29, 35, 57], тема сильно раздута СМИ: реальное число пациентов, совершавших попытки суицида под влиянием «групп смерти», крайне мало, а львиную долю информации пользователи получают не в закрытых группах в соц-сетях, а на самых обычных Интернет-ресурсах, в том числе обычных СМИ. Как считают многие психологи, в отношении «групп смерти» в социальных сетях речь идет о так называемых «моральных паниках» [29, 68, 72-76].

Сайты, распространяющие информацию явной суицидальной направленности, в зависимости от их отношения к проблеме самоубийства можно разделить на пропагандирующие ресурсы, ресурсы помощи и ресурсы «нейтрального» отношения к смерти. Очевидно, что сайты, пропагандирующие суицид, могут спровоцировать попытку самоубийства у человека, находящегося в кризисном состоянии [48, 51, 52, 67-70, 77].

Развитие ситуации вокруг Интернет-ресурсов, содержащих информацию о суициде, в том числе в русскоязычном сегменте Интернет, характеризуется интенсивной динамикой, нестабильностью, неоднозначностью и требует постоянного мониторинга и тщательного анализа со стороны специалистов, представляющих различные отрасли современного социально-гуманитарного и медицинского знания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Психология одиночества и суицид // Актуальные вопросы суицидологии: тр. Моск. науч.-исслед. ин-та психиатрии. – М., 1981. – Т. 92. – С. 69–80.
2. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Соц. и клинич. психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 4. – С. 14–20.
3. Амелина Я. А. «Группы смерти» как угроза национальной безопасности России. Аналитический доклад. – М.: Издатель А.В. Воробьев, 2017. – 76 с..
4. Антонюк Ж. В. Сайты «самоубийцы»: кто виноват в потере поколения? // Вестн. магистратуры. – 2017. – № 11. – С. 149–150.
5. Архипова А., Волкова М., Кирзюк А. и др. «Группы смерти»: от игры к моральной панике. Мониторинг актуального фольклора. – М.: Рос. акад. нар. хоз. и гос. службы, 2017. – 24 с.



6. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2. – Режим доступа: [http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php). – Дата доступа: 13.04.2018.

7. Бескаравайная Т. Психиатры и психологи считают надуманной проблему «групп смерти» // Моск. медицина. – 2017. – № 6. – С. 50–53.

8. Блаженкова Н. П. Конфликт в системе значимых отношений в динамике развития суицидального риска у молодежи // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сб. мат-лов междунар. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 19–21 апр. 2012 г. / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб., 2012. – С. 181–183.

9. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии: тр. Моск. науч.-исслед. ин-та психиатрии / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С. 28–43.

10. Бутрим Г.А., Колмаков А.А. Стратегии совладающего поведения в генезе суицидального риска у молодых людей // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сб. мат-лов междунар. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 19–21 апр. 2012 г. / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб., 2012. – С. 184–187.

11. Васильченко М.В. Роль социально-психологических факторов в формировании суицидального поведения подростков и юношей // Изв. Юж. федерал. ун-та. – 2013. – № 2. – С. 73–78.

12. Вихристюк О.В., Банников Г.С., Летова А.В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Психол. наука и образование. – 2013. – № 1. – Режим доступа: [http://psyedu.ru/files/articles/psyedu\\_ru\\_2013\\_1\\_3237.pdf](http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2013_1_3237.pdf). – Дата доступа: 10.03.2018.

13. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное насилие и суицидальное поведение детей и подростков // Вопр. психологии. – 2013. – № 2. – С. 24–31.

14. Волков Б. С. Психология подростка: учеб. пособие. – М.: Пед. об-во России, 2001. – 156 с.

15. Вроно Е. М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: сб. науч. тр., Науч.-исслед. ин-т психиатрии. – М., 1984. – С. 135–142.

16. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков. – М., 2001. – С. 270–352.

17. Девятьярова И. Н. Девиантное поведение подростков: анализ понятий // Вектор науки Тольяттин. гос. ун-та. – 2011. – № 3. – С. 99–101.

18. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. «Контент смерти»: проблема пропаганды суицида в русскоязычном Интернете // Соврем. проблемы науки и образования. – 2013. – № 4. – С. 373–373.

19. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Проблема распространения «суицидального контента» в социальных сетях русскоязычного Интернета // Наука и

образование XXI века: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф., Уфа, 31 мая 2013 г. / отв. ред. Р.Г. Юсупов. – Уфа, 2013. – Ч. 5. – С. 78–83.

20. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб.: Питер, 2002. – 369 с.

21. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клиничко-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.

22. Елкин В., Крылова С., Разорина Д. Анатомия «синих китов» [Электронный ресурс]. // ИА REGNUM. – 1999–2018. – Режим доступа: <https://regnum.ru/news/2250566.html>. – Дата доступа: 20.02.2018.

23. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Питер, 2004. – 466 с.

24. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримуллина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие. – М.: Академия, 2008. – 208 с.

25. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения). – М.: Академия, 2008. – 288 с.

26. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.

27. Кабаченко Т.С. Методы психологического воздействия: учеб. пособие. – М.: Пед. бо-во России, 2000. – 544 с.

28. Кайуа Р. Игры и люди: Статьи и эссе по социологии культуры / сост., пер. с фр. и вступ. ст. С.Н. Зенкина. – М.: Объед. гуманитар. изд-во, 2007. – 304 с.

29. Киселева М. «Где ты, куратор?»: как устроены моральные паники и чем они опасны [Электронный ресурс] // Indicator.Ru – 2016–2017. – Режим доступа: <https://indicator.ru/article/2017/05/11/sinii-kit-samoubiistvo-gruppy-smerti/>. – Дата доступа: 01.03.2018.

30. Клейберг Ю.А. Основы психологии девиантного поведения. – СПб.: Алеф-Пресс, 2014. – 233 с.

31. Ключко Е.И. Воздействие интернета на суицидальное поведение молодежи // Общество. Среда. Развитие. – 2014. – № 1. – С. 69–72.

32. Колмаков А.А. Выявление и первичная профилактика суицидоопасных состояний в деятельности специалиста по социальной работе, психолога, педагога // Соц. работа. – 2010. – № 6. – С. 6–11.

33. Кондрашенко В.Т., Игумнов С.А. Девиантное поведение у подростков: диагностика, профилактика, коррекция: учеб. пособие. – Минск: Аверсэв, 2004. – 365 с.

34. Королькова Л.Н., Корольков К.В. Интернет-сообщество с чертами тотального института как фактор десоциализации.. – Ставрополь: Ставропол. тех. ин-т сервиса, 2010. – 149 с.

35. Краснова Е.М. Воздействие Интернет-ресурсов на суицидальное поведение подростков // Успехи соврем. науки. – 2016. – Т. 7, № 11. – С. 88–90.

36. Лаврищева Д.Н. Исторические и психолого-социальные аспекты суицида // Вестн. Таганрог. ин-та. – 2016. – С. 69–76.

37. Лапицкая М. П. Психопрофилактика суицидального поведения в студенческой среде // Психологическая студия: сб. ст. студентов и молодых исследователей / Витеб. гос. ун-т ; под ред. С.Л. Богомаза, В.П. Волчок. – Витебск, 2011. – Вып. 5. – С. 109–112.

38. Лапшин В. Е. Генеалогия и превенция суицида учащейся молодежи // Вестн. Владимир. гос. ун-та. – 2014. – № 16. – С. 74–81.

39. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. –

М.: Апрель Пресс, 1999. – 416 с.

40. Лукас К.? Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства: пер. с англ. – М.: Смысл, 2000. – 254 с.

41. Лъети А. Самоубийство подростка // Психологія. – 1996. – № 4. – С. 119–122.

