

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2019 (19), №2

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

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Тираж 300 экз.

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .tff либо .doc на адрес: **acpp@inbox.ru**.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2019

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, 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 ГБУ Городского научно-практического центра по защите прав детей «ДЕТСТВО».

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Е.В. Кожадей, С.В. Гречаный СВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С МАТЕРИНСКИМИ ПОСЛЕРОДОВЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	4
В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко, Т.А. Низова, Е.А. Гордеева ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ.....	14
О.В. Александрова, И.Б. Дерманова, А.Е. Ткаченко, И.В. Кушнарeva ОТНОШЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ РОДСТВЕННИКОВ К ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ И ОЦЕНКА ИМИ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В СВЯЗИ С ХАРАКТЕРОМ ЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	24
Е.О. Смирнова, Н.Ю. Матушкина, С.Ю. Смирнова КОМПЬЮТЕРНЫЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ ИГРЫ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ.....	33
Е.В. Свистунова ВОЗРАСТНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ.....	42
В.В. Терешенко, О.В. Худобец ЛИЧНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ В ПЕРИОДЕ ВЗРОСЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ МАЛЫМИ И ЗАТУХАЮЩИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	51

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

Н.Г. Батуева, А.Ю. Березанцев, С.В. Лубсанова, Т.Ц. Тудупова СУИЦИДЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ).....	58
Ф.Л. Кутарев, С.А. Игумнов ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ КАК ФОРМЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	67
И.А. Горьковская, А.В. Микляева ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ВОСПРИНИМАЕМОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПОДРОСТКОВ С СЕНСОРНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	74

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е.В. Семакова, И.Ю. Машкова КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ДИЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	83
А.Е. Колпакова, Ю.В. Стряпухина, С.Т. Посохова ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ ПОДРОСТКОВ СО СКЛОННОСТЬЮ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ.....	89
И.С. Якиманская, С.В. Балашова ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЕЗНИ И ХАРАКТЕР ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА.....	95

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (ЛЕКЦИЯ ДЛЯ НЕПСИХИАТРОВ).....	100
В.И. Брутман ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ – ПРЕГНАНТОГЕНИИ (ЛЕКЦИЯ).....	110
И.В. Габер, В.В. Зарецкий МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ.....	121
Е.А. Цехмейструк, Т.Е. Левицкая, О.Н. Бондарь К ВОПРОСУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....	132
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	140

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

E.V. Kozhadey, S.V. Grechanyi

THE RELATION BETWEEN PERINATAL PATHOLOGY OF CHILDREN AND MATERNAL
POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS..... 4

V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko, T.A. Nizova, E.A. Gordeeva

GENDER IDENTITY OF ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA..... 14

O.V. Alexandrova, I.B. Dermanova, A.E. Tkachenko, I.V. Kushnareva

THE ATTITUDE OF ADULT RELATIVES TO SEVERELY ILL CHILD AND THEIR ASSESSMENT
OF DIFFICULT LIFE SITUATION WITH REGARD TO THE TYPE OF CHILD'S ILLNESS..... 24

E.O. Smirnova, N.Yu. Matushkina, S.Yu. Smirnova

DIGITAL AND TRADITIONAL GAMES IN EARLY CHILDHOOD..... 33

E.V. Svistunova

AGE IDENTITY OF PRESCHOOL CHILDREN RAISED IN DIFFERENT SOCIAL
ENVIRONMENT..... 42

V.V. Tereshchenko, O.V. Khudobets

PERSONAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS IN THE PERIOD OF ADULT,
SUFFERING SMALL AND SUSPECTED FORMS OF TUBERCULOSIS..... 51

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

N.G. Batueva, A.Yu. Berezantsev, S.V. Lubsanova, T.T. Tudupova

JUVENILE SUICIDES IN FORENSIC PSYCHIATRIC PRACTICE (ON MATERIALS
OF REPUBLIC OF BURYATIA)..... 58

F.L. Kutarev, S.A. Igumnov

PREDICTORS OF FORMATION OF ALCOHOL DEPENDENCE AS A FORM
OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 67

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva

THE RELATIONSHIP BETWEEN HARDINESS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT
IN ADOLESCENTS WITH SENSORY AND MOTOR DISABILITIES..... 74

SHORT COMMUNICATIONS

E.V. Semakova, I.Yu. Mashkova

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE CAUSES OF ISADAPTATION IN
CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS..... 83

A.E. Kolpakova, J.V. Stryapukhina, S.T. Posohova

CHARACTERISTICS OF THE FAMILY INFORMATION ENVIRONMENT
OF ADOLESCENTS WITH A TENDENCY TO DEVIANT BEHAVIOR..... 89

I.S. Yakimanskaya, S.V. Balashova

IDEA ABOUT THE DISEASE AND THE NATURE OF PARENT-CHILD RELATIONS
IN FAMILIES OF ADOLESCENTS WITH DIABETES 1 TYPE..... 95

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

O.B. Levkovskaya, Yu.S. Shevchenko

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENT AGE (LECTURE
FOR NON-PSYCHIATRISTS)..... 100

V.I. Brutman

PSYCHOGENIC REACTIONS IN PREGNANT WOMEN – PREGNANTOGENIES (LECTURE)..... 110

I.V. Gaber, V.V. Zaretsky

METHODOLOGICAL AND THEORETICAL BASES FOR ENSURING PSYCHOLOGICAL
SAFETY OF EDUCATIONAL ENVIRONMENT..... 121

E.A. Cekhmejstruk, T.E. Levickaya, O.N. Bondar

TO THE ISSUE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF SANATORIUM AND HEALTH RESORT
TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS (ANALYTICAL REVIEW)..... 132

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 140

Е.В. Кожадей, С.В. Гречаный

**СВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С МАТЕРИНСКИМИ
ПОСЛЕРОДОВЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

Резюме. Актуальность исследования связана с улучшением качества перинатальной помощи в современной России, выхаживанием новорожденных с глубокой недоношенностью и тяжелыми перинатальными заболеваниями и высокой частотой послеродовых аффективных расстройств у матерей этих детей. Обследованы 27 женщин в послеродовом периоде, чьи дети находились в отделении патологии новорожденных Перинатального центра с диагнозами: недоношенность, желтуха новорожденных, последствие гипоксического и/или травматического поражения головного мозга, пороки развития сердца и сердечно-сосудистой системы и др. Результаты: при первичном осмотре с помощью методики «РНQ-9» выявлено, что количество пациенток с численными значениями шкалы, соответствующими уровню депрессии, составило 59,3% (из них – 33,3% легкая, 11,1% – умеренная и 4,8% – тяжелая депрессии). При повторном обследовании их количество составило 37,0% (наблюдались только легкие значения депрессии). У пациенток с признаками депрессии достоверно преобладали численные значения механизмов психологической защиты «Регрессия», «Замещение» и «Проекция», были выше показатели неконструктивных типов копинг-поведения «Конфронтация» и «Дистанцирование», а также была более выражена тенденция к переживанию тягостности роли супруги (по сравнению с женщинами без признаков депрессии).

Ключевые слова: послеродовая депрессия, механизмы психологической защиты, типы совладающего поведения, установка женщины на материнство и брак.

Развитие и совершенствование перинатальной помощи в современной России, приведшее к значительному снижению младенческой смертности и физическому выживанию детей с тяжелой перинатальной патологией [1], делает актуальным один из важных аспектов сохранения психического здоровья женщин – профилактику послеродовых аффективных расстройств.

На сегодняшний день хорошо известны факторы, предрасполагающие к формированию послеродовой депрессии, к числу которых относятся: депрессия и тревога в период беременности, недавно возникшие стрессовые жизненные события, отсутствие воспринимаемой или получаемой социальной поддержки, депрессивный эпизод в анамнезе (факторы сильно-умеренного влияния), невротизм, семейные взаимоотношения (факторы умеренного влияния), социально-экономический статус, акушерские факторы (факторы слабого влияния) [14]. В то же время метаанализы, рассматривающие предикторы формирования синдрома «грусти рожениц» и послеродовой депрессии, до недавнего времени не

рассматривали преждевременное рождение ребенка в качестве значимого фактора, вызывающего эти расстройства [8].

Между тем рядом исследований выявлено, что родители новорожденных с разной степенью недоношенности независимо от уровня двигательного развития ребенка и тяжести перинатального заболевания подвергаются повышенному риску развития послеродовой депрессии и посттравматического стресса [12]. Так, показано, что связь между преждевременными родами и постнатальной депрессией может быть объяснена ранним родительским стрессом [8]. Дополнительным фактором травматизации является трудность ухода за недоношенным новорожденным, и у 13,1% женщин аффективные переживания достигают уровня, требующего клинического вмешательства [9]. Подавленность, испытываемая матерями недоношенных детей, значительно выше, чем у родителей рожденных в срок детей, поскольку первые оказываются недостаточно подготовлены к родам и вынуждены справляться со стрессом, вызванным клиническим состоянием ребенка и интенсивной терапией [7]. Несмотря на очевидную важность затронутой проблемы, а также улучшения качества неонатологической помощи, приводящее к выживанию новорожденных с глубокой недоношенностью и тяжелыми перинатальными заболеваниями, в отечественной литературе данной тематике в настоящее время уделено мало место, что и определило актуальность настоящей работы.

Цель исследования – изучение выраженности аффективных расстройств в послеродовом периоде у женщин с перинатальными заболеваниями новорожденных, связи с адаптационной системой личности (механизмы психологической защиты и совладающее поведение), психологическими установками на материнство и брак.

Материал исследования. Обследованы 27 женщин в послеродовом периоде, чьи дети находились в отделении патологии новорожденных Перинатального центра СПбГПМУ диагнозами: недоношенность, желтуха новорожденных, последствие гипоксического и/или травматического поражения головного мозга, пороки развития сердца и сердечно-сосудистой системы и др. У большинства детей (21 чел.) отмечалось сочетание отмеченных выше диагнозов. Более половины новорожденных (15 чел.) на момент осмотра их матерей нуждались в продолжении обследования и лечения, в том числе решении вопроса об оперативном вмешательстве. Таким образом, все обследованные женщины находились вместе с детьми в условиях педиатрического стационара. Исследование проводилось дважды – в первую неделю после родов и через 1 мес.

Критерии включения: 1) нахождение матерей совместно с новорожденными в отделении неонатальной патологии или, в зависимости от профиля заболевания ребенка, в других структурных подразделениях клиники; 2) наличие у ребенка соматического, неврологического, инфекционного и пр. заболевания, диагностированного в перинатальном периоде; 3) согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: 1) матери, чьи дети завершили обследование и лечение в срок до 1 мес и были выписаны из стационара; 2) женщины, которые по своему интеллектуальному развитию не могли понять смысл вопросов предлагаемых тестов; 3) женщины, по тем или иным причинам отказавшиеся от повторного обследования.

Методы исследования: 1) Опросник «РНQ-9». Представляет собой скрининговую методику для выявления депрессии [15]. Согласно методике, существует следующая градация тяжести аффективных нарушения: 1-4 балла – отсутствие депрессии или минимальные ее проявления; 5-9 баллов – легкая депрессия; 10-14 баллов – умеренная депрессия; 15-19 баллов – тяжелая депрессия; 20-27 баллов – крайне тяжелая депрессия. Для изучения механизмов психологической защиты использовалась методика «Индекс жизненного стиля» [3]. Справляющее поведение изучалось с помощью «Методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» [2]. Для изучения установок на брак и материнство применялась методика «Измерение родительских установок и реакций» (методика E.S. Schaeffer–R.Q. Bell в адаптации Т.В. Архиреевой) [4].

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $30,56 \pm 0,594$ лет. Количество пациенток с различными степенями депрессии по методике РНQ при первичном и повторном осмотре представлено в табл/ 1. Между количеством пациенток с различными степенями депрессии при первичном и повторном обследовании выявляются достоверные различия ($\chi^2=8,338$, $p=0,009$; V Крамера=0,393, $p=0,04$). Из табл. 1 видно, что если вначале число пациенток с признаками депрессии составило 16 чел., 59,3% (из которых у 9 чел., 33,3%, легкая депрессия, у 3 чел., 11,1%, умеренная депрессия, у 4 чел., 4,8%, тяжелая депрессия), то в дальнейшем их было 10 чел (37,0%) и они представлены исключительно легкими случаями.

Таблица 1.

Количество пациенток с различными степенями тяжести депрессии при первичном и повторном осмотре

№	Степень тяжести депрессии по шкале РНQ	Количество пациенток			
		После родов		На момент повторного осмотра	
		Абс., чел.	В %	Абс., чел.	В %
1	Отсутствующие или минимальные проявления депрессии	11	40,7	17	63,0
2	Легкая депрессия	9	33,3	10	37,0
3	Умеренная депрессия	3	11,1	-	-
4	Тяжелая депрессия	4	14,8	-	-
	Всего	27	100,0	27	100,0

Однако сравнение средних значений общего балла при первичном и повторном обследовании (численные значения пунктов опросника РНQ и суммарного балла представлены в табл. 2) показало статистически значимое различие лишь на уровне тенденции ($0,1 < p < 0,05$). Т. е. динамику психического состояния пациенток можно обозначить лишь как условно положительную.

Таблица 2.

Численные значения шкалы PHQ при первичном и повторном осмотре

№	Шкалы PHQ	Средние значения, $M \pm m$	
		Первичный осмотр	Повторный осмотр
1	«Вам не хотелось ничего делать»	0,676 $\pm$ 0,1960	0,336 $\pm$ 0,0800
2	«У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности»	0,745 $\pm$ 0,2066	0,296 $\pm$ 0,0896
3	«Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали»	0,810 $\pm$ 0,2232	0,911 $\pm$ 0,2165
4	«Вы были утомлены, или у Вас было мало сил»	1,194 $\pm$,1898	0,822 $\pm$ 0,1511
5	«У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали»	0,829 $\pm$ 0,1972	0,541 $\pm$ 0,1663
6	«Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью»	0,486 $\pm$ 0,1390	0,222 $\pm$ 0,0975
7	«Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)»	0,773 $\pm$ 0,2120	0,578 $\pm$ 0,1570
8	«Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного»	0,769 $\pm$ 0,2063	0,296 $\pm$ 0,1393
9	«Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред»	0,00 $\pm$ 0,000	0,00 $\pm$ 0,000
10	«Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем?»	0,845 $\pm$ 0,1336	0,359 $\pm$ 0,1068
	Суммарный балл	7,1272 $\pm$ 1,21376	4,3613 $\pm$,73868
	Различие суммарного балла по критерию Уилкоксона	Z=-1,935, p=0,053	

Выраженность симптомов депрессии не зависела от возраста матерей, коэффициент корреляции Пирсона между суммарным баллом PHQ-9 и возрастом матери составил $r=0,080$ ($p>0,05$). Тяжесть депрессии по опроснику PHQ-9 достоверно не различалась у первородящих (8 чел.) и повторнородящих (19 чел.) ($U=58,5$ по Манну-Уитни, $p=0,925$).