42. Любов Е.Б., Антохин Е.Б., Палаева Р.И. Комментарий. Двухликая паутина: Вертер vs Папагено // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 4. – С. 41–51.

43. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение // Суицидология. – 2012. – Ч. I, № 3–4. – С. 3–10; Ч. II. – С. 10–22.

44. Маслова Ю.В. Позитивные и негативные аспекты использования компьютерных технологий у детей и подростков // Образоват. технологии и общество. – 2013. – Т. 16, № 4. – С. 493–503.

45. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2008. – 445 с.

46. Меннингер К. Война с самим собой / пер. с англ. Ю.Н. Бондарева. – М.: ЭКСМО-пресс, 2000. – 477 с.

47. Моховиков А.Н. Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – Киев: Алд, 1998. – 216 с.

48. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – 310 с.

49. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – 1998–2018. – Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. – Дата доступа: 05.03.2018.

50. Павлова Е.Д. Сознание в информационном пространстве. – М.: Академия, 2007. – 688 с.

51. Погодин И.А. Психология суицидального поведения: пособие для студентов. – Минск: Тесей, 2005. – 208 с.

52. Полешук М. А. Исследование психологических особенностей личности подростков с суицидальным поведением // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сб. мат-лов междунар. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 19–21 апр. 2012 г. / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб, 2012. – С. 206–207.

53. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста: пер. с англ. / под общ. ред. А.А. Реана. – 8-е междунар. изд. – СПб: Питер, 2012. – 816 с.

54. Роганов С.В. «Черный феномен» свободного сознания [Электронный ресурс] // Новый мир. – 2009. – № 10. – Режим доступа: [http://magazines.russ.ru/novyi\\_mi/2009/10/ro11.html](http://magazines.russ.ru/novyi_mi/2009/10/ro11.html). – Дата доступа: 26.02.2018.

55. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 16–31.

56. Силаева В.Л. Суицидальные практики в Интернете // Человек. – 2008. – № 6. – С. 132–137.

57. Спирина И.Д., Шорников А.В. Подростковые киберсуициды – новый вызов (особенности, предикторы, профилактика) [Электронный ресурс] // ТОВ «Здоров'я України». – 2000–2018. – Режим доступа: <http://health-ua.com/stati/psychiatry/podrostkovyie-kibersuitsidyi-novyyi-vyizov-osobennosti-prediktoryi-profilaktika.html>. – Дата доступа: 02.03.2018.

58. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.

59. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков. // Консультатив. психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 8–24.

60. Технологии работы по профилактике суицидального поведения в подростково-молодежной среде: сб. материалов респ. практич. конф., Казань, 27 нояб. 2014 г. – Казань: Татграф, 2014. – 142 с.

61. Туренко, Е.И. Подростковый суицид: сущность и профилактика // Третий междунар. молодеж. психол.-соц. конгр. для студентов, аспирантов и молодых ученых: мат-лы конгр., Санкт-Петербург, 17–18 мая 2012 г. – СПб., 2012. – С. 253–256.

62. Удод Д.А. Креолизованный текст как особый вид паралингвистически активного текста // Современная филология: Матер. II Междун. науч. конф. (г. Уфа, январь 2013 г.). — УфаЖ: Лето, 2013. — С. 97-99. — URL <https://moluch.ru/conf/phil/archive/78/3254/> (dataobrashheniya: 16.07.2018).

63. Узлов Н.Д., Семенова М.Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид. // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 3. – С. 40–52.

64. Хейзинга Й. Homo ludens. Человек играющий. – М.: Азбука-классика, 2007. – 384 с.

65. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Акад. проект: Гаудеамус, 2007. – 336 с.

66. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. О. Донец / науч. ред. пер. А. Моховиков. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

#### REFERENCES

1. Ambrumova A. G. Psihologija odinochestva i suicid // Aktual'nye voprosy suicidologii: tr. Mosk. nauch.-issled. in-ta psihiatrii. – М., 1981. – Т. 92. – С. 69–80.

2. Ambrumova A. G. Psihologija samoubijstva // Soc. i klinich. psihiatrija. – 1996. – Т. 6, № 4. – С. 14–20.

3. Amelina Ja. A. «Gruppy smerti» kak ugroza nacional'noj bezopasnosti Rossii. Analiticheskij doklad. – М.: Izdatel' A.V. Vorob'ev, 2017. – 76 с..

4. Antonjuk Zh. V. Sajty «samoubijcy»: kto vinovat v potere pokolenija? // Vestn. magistratury. – 2017. – № 11. – С. 149–150.

5. Arhipova A., Volkova M., Kirzjuk A. i dr. «Gruppy smerti»: ot igry k moral'noj panike. Monitoring aktual'nogo fol'klora. – М.: Ros. akad. nar. hoz. i gos. sluzhby, 2017. – 24 с.

6. Bannikov G.S., Koshkin K.A. Krizisnye sostojanija u podrostkov (presuicidal'nye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoj psihoterapevticheskoy pomoshhi) // Med. psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2. – Резим dostupa: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php). – Data dostupa: 13.04.2018.

7. Beskaravajnaja T. Psihiatry i psihologi schitajut nadumannoju problemu «grupp smerti» // Mosk. medicina. – 2017. – № 6. – С. 50–53.

8. Blagenkova N. P. Konflikt v sisteme znachimyh otnoshenij v dinamike razvitija suicidal'nogo riska u molodezhi // Psihologo-social'naja rabota v sovremennom obshhestve: problemy i reshenija: sb. mat-lov mezhdunar. nauch.-prakt. konf., Sankt-Peterburg, 19–21 apr. 2012 g. / pod obshh. red. Ju.P. Platonova. – SPb., 2012. – С. 181–183.