Взаимосвязь отдельных симптомов послеродовой депрессии. На рис. 1 представлены результаты кластерного анализа пунктов опросника РНҚ-9 (метод средней межгрупповой связи, интервальная мера – квадрат расстояния Евклида). Анализ порядка агломерации переменных позволил выделить 2 основных кластера (рис. 1). В рамках первого кластера классические проявления депрессии (подавленность) оказались тесно связаны с потерей интересов, «астеноподобными» проявлениями (чувство усталости, трудность сосредоточения) и мыслями о смерти. Второй кластер отражает взаимосвязь нарушения витальных функций (сон, аппетит) с психическим торможением и снижением работоспособности. Из дендрограммы видно, что такой симптом депрессии, как чувство собственной несостоятельности и/или переживание вины у обследованных нами пациенток представляет собой переменную, статистически не связанную с другими депрессивными симптомами. Учитывая ведущий контекст переживаний большинства пациенток, а именно беспокойство за здоровье ребенка, в т. ч. тревога за его жизнь в связи с предстоящей операцией, а также данные клинической беседы об отсутствии в большинстве случаев глубоких депрессивных нарушений, можно предположить, что указанный выше симптом является следствием не патологически сниженного настроения, а реальной ситуации, складывающейся вокруг ребенка и матери. Скорее всего, речь идет об особо значимых психотравмирующих переживаниях. Следует отметить, что указанный симптом у пациенток никак не был связан с мыслями о смерти и наблюдался в статусе женщин даже после редукции большинства депрессивных проявлений.



Рисунок 1. Дендрограмма взаимосвязи симптомов депрессии согласно опроснику РНҚ

Результаты исследования адаптационной системы личности. Для исследования адаптационной системы личности все пациентки были разделены на 2 группы: 1) 11 пациенток, чей суммарный балл при первичном осмотре по методике РНҚ был 4 и ниже (отсутствие или минимальный уровень депрессивных переживаний); 2) 16 пациенток, чей суммарный балл был 5 и более (легкий, умеренный и тяжелый уровни депрессивных переживаний). Средний возраст пациенток 2-х изучаемых групп достоверно не различался ($p=0,512$).

Результаты исследования механизмов психологической защиты (МПЗ) пациенток представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Механизмы психологической защиты пациенток изучаемых групп

Механизм психологической защиты	группа	M	m	Достоверность различий по критерию Манна-Уитни, p
Отрицание	1	73,036	7,7439	0,110
	2	57,300	6,2739	
Вытеснение	1	48,945	10,3057	0,368
	2	36,498	6,3376	
Регрессия	1	37,900	8,6635	0,023*
	2	63,946	5,9340	
Компенсации	1	55,336	8,5908	0,451
	2	63,358	6,2707	
Проекция	1	36,855	8,2886	0,015*
	2	62,269	5,2890	
Замещение	1	36,064	6,7742	0,044*
	2	55,265	6,5942	
Интеллектуализация	1	59,418	5,5642	0,121
	2	47,346	4,9579	
Реактивные образование	1	67,491	8,7891	0,865
	2	72,706	4,4502	

Из табл. 3 видно, что у пациенток без признаков депрессии (1 группа) численные значения МПЗ «Регрессия», «Замещение» и «Проекция» были достоверно ниже по сравнению с пациентками, значения баллов которых по шкале РНҚ соответствовали уровню депрессии (2 группа). Преобладание регрессивно-заместительных форм психического реагирования, по данным литературы, традиционно рассматривается как типичное для состояний психологической дезадаптации личности при различных расстройствах и в разных возрастных группах [6, 13].

Результаты исследования типов совладающего поведения (ТСП) пациенток 1 и 2 групп представлены в табл. 4. Из табл. 4 видно, что у пациенток 2 группы, т. е. с признаками депрессии по данным скрининговой оценки, выявлялись достоверно большие значения неконструктивных типов копинг-поведения «Конфронтация» и «Дистанцирование».

Таблица 4.

Типы совладающего поведения пациенток изучаемых групп

Типы совладающего поведения	Группа	M	m	Достоверность различий по критерию Манна-Уитни, p
Конфронтация	1	45,364	3,6513	0,026*
	2	52,389	2,3684	
Дистанцирование	1	38,364	2,6295	0,044*
	2	47,106	2,7491	
Самоконтроль	1	40,545	2,1799	0,071
	2	47,149	2,4663	
Поиск социальной поддержки	1	45,273	2,6700	0,251
	2	49,721	1,7909	
Принятие ответственности	1	40,545	3,4677	0,080
	2	49,038	3,1291	
Бегство-избегание	1	50,636	4,7045	0,294
	2	53,712	2,7333	
Планирование решения проблемы	1	44,636	3,5987	0,481
	2	47,462	2,1566	
Положительная переоценка	1	44,455	3,2203	0,981
	2	45,125	2,3574	

Корреляционные взаимосвязи переменных. Исследование взаимосвязи изучаемых переменных показало, что суммарный балл опросника НРQ-9 обратно коррелировал с механизмом психологической защиты «Отрицание» (коэффициент корреляции Пирсона составил $r=-0,499$) и прямо с типом совладающего поведения «Принятие ответственности» ($r=0,497$). Следовательно, с указанными механизмами психологической адаптации может быть связана выраженность депрессивных расстройств у изучаемой группы пациенток.

Результаты исследования установки на брак и материнство. Средние значения шкал опросника Шеффер-Белл 2-х изучаемых групп представлены в табл. 5. Выявлено, что средний балл шкалы «Отношение к семейной роли» на уровне тенденции ($0,1 < p < 0,05$) оказался выше у пациенток 1-й группы. Следует отметить, что данная шкала содержит вопросы, выявляющие изначальную установку женщины на переживание тягостности своей роли в браке: «ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье» (вопрос № 3); «ощущение самопожертвования в роли матери» (вопрос № 5); «неудовлетворенность ролью хозяйки дома» (вопрос № 13); «зависимость и несамостоятельность матери» (вопрос № 23). Причем высокие численные значения шкалы, согласно методике, отражают большую выраженность данной проблемы. Таким образом, у обследованных нами пациенток с депрессивными послеродовыми переживаниями обнаружена тенденция к установке на переживание тягостности женщины своей роли в браке.

Таблица 5.

Средние значения шкал опросника Шеффер-Белл изучаемых групп

Шкалы	группа	n	M	m	Достоверность различий по критерию Манна-Уитни, p
Отношение к семейной роли	1	11	88,53	3,891	0,064
	2	16	97,16	3,861	
Оптимальный эмоциональный контакт	1	11	38,16	1,678	0,610
	2	16	37,18	1,699	
Излишняя дистанцированность от ребенка	1	11	40,81	1,720	0,195
	2	16	36,89	1,660	
Излишняя концентрация на ребенке	1	11	93,90	4,224	0,294
	2	16	89,35	3,546	

Заключение. Таким образом, результаты исследования выявили ряд особенностей структуры послеродовых депрессивных расстройств у женщин, дети которых в неонатальном периоде получали интенсивное лечение в связи с тяжелыми соматоневрологическими заболеваниями. В частности, показано, что такой симптом, как чувство собственной несостоятельности и/или переживание вины не связано с другими проявлениями депрессивного симптомокомплекса (в частности, мыслями о смерти), проявлялся относительно изолированно и присутствовал в статусе женщины даже после редукции большинства депрессивных проявлений. Можно предположить, что в данном случае он является проявлением не аффективного расстройства, а травмирующей ситуации.

Учитывая незначительную распространенность в нашей выборке депрессий тяжелых степеней (они составили только 14,8% в первую неделю после родов), отсутствие депрессий умеренных и тяжелых степеней через 1 мес. после первичного осмотра, большинство обследованных нами пациенток в специализированной психиатрической курации и медикаментозной терапии не нуждалось.

Обнаружены типичные особенности адаптационной системы личности изученных пациенток, заключающиеся в преобладании регрессивно-заместительных форм профиля психологических защит и неконструктивных типов совладания, проявляющихся прямым противодействием проблеме и уходом от нее. Отмеченные особенности, как и результаты исследования установки на материнство и брак, косвенно свидетельствуют о необходимости использования когнитивно-поведенческих методов в комплексе помощи таким матерям. В данном случае они релевантны содержанию и задачам указанной психотерапевтической интервенции.

Вопрос о причинно-следственной связи между проявлениями аффективного расстройства, особенностями адаптационной системы пациенток и психологически понятными переживаниями матерей сложен и в рамках настоящего исследования в полной мере не может быть решен. С одной стороны, врожденная болезнь ребенка – значимый фактор формирования послеродовых депрессивных переживаний. С другой стороны, показано, что большинство случаев отклонений течения беременности и, как следствие, формирования антенатальной патологии у будущего ребенка возникает при наличии дородовых аффективных нарушений беременной, закономерным продолжением которых и является послеродовая депрессия [5, 11].

Ограничения исследования. Учитывая ряд нерешенных методологических проблем диагностики послеродовых аффективных расстройств, а именно отсутствие соответствующего диагноза в МКБ-10 и проекте МКБ-11 (в зависимости от продолжительности нарушений устанавливается диагноз либо «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках» F53, либо, чаще всего, F30-39, если состояние отвечает критериям депрессивного эпизода), вопросы нозологической квалификации состояния обследуемых пациенток в настоящей работе не обсуждались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д.О., Шевцова К.Г. Анализ отдельных статистических показателей Северо-Западного федерального округа в аспекте младенческой смертности и мертворождения // Педиатр. научно-практический журнал для врачей. – 2018. – Т. 9, вып. 2. – С. 5-15.

2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева и др. – СПб, 2009. – 37 с.

3. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. – СПб., 2005. – 48 с.

4. Ратанова Т.А., Шляхта Н.Ф. Психодиагностические методы изучения личности: Учебное пособие. - М.: Флинта, 2005. – С. 130–135.

REFERENCES

1. Ivanov D.O., Shevcova K.G. Analiz otдел'nyh statisticheskikh pokazatelej Severo-Zapadnogo federal'nogo okruga v aspekte mladencheskoj smernosti i mertvorozhdenija // PEDIATR. NAUCHNO-PRAKTIЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ. – 2018. – Т. 9, вып. 2. – С. 5-15.

2. Metodika dlja psihologicheskoi diagnostiki sposobov sovladanija so stressovymi i problemnymi dlja lichnosti situacijami: posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov / NIPNI im. V.M. Behtereva; L.I. Vasserman, B.V. Iovlev, E.R. Isaeva i dr. – SPb, 2009. – 37 s.

3. Psihologicheskaja diagnostika indeksa zhiznennogo stilja: posobie dlja psihologov i vrachej / NIPNI im. V.M. Behtereva; L.I. Vasserman, O.F. Eryshev, E.B. Klubova i dr. – SPb., 2005. – 48 s.

4. Ratanova T.A., Shljahta N.F. Psihodiagnosticheskie metody izuchenija lichnosti: Uchebnoe posobie. - M.: Flinta, 2005. – S. 130–135. Conte, H. The Life Style Index. A Self-Report Measure of Ego Defenses / H. Conte, A. Apter // Ego Defenses: Theory and Measurement / ed. by H. Conte, R. Plutchik. – New York: Wiley, 1995. – P. 179–201.

5. Ghorbani, M. Factors associated with posttraumatic stress disorder and its coping styles in parents of preterm and full-term infants / M. Ghorbani, M. Dolatian, J. Shams [et al.] // Glob J. Health Sci. – 2014. – Vol. 20, 6(3). – P. 65-73.

6. Gulamani, S. S. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture / S. S. Gulamani, S. S. Premji, Z. Kanji, S. I. Azam // J. Perinat. Neonatal. Nurs. – 2013. – Vol. 27(1). – P. 52-59.

7. Howe, T. H. Parenting stress in families with very low birth weight preterm

infants in early infancy / T. H. Howe, C. F. Sheu, T. N. Wang, Y. W. Hsu // *Res. Dev. Disabil.* – 2014. – Vol. 35(7). – P. 1748-1756.

8. Kroenke, K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams // *J. Gen. Intern. Med.* – 2001. – Vol. 16(9). – P. 606-613.

9. Liu, C. Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study / C. Liu, S. Cnattingius, M. Bergström, V. Östberg [et al.] // *BJOG.* – 2016. – Vol. 123(12). – P. 1973–1982.

10. Mehler, K. Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant's motor repertoire / K. Mehler, A. Mainusch, E. Hucklenbruch-Rother, M. Hahn [et al.] // *Early Hum. Dev.* – 2014. – Vol. 90(12). – P. 797-801.

11. Offer, R. Defense mechanisms, negative emotions, and psychopathology in adolescent inpatients / R. Offer, R. Lavie, D. Gothelf, A. Apter // *Compr. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 41(1). – P. 35–41

12. Robertson, E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature / E. Robertson, Sh. Grace, T. Wallington, D. E. Stewart // *General Hospital Psychiatry* 26 (2004) 289–295.

13. Spitzer, R. L. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study/ R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. W. Williams // *JAMA.* – 1999. – Vol. 282. – P. 1737–1744.

E.V. Kozhadey, S.V. Grechanyi

THE RELATION BETWEEN PERINATAL PATHOLOGY OF CHILDREN AND MATERNAL POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS

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

Summary. The relevance of the study is associated with improving the quality of perinatal care in modern Russia, nursing newborns with deep prematurity and severe perinatal diseases and a high incidence of postpartum affective disorders in the mothers of these children. Surveyed 27 women in the postpartum period, whose children were in the Department of Neonatal Pathology of the Perinatal Center with diagnoses such as prematurity, jaundice of the newborn, the consequence of hypoxic and / or traumatic brain damage, cardiovascular and developmental malformations, etc. Results: Initial examination using PHQ-9 revealed that the number of patients with numerical values of the scale corresponding to the level of depression was 59.3% (of these, 33.3% were mild, 11.1% were moderate and 4, 8% - severe depression). Upon re-examination, their number was 37.0% (only slight values of depression were observed). In patients with signs of depression, the numerical values of psychological mechanisms of "Regression", "Substitution" and «Projection» reliably prevailed, the indicators of non-constructive coping behavior "Confrontation" and "Distance" were higher, and the tendency to experiencing the role of a spouse was more pronounced (compared to women with no signs of depression)

Keywords: postpartum depression, psychological defense mechanisms, types of coping behavior, setting a woman on motherhood and marriage

В.В. Грачев¹, Ю.С. Шевченко¹, Т.А. Низова¹, Е.А. Гордеева²
ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ДЕВУШЕК
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ
¹Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО
РМАНПО; ²ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья де-
тей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» (Москва).