9. Borodin S.V., Mihlin A.S. Motivy i prichiny samoubijstv // Aktual'nye problemy suikidologii: tr. Mosk. nauch.-issled. in-ta psikiatrii / Mosk. nauch.-issled. in-t psikiatrii. – M., 1978. – T. 82. – S. 28–43.
10. Butrim G.A., Kolmakov A.A. Strategii sovladajushhego povedenija v geneze suikidal'nogo riska u molodyh ljudej // Psihologo-social'naja rabota v sovremennom obshchestve: problemy i reshenija: sb. mat-lov mezhdunar. nauch.-prakt. konf., Sankt-Peterburg, 19–21 apr. 2012 g. / pod obshh. red. Ju.P. Platonova. – SPb., 2012. – S. 184–187.
11. Vasil'chenko M.V. Rol' social'no-psihologicheskikh faktorov v formirovanii suikidal'nogo povedenija podrostkov i junoshej // Izv. Juzh. federal. un-ta. – 2013. – № 2. – S. 73–78.
12. Vihristjuk O.V., Bannikov G.S., Letova A.V. Sredstva massovoj kommunikacii v sisteme prediktorov suikidal'nogo povedenija v podrostkovom vozraste [Elektronnyj resurs] // Psihol. nauka i obrazovanie. – 2013. – № 1. – Rezhim dostupa: [http://psyedu.ru/files/articles/psyedu\\_ru\\_2013\\_1\\_3237.pdf](http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2013_1_3237.pdf). – Data dostupa: 10.03.2018.
13. Volikova S.V., Nifontova A.V., Holmogorova A.B. Shkol'noe nasilie i suikidal'noe povedenie detej i podrostkov // Vopr. psihologii. – 2013. – № 2. – S. 24–31.
14. Volkov B. S. Psihologija podrostka: ucheb. posobie. – M.: Ped. ob-vo Rossii, 2001. – 156 s.
15. Vrono E. M. Osobennosti suikidal'nogo povedenija detej i podrostkov i mery ego profilaktiki // Problemy profilaktiki i reabilitacii v suikidologii: sb. nauch. tr., Nauch.-issled. in-t psikiatrii. – M., 1984. – S. 135–142.
16. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija // Suikidologija: proshloe i nastojashhee: problema samoubijstva v trudah filozofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah / sost. A.N. Mohovikov. – M., 2001. – S. 270–352.
17. Devet'jarova I. N. Deviantnoe povedenie podrostkov: analiz ponjatij // Vektor nauki Tol'jattin. gos. un-ta. – 2011. – № 3. – S. 99–101.
18. Demdoui N.Ju., Denisov Ju.P. «Kontent smerti»: problema propagandy suikida v russkojazychnom Internetе // Sovrem. problemy nauki i obrazovanija. – 2013. – № 4. – S. 373–373.
19. Demdoui N.Ju., Denisov Ju.P. Problema rasprostranenija «suikidal'nogo kontenta» v social'nyh setjah russkojazychnogo Interneta // Nauka i obrazovanie XXI veka: sb. st. Mezhdunar. nauch.-prakt. konf., Ufa, 31 maja 2013 g. / otv. red. R.G. Jusupov. – Ufa, 2013. – Ch. 5. – S. 78–83.
20. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologicheskij jetjud. – SPb.: Piter, 2002. – 369 s.
21. Egorov A.Ju., Igumnov S.A. Rasstrojstva povedenija u podrostkov: kliniko-psihologicheskie aspekty. – SPb.: Rech', 2005. – 436 s.
22. Elkin V., Krylova S., Razorina D. Anatomija «sinih kitov» [Elektronnyj resurs]. // IA REGNUM. – 1999–2018. – Rezhim dostupa: <https://regnum.ru/news/2250566.html>. – Data dostupa: 20.02.2018.
23. Efremov V.S. Osnovy suikidologii. – SPb.: Piter, 2004. – 466 s.
24. Zvereva N.V., Kaz'mina O.Ju., Karimullina E.G. Patopsihologija detskogo i junosheskogo vozrasta: ucheb. posobie. – M.: Akademiya, 2008. – 208 s.
25. Zmanovskaja E.V. Deviantologija: (Psihologija otklonjajushhegosja povedenija). – M.: Akademiya, 2008. – 288 s.
26. Zotov M.V. Suikidal'noe povedenie: mehanizmy razvitiya, diagnostika, kor-

rekcija. – SPb: Rech', 2006. – 144 s.

27. Kabachenko T.S. Metody psihologicheskogo vozdejstvija: ucheb. posobie. – M.: Ped. bo-vo Rossii, 2000. – 544 s.

28. Kajua R. Igry i ljudi: Stat'i i jesse po sociologii kul'tury / sost., per. s fr. i vstup. st. S.N. Zenkina. – M.: Ob#ed. gumanitar. izd-vo, 2007. – 304 s.

29. Kiseleva M. «Gde ty, kurator?»: kak ustroeny moral'nye paniki i chem oni opasny [Elektronnyj resurs] // Indicator.Ru – 2016–2017. – Rezhim dostupa: <https://indicator.ru/article/2017/05/11/sinii-kit-samoubiistvo-gruppy-smerti/>. – Data dostupa: 01.03.2018.

30. Klejberg Ju.A. Osnovy psihologii deviantnogo povedenija. – SPb.: Alef-Press, 2014. – 233 s.

31. Kljuchko E.I. Vozdejstvie interneta na suicidal'noe povedenie molodezhi // Obshhestvo. Sreda. Razvitie. – 2014. – № 1. – S. 69–72.

32. Kolmakov A.A. Vyjavlenie i pervichnaja profilaktika suicidoopasnyh sostojanij v dejatel'nosti specialista po social'noj rabote, psi-hologa, pedagoga // Soc. rabota. – 2010. – № 6. – S. 6–11.

33. Kondrashenko V.T., Igumnoa S.A. Deviantnoe povedenie u podrostkov: diagnostika, profilaktika, korekcija: ucheb. posobie. – Minsk: Aver-sjev, 2004. – 365 s.

34. Korol'kova L.N., Korol'kov K.V. Internet-soobshhestvo s chertami total'nogo instituta kak faktor desocializacii.. – Stavropol': Stavro-pol. tehnol. in-t servisa, 2010. – 149 s.

35. Krasnova E.M. Vozdejstvie Internet-resursov na suicidal'noe povedenie podrostkov // Uspehi sovrem. nauki. – 2016. – T. 7, № 11. – S. 88–90.

36. Lavrishheva D.N. Istoricheskie i psihologo-social'nye aspekty suicida // Vestn. Taganrog. in-ta. – 2016. – S. 69–76.

37. Lapickaja M. P. Psihoprofilaktika suicidal'nogo povedenija v studencheskoj srede // Psihologicheskaja studija: sb. st. studentov i molodyh issledovatelej / Viteb. gos. un-t ; pod red. S.L. Bogomaza, V.P. Volchok. – Vitebsk, 2011. – Vyp. 5. – S. 109–112.

38. Lapshin V. E. Genealogija i prevencija suicida uchashhejsja molodezhi // Vestn. Vladimir. gos. un-ta. – 2014. – № 16. – S. 74–81.

39. Lichko A. E. Tipy akcentuacij haraktera i psihopatij u podrostkov. – M.: Aprel' Press, 1999. – 416 s.

40. Lukas K.? Sejden G. Molchalivoe gore: zhizn' v teni samoubijstva: per. s angl. – M.: Smysl, 2000. – 254 s.

41. L'eti A. Samoubijstvo podrostka // Psihologija. – 1996. – № 4. – S. 119–122.

42. Ljubov E.B., Antohin E.B., Palaeva R.I. Kommentarij. Dvulikaja pautina: Verter vs Papageno // Suicidologija. – 2016. – T. 7, № 4. – S. 41–51.

43. Ljubov E.B. SMI i podrazhatel'noe suicidal'noe povedenie // Sui-cidologija. – 2012. – Ch. I, № 3–4. – S. 3–10; Ch.II. – S. 10–22.

44. Maslova Ju.V. Pozitivnye i negativnye aspekty ispol'zovanija komp'juternyh tehnologij u detej i podrostkov // Obrazovat. tehnologii i obshhestvo. – 2013. – T. 16, № 4. – S. 493–503.

45. Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija: ucheb. posobie. – SPb.: Rech', 2008. – 445 s.

46. Menninger K. Vojna s samim soboj / per. s angl. Ju.N. Bondareva. – M.: JeKSMO-press, 2000. – 477 s.

47. Mohovikov A.N. Suicid. Hrestomatija po suicidologii. – Kiev: Ald, 1998. – 216 s.

48. Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / red. D. Vasserman;

per. E. Rojne. – M.: Smysl, 2005. – 310 s.

49. Nacional'nyj statisticheskij komitet Respubliki Belarus' [Jelek-tronnyj re-surs]. – 1998–2018. – Rezhim dostupa: <http://www.belstat.gov.by>. – Data dostupa: 05.03.2018.

50. Pavlova E.D. Soznanie v informacionnom prostranstve. – M.: Akademija, 2007. – 688 s.

51. Pogodin I.A. Psihologija suicidal'nogo povedenija: posobie dlja studentov. – Minsk: Tesej, 2005. – 208 s.

52. Poleshhuk M. A. Issledovanie psihologicheskikh osobennostej lichnosti podrostkov s suicidal'nym povedeniem // Psihologo-social'naja rabota v sovremennom obshhestve: problemy i reshenija: sb. mat-lov mezhdunar. nauch.-prakt. konf., Sankt-Peterburg, 19–21 apr. 2012 g. / pod obshh. red. Ju.P. Platonova. – SPb, 2012. – S. 206–207.