Резюме. Целью настоящего исследования явилось уточнение влияния особенностей формирования психологического пола (маскулинного, андрогинного, фемининного) на манифестацию, оформление клинической картины и динамику нервной анорексии у девушек подросткового возраста. Полученные данные показали, что нервная анорексия в подростковом возрасте с одинаковой частотой возникает у девушек с андрогинной и фемининной гендерной идентификацией. При этом преобладание фемининных черт значимо коррелировало с благоприятным исходом заболевания. Полученные данные отражают возрастную специфику этиопатогенетических механизмов заболевания и могут способствовать разработке эффективных терапевтических подходов.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, гендерная идентификация, инициация, невропатический диатез, избегание вреда, зависимость от вознаграждения

Введение. Одной из наиболее ясных и значимых особенностей нервной анорексии (НА), является прослеживающийся на протяжении всей истории изучения этого заболевания дифференцированный гендерный риск ее возникновения с многократным преобладанием распространенности НА у девушек в сравнении с юношами. Очевидно, что в гендерных различиях распространенности может лежать важнейший ключ к пониманию этиопатогенетических механизмов развития расстройств спектра НА и нервной булимии.

Особый интерес эта направленность исследований представляет на современном этапе, для которого характерен продолжающийся в новом веке рост распространенности подростковых расстройств пищевого поведения (РПП), в то время как у взрослых этот рост значительно замедлился [6, 26, 34]. Такое омоложение делает значимыми, а может быть и ведущими в развитии заболевания у значительных контингентов больных факторы, специфически связанные с подростковым возрастом, до недавнего времени зачастую рассматривавшиеся лишь как патопластические.

Одним из самых значимых компонентов психобиологического формирования личности является половое созревание и складывающаяся именно на подростковом этапе гендерная идентификация, на которой во многом основывается восприятие и оценка претерпевающего онтогенетические изменения тела. Другим важным аспектом, направляющим на изучение формирования половой идентификации у больных подростковой НА, являются отмеченные рядом авторов в последние десятилетия значительные изменения традиционных представлений о женственности и мужественности, о характеристиках различных гендеров [3, 10], особенно заметные на подростковом контингенте и совпадающее по времени с ростом распространенности РПП. Как показывают исследования [12], для современных девушек

(по сравнению с теми, кто по тем же показателям изучался 25 лет назад) характерен «диссоциативный эустресс» (эмоциональная сенситивность плюс сила Я); маскулинизация мышления (рост абстрактности суждений и их радикализм, независимость); самостийность (повышение волевых свойств личности); самостоятельность, решительность в сфере «микросоциальных отношений»; отставание макросоциальной адаптации. Т. е. можно говорить об определенном эволюционном тренде в сторону андрогинности (сочетании мужских и женских качеств).

Эти изменения, учитывая их выраженность, неизбежно должны оказывать то или иное влияние если не на механизмы развития, то на оформление клинических проявлений такого связанного с полом заболевания как НА. Ряд авторов ставит вопрос о роли гендерных изменений в развитии и нарастании заболеваемости РПП у девочек подростков, хотя такие исследования остаются достаточно малочисленными. J. Lampis at al. [28] обнаружили, что именно андрогинные гендерные черты, распространенность которых в популяции увеличивается, у девочек-подростков способствуют развитию НА.

Целью настоящего исследования явилось уточнение влияния особенностей формирования психологического пола (маскулинного, андрогинного, фемининного) на манифестацию, оформление клинической картины и динамику НА у девушек подросткового возраста.

Материал и методы. Основная группа представляла собой рандомизированную выборку, включавшую 67 девушек в возрасте от 12,9 до 16,5 лет (средний возраст $14,3 \pm 1,4$ года), страдающих типичной НА, полностью отвечавшей критериям рубрики F50.0 МКБ-10. У 52 (78%) больных была диагностирована рестриктивная форма заболевания, а у 15 (22%) форма с приступами переедания и очистительным поведением. Все больные в 2015-2016 гг. проходили стационарное лечение в отделениях НПЦ ПЗДП им Г.Е. Сухаревой. Из исследования исключались больные с расстройствами шизофренического спектра и эндокринной патологией.

Анализ психологического пола проводился с использованием полоролевого опросника S.L.Bem [10]. Для оценки тяжести НА использовались шкала-опросник «тест отношения к еде» (EAT-26) [22], являющаяся одним из наиболее применяемых во всем мире инструментов изучения РПП, шкала наблюдения анорексического поведения (ABOS) [30], заполняющаяся родителями и дающая объективную оценку тяжести НА, а также в соответствии с рекомендациями DSM-5 [16] тяжесть НА оценивалась, исходя из значений индекса массы тела (ИМТ).

При анализе взаимосвязи гендерных особенностей и коморбидной НА симптоматики для оценки выраженности последней использовались психопатологический метод и психометрические шкалы, включавшие шкалу депрессии Бека [17], тревоги Спилберга-Ханина (субшкала ситуационная тревожность) [14] и шкалы обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна [32]. Исследование взаимосвязи формирования гендерной идентификации и других сфер личности проводилась с использованием опросника уровень выраженности инфантилизма [11], теста Клонинджера [7, 21], шкалы перфекционизма [5], субшкалы личностная тревожность шкалы тревоги Спилберга-Ханина [14].

Полученные данные были сопоставлены с данными двух групп сравнения: первая (контрольная группа) включала 33 здоровые девушки, являющиеся резидентами двух регионов России (Москвы и Владимирской области). Показатели

половой идентификации здоровых испытуемых двух регионов значимо не отличались. Вторую группу сравнения составили 33 больных женского пола и подросткового возраста с легкими и среднетяжелыми депрессивными состояниями, не сопровождающимися коморбидными РПП, которые проходили стационарное лечение в отделениях НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой.

Все больные НА были катамнестически прослежены в течение 2 лет. Благоприятность исхода оценивался по отсутствию при последнем катамнестическом осмотре клинически значимых признаков РПП.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat [4].

Результаты. Исследование показало, что у 44 (66%) девушек-подростков, страдающих НА, обнаружили черты андрогинности, у 21 (31%) — фемининности, а у 2 (3%) — маскулинности. Выраженных фемининных или маскулинных черт не было выявлено ни в одном случае.

Соотношение вариантов гендерной идентификации больных НА значимо не отличалось от показателей контрольной группы здоровых испытуемых (критерий Стьюдента 0,613; $p=0,274$), включавшей 24 (73%) девушек с андрогинной идентификацией и 9 (27%) с фемининной, за исключением отсутствия в группе здоровых девушек черт маскулинности. Лиц с выраженными фемининными чертами в контрольной группе также не было обнаружено.

Анализ взаимосвязей особенностей гендерной идентификации у девушек подростков, страдающих НА, и двух подтипов заболевания: рестриктивной НА и НА с перееданиями и очистительным поведением, не показал значимых корреляций. У андрогинных и фемининных больных подтипы НА встречались со статистически не различающейся частотой.

Проведенное исследование взаимосвязей гендерной идентификации и тяжести НА, выявило отсутствие значимых корреляций фемининного и андрогинного гендера с показателями опросника ЕАТ-26 (коэффициент Пирсона $r=0,069$; $p=0,622$) и шкалы наблюдения анорексического поведения (коэффициент Пирсона: $r=-0,109$; $p=0,619$). Минимальный ИМТ варьировал от 10,66 до 17,01 кг/м² и значимо не различался в группе у андрогинных и фемининных больных (критерий Стьюдента: 0,798, $p=0,214$).

Не удалось продемонстрировать и взаимосвязи характера гендерной идентификации и выраженности коморбидных НА расстройств. Значимые корреляции тяжести депрессивной симптоматики, обсессивно-компульсивных проявлений и тревоги отсутствовали (коэффициент Пирсона $r=0,123$, $p=0,404$; $r=0,011$, $p=0,936$; $r=0,083$, $p=0,596$ соответственно). В группах больных НА с андрогинной и фемининной идентификацией выраженность тревоги, депрессивных и обсессивно-компульсивных появлений значимо не различалась (критерий Стьюдента: 1,308, $p=0,098$; 1,370, $p=0,089$; 0,653, $p=0,258$).

Исследование личностных характеристик в обследованной выборке девушек-подростков, страдающих НА, обнаружило преобладание лиц с легким и средним инфантилизмом (черты инфантилизма отсутствовали только у 11 (17%) больных. Взаимосвязи гендерной идентификации и показателей инфантилизма выявлено не было (коэффициент Пирсона: $r=0,024$, $p=0,870$).

В то же время наличие фемининной гендерной идентификации у подрост-

ков женского пола с НА значимо положительно коррелировала с личностной тревожностью (шкала Спилберга-Ханина) (коэффициент Пирсона: $r=0,376$, $p=0,015$), показателями шкал избегание вреда и зависимость от вознаграждения теста Клонинджера (коэффициент Пирсона: $r=0,058$, $p=0,000$ и $r=0,432$, $p=0,004$) и перфекционизмом [5] (коэффициент Пирсона: $r=0,329$, $p=0,035$).

Анализ субшкал опросника перфекционизма [5] показал значимые положительные корреляции фемининности и отрицательные андрогинности со шкалам «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» (коэффициент Пирсона: $r=0,489$, $p=0,001$ и $r=0,303$, $p=0,051$ соответственно). Корреляции с другими субшкалами не обнаружили уровня статистической значимости.

При сравнении больных с фемининной и андрогинной гендерной идентификацией были выявлены, определенные особенности клинических проявлений при отсутствии значимых различий возраста манифестации РПП в этих группах (критерий Стьюдента: $0,841$, $p=0,164$). У больных с фемининной идентификацией значимо преобладали больные с невропатическим диатезом в преморбидном периоде, в то время как в группе с андрогинной идентификацией с аффективным (критерий Стьюдента: $2,420$; $p=0,009$). Лица с невропатическим диатезом составляли 15 (71%) в группе больных с фемининной гендерной идентификацией, в то время как в группе андрогинных — 11 (25%).

Как правило, манифестации НА у больных с фемининной гендерной идентификацией предшествовала психологически понятная психотравмирующая ситуация, непосредственно связанная с фемининным поведением и вызывающая стремление укрепиться в женской гендерной роли. В числе таких ситуаций, в первую очередь, были ситуации, связанные с неудачами во взаимоотношениях с противоположным полом или с вызванными соответствующей ситуацией сомнениями в успешности таких взаимодействий и личной жизни в будущем, потерей уверенности в своей внешней привлекательности.

Катамнестическое исследование показало, что наличие черт фемининности статистически значимо положительно коррелировало с благоприятным исходом (критерий Пирсона $r=366$; $p=0,005$). У 15 (71%) фемининных больных через 2 года, отсутствовали клинически значимые РПП, в то время как у больных с андрогинной гендерной идентификацией - у 17 (38%).

Анализ показателей психологического пола у больных с легкими и средне-тяжелыми депрессиями выявил значимые различия при сопоставлении как с основной (страдающие НА) (критерий Стьюдента: $2,011$; $p=0,023$), так и контрольной группой (здоровые) (критерий Стьюдента: $1,946$; $p=0,0283$). Среди больных с депрессивными состояниями в сравнении с этими группами была значимо выше представленность лиц с андрогинными чертами.

У 21 (38%) больной НА было проведено повторное тестирование с использованием методики S.L. Bem (в среднем через 3 года после первичного), при этом показатель психологического пола значимо не отличался от первоначальных данных. В общей группе страдающих НА девушек, не было выявлено значимых корреляций гендерной идентификации (показатели полоролевой шкалы S.L. Bem) и возраста на момент обследования.

Обсуждение. Полученные данные показали, что НА в подростковом возрасте с одинаковой частотой возникает у девушек с андрогинной и фемининной гендерной идентификацией.

В то же время в ряде исследований, проведенных на более взрослых или смешанных контингентах больных, авторы отмечают, что черты андрогинности у молодых женщин ассоциируются с меньшей предрасположенностью к формированию РПП и особенно НА [8, 18, 29]. Фемининность часто рассматривается как основная гендерная идентификация у больных с расстройствами пищевого поведения [8, 18, 24, 29]. В нашем исследовании, включавшем больных только подросткового возраста, мы обнаружили иную картину: характер гендерной идентификации у девушек в этом периоде жизни не предрасполагал к развитию НА (соотношение гендеров в группе больных НА и контрольной значимо не отличались), а наличие фемининных черт значимо коррелировало с благоприятным исходом заболевания. Полученные данные могут отражать возрастную специфику этиопатогенетических механизмов развития НА и предрасполагающих факторов.

Особого внимания, заслуживают выявленные в исследовании взаимосвязи фемининной гендерной идентификации и ряда личностных особенностей, рассматриваемых как врожденные свойства темперамента [21, 33, 35]. Положительно коррелирующие с фемининностью высокие показатели по шкале зависимость от вознаграждения характерны для лиц с повышенной потребностью в похвале и одобрении со стороны окружающих, чрезмерной тенденции соглашаться под давлением извне и по этой причине социальной уязвимостью [21]. Из-за повышенной чувствительности к общественному мнению в случае отказа или негативной оценки своих действий у таких людей развивается интенсивное и настойчивое поведение, направленное на достижение во что бы то ни стало социального одобрения.

Значимые положительные корреляции с другой шкалой теста R.C. Cloninger [21] — избегание вреда и высокие показатели по этой шкале, характерные для группы больных НА с фемининной идентификацией, указывают на склонность к завышенным, часто необоснованным опасениям, повышенному беспокойству, мнительности и особенно в общении с людьми. Неудивительно, что у большинства больных этой группы был выявлен невротический диатез.

Хорошо согласуются с этим и полученные значимые положительные корреляции фемининности с личностной тревожностью (шкала реактивной и личностной тревоги Спилберга-Ханина) и перфекционизмом (шкала перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой). Причем корреляции с перфекционизмом были получены за счет высоких показателей по таким субшкалам, как «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках». Высокие показатели по первой субшкале указывают на такие невротические черты, как стремление соответствовать воспринимаемым ожиданиям окружающих, тенденция к самоотчуждению и постоянному опасению «публичного разоблачения и позора» [5], а по второй — на преувеличенное, неадекватное восприятие неудач и промахов, сопровождающееся обесцениванием успехов в деятельности [5].