53. Rajs F., Doldzhin K. Psihologija podrostkovogo i junosheskogo vozrasta: per. s angl. / pod obshh. red. A.A. Reana. – 8-e mezhdunar. izd. – SPb: Piter, 2012. – 816 s.

54. Roganov S.V. «Chernyj fenomen» svobodnogo soznaniya [Jelektronnyj re-surs] // Novyj mir. – 2009. – № 10. – Rezhim dostupa: [http://magazines.russ.ru/novyi\\_mi/2009/10/ro11.html](http://magazines.russ.ru/novyi_mi/2009/10/ro11.html). – Data dostupa: 26.02.2018.

55. Rozanov V.A. Samoubijstva sredi detej i podrostkov – chto proishodit i v chem pricina? // Suicidologija. – 2014. – T. 5, № 4. – S. 16–31.

56. Silaeva V.L. Suicidal'nye praktiki v Internetе // Chelovek. – 2008. – № 6. – C. 132–137.

57. Spirina I.D., Shornikov A.V. Podrostkovye kibersuicidy – novyj vyzov (osobennosti, prediktory, profilaktika) [Jelektronnyj resurs] // TOV «Zdorov'ja Ukraïni». – 2000–2018. – Rezhim dostupa: <http://health-ua.com/stati/psychiatry/podrostkovyie-kibersuitsidyi-novyiy-vyzov-osobennosti-prediktoryi-profilaktika.html>. – Data dostupa: 02.03.2018.

58. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija. – M.: Kogito-Centr, 2005. – 376 s.

59. Syrokvashina K.V., Dozorčeva E.G. Psihologicheskie faktory riska suicidal'nogo povedenija u podrostkov. // Konsul'tativ. psihologija i psihoterapija. – 2016. – T. 24, № 3. – S. 8–24.

60. Tehnologii raboty po profilaktike suicidal'nogo povedenija v podrostkovomolodezhnoj srede: sb. materialov resp. praktich. konf., Ka-zan', 27 nojab. 2014 g. – Kazan': Tatgraf, 2014. – 142 s.

61. Turenko, E.I. Podrostkovyj suicid: sushhnost' i profilaktika // Tretij mezhdunar. molodezh. psihol.-soc. kongr. dlja studentov, aspirantov i molodyh uchenyh: mat-ly kongr., Sankt-Peterburg, 17–18 maja 2012 g. – SPb., 2012. – S. 253–256.

62. Udod D.A. Kreolizovannyj tekst kak kak osobyj vid paralingvisticheski aktivnogo teksta // Sovremennaja filologija: Mater. II Mezhdun. nauch. konf. (g. Ufa, janvar' 2013 g.). — UfaZh: Leto, 2013. — S. 97-99. — URL <https://moluch.ru/conf/phil/archive/78/3254/> (dataobrashheniya: 16.07.2018).

63. Uzlov N.D., Semenova M.N. Igra, transgressija i setевой suicid. // Suicidologija. – 2017. – T. 8, № 3. – S. 40–52.

64. Hejzinga J. Homo ludens. Chelovek igrashhij. – M.: Azbuka-klassika, 2007. – 384 s.

65. Shnejder L.B. Deviantnoe povedenie detej i podrostkov. – M.: Akad. proekt: Gaudeamus, 2007. – 336 s.

66. Shnejdman Je. Dusha samoubijcy: per. s angl. O. Donec / nauch. red. per. A. Mohovikov. – M.: Smysl, 2001. – 315 s.
67. Baker, D. Understanding Self-Harm and Suicide Websites. A Qualitative Interview Study of Young Adult Website Users / D. Baker, S. Fortune // *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 2008. – Vol. 29(3). – P. 118–122.
68. Becker, K. Internet chat rooms and suicide / K. Becker, M. Schmidt // *J. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43. – P. 246–247.
69. Brauser, D. Insufficient Evidence to Support Universal Suicide Screening [Electronic resource] / D. Brauser // *Medscape Medical News*. – 1994–2018. – Mode of access: <http://www.medscape.com/viewarticle/803068>. – Date of access: 14.02.2018.
70. Essau, C. A. Classification of depressive disorders / C. A. Essau, F. Petermann, W. M. Reynolds // *Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment*. – Northvale ; New Jersey: Jason Aronson Inc., 1999. – P. 3–25.
71. Farberow, N. The Many Faces of Suicide / N. Farberow. – New York: McGraw-Hill Book Company, 1980. – 446 p.
72. Hawton, K. Suicide and the Media: Pitfalls and Prevention / K. Hawton [et al.] // *Crisis: The J. of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 2005. – Vol. 26. – P. 42–47.
73. Kendler, K. S. Separate and interactive contributions of weak inhibitory control and threat sensitivity to prediction of suicide risk / K. S. Kendler [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2015. – № 226. – P. 461–466.
74. Ruder, T. D. Suicide Announcement on Facebook / T. D. Ruder [et al.] // *Crisis: The J. of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. – 2011. – Vol. 32. – P. 280–282.
75. Sakinofsky, I. Preventing suicide among inpatients / I. Sakinofsky // *Journal Psychiatry*. – 2014. – Vol. 59. – P. 131–140.
76. Schmidtke, A. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis / A. Schmidtke, H. Häfner // *Psychol. Medicine*. – 1988. – № 18. – P. 665–676.
77. Williams, J. Cry of Pain: Understanding suicide and self-harm / J. Williams. – London: Penguin, 1997. – 257 p.

S.A. Igumnov<sup>1</sup>, V.V. Zaretsky<sup>1</sup>, E.Yu. Shamarova<sup>2</sup>

# THE VIRTUAL ENVIRONMENT AND SOCIAL NETWORK AS INFLUENCE FACTOR ON THE AUTO-DESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE

<sup>1</sup>Centre for Children Rights Protection (Moscow), <sup>2</sup>Institute of Psychology, Belarusian State University named after M. Tank (Minsk).

**Summary.** The article presents the analytical review of modern literature devoted to the influence of virtual environment and social network on the auto-destructive behavior of adolescents and young people. It is shown that the prevention of suicidal behavior should be built as a system that includes preventive measures and measures to identify and operational psychological and educational correction of the unfavorable development of crisis conditions, including development of anti-suicidal sites, development of "anti-suicidal games", providing communication with adolescents as well as control and socio-psychological examination of the nature of reports of suicides in the media.

**Keywords:** anti-suicidal sites, auto-destructive behavior, prevention of suicidal behavior, adolescents and young people, socio-psychological examination.



**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ: СОДЕРЖАНИЕ И ВНУТРЕННЯЯ СТРУКТУРА<sup>7</sup>**

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва), ГАУ ДПО НСО Новосибирский институт повышения квалификации и переподготовки работников образования (Новосибирск).**

**Резюме.** В статье актуализируется проблема обеспечения психологической безопасности образовательной среды в современных условиях. Рассмотрены общие позиции по структуре, типам, функциям, уровням образовательной среды, выделены признаки безопасности, приведены основания для классификации опасностей, обозначены риски, угрозы и ресурсы безопасности в контексте психологического аспекта образовательной среды и законов саморегуляции сложных систем. Делается вывод о том, что выполненный анализ необходим для отбора содержания и технологических средств при проектировании деятельности по обеспечению психологической безопасности образовательной среды.

**Ключевые слова:** образовательная среда, экпсихологический подход, психологическая безопасность, саморегуляция сложных систем, риски и угрозы, ресурсы безопасности.