Взаимосвязь фемининного гендера, с одной стороны, с исходами заболевания, а с другой, с личностными чертами и клиническими проявлениями позволяет предположить в этой группе больных некоторую особость этиопатогенети-

ческих механизмов с ведущей роль в развитии такой эндореактивной патологии подросткового возраста, как НА [9], психогенных и психосоциальных факторов.

Таким образом, основываясь на полученных данных, можно выделить особый подтип НА, для которого характерна фемининная гендерная идентификация, высокая социальная уязвимость, нейротизм, значимость психосоциальных факторов в его генезе и относительно благоприятный клинико-социальный прогноз.

Рассматривая вопрос о характерных для подросткового возраста формах реагирования и поведения, взаимосвязанных с манифестирующей в этом периоде жизни НА, нельзя не упомянуть об инициации, обычно определяемой как переход от детства к взрослости и включающей как внешние показатели (овладение набором умений и навыков взрослого человека, признание обществом «бывшего подростка» уже сформировавшейся взрослой личностью), так и достижение внутреннего ощущения собственной взрослости (так называемая психологическая инициация). Причем траектории и проявления инициации у девушек и юношей значимо различаются. В нашем случае стремление к утверждению в женской гендерной модели и фемининной гендерной идентификации являлось как бы одним из стимулов инициации по женскому типу, а сама НА оказывалась одним из компонентов или этапов такой инициации (контроль над внешностью рассматривается в большинстве культур как специфически женская задача [13]). Неслучайно девушки нередко отмечали повысившуюся после редукции симптомов РПП уверенность в себе. Как основную причину начала ограничения приема пищи и снижения массы тела больные называли достижение привлекательности для противоположного пола, отмечая при этом, что в какой-то момент они теряли контроль за процессом улучшения фигуры и он становился болезненным. И в этом случае можно говорить о нередко встречающейся в настоящее время реализации потребности в инициации по психопатологическому пути [15].

Для больных с преобладанием андрогинной идентификации наряду с психосоциальными, по-видимому, более значимы иные факторы подросткового периода. В генезе эндореактивного заболевания более, чем в первой группе, значимы эндогенные факторы, в частности аутохтонные колебания настроения; коморбидная взаимосвязь аффективных нарушений и НА показана в многочисленных исследованиях [2, 23, 27].

Худшие исходы НА у больных с андрогинными чертами могут быть обусловлены двойственностью гендерной роли в периоде инициации и сопряженными с этим внутренними конфликтами. Это косвенно подтверждается значимым преобладанием андрогинной гендерной идентификации у лиц с легкими и среднетяжелыми подростковыми эндореактивными депрессиями.

Взгляд на НА не только как на нозологическую форму или клинический симптомокомплекс, а как на достигающий болезненного уровня фактор инициации позволяет объяснить значительный рост этого синдрома у подростков женского пола на современном этапе. При этом его значимость у больных с фемининной и андрогинной половой идентификацией оказывается разной. Если для фемининных больных НА - это освоение женской модели поведения, то для андрогинных она несет и маскулинный компонент инициации, как преодоление себя, доказательство сильной воли, прохождение тяжелого испытания. Можно привести пример, пациентки 13 лет с высоким уровнем интеллектуального раз-

вития, которая для самоутверждения сама сломала себе палец на руке, что в последующем служило для нее источником гордости.

Адаптивный характер андрогинного гендера гипотезированный S.L.Bem [1, 19], как имеющего более гибкие поведенческие установки и позволяющего женщине успешнее решать разнообразные задачи, которые перед ней ставит современное общество, и обеспечивающий успешную деятельность, требующую не только традиционно женских качеств, у подростков женского пола, не обнаружился. Напротив, у андрогинных девушек обнаружилась тенденция к затяжному течению НА в сравнении с фемининными, предрасположенность к невротическим реакциям и депрессиям. Можно предположить, что в этом особом периоде жизни становление одновременно двух гендерных ролей и прохождение разнонаправленной инициации делает девушек более уязвимыми к воздействию как психогенных, так и эндогенных болезненных факторов.

Значимость основанных на результатах исследования предположений подтверждается малой изменчивостью гендерной идентификации у больных НА в течение всего подросткового периода.

Полученные данные, об особенностях гендерной идентификации подростков, страдающих НА, вносят вклад в понимание ее этиопатогенетических механизмов и эволюционно-фенотипических тенденций, позволяют предположить определенные различия этих механизмов у девушек-подростков и больных более старшего возраста, а также могут способствовать разработке эффективных терапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бем С.Л. Линзы гендера. Трансформация взглядов на проблему неравенства полов. - М.: РОССПЭН, 2004. - 336 с.
2. Брюхин А.Е., Онегина Е.Ю. Аффективные нарушения у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией // Ж. неврол. и психиатр. - 2011.- Т. 111. - № 1 - С. 21-26.
3. Волчкова Н.И., Федяева М.В. Особенности гендерной идентичности у современных подростков // Гуманитарные научные исследования.- 2012. - № 6 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2012/06/1427> (дата обращения: 23.09.2018).
4. Гайдышев И.П. Программное обеспечение анализа данных AtteStat. Руководство пользователя. Версия 13; 2012. Доступно по: <http://биостатистика.рф/files/13.pdf>. Ссылка активна на 19.03.2019.
5. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Моск. психотерапевт. журн. - 2001. - № 4. - С. 18-49.
6. Грачев В.В. Динамика изменений клинической картины и обращаемости за психиатрической помощью больных подросткового возраста с расстройствами пищевого поведения в первом десятилетии 21-го века // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации. - СПб., 2014. - С. 63-64.
7. Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г. Апробация биосоциальной методики Клонинжера «Структура характера и темперамента» // Мат-лы 1 международной конф., посвященной памяти Б.В. Зейгарник. — М.: 2001. - С. 104-105.
8. Зеленкова М.А., Николаева Н.О. Влияние гендера на особенности пищевого поведения у девушек // Психологическая наука и образование, - 2012. -

№ 5.- С. 12-18.

9. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985; - 416 с.
10. Практикум по гендерной психологии / Под ред. И.С. Клециной. — СПб.: Питер, 2003. - 479 с.
11. Серегина А.А. Социально-психологические условия преодоления инфантилизма у безработной молодежи. Автореф. дис. канд. психол. наук. - М., 2006. - 25 с.
12. Урываев В.А, Сенин И.Г. Социально-психологические детерминанты динамики выраженности нормативного развития личностных черт в периоды трансформации российского общества // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. - М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. - С. 187-196.
13. Фролова Ю.Г. Гендерный аспект психосоматических расстройств // Гендерный подход в психологических исследованиях и консультировании. Мат-лы конференции. - Мн.: ЕГУ, 2002. - С. 35-43.
14. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. - Л.: ЛНИИФК., 1976. - 28 с.
15. Шевченко Ю.С., Левковская О.Б., Панов Г.А. Подростковая инициация: традиционные, стихийные, патологические и психокоррекционные формы // Психическое здоровье. - 2018 (8): 53-68.

REFERENCES

1. Bem S.L. Linzy gendera. Transformacija vzgljadov na problemu neravenstva polov. - М.: ROSSPJEN, 2004. - 336 s.
2. Brjuhin A.E., Onegina E.Ju. Affektivnye narushenija u pacientov s nervnoj anoreksiej i nervnoj bulimiej // Zh. nevrol. i psihiatr. - 2011.- T. 111. - № 1 - S. 21-26.
3. Volchkova N.I., Fedjaeva M.V. Osobennosti gendernoj identichnosti u sovremennyh podrostkov // Gumanitarnye nauchnye issledovanija.- 2012. - № 6 [Elektronnyj resurs]. URL: <http://human.snauka.ru/2012/06/1427> (data obrashhenija: 23.09.2018).
4. Gajdshev I.P. Programmnoe obespechenie analiza dannyh AtteStat. Ru-kovodstvo pol'zovatelja. Versija 13; 2012. Dostupno po: <http://biostatistika.rf/files/13.pdf>. Ssylka aktivna na 19.03.2019.
5. Garanjan N.G., Holmogorova A.B., Judeeva T.Ju. Perfekcionizm, depressija i trevoga // Mosk. psihoterapevt. zhurn. - 2001. - № 4. - S. 18-49.
6. Grachev V.V. Dinamika izmenenij klinicheskoy kartiny i obrashhaemosti za psihiatricheskoy pomoshh'ju bol'nyh podrostkovogo vozrasta s rasstrojstvami pishhe-vogo povedenija v pervom desjatiletii 21-go veka // Detskaja psihiatrija: sovremennye voprosy diagnostiki, terapii, profilaktiki i rehabilitacii. — SPb., 2014. - S. 63-64.
7. Enikolopov S.N., Efremov A.G. Aprobacija biosocial'noj metodiki Kloninzhe-ra «Struktura haraktera i temperamenta» // Mat-ly 1 mezhdunarodnoj konf., posvjashhennoj pamjati B.V. Zejgarnik. — М.: 2001. - S. 104-105.
8. Zelenkova M.A., Nikolaeva N.O. Vlijanie gendera na osobennosti pishhevogo povedenija u devushek // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie, - 2012. -№ 5.- S. 12-18.
9. Lichko A.E. Podrostkovaja psihiatrija. 2-e izd. L.: Medicina, 1985; - 416 s.
10. Praktikum po gendernoj psihologii / Pod red. I.S. Klecinov. — SPb.: Piter, 2003. - 479 s.
11. Seregina A.A. Social'no-psihologicheskie uslovija preodolenija in-fantilizma u bezrabotnoj molodezhi. Avtoref. dis. kand. psihol. nauk. - М., 2006. - 25 s.

12. Uryvaev V.A, Senin I.G. Social'no-psihologicheskie determinanty dinamiki vyrazhennosti normativnogo razvitiya lichnostnyh chert v periody transformacii rossijskogo obshhestva // Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy / pod red. N.V. Zverevoy, I.F. Roshhinoy. - M.: OOO «Sam Poligrafist», 2016. - S. 187-196.

13. Frolova Ju.G. Gendernyj aspekt psihosomaticheskikh rasstrojstv // Gendernyj podhod v psihologicheskikh issledovaniyah i konsul'tirovanii. Mat-ly konferencii. - Mn.: EGU, 2002. - S. 35-43.

14. Hanin Ju.L. Kratkoe rukovodstvo po primeneniju shkaly reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spilbergera. - L.: LNIIFK., 1976. - 28 s.

15. Shevchenko Ju.S., Levkovskaja O.B., Panov G.A. Podrostkovaja iniciacija: tradicionnye, stihijnye, patologicheskie i psihokorrekcionnye formy // Psihicheskoe zdorov'e. - 2018 (8): 53-68.

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.

17. Beck A.T., Ward C., Mendelson M. (1961). "Beck Depression Inventory (BDI)" // Arch Gen Psychiatry. 4 (6): 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

18. Behar R., de la Barrera M., Michelotti J. Clinical characteristics and gender identity among eating disordered patients subtypes // Rev Med Chil. -2003 Jul.-№ 131(7).-P.748-58.

19. Bem S.L. Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. // Nebraska Symposium on Motivation-1984. -№32. P.179-226.

20. Bem S.L. The measurement of psychological androgyny // J Consult Clin Psychol. -1974. -№42(2). -P.155-62.

21. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A psychobiological model of temperament and character // Arch Gen Psychiatry -1993; -№50 P.975-990.

22. Garner D.M. The Eating Disorder Inventory-3 Professional Manual. Odessa FL: Psychological Assessment Resources Inc., -2004. 27 p.

23. Godart N.T., Perdereau F., Rein Z., Berthoz S., Wallier J., Jeamme Ph., Flament M.F. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature // J Affect Disord -2007. -№97. -P.37-49.

24. Green M.A., Davids C.M., Skaggs A.K., Riopel C.M., Hallengren J.J. Femininity and eating disorders // Eat Disord. -2008 Jul-Sep.-№16(4). -P.283-293. doi: 10.1080/10640260802115829.

25. Hepp U., Spindler A., Milos G. Eating disorder symptomatology and gender role orientation // Int J Eat Disord. -2005 Apr.-№37(3). P.227-33.

26. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors // Curr Opin Psychiatry. -2016.-№29(6).-P.340-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278.

27. Kostev K., Teichgräber F., Konrad M., Jacob L. Association between chronic somatic conditions and depression in children and adolescents: A retrospective study of 13,326 patients // J Affect Disord.- 2019.-№245.-P.697-701. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.014.

28. Lampis J., Cataudella S., Busonera A., De Simone S., Tommasi M. The moderating effect of gender role on the relationships between gender and attitudes about

body and eating in a sample of Italian adolescents // *Eat Weight Disord.* -2019.-№24(1).-P.3-11. doi: 10.1007/s40519-017-0372-2.

29. Sarner-Levin K., Canetti L., Latzer Y., Bonne O., Lerer B., Bachar E. Anorexia Nervosa, Selflessness, and Gender-role Identity: A Study of Daughters and Parents // *Isr J Psychiatry Relat Sci.* -2018. -№55(1).-P.25-33

30. Salbach-Andrae H., Klinkowski N., Holzhausen M., Frieler K., Bohnkamp I., Thiels C., Bender C., Vandereycken W. The German version of the Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS) // *Eur Child Adolesc Psychiatry.* -2009.-№18(5).P.321-5. doi: 10.1007/s00787-008-0732-6.

31. Stice E., Marti C.N., Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women // *J Abnorm Psychol.* — 2013. -Vol. 122(2). - P. 445-457.

32. Storch E.A., Larson M.J., Price L.H., Rasmussen S.A., Murphy T.K., Goodman W.K. Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist // *J Anxiety Disord.* -2010.-№ 24(6).P.650-6. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.010..

33. Svrakic D.M., Cloninger R.C. Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders // *Psychiatr Danub.* -2010. -№ 22(2).-P.153-166.

34. Van Son G.E., van Hoeken D., Bartelds A.I. et al. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands // *Int J Eat Disord.* - 2006. - Vol. 39(7). -P. 565—569.

35. Vespa A., Ottaviani M., Fossati A., Giulietti M.V., Spatuzzi R., Meloni C., Fabbietti P., Spazzafumo L., Rozsa S., Cloninger R.C. Validation of the Italian translation of the Revised Temperament and Character Inventory--TCI-140--in adult participants and in participants with medical diseases. *Compr Psychiatry.* -2015.-№59.-P.129-34. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.12.006/.

V.V. Grachev¹, Yu.S. Shevchenko¹, T.A. Nizova¹, E.A. Gordeeva² GENDER IDENTITY OF ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, ²Scientific-practical Children's and Adolescents Mental Health Center n.a. G. Sukhareva (Moscow).