Проблема обеспечения безопасности образовательной среды далека от решения. Открытость системы образования является как ресурсом ее развития, так и фактором риска для ее безопасности, поскольку проблемы, характерные для современного российского общества, беспрепятственно проникают в образовательную среду. С одной стороны, это проблемы изменения содержательно-смысловых ориентировочных основ деятельности (размытость системы ценностей и социальных норм, смещение приоритетов в парах «материально-духовное», «индивидуальное-коллективное» в сторону материального и индивидуального, влияние через сеть Интернет деструктивной информации и др.), а с другой – это возрастающая скорость социально-экономических преобразований. Отмеченные особенности современной социокультурной среды ведут к росту количества правовых нарушений и других форм девиантного поведения, служат причиной нарушений в субъективном психологическом благополучии индивида. Изучая социальное здоровье детей и молодежи Байкова Л.А. отмечает, что перечисленные особенности современной жизни диктуют необходимость гуманизации образовательной среды, педагогического взаимодействия и повышения профессионализма специалистов, его осуществляющих, как условий укрепления социального здоровья детей и молодежи [4]. Мы разделяем позицию Байковой Л.А. и считаем, что гуманизация образовательной среды подразумевает создание условий и влияний формирования личности, а также возможностей для ее развития на основе гуманистических ценностей, предполагающих обеспечение защиты

---

<sup>7</sup> Исследование выполнено в рамках темы НИР по реализации Государственного задания ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» «Мониторинг проведения социально-психологического тестирования обучающихся, направленного на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в образовательных организациях Российской Федерации», № 25.12632.2018/12.1.

здоровья каждого человека, его свободного и наиболее полного развития и самореализации. Также мы разделяем позицию Басовой И.А. и понимаем гуманизацию образования как психологизацию образовательного пространства, гармонизацию личности всех участников учебно-воспитательного процесса, осознание значимости психологической безопасности во взаимодействии людей [2].

Неучет закономерностей и функциональных резервов регуляторных процессов в живых объектах приводит к «выламыванию», по Г.П. Щедровицкому, систем саморегуляции и лежит в основе всех экологических кризисов и аналогичных им кризисов здоровья – как результат их «жесткого» управления, то есть без учета обратной связи [16]. Нарастание «болезней нервной регуляции» (по Г.Н. Крыжановскому) у школьников в процессе обучения – пример слома механизмов их нервно-психической саморегуляции под влиянием жесткого управления со стороны школы (без права выбора темпа, интенсивности работы, реализации потребности в движении, личностно-доверительном общении, принадлежности к референтной группе, возможности работы по интересам, и т. д.) на фоне такого же жесткого блокирования механизмов стресс-лимитирования (двигательной активности, творчества, любознательности и учебного интереса, права выбора индивидуально эффективных способов работы с учебной информацией, собственной образовательной траектории и др.) [12]. Это выражается в резком увеличении к концу обучения в начальной школе процента детей с эндокринной патологией, аллергопатологией, функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, нарушениями ритма сердца, различными формами неврологической патологии и др. [11]. В работах Дзятковской Е.Н. показано, что воздействие информационного (психодидактического) компонента образовательной среды на психику ребенка определяется количественными (операциональными и временными) и качественными (семантическими, организационными и техническими) характеристиками информации, гигиеническими показателями (режим, техника безопасности, средства, условия), личностными факторами (морально-нравственными, интеллектуальными, физиологическими, психологическими), а также характером управления его деятельностью. Таким образом, реальность рисков образовательной среды для здоровья школьника зависит не только от силы влияния внешних факторов, но и в значительной степени определяется состоянием его регуляторных систем, их компенсирующими возможностями, адаптивными ресурсами, индивидуальным стилем его ведущей деятельности [9, 7].

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что растущая потребность общества, образовательных учреждений, участников образовательных отношений в создании оптимальных условий развития личности в меняющейся образовательной среде обуславливает актуальность разработки теоретических и методических основ обеспечения ее психологической безопасности, что предварительно требует выполнения анализа и уточнения содержания и внутренней структуры понятия «психологическая безопасность образовательной среды».

Поскольку в нашем исследовании речь пойдет об обеспечении психологической безопасности образовательной среды, то мы считаем необходимым, прежде всего, остановиться на *экологическом подходе в психологии*. В качестве теоретического конструкта для анализа коммуникативных взаимодействий в образовательной среде эконпсихологический подход предлагает использовать типологию взаимодействий, объединяющих человека и окружающую среду в системное отношение «человек–жизненная среда». В зависимости от того, ка-

кую ролевую позицию занимает каждый из компонентов указанного отношения, были выделены следующие экопсихологические типы взаимодействия: объект-объектный, объект-субъектный, субъект-объектный и субъект-субъектный, включающий в себя субъект-обособленный, субъект-совместный и субъект-порождающий. От того, какой тип взаимодействия организуется в образовательной среде, зависит процесс развития психики человека [14]. Для образовательной среды особенно важным является формирование таких взаимодействий, в которых обучающиеся могут получить опыт субъект-совместного и субъект-порождающего типов взаимодействия, что создает основу для формирования доброжелательного психологического климата и референтности образовательной среды. Условием формирования таких типов взаимодействия является психологически безопасная образовательная среда.

Сравнительный анализ различных методологических подходов к исследованию образовательной среды позволил выделить ряд общих взаимодополняющих, не противоречащих друг другу позиций [5; 17].

Баева И.А. сделала акцент на психологических аспектах образовательной среды и для ее типологизации выбрала два основания: личностно-эмоциональная защищенность от рисков и угроз; социально-психологическая умелость личности как результат ее формирования, обучения и воспитания. Сочетание этих оснований позволяет выделить 4 типа образовательной среды: попустительская, либеральная, манипулятивно-авторитарная и психологически безопасная (партнерско-диалогическая) среда, которая обеспечивает как личностно-эмоциональную защищенность, так и формирование социально-психологической умелости [2].

Взгляды ученых на функциональное назначение образовательной среды проанализированы в ряде работ [1, 3, 13], что позволило выделить присущие ей функции: интегративную, адаптивную, синдикативную, креативную, культурно-образовательную, развивающую, фасилитирующего взаимодействия, защитную. Авторы, выделяющие уровни образовательной среды, сходятся в том, что образовательная среда может быть разделена на локальную образовательную среду и макросреду, которая включает общекультурный, федеральный, региональный уровни, а также образовательную среду поселения. С.П. Иванова, используя понятие социально-образовательная среда, выделяет следующие ее уровни: глобальная образовательная среда; социально-общественная образовательная среда (макросреда); внешкольная социальная образовательная среда (ближайшее окружение); внутришкольная образовательная среда и образовательная микросреда [10].

Объектом нашего исследования является локальная образовательная среда, или, в терминологии С.П.Ивановой, внутришкольная образовательная среда и образовательная микросреда. В качестве предмета нашего исследования выступают психологические аспекты безопасности образовательной среды, а именно отношения человека с образовательной средой, взаимосвязи между параметрами среды и различными психологическими характеристиками человека и его поведения.

Анализ содержания понятия «безопасность» позволил выделить его наиболее общие признаки: 1) отсутствие угрозы существованию и развитию взаимодействующих объектов; 2) наличие защиты; 3) относительность, предметность; 4) устойчивое существование и развитие системы. Онтологическую основу безопасности составляет взаимодействие, поскольку вне его, без него, само понятие безопасности утрачивает смысл, т. к. в данном случае отсутствует угроза существованию объекта [7].

Е.Н. Дзятковская при изучении понятия «безопасность» выделила следующие его существенные признаки: состояние защищенности от опасностей и рисков; качество какой-либо системы, определяющее ее возможность и способность к саморегуляции; система гарантий, обеспечивающих системе развитие и защиту от внутренних и внешних неблагоприятных факторов; способность предупреждать и предотвращать опасности, управлять рисками. Если первое определение фиксирует конечный результат обеспечения безопасности, то три последующих относятся к средствам его достижения и раскрывается через понятие развития субъекта собственной безопасности и здоровья [8].