Summary. The aim of this study was to clarify the influence of the emerging psychological sex (masculine, androgynous, feminine) on the manifestation, development of the clinical picture and the dynamics of anorexia nervosa in adolescent girls. The data obtained showed that anorexia nervosa in adolescence with the same frequency occurs in girls with androgynous and feminine gender identity. At the same time, the prevalence of feminine traits significantly correlated with a favorable outcome of the disease. The data obtained reflect the age specificity of the etiopathogenetic mechanisms of the disease and may contribute to the development of effective therapeutic approaches.

Keywords: eating disorder, anorexia nervosa, gender identity, initiation, neuro-pathic diathesis, harm avoidance, reward dependence

О.В. Александрова, И.Б. Дерманова, А.Е. Ткаченко, И.В. Кушнарева
ОТНОШЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ РОДСТВЕННИКОВ

**К ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ И ОЦЕНКА ИМИ ТРУДНОЙ
ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В СВЯЗИ С ХАРАКТЕРОМ ЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ¹**

Санкт-Петербургский государственный университет, АНО «Детский хоспис», ФГБУН ИМЧ РАН им. Н.П. Бехтеревой, Научно-практический центр психофизиологии аномального развития (Санкт-Петербург).

Резюме. Статья посвящена анализу отношения взрослых – близких родственников тяжелобольных детей к ребенку и оценке ими сложившейся ситуации в зависимости от характера его заболевания. Выявлено, что эти отношения связаны с различными аспектами восприятия ситуации, что, с нашей точки зрения, отражает разные механизмы совладания с ситуацией. Обнаружено также, что оценка ситуации может характеризовать различные стадии переживания горя. Обнаружилось, что негативное восприятие ситуации соотносится с ухудшением, главным образом, эмоциональных отношений с ребенком при относительной независимости таких показателей отношений, как чувствительность к ребенку и поведенческий компонент.

Ключевые слова: тяжелая болезнь ребенка, оценка ситуации, родительское отношение.

Введение. В современной психологии отношение родителей к тяжело болеющему ребенку и ситуации его болезни рассматривается как значимый ресурс, который может оказывать существенное влияние на эмоциональное состояние ребенка, его переживания и даже на течение заболевания [11]. А система детско-родительских отношений в целом является важным показателем социально-психологической адаптации ребенка к болезни и процессу лечения. В этот период дети особенно остро чувствуют, признается ли за ними право совершать выбор, влиять на текущие события; доверяют ли родители действиям медицинского персонала; верят ли в себя и свои силы, либо уповают на судьбу, снижая тем самым собственную ответственность за происходящее. Заболев, ребенок может начать относиться к родителям по-другому, воспринимая их не такими «всесильными» как раньше, «...испытывая злость за то, что те позволили случиться тому, что случилось» [7, с. 38]. Сами родители тоже переживают непростые времена, что часто характеризуется их воспитательской неуверенностью, незнанием как общаться с ребенком. Бывает трудно «...даже просто слушать ребенка, а не только погружаться в его проблемы и переживания, потому что они сами переполнены тревогой и страхом» [6, с. 31].

Ребенок нуждается в уверенности людей, от которых он зависит. Ему жизненно необходимо чувствовать, что все старания медицинского персонала, родственников и других значимых для него людей совершаются на должном уровне и в его пользу, направлены ему во благо. Таким образом, психологически правильный настрой родственников будет являться для ребенка мощным ресурсом.

¹Работа поддержана грантом РГНФ 16-06-00307а.

сом, ориентиром, поддерживающим его на пути к выздоровлению. А в случае неизлечимой болезни — помогать в преодолении трудностей, диктуемых данной ситуацией, и вопреки обстоятельствам максимально использовать собственные резервы организма и укреплять жизнестойкость [1].

В период болезни у детей, особенно подросткового возраста, обостряются проблемы сепарации и автономии; со стороны родителей происходит игнорирование взросления детей и стимулирование у них таких качеств, как детскость, наивность, непосредственность. К больному ребенку снижается уровень требований, что приводит к «...формированию инфантильных качеств, препятствующих его взрослению и адаптации к заболеванию» [4, с. 28]. Родительское отношение к тяжело болеющим детям в большинстве случаев характеризуется стремлением к симбиотическим отношениям; страхом утраты ребенка; потворствованием; недостаточностью (или полным отсутствием) требований-обязанностей; неустойчивостью стиля воспитания; стремлением инфантилизировать болеющего ребенка.

Таким образом, ситуация болезни ребенка вызывает и обостряет многие трудности, связанные с детско-родительским взаимодействием.

В данном исследовании рассматривается ситуация тяжелой болезни ребенка, требующей специализированной паллиативной помощи, определяемой Европейской Ассоциацией Паллиативной Помощи (ЕАПП, 2009) [12] как угрожающие жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось или может оказаться для пациента безуспешным. Переживания человека в трудной жизненной ситуации теснейшим образом связаны как с ее субъективной оценкой, так и объективными характеристиками, которые, в свою очередь, могут оказывать существенное влияние на ее восприятие и способствовать или, наоборот, препятствовать процессу адаптации к ней [8, 10]. Одним из наиболее значимых объективных факторов данной ситуации, с нашей точки зрения, является характер заболевания ребенка. Так, при онкологическом заболевании присутствует непринятие жизнеугрожающего диагноза ребенка, и ситуация воспринимается скорее как обнадеживающая. В случае же с другими тяжелыми заболеваниями детей (множественными нарушениями развития и др.), родственники в большей степени воспринимают ситуацию как безнадежную. Возможно, не последнюю роль в формировании отношения к ситуации и болезни ребенка в целом играет тот факт, что родственники детей с онкологическими заболеваниями обладают жизненным опытом, связанным с периодом, когда ребенок был здоров. Во втором случае такой опыт у семей практически отсутствует, поскольку объективно заболевания у детей данной группы часто являются следствием родовой или иной травмы (наряду с генетической обусловленностью); ситуация отягощается также тем, что вербальный контакт с ребенком часто затруднен.

В связи с чем мы предположили, что характер заболевания ребенка, находящегося на попечении детского хосписа, может оказывать непосредственное влияние как на отношения взрослых-близких родственников больных детей к ребенку, так и на общую субъективную оценку данной ситуации взрослыми.

Материал. Выборка: 123 чел. — матери (82%); отцы и другие близкие

родственники (18%) детей с тяжелыми заболеваниями с неблагоприятным прогнозом для жизни. Возраст родственников от 20 до 60 лет. Возраст детей от 1 до 18 лет, не терминальные состояния. Длительность заболевания – с рождения по настоящее время (в среднем 2,5 года).

Выборка была разделена на две подгруппы по характеру заболевания ребенка. В первую вошли родственники детей с онкологическими заболеваниями (гр. № 1, n=76), во вторую – родственники детей с тяжелыми хроническими заболеваниями (болезни нервной системы; врожденные аномалии, хромосомные нарушения; травмы, отравления, последствия внешних причин; болезни мочеполовой системы) (гр. № 2, n=47).

Методики. На выявление выраженности основных параметров родительского отношения к ребенку — модифицированный опросник «ОДРЭВ» Е.И. Захаровой [5], где выделяются следующие блоки и шкалы. «Блок чувствительности» включает шкалы способность воспринимать состояние ребенка (шк. 1), понимание причин состояния ребенка (шк. 2), способность к сопереживанию (эмпатия) (шк. 3). «Блок эмоционального принятия»: чувства, возникающие у родителей во взаимодействии с ребенком (шк. 4), безусловное принятие ребенка (шк. 5), принятие себя в качестве родителя (отношение к себе как к родителю) (шк. 6), преобладающий эмоциональный фон взаимодействия (шк. 7). «Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия»: стремление к телесному контакту (шк. 8), оказание эмоциональной поддержки (шк. 9), ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия (шк. 10), умение воздействовать на состояние ребенка (шк. 11). Для сбора биографических данных и исследования отношения к болезни ребенка были разработаны авторские анкеты [1]. Для исследования оценки испытуемыми их жизненной ситуации, связанной с болезнью ребенка, была разработана авторская методика «Семантический дифференциал жизненных ситуаций» («СДЖС») [2]. При ее создании в структуре оценки трудной жизненной ситуации, связанной с болезнью ребенка, были выявлены следующие факторы, или смысловые единицы, вокруг которых сформировались основные оси (шкалы) ее восприятия. Это:

1. «Стрессогенность – Комфортность ситуации» охватывает диапазон переживаний от максимально стрессогенных и негативных до позитивных и радостных. Он включил прилагательные, характеризующие ситуацию от жестокой, острой, непонятной, сложной, смертельной и т. д. — до доброй, мягкой, понятной, жизнеутверждающей и т. д.

2. «Психологическое истощение – Сохранность в ситуации» характеризует уровень субъективного ощущения истощения психологических ресурсов и включил оценки ситуации от — безопасная, приятная, радостная, избавляющая, расслабляющая и т.д. до — вынужденная, опасная, ужасная, мучительная, невыносимая, уничтожающая, сковывающая и т. д.

3. «Безысходная неопределенность – Обнадеживающая определенность ситуации» объединил прилагательные, описывающие ситуацию, от — неопределенная, пассивная, равнодушная, обыденная, тихая, безнадежная, трудная, смертельная до — определенная, активная, отзывчивая, таинственная, громкая, обнадеживающая, легкая, жизнеутверждающая.

4.«Пессимизм – Позитивная энергия» объединил такие прилагательные, как живая, энергичная, оптимистичная, сильная, а также беспроегрышная и легкая. На противоположном полюсе — безжизненная, вялая, пессимистичная, слабая, проигрышная, тяжелая.

5.«Установка на разрешимость ситуации» определился следующими полюсами. На одном из них: разрешимая, преодолимая, принимающая, беспроегрышная и оптимистичная. На втором — неразрешимая, тупиковая, отвергающая, проигрышная, пессимистичная.

6.«Включенность в ситуацию и ее значимость» объединил такие характеристики, как близкая, значимая, личная, захватывающая — на одном полюсе и далекая, не значимая, формальная, отстраненная — на другом.

Результаты и обсуждение. В сравнении с нормативной выборкой [5] у близких родственников тяжело болеющих детей более выражена тенденция испытывать позитивные чувства во взаимодействии с ребенком (блок эмоционального принятия ребенка по параметру «чувства во взаимодействии с ребенком» («ОДРЭВ» - $M=4,12$ против $M=3,9$). Однако параметры блоков «чувствительности» и «поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия» находятся в зоне средних и критериальных значений, что, вероятно, является следствием снижения определенных требований к ребенку на эмоциональном уровне и его принятии в ситуации тяжелого заболевания.

Обнаружено, что онкологический диагноз ребенка соотносится с более позитивными параметрами родительского отношения к детям в сравнении с неонкологическим. А именно: с более выраженной способностью воспринимать состояние ребенка (понимание настроения, потребностей и т.д.) ($M=3,93$ и $M=3,51$ при $p=0,005$); с большим пониманием его причин (почему ребенок находится в том или ином состоянии духа) ($M=3,93$ и $M=3,05$ при $p=0,017$); с более выраженным безусловным принятием ребенка ($M=4,14$ и $M=3,55$ при $p=0,000$); с умением воздействовать на состояние ребенка (настраивать его на позитивный лад, поддерживать, направлять на выполнение необходимых задач) ($M=3,61$ и $M=3,23$ при $p=0,004$); а также с более позитивным отношением к себе как к родителю ($M=3,92$ и $M=3,41$ при $p=0,000$).

Родственники детей с онкологическим диагнозом, оценивая причины заболевания ребенка, реже называют такие как влияния травмы, несчастного случая и стресса ($M=3,60$ против $M=6,16$ при $p=0,028$), у них также более выражена вера в выздоровление ребенка ($M=0,92$ против $M=0,48$ при $p=0,000$) (авторские анкеты).

Ситуация болезни ребенка субъективно оценивается близкими онкологически больных детей (гр. № 1) скорее как определенная и обнадеживающая, более легкая и более жизнеутверждающая (ф. «Безысходная неопределенность—обнадеживающая определенность» («СДЖС» - ($M=33,81$ против $M=30,58$ при $p=0,15$). В ее оценке просматривается и активное начало (активная, отзывчивая, громкая) в сочетании с мистическим переживанием (таинственная) и ощущением надежды (обнадеживающая, жизнеутверждающая). Исходя из бесед с родителями, можно сделать вывод, что подобное отношение может быть связано с отрицанием жизнеугрожающего диагноза, поскольку его признание означает потерю надежды на выздоровление и возможности бороться за жизнь ребенка.

Родители говорят о том, что не хотят принимать то, что люто ненавидят и с чем желают изо всех сил бороться. В целом восприятие ситуации в данной подгруппе скорее напоминает картину переживания таких стадий при работе горя, как «отказ, отрицание, неприятие действительности»; или «торг, попытка заключить сделку с судьбой»; «надежда» [9].

В группе № 2 ситуация в большей степени оценивается как неопределенная, пассивная, обыденная, тихая, безнадежная, смертельная, что в большей степени соответствует переживанию таких стадий в горевании, как «страх, депрессия, потеря интереса к жизни» или же «принятие, смирение, ясность и обретенный мир» [9].

Также в исследовании было обнаружено (мет-ка «СДЖС»), что более позитивные отношения к ребенку при онкологическом диагнозе соотносятся и с более высокой оценкой сохранности собственных ресурсов (ф. «Психологическое истощение–сохранность», $r > 0$ при $p < 0,01$), восприятием ситуации как более обнадеживающей и определенной (ф. «Безысходная неопределенность–обнадеживающая определенность», $r > 0$ при $p < 0,01$), оценкой ситуации как более разрешимой (ф. «Установка на разрешимость ситуации», 2 связи $r > 0$ при $p < 0,01$ и 1 связь $r > 0$ при $p < 0,05$). Другими словами, если ситуация в целом оценивается как более благополучная, то у родителей выше способность воспринимать состояние ребенка, более выражены позитивные чувства к нему в ситуации взаимодействия (удовольствие от общения с ним и ощущение ответной позитивной реакции с его стороны); более выражено стремление к телесному контакту и безусловное принятие ребенка. Возможно также и наоборот, при переживании близости к ребенку ситуация начинает представляться родителям как менее негативная, имеющая тенденцию к благополучному разрешению, что способствует поддержанию надежды на благоприятный исход.

Обратная взаимосвязь - негативной оценки ситуации с менее позитивным отношением к ребенку, вероятно, объясняется стремлением близких на эмоциональном и поведенческом уровнях несколько дистанцироваться от ребенка с целью самосохранения, что может обеспечить им адекватность реагирования и сохранение относительного эмоционального равновесия даже при самом негативном ее развитии.