Анализ опасностей в контексте психологического аспекта образовательной среды, позволяет классифицировать их по источникам, объектам, средствам, целям, процессу и результату воздействия [2,]. Сущность психологической опасности определяется негативным влиянием на сознание со стороны других людей, угрожающим целостности социальных субъектов, адаптивности их функционирования, их развитию.

В исследованиях Е.Н. Дзятковской, посвященных безопасности учебной информационной среды, проведен анализ психодидактического компонента образовательной среды (методической системы) с точки зрения законов саморегуляции и гомеостаза сложных систем с опорой на модель «поведенческой регуляции на базе естественного интеллекта». Структурно-функциональной особенностью данной модели является наличие трех контуров управления: основного, дополнительного и защитного. Основной контур управления обеспечивает функционирование системы и ее самоорганизацию, являясь тем устойчивее, чем больше разнообразных связей составляют ее каркас. Дополнительный контур обеспечивает системе саморазвитие, разрешая противоречия, возникающие внутри нее и с окружающей средой. Защитный контур, или контур самосохранения, предохраняет систему от конфликтов (сбоев, кризисных состояний), угрожающих достижению цели. Он обеспечивает ей надежность функционирования и устойчивость развития. Такая организация социальной системы обеспечивает многоуровневую безопасность для включенных в нее природных систем (людей) [9].

Аналогом основного контура в психодидактическом компоненте образовательной среды является комплекс образовательных программ, реализуемых в образовательной организации. Объектом управления в этом контуре выступает процесс развития учащегося как субъекта собственной деятельности. В целях образовательных программ предусматривается полимотивационность учебно-познавательной деятельности, достижение не только предметных, но и метапредметных и личностных результатов обучения. Источниками содержания такого обучения выступает многообразие элементов культуры и личный опыт обучающихся. Тем самым реализуется один из принципов безопасного управления – принцип расширения поля разнообразия.

Дополнительный контур управления, направленный на решение возникающих в методической системе противоречий разного уровня, требует наличия звена обратной связи «цель–результат», то есть включения в структуру методической системы требований к достижению результатов обучения, а также механизмов педагогической, ученической и общественной рефлексии получаемых результатов. На уровне образовательной среды школы дополнительный контур управления инструментально обеспечивается программой мониторинга качества образования. На уровне обучающегося дополнительный контур обес-

печивается формированием у него способности не только к осуществлению учебной деятельности, но и к рефлексии ее оснований и средств во всей полноте ее нормативной структуры, ее построения, преобразования, проектирования, исследования, управления ею. Речь идет о развитии субъектности учащегося, когда он приобретает способность быть автором и распорядителем собственной деятельности [15]. На этом уровне реализуется один из принципов безопасного управления – регуляции противоречий (необходимость–возможность, знание–незнание, коллективное –индивидуальное, индивидуализация–социализация, развитие–стагнация...). Психологическая безопасность личности выходит на новый уровень – субъектности полного цикла деятельности, обеспечиваемый развивающим характером методической системы [9].

Защитный контур (контур безопасности) обеспечивает надежность работы системы за счет предупреждения (преодоления) сбоев – конфликтных ситуаций. Он перераспределяет «напряжение в сети» взаимодействий основного контура, изменяет нагрузки на разные звенья дополнительного контура, регулирует ритмичность работы всей системы. Тем самым обеспечивается ресурс устойчивости ее развития. Дестабилизирующими факторами, угрожающими устойчивости развития системы, являются: внутренние и внешние конфликты из-за естественных флюктуаций параметров системы и среды, неравномерность развития разных их компонентов; различные форс-мажорные обстоятельства [9]. Аналогом защитного контура в психодидактическом компоненте образовательной среды является деятельность службы психолого-педагогического сопровождения и других структур, обеспечивающих помощь и поддержку в трудных, кризисных, чрезвычайных ситуациях (школьная служба медиации, антикризисная команда и др.).

Учитывая возможности появления рисков и угроз как из внешней социокультурной надсистемы, так и появление их внутри системы «человек–образовательная среда», под психологической безопасностью образовательной среды мы понимаем такое ее состояние, в котором созданы условия для активного присвоения обучающимися системы традиционных российских духовно-нравственных ценностей и ограничены возможности проникновения информации, приносящей вред здоровью и развитию детей; отсутствуют проявления психологического насилия во взаимодействии; созданы условия для удовлетворения базовой потребности в защищенности, личностно-доверительном общении, принадлежности к референтной среде и обеспечения психологического здоровья включенных в нее участников. В тоже время для достижения такого состояния требуется непрерывный процесс соответствующей деятельности. Следовательно, психологическая безопасность образовательной среды может быть определена и как процесс сохранения и развития психических функций, становления субъектности, развития личности и социализации включенных в нее участников, обеспечения максимальной реализации их способностей во взаимодействии, исключая психологическое насилие, создания неразрывной связи с образовательной средой [6]. Кроме того, психологическая безопасность образовательной среды может быть рассмотрена и как свойство, которое обеспечивает формирование у ее участников внутренних ресурсов сопротивления и противостояния деструктивным воздействиям, предоставляет возможности в поддержании и повышении потенциала здоровья у участников образовательных отношений.

К рискам и угрозам психологической безопасности образовательной среды могут быть отнесены следующие факторы: 1) проникновение в образователь-

ную среду и присвоение включенными в нее субъектами деструктивных ценностей, противоречащих традиционным национальным, принятым в российской культуре ценностям, которые закреплены на государственном уровне в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации (2015); 2) получение психологической травмы от психологического насилия в процессе взаимодействия; 3) низкая референтность среды; 4) неудовлетворенность потребностей участников образовательной среды в личностно-доверительном общении, так как именно в нем содержатся возможности и условия, обеспечивающие личностное развитие; 5) «жесткое» управление учебной деятельностью обучающихся без учета их адаптационных возможностей и механизмов саморегуляции (преобладает субъект-объектный тип взаимодействия).

К ресурсам психологической безопасности образовательной среды могут быть отнесены: 1) уклад школьной жизни на основе системы духовно-нравственных ценностей, сложившихся в процессе культурного развития России; 2) гуманистически ориентированная, доброжелательная, принимающая, творческая атмосфера в школе; 3) развитая система психологической помощи и психолого-педагогического сопровождения обучающихся, обеспечивающая личностно-эмоциональную защищенность от угрозы насилия в конфликте; 4) эффективное управление образовательной организацией на основе трехконтурной организации психодиактического компонента образовательной среды, придающей ей развивающий характер и обеспечивающей субъект-субъектный тип взаимодействия, оптимальную социализацию и устойчивое развитие здоровой личности; 5) возрастно-нормативный потенциал развития обучающихся, детерминирующий их защищенность от рисков и угроз, предполагающий развитие стрессоустойчивости, сопротивляемости насилию и других личностных ресурсов; 6) конфликтологическая культура работников образования и родителей.

Таким образом качество образовательной среды определяется степенью ее психологической безопасности, которая выступает необходимым условием как формирования и развития личности, так и обеспечения здоровья включенных в нее субъектов. Придание образовательной среде такого свойства, поддержание ее в этом состоянии требует согласованной деятельности всех субъектов образовательной среды. Анализ содержания и внутренней структуры категории «психологическая безопасность образовательной среды» позволяет рассматривать ее как основу существования, стабильного функционирования и устойчивого развития системы «человек–образовательная среда», является методологическим основанием для отбора содержания и технологических средств при проектировании деятельности по обеспечению психологической безопасности образовательной среды.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Артюхина А.И. Образовательная среда высшего учебного заведения как педагогический феномен: дисс. ... д-ра пед. наук. - Волгоград, 2007. - 377 с.
2. Баева И.А. Психологическая безопасность в образовании. — СПб.: «СОЮЗ», 2002. — 271 с.
3. Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды (Теоретические основы и технологии создания): дис. ... д-ра психол. наук: - СПб, 2002. - 386 с.
4. Байкова, Л.А., Богомолова Е.В., Еременко Т.В. Актуальные педагогические проблемы современного образования в России. — Рязань: «Концепция», 2018. — 160 с.