Сходный характер связей обнаруживается и в группе № 2, где более позитивная оценка ситуации и включенность в нее соотносятся с более высоким уровнем эмпатии к ребенку ($r = 0,467$ при $p < 0,01$), безусловным его принятием ($r = 0,392$ при $p < 0,05$) и более позитивными чувствами к нему ($r = 0,337$ при $p < 0,05$).

А при восприятии ситуации как менее стрессогенной (ф. «Стрессогенности–комфортности») к тому же выше и уровень принятия себя в качестве родителя (способность успешно справляться с большинством ситуаций и проблем в воспитании ребенка и т. д.) ($r = 0,346$ при $p < 0,05$). То есть при оценке ситуации как разрешимой, комфортной, оптимистичной, значимой в меньшей степени страдают параметры родительского отношения к ребенку, связанные с эмоциональным принятием и чувствительностью к нему и себе как родителю, или же, наоборот, при более высоком уровне близости с ребенком ситуация воспринимается более оптимистично.

Отягощает ситуацию во второй группе испытуемых оценка болезни ребенка как predetermined события. В этом случае ответственность за происходящее возлагается на высшие силы, возможно, высшую мудрость или высшее наказание (ф. «Болезнь как судьба (фатализм, predetermined)»), что соотносится с пониженным умением воздействовать на эмоциональное состояние ребенка ($r=-0,386$ при $p<0,05$), непринятием себя в качестве родителя ($r=-0,338$ при $p<0,05$), не склонностью к безусловному принятию ребенка ($r=-0,386$ при $p<0,05$).

Таким образом, характер родительского отношения к ребенку в обеих подгруппах отчасти совпадает: более позитивная оценка ситуации соотносится и с более позитивным отношением к ребенку. В случае же негативной оценки ситуации может включаться психологический защитный механизм, способствующий относительно сохранению эмоционального равновесия у взрослого. Данные о количестве взаимосвязей представлены в табл. № 1.

Из таблицы мы можем видеть, что в исследуемых подгруппах, ведущим фактором оценки ситуации, детерминирующим параметры родительского отношения к ребенку, является ее разрешимость или неразрешимость (всего 4 связи). Кроме того, в обеих группах в наибольшей степени с субъективной оценкой ситуации связан блок эмоционального принятия ребенка (7 связей из 10 выявленных).

Таблица 1.

Связи показателей родительского отношения к ребенку с оценкой ситуации и характером заболевания ребенка

Факторы восприятия ситуации «СДЖС»	Блок чувств. «ОДРЭВ»		Блок эмоц. принятия «ОДРЭВ»		Блок повед. проявлений «ОДРЭВ»	
	гр. № 1	гр. № 2	гр. № 1	гр. № 2	гр. № 1	гр. № 2
ф. «Стрессогенности-комфортности»				Шк. 6		
ф. «Психологическое истощение-сохранность»	Шк. 1					
ф. «Безысходная неопределенность-обнадеживающая определенность»			Шк. 5			
ф. «Пассивный пессимизм-позитивная энергия»				Шк. 4 Шк. 5		
ф. «Установка на разрешимость ситуации»			Шк. 4 Шк. 5	Шк. 4	Шк. 8	
ф. «Включенность в ситуацию и ее значимость»		Шк. 3				

То есть, как уже отмечалось выше, при негативном восприятии ситуации в наибольшей степени страдают эмоциональные отношения с ребенком, в то время как показатели чувствительности в отношении к ребенку и поведенческие компоненты отношений взрослого меньше связаны с субъективной оценкой си-

туации. Другими словами, родители чувствуют своего ребенка, осознают ответственность за удовлетворение его потребностей и борются за его здоровье и качество жизни независимо от оценки ими ситуации и тех эмоций, которые испытывают в данный момент.

Различия между исследуемыми подгруппами, как видно из табл. № 1, заключаются в том, что показатели отношения к детям в них соотносятся с разными аспектами оценки ситуации. При онкологическом диагнозе это - уровень истощения психологических ресурсов, восприятие ситуации как обнадеживающей и восприятие ситуации как разрешимой. В случае других тяжелых заболеваний – уровень стрессогенности ситуации, позитивной энергии, разрешимости и включенности в ситуацию. В этих связях просматриваются несколько разные психологические механизмы совладания с ситуацией: в первом случае это вера в исцеление и надежда, во втором – принятие ситуации и ответственности за нее. Так, мама ребенка с тяжелыми множественными нарушениями развития, отмечает, что в какой-то момент к ней пришло осознание, что ее ребенок всегда будет таким, как сейчас (не научится самостоятельно передвигаться, проситься в туалет или есть ложкой и т. д.), будет нуждаться в помощи близких людей в течение всей своей жизни: «И моя высочайшая материнская ответственность, моя человеческая ограниченность - стали менять меня. Я сказала себе: «Болезнь – это не крест!»».

Выводы. 1. Оценка ситуации близкими родственниками детей, находящихся на попечении детского хосписа, связана с характером заболевания ребенка и может в определенной степени отражать стадии переживания горя. При этом важно учитывать, что речь идет о ситуации, при которой длительность заболевания ребенка составляет в среднем 2,5 года, когда уходит первый шок от столкновения с диагнозом и происходит определенная адаптация к сложившимся обстоятельствам. Так, переживания родственников детей с онкологическими заболеваниями можно соотнести с такими стадиями, как «отказ, отрицание, неприятие действительности» или «торг, попытка заключить сделку с судьбой», «надежда». А переживания родственников детей с тяжелыми неонкологическими заболеваниями - с такими стадиями, как «страх, депрессия, потеря интереса к жизни» или «принятие, смирение, ясность и обретённый мир».

2. Оценка ситуации как более позитивной соотносится и с более гармоничным родительским отношением к ребенку в обеих подгруппах. Ухудшение отдельных видов отношений к ребенку предположительно связано с особенностями работы горя и может представлять собой защитный механизм психики, поддерживающий адаптивный ресурс человека, когда ситуация оценивается как неразрешимая, безнадежная, истощающая, пессимистичная, стрессогенная. Оценка разрешимости-неразрешимости ситуации является наиболее важным фактором в структуре эмоционального блока отношений с больным ребенком.

3. Эмоциональный блок отношений к ребенку в наибольшей степени взаимосвязан со знаком оценки ситуации, в то время как блок чувствительности и поведенческий блок – более независимы.

4. Отношение к болезни как фатальному событию родственников детей с неонкологическими заболеваниями отягощает переживания за счет ощущения не-

подконтрольности собственной жизни и негативной оценки себя как родителя.

Выявленные нами связи могут способствовать лучшему пониманию особенностей детско-родительских отношений с учетом характера заболевания ребенка, а значит, способствовать оказанию более адресной профессиональной помощи таким семьям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.В., Ткаченко А.Е., Кушнарева И.В. Когнитивная оценка родственниками причин заболевания ребенка (на примере детей с тяжелыми хроническими и неизлечимыми заболеваниями) // Педиатр. – 2016. – Т.7. – № 2. – С.135–139.

2. Александрова О.В., Дерманова И.Б. Психосемантический подход к оценке сложной жизненной ситуации (на примере ситуации, связанной с заболеванием, угрожающим жизни ребенка) // Вестник СПбГУ. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – Вып.4. – С.40–50.

3. Александрова О.В. Дифференциально-психологические факторы переживания и копинг-поведения взрослых в трудной жизненной ситуации: дис. ... канд.психол.наук. - СПб., 2017. – 242 с.

4. Богданова Е.И., Черненко О.А. О психологической помощи родственникам детей, страдающих онкологическими заболеваниями // Сборник тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов, Москва, 2012. – М., 2012. – С. 26–28.

5. Захарова Е.И., Строгалина А.И. Особенности принятия родительской позиции // Психологическая диагностика. – 2005. – № 4. – С. 58–70.

6. Ермакова Е.Н. Психологическое консультирование родителей детей с хроническими заболеваниями // Психотерапия и клиническая психология. – 2005. – № 1. – С. 30–34

7. Ермакова Е.Н. Социально-психологическая реабилитация детей с соматическими заболеваниями // Мат-лы VI Междунар. конф., 4–5 апр. 2008 г., Минск. В 2 ч. Ч.1 / отв. ред. В.А. Прокашева. – Минск: Изд. центр БГУ, 2008. – С. 37–39.

8. Коржова Е.Ю. Семья в психологии жизненных ситуаций // Современные проблемы психологии семьи. Сб. статей. – СПб.: Изд-во АНО «ИПП», 2007. – С.32–39.

9. Кюблер-Росс Э.О смерти и умирании. – Киев: София, 2001. – 320 с.

10. Магнуссон Д. Ситуационный анализ: эмпирические исследования соотношений выходов и ситуаций // Психологический журнал. –1983. – № 2. –С. 29–54.

11. Мазурова Н.В., Суркова А.Н., Бушуева Т.В. Адаптация к заболеванию и процессу лечения детей с редкими наследственными болезнями обмена веществ и их родителей // Актуальные проблемы психологического знания. - 2013. - № 2. - С. 107-117.

12. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сб документов ВОЗ и ЕАПП. - М.: Р. Валент, 2014. – 180 с.

REFERENCES

1. Aleksandrova O.V., Tkachenko A.E., Kushnareva I.V. Kognitivnaja ocenka rodstvennikami prichin zabolevanija rebenka (na primere detej s tjazhelymi hronicheskimy i neizlechimyimi zabolevanijami) // Pediatr. – 2016. – Т.7. – № 2. – С.135–139.

2. Aleksandrova O.V., Dermanova I.B. Psihosemanticheskij podhod k ocenke slozhnoj zhiznennoj situacii (na primere situacii, svjazannoj s zabolevaniem, ugrozha-

jushhim zhizni rebenka) // Vestnik SPbGU. Serija 16. Psihologija. Pedagogika. – 2016. – Vyp.4. – S.40–50.

3. Aleksandrova O.V. Differencial'no-psihologicheskie faktory perezhivaniya i koping-povedeniya vzroslyh v trudnoj zhiznennoj situacii: dis. ... kand.psihol.nauk. - SPb., 2017. – 242 s.

4. Bogdanova E.I., Chernenko O.A. O psihologicheskoy pomoshhi rodstvennikam detej, stradajushhijh onkologicheskimi zabolevanijami // Sbornik tezisov IV Vserossijskogo S#ezda onkopsihologov, Moskva, 2012. – M., 2012. – S. 26–28.

5. Zaharova E.I., Strogalina A.I. Osobennosti prinjatija roditel'skoj pozicii // Psihologicheskaja diagnostika. – 2005. – № 4. – S. 58-70.

6. Ermakova E.N. Psihologicheskoe konsultirovanie roditel' detej s hronicheskimi zabolevanijami // Psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2005. – № 1. – S. 30–34

7. Ermakova E.N. Social'no-psihologicheskaja rehabilitacija detej s somaticheskimi zabolevanijami // Mat-ly VI Mezhdunar. konf., 4–5 apr. 2008 g., Minsk. V 2 ch. Ch.1 / otv. red. V.A. Prokasheva. – Minsk: Izd. centr BGU, 2008. – S. 37–39.

8. Korzhova E.Ju. Sem'ja v psihologii zhiznennyh situacij // Sovremennye problemy psihologii sem'i. Sb. statej. – SPb.: Izd-vo ANO «IPP», 2007. – S.32–39.

9. Kjubler-Ross Je.O smerti i umiranii. – Kiev: Sofija, 2001. – 320 s.

10. Magnusson D. Situacionnyj analiz: jempiricheskie issledovanija sootnoshenij vyhodov i situacij // Psihologicheskij zhurnal. –1983. – № 2. –S. 29–54.

11. Mazurova N.V., Surkova A.N., Bushueva T.V. Adaptacija k zabolevaniju i processu lechenija detej s redkimi nasledstvennymi boleznjami obmena veshhestv i ih roditel'ej // Aktual'nye problemy psihologicheskogo znanija. - 2013. - № 2. - S. 107-117.

12. Palliativnaja pomoshh' vzroslym i detjam: organizacija i professional'noe obuchenie. Sb dokumentov VOZ i EAPP. - M.: R. Valent, 2014. – 180 s.

O.V. Alexandrova, I.B. Dermanova, A.E. Tkachenko, I.V. Kushnareva
THE ATTITUDE OF ADULT RELATIVES TO SEVERELY ILL CHILD
AND THEIR ASSESSMENT OF DIFFICULT LIFE SITUATION
WITH REGARD TO THE TYPE OF CHILD'S ILLNESS

Saint-Petersburg State University; Childrens Hospice; Scientific-Practical Psychophysiology Centre of Abnormal Development, Bechtereva Institute of Human Brain (St.-Petersburg).

Summary. The article is about the analysis of the grownup relationships – the relatives of the seriously ill children – to the child; and their opinion about the child's illness situation. It is cleared up that those relationships go together with various situation aspects; this fact, from our point of view, reveals different actions to match the situation. It is also turned out that the situation value can characterize various stages of the character feelings. The article points out that the negative situation view correlates with the degradation of the emotional relationships to the child; with the relative independence of such relationship marks as sensibility to the child and the behavior component.

Keywords: seriously ill children, situation value, parents' attitude

Е.О. Смирнова, Н.Ю. Матушкина, С.Ю. Смирнова
КОМПЬЮТЕРНЫЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ ИГРЫ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ
Центр прикладных психолого-педагогических исследований МГППУ
(Москва).

Резюме. В статье показан интенсивный рост потребления компьютерных игр и программ в дошкольном детстве и снижение возраста приобщения к компьютеру до первых месяцев жизни. Значительное число социологических исследований, однозначно показывает рост востребованности компьютерных технологий маленькими детьми и их родителями. В то же время психологических исследований данного феномена крайне мало и они противоречивы. Приводятся как данные, доказывающие разрушительное влияние компьютерных игр на формирование психики маленьких детей, так и результаты, показывающие их положительный эффект. Центральная часть статьи посвящена сравнительному анализу деятельности детей с виртуальным и реальным материалом. Приводятся результаты исследования, свидетельствующие о том, что взаимодействие детей с электронными устройствами принципиально отличается от традиционных форм детской деятельности и не компенсирует их дефицит.

Ключевые слова: компьютерные технологии, компьютерные игры и программы, ранний и дошкольный возраст, детская деятельность с реальным и виртуальным материалом.

Бурный рост популярности компьютерных технологий (КТ) связан с нарастающей доступностью мобильных электронных устройств для маленьких детей. В большинстве развитых стран к концу дошкольного возраста уже 80-90% детей активно пользуются компьютером, причем наиболее востребованным контентом являются компьютерные игры [4, 5, 12 и др.]. Стремительно снижается возраст приобщения детей к КТ. Дети используют цифровые технологии уже не только в дошкольном, но и в раннем и даже младенческом возрасте [12]. Взаимодействие с экраном стало привычным занятием для младенцев и детей раннего возраста. По последним оценкам, дети в возрасте до 2 лет проводят перед экраном примерно 1-2 часа в день, а дети в возрасте от 2 до 5 лет - более 3 часов [20]. В настоящее время подавляющее большинство маленьких детей имеет доступ к смартфонам и планшетам в домашних условиях [4]. Недавний опрос, проведенный в США, показал, что телевидение больше не является основным источником досуга и развлечений для маленьких детей, а онлайн просмотры с такими платформами как Netflix и YouTube значительно превзошли его по времени потребления [13]. Это занятие принципиально меняет образ жизни и формы деятельности маленьких детей.

Ранний и дошкольный возрасты являются наиболее ответственными периодами развития, когда формируются речь, восприятие, познавательная активность, наглядно-действенное мышление, воображение, общение и пр. Отражается ли использование компьютерных технологий (КТ) на формировании этих способностей? Этот вопрос в настоящее время с небывалой остротой встает перед психологами, педагогами и родителями. Однако общепринятых ответов на него нет. В то же время все больше говорят о тех рисках, которые несет использование КТ в раннем

детстве. Ряд стран на правительственном уровне уже предпринимает определенные меры. Так, Американская академия педиатрии (ААП), предлагает пересмотреть конкретные рекомендации для медработников, родителей и воспитателей детей раннего и дошкольного возраста [11]. Эти рекомендаций сосредоточены либо на минимизации времени контакта с экраном, либо на большем участии взрослых в занятиях детей с компьютером. По рекомендации ААП, взрослые должны обязательно быть вместе и детьми и общаться с ними во время экранного просмотра. Аналогичные рекомендации для родителей и специалистов по раннему детству были опубликованы Национальной ассоциацией образования детей младшего возраста (NAEYC) совместно с Центром Фреда Роджерса [7] и Департаментами образования и здравоохранения и социальных служб США [17]. Британский совет по безопасности детей в Интернете разработал руководство для родителей, где подчеркиваются возможные риски, связанные с продолжительностью взаимодействия детей с компьютером, и важность включенности взрослых в этот процесс [10]. Австралийский департамент здравоохранения рекомендует детям в возрасте до 2 лет не смотреть телевизор и не использовать электронные носители [8].

Несмотря на эти предлагаемые ограничения КТ все более включаются в жизнь детей раннего детства и противостоять этой мощной волне невозможно. Что касается мотивации родителей, то они доверяют аннотациям, показывающим образовательный эффект компьютерных игр, и устанавливая правила и ограничения при пользовании КТ, вскоре сами же их нарушают. Слишком привлекательными являются эти новые возможности и для детей, поскольку дают яркую сенсорную информацию безо всяких усилий, и для родителей, поскольку дети уже не нуждаются в общении с родителями. Следует подчеркнуть сверхценное отношение детей к планшету – практически в каждой семье ограничение в доступе к планшету используется в качестве наказания, а дополнительное время игры на планшете как поощрение.

Многочисленные рекомендации по сокращению времени взаимодействия детей с компьютером и участию взрослых в этом процессе остаются, как правило, не реализуемыми. Опрос родителей показал, что значительное число дошкольников общается с компьютером самостоятельно, причем время такого общения значительно превосходит установленные требования СанПиНа [4]. Проблема в том, что область компьютерных технологий, направленная на детей раннего возраста, стала большой статьей успешного бизнеса, который невозможно остановить и который, как правило, не учитывает эффект своих продуктов на развитие детей.

Исследования воздействия компьютерных технологий на детей раннего и дошкольного возраста

Что же происходит, когда ребенок в период становления основных психических функций проводит много времени у экрана. Ответить на этот вопрос сегодня невозможно, поскольку при значительном числе социологических исследований, однозначно показывающих рост востребованности КТ маленькими детьми, психологических исследований воздействия этих технологий на ребенка крайне мало и они противоречивы.

В этой связи особый интерес представляет работа по изучению влияния цифровых технологий на детское развитие, которая на протяжении ряда лет ведется на

кафедре психиатрии и психотерапии университетской клиники Ульма (ФРГ) под руководством М. Spitzer. Эти исследования показали, что в период активного формирования нейронных связей при освоении предметного и социального окружения их перевод в виртуальный план, а также дефицит объемного восприятия ребенка приводят к резкому обеднению опыта и к дефициту информационного питания мозга. М. Spitzer [16] приводит данные, свидетельствующие о том, что дети, находящиеся в реальном социальном окружении во время бодрствования, учатся новому гораздо интенсивнее и быстрее, чем дети, сидящие перед обучающим экраном.

В обзоре научных исследований, посвященных влиянию КТ на развитие детей раннего возраста, приводятся данные свидетельствующие о том, что использование электронных средств нарушает развитие моторики и сенсорики, дезорганизует внимание детей, искажает социальное и эмоциональное развитие [7]. Еще одно международное исследование показало связь между интенсивностью использования цифровых технологий и наличием физических и психологических проблем [17]. Есть данные, что дети более эффективно учатся читать и писать, когда они пользуются обычными средствами (ручка и бумага) чем когда они печатают на компьютере [9].

Интересны результаты опроса педагогов с большим стажем (около 20 лет), которых спрашивали, какие изменения они замечают в современных детях в сравнении с предыдущими поколениями дошкольников [1]. Воспитатели отметили такие проблемы современных детей, как недоразвитие мелкой и крупной моторики, бедность графического образа, снижение уровня образного мышления и воображения, задержки речевого развития и пр. Поскольку главным изменением в условиях жизни дошкольников за последние 10 лет является активное внедрение компьютерных технологий, можно полагать, что полученные отличия являются результатом именно этого процесса.

Несмотря на приведенные выше данные, экспансия компьютерных технологий в раннее детство нарастает. Отчасти это движение связано с исследованиями, демонстрирующими полезность цифровых игр и их существенный вклад в раннее обучение. Например, австралийская национальная рамочная программа раннего обучения (2009), включает цифровую игру для детей дошкольного возраста. Аналогичным образом Австралийское управление по вопросам образования и гигиены детей [18] представило вспомогательные рекомендации по использованию цифровых технологий в обучении маленьких детей, где опять же важнейшим условием является участие взрослого. Некоторые исследования показывают социальную значимость и привлекательность компьютерных игр для детей, повышение уверенности в себе и способности к распределению внимания при выполнении нескольких заданий в результате взаимодействия с компьютером [5].

Таким образом, результаты научных работ весьма противоречивы: одни из них доказывают положительный, другие отрицательный эффект на формирование психики маленьких детей. Между тем вопрос о влиянии КТ на развитие маленьких детей стоит очень остро.

Трудность исследования данного вопроса заключается в отсутствии адекватных методов. Сравнение разных выборок детей одного возраста, в разной степени приобщенных к КТ, которое используется социологически ориентиро-

ванными работами, всякий раз вызывает массу вопросов. Помимо компьютера на ребенка воздействует множество других факторов, учесть которые в одном исследовании практически невозможно. Кроме того, воздействие КТ на ребенка может быть «отсроченным», а лонгитюдное исследование (даже при удержании значительной выборки в течение 10-15 лет) умножает число воздействующих влияний, что делает выявление эффекта КТ весьма условным. Мы полагаем, что одним из методов таких исследований может стать сравнительный анализ деятельности детей с реальным и виртуальным материалом.

Сравнительный анализ деятельности детей с реальным и виртуальным материалом

Анализ современных компьютерных программ, адресованных маленьким детям, показывает, что производители компьютерных игр используют прямой перенос традиционных игр и игрушек, предназначенных для детей раннего возраста, на компьютерный экран. Большинство из них предназначено для игры на устройствах с сенсорным экраном – планшеты, гаджеты, телефоны. Чтобы вызвать какое-то движение на экране, необходимо дотронуться до него и наблюдать произведенный эффект. Все большую популярность приобретают электронные погремушки, пирамидки, вкладыши, конструкторы, составные картинки и пр. При этом родители и производители полагают, что характер действий с такими электронными игрушками и их развивающее значение аналогичны действиям с реальными материалами. Эта уверенность побуждает родителей заменять традиционные игрушки электронными как более современными материалами для той же деятельности. Попытаемся сравнить характер деятельности детей с экранными изображениями и реальными предметами.

Традиционная для манипулирования младенца погремушка включает активное движение руками, осязание, тактильное и оральное обследование, эмоционально окрашенное зрительное сосредоточение, в результате которого дети видят и слышат «ответ» игрушки на свои действия. В результате у ребенка формируется полимодальное целостное восприятие предмета и чувство своего движения, переживание своей эффективности. В отличие от этого, для получения движения и звука на экране нужно просто дотронуться пальцем до изображения игрушки или совершить «скользящее движение» в двухмерном пространстве. Восприятие объема предмета, в данном случае невозможно и соответствующие эффекты исключены.

Традиционная пирамидка предполагает нанизывание колечек на стержень, т. е. попадание палочки в отверстие. Это опять же движение в трехмерном пространстве, предполагающее зрительно-моторную координацию и дающее реально воспринимаемый эффект. Виртуальная пирамидка предполагает скользящее движение по соответствующей детали, которая либо «прилипает» на нужное место, либо «отскакивает» обратно. При этом причина этих движений колечек остается непонятной - маленький ребенок (1-3 лет), как правило, действует «наугад». Создатели электронных пирамидок не принимают во внимание, что действие с кольцом, которое нанизывают на полочку, невозможно передать через скользящее действие пальцем по экрану. Столь же бессмысленными являются такие аналоги предметной игры, как электронные инструменты (дрель, насос, пылесос и пр.), аналоги конструкторов и пр. Очевидно, что электронные игрушки, предназначенный для «пред-

метной деятельности» не могут заменить двигательную активность детей, которая в раннем возрасте является источником психического развития.

Именно в практических действиях с предметами формируется восприятие, наглядно-действенное мышление, познавательная активность и другие важнейшие психологические новообразования. Среди них центральное место занимает пространственный образ себя, который является первой формой самосознания. При дефиците двигательной активности становление телесно-пространственного образа Я искажается. Ребенок, плохо чувствующий свое тело, не управляющий своими движениями, не может сосредоточиться на восприятии впечатлений и ощущений, приходящих как извне, так и изнутри. О нарушении самовосприятия, сенсорной интеграции как результате двигательной депривации, говорят многие исследователи [2]. Телесные чувства, а именно чувство осязания, чувство собственного движения, дающее переживание своей активности, и чувство равновесия, позволяющее пережить и сохранить свою устойчивость, не могут возникнуть при действиях ребенка с электронными игрушками. Они складываются и развиваются только в собственном двигательном опыте ребенка, в его действиях с реальными предметами.

Отдельный интерес представляют собой аналоги сюжетной игры. Они предлагаются маленьким детям в огромном количестве. Но можно ли назвать «игрой» в полном смысле этого слова такой вид деятельности? Игра дошкольников - это творческая, инициативная деятельность, в которой дети сами создают игровую ситуацию, замещая одни предметы другими и создавая воображаемую ситуацию. В настоящей игре действия ребенка определяются не воспринимаемым полем, а собственным замыслом, который отражает его переживания, представления и жизненный опыт. Поэтому взаимодействие ребенка-дошкольника с компьютером нужно рассматривать не как игру, а как деятельность, в которой компьютер предлагает определенное содержание. Взаимодействие с партнером, составляющее суть традиционной игры, с компьютерными персонажами становятся регламентированными и ограниченными фантазией их разработчиков. В традиционной сюжетной игре ребенок оперирует значениями, оторванными от вещей, но неотрывными от действия с реальными предметами. В компьютерной игре нет отрыва значения и нет расхождения реальной и мнимой ситуации, но нет и реального действия, реального общения, все происходит в условно-наглядной реальности. Компьютерная сюжетная игра без включения другого человека становится менее свободной, менее управляемой, сокращаются возможности самовыражения в игре, то есть теряет свойства игры.

В то же время существуют виды деятельности, которые не требуют активных движений и для которых экран представляется вполне адекватным эквивалентом предметной деятельности. К ним относится в частности составление картинок из частей, которое является традиционной формой детской деятельности (пазлы, разрезные картинки, картинки на кубиках и пр.). Возможен ли перенос такого рода детской деятельности на компьютерный экран? Для ответа на этот вопрос было предпринято небольшое пилотное исследование, в котором был проведен сравнительный анализ деятельности детей на планшете или с реальным предметным материалом [3].

В качестве материала была выбрана традиционная детская деятельность -

составление сюжетных картинок по образцу. Использовались разрезные картинки с прямым разрезом из 4 и 9 частей, а также составные картинки, накладывающиеся на контурное изображение. На первый взгляд собирание плоскостных изображений из отдельных частей остается неизменным при переносе в электронный вариант. Кроме того, составление картинки на экране имеет ряд преимуществ - детали сами аккуратно складываются, не скользят по столу, не падают и пр.

В исследовании участвовали 15 детей в возрасте 3-4 лет, которым предлагалось собрать картинки в двух вариантах: из картонных деталей и на планшете. Результаты показали существенные различия в этих казалось бы похожих действиях.

Прежде всего, в действиях с реальным материалом вариативность была гораздо больше. Выполняя задачу, дети пробовали самые разные варианты: накладывали детали на образец (хотя он меньше по размеру), собирали детали вокруг образца, собирали фрагменты по парам, а потом собирали картинку целиком, собирали картинки неправильной формы и т. д. Данные пробы свидетельствуют о своеобразном экспериментировании, о поиске самостоятельного решения, хотя и не всегда являются оптимальными и приводящими к правильному результату. При собирании на планшете большинство детей использовало исключительно метод перебора: пробуя, какая деталь «прилипнет» в данное место, то есть не обращая внимания на изображение, на детали и фактически игнорируя задачу собирания целого образа.

Важной отличительной особенностью данной деятельности является фиксация результата. В игре на планшете правильность действий определяется программой. В случае правильного выбора программа издает поощряющие звуки, дает похвалу, смайлики, само «прилипание» или «не прилипание» фрагмента является главным «поощрением». В случае неправильного выбора, деталь отскакивает и раздается неприятный звук. При действиях с бумажным аналогом дети самостоятельно принимали решение о завершении задания. Например, утверждали, что у них не получилось, потому что им не удалось положить карточки ровно, или, напротив, считали задание выполненным, когда собрали картинку не из всех частей.