5. Безопасная образовательная среда: моделирование и развитие: учеб. пособие / под науч. ред. И.А. Баевой, С.В. Тарасова. – СПб. : ЛОИРО, 2017. – 265 с.
6. Габер И.В., Зарецкий В.В. Обеспечение психологической безопасности образовательной среды. Методические рекомендации для руководителей общеобразовательных организаций / Под ред. Л.П. Фальковской // Учебно-методический электронный журнал «Профилактика зависимостей», 2018. – № 3. С. 1–49.
7. Гаранина О.Д., Усик И.В. Онтологические смыслы категории «безопасность» в философской ретроспективе // Научный вестник МГТУ ГА, 2008. – № 129. – С.37–42.
8. Дзятковская Е.Н. Стрессовая педагогика: Учебное пособие для педагогических колледжей. – Ангарск, 2002. – 96 с.
9. Дзятковская Е.Н. Учебная культура школьника как фактор информационной безопасности его жизнедеятельности (Интеграция экологического и здоровьесберегающего образования). – М.: Центр «Образование и экология», 2012. – 200 с.
10. Иванова С.П. Учитель XXI века: неопсихологический подход к анализу профессионально-личностной готовности к педагогической деятельности. – Псков: ПГПИ им. С.М. Кирова, 2002. – 228 с.
11. Колесникова Л.И., Дзятковская Е.Н., Долгих В.В. и др. Адаптивно-развивающая стратегия сохранения здоровья школьников. — М.: Литтерра, 2015. — 176 с.
12. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. – М.: Медицина, 1980. – 359 с.
13. Лактионова Е.Б. Психологическая экспертиза образовательной среды: дисс. ... д-ра психол. наук. – СПб, 2013. – 459 с.
14. Панов В.И. Экопсихология: Парадигмальный поиск. – М.; СПб.: Психологический институт РАО; Нестор-История, 2014. 296 с.
15. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе. – М.: Издательство Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, 2013. — 540 с.
16. Щедровицкий Г.П. Философия. Наука. Методология / ред. А.А. Пископфель, В.Р. Рокитянский, Л.П. Щедровицкий. – М.: Школа Культурной Политики, 1997. – 656 с.
17. Ясвин В.А. Исследования образовательной среды в отечественной психологии: от методологических дискуссий к эмпирическим результатам // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика, 2018. – № 1. – С. 80–90.

#### REFERENCES

1. Artjuhina A.I. Obrazovatel'naja sreda vysshego uchebnogo zavedeniya kak pedagogicheskij fenomen: diss. ... d-ra ped. nauk. - Volgograd, 2007. - 377 s.
2. Baeva I.A. Psihologicheskaja bezopasnost' v obrazovanii. — SPb.: «SOJuZ», 2002. — 271 s.
3. Baeva I.A. Psihologicheskaja bezopasnost' obrazovatel'noj sredy (Teoreticheskie osnovy i tehnologii sozdaniya): dis. ... d-ra psihol. nauk: - SPb, 2002. - 386 s.
4. Bajkova, L.A., Bogomolova E.V., Eremenko T.V. Aktual'nye pedagogicheskie problemy sovremennogo obrazovaniya v Rossii. — Rjazan': «Konceptcija», 2018. — 160 s.
5. Bezopasnaja obrazovatel'naja sreda: modelirovanie i razvitie: ucheb. posobie / pod nauch. red. I.A. Baevoj, S.V. Tarasova. – SPb. : LOIRO, 2017. – 265 s.
6. Gaber I.V., Zareckij V.V. Obespechenie psihologicheskoy bezopasnosti obra-

zovatel'noj sredy. Metodicheskie rekomendacii dlja rukovoditelej obshheobrazovatel'nyh organizacij / Pod red. L.P. Fal'kovskoj // Uchebno-metodicheskij jelektronnyj zhurnal «Profilaktika zavisimostej», 2018. – № 3. S. 1–49.

7. Garanina O.D., Usik I.V. Ontologicheskie smysly kategorii «bezopasnost'» v filosofskoj retrospektive // Nauchnyj vestnik MGTU GA, 2008 -. № 129. - S.37–42.

8. Dzjatkovskaja E.N. Stressovaja pedagogika: Uchebnoe posobie dlja pedagogicheskikh kolledzhej. – Angarsk, 2002. – 96 s.

9. Dzjatkovskaja E.N. Uchebnaja kul'tura shkol'nika kak faktor informacionnoj bezopasnosti ego zhiznedejatel'nosti (Integracija jekologicheskogo i zdorov'esberegajushhego obrazovaniya). - M.: Centr «Obrazovanie i jekologija», 2012. – 200 s.

10. Ivanova S.P. Uchitel' XXI veka: neopsihologicheskij podhod k analizu professional'no-lichnostnoj gotovnosti k pedagogicheskoj dejatel'nosti. - Pskov: PGPI im. S.M. Kirova, 2002. - 228 s.

11. Kolesnikova L.I., Dzjatkovskaja E.N., Dolgih V.V. i dr. Adaptivno-razvivajushhaja strategija sohraneniya zdorov'ja shkol'nikov.— M.: Litterra, 2015. — 176 s.

12. Kryzhanovskij G.N. Determinantnye struktury v patologii nervnoj sistemy. – M.: Medicina, 1980. – 359 s.

13. Laktionova E.B. Psihologicheskaja jekspertiza obrazovatel'noj sredy: diss. ... d-ra psihol. nauk. - SPb, 2013.- 459 s.

14. Panov V.I. Jekopsihologija: Paradigmal'nyj poisk. – M.; SPb.: Psihologicheskij institut RAO; Nestor-Istorija, 2014. 296 s.

15. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Psihologija razvitiya cheloveka. Razvitie sub#ektivnoj real'nosti v ontogeneze. – M.: Izdatel'stvo Pravoslavnogo Svjato-Tihonovskogo gumanitarnogo universiteta, 2013. — 540 s.

16. Shhedrovickij G.P. Filosofija. Nauka. Metodologija / red. A.A. Piskoppel', V.R. Rokitjanskij, L.P. Shhedrovickij. – M.: Shkola Kul'turnoj Politiki, 1997. – 656 s.

17. Jasvin V.A. Issledovaniya obrazovatel'noj sredy v otechestvennoj psihologii: ot metodologicheskikh diskussij k jempiricheskim rezul'tatam // Izv. Sarat. un-ta Nov. ser. Ser. Filosofija. Psihologija. Pedagogika, 2018. - № 1. - S. 80–90.

**I. V. Gaber**

## **PSYCHOLOGICAL SECURITY OF EDUCATIONAL ENVIRONMENT: CONTENT AND INTERNAL STRUCTURE**

**Center for Protection of the Rights and Interests of Children (Moscow), The Novosibirsk Institute of Advanced Training and Retraining of Education Workers (Novosibirsk).**

**Summary.** The article actualizes the problem of psychological security of the educational environment in modern conditions. The General positions on structure, types, functions, levels of the educational environment are considered, signs of safety are allocated, the bases for classification of dangers are given, risks, threats and resources of safety in the context of psychological aspect of the educational environment and laws of self-regulation of difficult systems are designated. It is concluded that the analysis is necessary for the selection of content and technological tools in the design of activities to ensure the psychological safety of the educational environment.

**Keywords:** educational environment, ecopsychological approach, psychological security, self-regulation of complex systems, risks and threats, security resources.



**К ЮБИЛЕЮ В.С. СОБКИНА**

10 сентября 2018 г. исполняется 70 лет Владимиру Самуиловичу Собкину — доктору психологических наук, профессору, академику РАО, заслуженному деятелю науки РФ, почетному работнику общего образования РФ, руководителю Центра социологии образования ФГБНУ «Институт управления образования» РАО, руководителю Информационно-аналитического центра РАО

В.С. Собкин после окончания московской школы № 315 в 1967 г. поступил в МГУ им. М.В. Ломоносова на факультет психологии, который окончил в 1972 г. В 1972-74 гг. проходил срочную армейскую службу. Демобилизовавшись, поступил на работу в НИИ художественного воспитания АПН СССР. За годы работы в институте (1974-1990) В.С. Собкин принял активное участие в проведении цикла социологических исследований, посвященных художе-

ственным интересам школьников. В этот период им был разработан ряд оригинальных методик, направленных на диагностику уровня литературного развития учащихся, которые были апробированы в массовых социологических опросах. С 1983 г. руководил исследовательской группой по изучению отношения учащихся к СМИ. Разработанные в этот период теоретические и методические принципы организации социологических исследований по изучению воздействия СМИ, в дальнейшем были использованы в цикле работ, посвященных социологическому анализу влияния СМИ и информационных компьютерных технологий на подростковую субкультуру.

В 1982 г. В.С. Собкин защитил кандидатскую диссертацию на тему «Психологический анализ уровней литературного развития старшеклассников», в 1997 г. — докторскую диссертацию «Динамика ценностных ориентаций в старшем школьном возрасте». В 1992 г. избран членом-корреспондентом РАО, с 2001 г. — действительный член (академик) РАО.

В 1987 г. вошел во Временный научно-исследовательский коллектив «Школа», где занимался разработкой «Концепции общего среднего образования» и концепции-

ей художественного воспитания (совместно с В.А.Левиным). С 1988 г. занимал должность заместителя руководителя ВНИК «Школа», а также руководил лабораторией педагогической социологии. В рамках деятельности этой лаборатории были разработаны методологические принципы многопозиционного социологического анализа образовательной ситуации и проведены социологические исследования, результаты которых отражены в цикле публикаций, характеризующих особенности отношения учащихся, родителей и учителей к школьному образованию.

В 1990 г. В.С. Собкин перешел в Центр педагогических инноваций АПН СССР, где под его руководством была организована лаборатория педагогической социологии. В 1990-1992 гг. В.С. Собкин занимал должность советника Министра образования РФ, являлся руководителем социологической службы министерства и членом коллегии министерства. Одновременно, В.С. Собкин был соруководителем по разработке целевой Программы стабилизации и развития системы образования в РФ.

В 1993 г. В.С. Собкин назначен на должность директора Центра социологии образования РАО, позже Института социологии образования. Институт социологии образования стал ведущим научным центром, в котором с высокой эффективностью разрабатывались проблемы социологии, связанные с модернизацией российского образования. Выполненные в Институте работы, получили признание научной и педагогической общественности в России и за рубежом. С 2015 г. Институт стал Центром социологии образования в составе Института управления образованием РАО. Этим Центром Собкин В.С. руководит по настоящее время. С 2016 г. В.С. Собкин является также руководителем Информационно-аналитического центра РАО. С 2011 г. В.С. Собкин является профессором кафедры психологии личности факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова.

Владимир Самуилович стал инициатором и автором целого ряда направлений исследований в области социологии образования. Он внес значительный вклад в разработку теоретических и прикладных аспектов социологии образования, социальной, возрастной и педагогической психологии. В частности, им разработаны методологические принципы многопозиционного социологического анализа образовательной ситуации, выдвинуто положение о социокультурных образовательных траекториях учащихся, исследованы типы родительских воспитательных стратегий, охарактеризованы особенности жизненных и профессиональных ценностных ориентаций учителя как социально-профессиональной группы, определены подходы к изучению социального неравенства в сфере образования.

В рамках реализации комплексных программ РАО в области социологии образования под руководством В.С. Собкина выполнен целый ряд масштабных социологических исследований, направленных на получение новых фундаментальных знаний и формирование научного потенциала по развитию социологии образования как научной дисциплины. Результаты этих исследований внедрены в научно-педагогическую практику и способствуют ускорению процесса качественных изменений образовательной сферы, перехода ее к модели устойчивого инновационного развития, обеспечивающего институциональную и функциональную модернизацию российского образования, повышение его конкурентоспособности.

В.С. Собкин являлся руководителем и автором целого ряда уникальных научно-исследовательских проектов, выполненных в рамках Федеральных целевых программ. Под руководством В.С. Собкина выполнено большое число научно-прикладных исследований, результаты которых были использованы при разработке

региональных программ развития образования. Под научным руководством В.С. Собкина защищены 15 кандидатских диссертаций в области социологии, психологии и педагогики.

Собкин В.С. автор более 700 научных трудов, которые опубликованы как в России, так и за рубежом, им опубликовано более 20 монографий, получивших высокую оценку научной и педагогической общественности, в частности «Социокультурный анализ образовательной ситуации в мегаполисе» (1992), «Жизненные ценности и отношение к образованию: кросскультурный анализ, Москва–Амстердам» (1994), «Учитель и старшеклассник в мире художественной культуры» (1997), «Старшеклассник в мире политики. Эмпирическое исследование» (1997), «Типы региональных образовательных ситуаций в Российской Федерации» (1998), «Подросток: виртуальность и социальная реальность. По материалам социологического исследования» (2001), «Проблемы толерантности в подростковой субкультуре» (2003), «Социология дошкольного детства» (2013), «Современный учитель: жизненные и профессиональные ориентации» (2016), «A Sociocultural Analysis of Educational Situation in the Megalopolis» (1996), «The Adolescent with a Hearing Disability: Value Orientations, Life Plans, Social Relations. An Empirical Survey» (1998) «The Adolescent: Virtual and Social Reality» (2004) и др.

В.С. Собкин является председателем секции театральной педагогики и психологии Российского психологического общества, членом редакционных советов журналов «Вопросы психологии», «Вопросы психического здоровья детей и подростков», «Современное дошкольное образование и др. С 1992 г. по настоящее время он является редактором, составителем и автором серии «Труды по социологии образования» (издано 30 выпусков).

В.С. Собкин награжден: Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2004), Почетным званием «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» (2008), Медалью К. Д. Ушинского (1998), Почетной грамотой Министерства образования Российской Федерации (2000), Нагрудным знаком «Почетный работник общего образования Российской Федерации» (2003). В.С. Собкин Лауреат «Премии Президента Российской Федерации в области образования за 2001 г.» Награжден: Золотой медалью РАО «За достижения в науке» (2008), Медалью РАО им. В.В. Давыдова (2013), Почетной грамотой ОРАО «За большой вклад в развитие научных исследований по актуальным проблемам образования» (2018), медалью им. Г. И. Челпанова «За вклад в развитие психологической науки» (2007). В.С. Собкин - Лауреат Национального психологического конкурса «Золотая Психея» (2017).

В.С. Собкин пользуется большим уважением в среде ученых и практиков в сфере образования.

Редакция журнала сердечно поздравляет Владимира Самуиловича с юбилеем. Желает здоровья и дальнейших творческих успехов.

---

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,  
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья  
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-  
гии, 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 06.09.2018 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](http://www.onebook.ru)