Характерно, что при игре на планшете дети более остро и эмоционально реагировали на удачу и неудачу что, по-видимому, вызвано ярким «оценивающим» эффектом - при положительном результате раздаются аплодисменты, смайлики, мини-мультфильмы (ракета улетает и пр.), что, конечно, радует ребенка. Неправильное действие сопровождается негативным подкреплением: картинка возвращается на место и раздается неприятный звук, что переживалось маленькими детьми крайне тяжело (некоторые даже плакали). При собирании бумажной версии задания ничего подобного не наблюдалось: дети более спокойно относились к негативному результату своих действий. Можно полагать, что при игре на планшете центром внимания ребенка является получение поощрения и избегание порицания, которое далеко не всегда связывается с собственными действиями.

Обобщая сказанное, можно утверждать, что при всем внешнем сходстве деятельность детей на планшете и с реальным материалом принципиально различаются. Главное отличие заключается в том, что действуя с реальным предметным материалом, дети являются субъектами своей деятельности: они сами выбирают стратегию действий и сами оценивают результат, что поддерживает и развивает само-

стоятельность и инициативность ребенка. Действия на планшете определяются и контролируются заданной программой, а ребенок остается ее пассивным исполнителем. Кроме того, если в действиях с бумажной версией деятельность детей имеет процессуальный характер (они получали удовольствие от самостоятельных проб и по собиранию изображения), то в электронной версии главным мотивом является «реакция программы», а именно исходящее от нее поощрение или порицание.

Итак, даже при внешнем сходстве, деятельность ребенка с виртуальным материалом существенно отличается от традиционных видов детской деятельности.

Более того, по мнению некоторых исследователей, компьютерные игры могут способствовать искажению представлений маленького ребенка о мире. А.Г. Шмелев [9] отмечает, что пока у ребенка не сформировался образ реального мира как основы элементарного здравого смысла, воздействие компьютерных условных игр может оказаться до определенной степени «шизофренизирующим». Кроме того, слишком раннее введение в жизнь ребенка КТ может затормозить и редуцировать нормальное развитие реальной, настоящей игры, в которой осуществляется личностное и психическое развитие дошкольника.

Заключение. Как было отмечено выше, использование КТ в раннем и дошкольном возрасте стало широко распространенным явлением и изменило образ жизни детей. Это новое явление современного детства бросает вызов детским психиатрам и психологам и безусловно нуждается в осмыслении и исследованиях. Проблема заключается в том, что компьютерные игры являются слишком привлекательным и удобным занятием не только для детей, но и для родителей. Они дают возможность «отдохнуть от ребенка» и заняться своими делами. Производители компьютерных игр активно позиционируют свою продукцию как развивающую. В результате родители охотно дают малышам гаджеты, и «освобождение» от ребенка становится «легитимным», а дети быстро привыкают и активно требуют планшет.

В данной ситуации крайне важна позиция психологов и педагогов в отношении описанного феномена. Последнее время появилась тенденция встраивать КТ в дошкольное образование без соответствующих исследований. Нам представляется данная позиция неадекватной, когда дело касается маленьких детей. В отличие от взрослых, чьи психические процессы уже сформировались, дети находятся в процессе их формирования. В психологии многократно показано, что становление психики ребенка происходит в его практической деятельности – предметной, продуктивной, исследовательской, игровой. Как показывает анализ, взаимодействие с электронными устройствами принципиально отличается от этих форм детской деятельности и не компенсирует их. Поэтому исследования, проведенные на взрослых и подростках, не могут быть экстраполированы на детей.

Интенсивное бесконтрольное использование КТ в раннем возрасте отрывает детей от истинных источников развития, что создает серьезные риски. Возрастные психологи и психиатры не могут занимать нейтральную, индифферентную позицию перед этим вызовом нашего времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисенкова Н.С. Эрозия норм развития современного ребенка // Тезисы международного симпозиума «Л.С.Выготский и современное детство». М.: Изд-во Высшей школы экономики, 2017. С. 37-40.

2. Смирнова Е.О., Абдулаева Е.А. Опыт построения диагностики пространственного образа себя в раннем возрасте // Вопросы психологии. 2014. № 3. С. 58-68.

3. Смирнова Е.О., Матушкина Н.Ю. Семинар «Виртуальная реальностью современного детства» // Культурно-историческая психология. 2017. Т. 13. № 2. С. 71–76.

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

5. Солдатова Г.У., Теславская О.И. Видеоигры, академическая успеваемость и внимание: опыт и итоги зарубежных эмпирических исследований детей и подростков [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 4. С. 21-28. doi:10.17759/jmfp.2017060402.

6. Шмелев А.Г. Психодиагностика и новые информационные технологии // Компьютеры и познание. М.: Наука, 1990. С. 87-104.

REFERENCES

1. Denisenkova N.S. Jerozija norm razvitija sovremennogo rebenka // Tezisy mezhdunarodnogo simpoziuma «L.S.Vygotskij i sovremennoe detstvo». M.: Izd-vo Vysshej shkoly jekonomiki, 2017. S. 37-40.

2. Smirnova E.O., Abdulaeva E.A. Opyt postroenija diagnostiki prostranstvennogo obraza sebja v rannem vozraste // Voprosy psihologii. 2014. № 3. С. 58-68.

3. Smirnova E.O., Matushkina N.Ju. Seminar «Virtual'naja real'nost'ju sovremennogo detstva» // Kul'turno-istoricheskaja psihologija. 2017. Т. 13. № 2. С. 71–76.

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

5. Soldatova G.U., Teslavskaja O.I. Videoigry, akademicheskaja uspevaemost' i vnimanie: opyt i itogi zarubezhnyh jempiricheskikh issledovanij detej i podrostkov [jelektronnyj resurs] // Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. 2017. Т. 6. № 4. С. 21-28. Doi:10.17759/jmfp.2017060402.

6. Shmelev A.G. Psihodiagnostika i novye informacionnye tehnologii // Komp'jutery i poznanie. M.: Nauka, 1990. С. 87-104.

7. Blum-Ross A., Livingstone S. Families and screen time: Current advice and emerging research // London: London School of Economics and Political Science, 2017.

8. Inactivity and screen time / Australian Department of Health 2012. URL: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/gug-indig-hb~inactivity>

9. Kiefer M., Schzuler S., Mayer C., Trumpp N., Hille K. & Sachse S. Handwriting or Typewriting? The Influence of Pen- or Keyboard-Based Writing Training on Reading and Writing Performance in Preschool Children // Advances in Cognitive Psychology, 2015. no. 11. pp. 136 – 146.

10. Livingstone S., Davidson J., Bryce J., Hargrave A. & Grove-Hills J. Children's online activities, risks and safety: The UK evidence base // London, UK: Council for Child Internet Safety, 2012.

11. Media and young minds. AAP Council on Communications and Media // Pediatrics. 2016. 138(5). e20162591.

12. Mifsud C. L. & Petrova R. Young children (0-8) and digital technology: The national report for Malta. University of Malta / EU Joint Research Centre, 2017.

[http://www.um.edu.mt/data/assets/pdf_file/0012/314400/ Young children and Digital Technology – The National Report for Malta.pdf](http://www.um.edu.mt/data/assets/pdf_file/0012/314400/Young_children_and_Digital_Technology_-_The_National_Report_for_Malta.pdf)

13. Miner R. Television is now the second screen for kids with tablets [Survey report]. 2015. <http://www.minerandcostudio.com/tv-is-now-the-second-screen>

14. National Association for the Education of Young Children & Fred Rogers Center for Early Learning Children's Media at Saint Vincent College. Technology and interactive media as tools in early childhood programs serving children from birth through age 8 // Washington, DC, 2012. http://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/PS_technology_WEB2.pdf

15. Rideout V. The Common Sense census: Media use by kids age zero to eight // San Francisco, CA: Common Sense Media, 2017. <https://www.commonsensemedia.org/research/the-common-sense-census-media-use-by-kids-age-zero-to-eight-2017>

16. Spitzer M. Cyberkrank! Wie das digitalisierte Leben unsere Gesundheit ruiniert. Droemer, München, 2015.

17. US Department of Education & US Department of Health and Human Services. Policy brief on early learning and use of technology. Washington, DC, 2016. <http://tech.ed.gov/files/2016/10/Early-Learning-Tech-Policy-Brief.pdf>

18. Using digital touch technologies to support children's learning // Australian Children's Education and Care Quality Authority URL: <https://wehearyou.acecqa.gov.au/2015/07/15/using-digital-touch-technologies-to-support-childrens-learning/>

19. Vaala S. & Hornik R. Predicting US infants' and toddlers' TV/video viewing rates: Mothers' cognitions and structural life circumstances // Journal of Children and Media, 2014. no. 8. pp. 163-182.

20. Wartella E., Rideout V., Lauricella A.R. & Connell S. L. Parenting in the Age of Digital Technology: A National Survey // Evanston, IL: Northwestern University, 2013.

E.O. Smirnova, N.Yu. Matushkina, S.Yu. Smirnova

DIGITAL AND TRADITIONAL GAMES IN EARLY CHILDHOOD

The Center for Applied Psychological and Pedagogical Research of Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The article shows the intensive growth in the consumption of digital computer games and programs in small children and reducing the age of initiation to the computer to the first months of life. The data proving the destructive influence of digital games on the formation of the mental abilities of young children, as well as the results showing their positive effect are presented. A comparative study of the activities of children with virtual and real material is described. The results of the study indicate that the interaction of children with electronic devices is fundamentally different from traditional forms of children's activities and does not compensate for their deficiency.

Keywords: computer technologies, digital games and programs, early and pre-school age, children's activities with real and virtual material.

**ВОЗРАСТНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,
ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ****ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет» (Москва).**

Резюме. В статье раскрывается понятие «возрастная идентичность», анализируется ее становление в дошкольном возрасте с учетом влияния социальных и когнитивных факторов. Установлено, что у детей, воспитывающихся без попечения родителей, темп взросления ускоряется, а продолжительность жизни субъективно воспринимается как укороченная. Дети с задержкой психического развития идентифицируют себя с возрастной категорией, предшествующей их реальному возрасту, имеют недостаточно сформированные, размытые возрастные границы.

Ключевые слова: возрастная идентичность, самосознание, дошкольный возраст, дети-сироты, задержка психического развития, линия жизни, продолжительность жизни.

Возрастная идентичность является одной из базовых характеристик личностной идентичности и рассматривается как процесс осознания и переживания индивидом собственного Я во времени. Образ Я как базовый личностный компонент Я-концепции лежит в основе формирования самооценок и феномена самовосприятия, изначально определяет субъективное восприятие внешних факторов и формы поведения личности. Иными словами, самосознание личности представляется как один из главных факторов становления субъектности личности, которая ведет к самореализации человека в жизни [2].

Я-концепция развивается во взаимодействии с окружающими человека людьми, особенно значимыми другими и находится под влиянием культурных, социальных, структурных и исторических процессов [11]. Ролевые и иные структурные особенности общества обеспечивают ожидания, которые определяют поведение человека во взаимодействии с ближайшим и широким окружением, и обеспечивают внешние, социально согласованные стандарты и оценки для сравнения себя с другими.

Понимание своего возраста формируется в раннем периоде и в дальнейшем развивается на протяжении всей жизни человека [13]. Возраст наряду с полом является основным источником различий в социальных и культурных ожиданиях в отношении жизненного опыта и ролей. Представления о том, что значит быть ребенком, подростком или взрослым, влияют на процесс становления идентичности. Нарушение возрастной идентичности в детстве ставит под угрозу становление идентичности ребенка или подростка и ускоряет субъективное старение. Ребенок осознает себя относительно более старшим (или младшим), когда его субъективный опыт не совпадает с возрастными нормами, «предписанными» его хронологическим возрастом. Основными ориентирами для него обычно являются три типа возрастных норм: принятие на себя социальных ролей взрослого, накопление обязанностей и выполнение задач взрослого и пред-

видение короткой продолжительности жизни (т. е. ранней смерти) [12].

В исследованиях последних лет большое значение придается теме «ответственность» для понимания того, что значит взрослеть и становиться взрослым. Феномен взросления можно измерить изменениями уровня ответственности за себя и других [8, 9, 13, 15, 17, 18]. При адекватном психическом развитии ребенка, благоприятных социальных условиях воспитания и становления личности, самосознание и образ Я формируется стихийно. При аномальном психическом развитии (интеллектуальных и личностных нарушениях) и воспитании в неадекватных социальных условиях стихийное формирование самосознания существенно затруднено, а иногда невозможно [3]. Когда дети и подростки берут на себя уровень ответственности, который понимается как более типичный для людей старшего возраста, они, вероятно, считают себя старше своих сверстников. Можно ожидать, что достаточно низкие обязанности в детстве и подростковом возрасте вызовут понимание этих жизненных этапов как относительно беззаботного периода жизни с сохранением зависимости от близких людей.

Другой подход к пониманию возрастной идентичности заключается в субъективном восприятии продолжительности жизни. Те, кто, заглядывая в будущее, видит резко сокращенный жизненный путь, могут чувствовать себя старше, чем другие люди их возраста. Если такое ощущение появляется в детстве или подростковом возрасте, это нарушает нормативные графики возрастного развития, предполагающие наличие пожилого возраста, и ускоряет субъективное старение. Дети и подростки, которые сталкивались с опасными для жизни рисками, говорили, что чувствовали себя старше и быстро росли [16].

Одним из факторов социального неблагополучия является ситуация воспитания детей без семейного попечения. Исследования показывают, что развитие детей вне семьи сказывается на формировании специфических черт характера и на самосознании в целом [2, 5, 14, 19]. Условия воспитания детей в учреждениях закрытого типа сохраняют мягкие формы госпитализма, что влечет за собой задержку возрастной динамики развития личности. В семье ребенок имеет возможность слышать, видеть, как нужно жить, что надо знать, какова в действительности жизнь, отношение людей друг к другу, их суждения, оценки и переживания, что оказывает решающее влияние на становление идентичности [6].

Целью нашего исследования было изучение характеристик возрастной идентичности и влияние на них социальных условий воспитания и уровня психологического развития дошкольников.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 124 ребенка в возрасте от 5.5 до 6.8 лет ($M=6.2\pm0.6$). Участники исследования посещали дошкольные учреждения Подольского, Чеховского и Серпуховского районов Московской обл. *Критерием включения* был определенный уровень психологического развития детей и статус проживания (семейный или без попечения родителей). *Критерием исключения* было наличие хронических соматических или психических заболеваний. Распределение по группам проходило следующим образом:

Группа С1 – дети с нормативным развитием, проживающие в семье и посещающие детские сады общеразвивающей направленности (32 человека);

Группа С2 – дети с ЗПР, проживающие в семье и посещающие детские сады компенсирующего и комбинированного вида (32 человека);

Группа Д1 – дети-сироты или лишенные опеки родителей с нормативным развитием, проживающие в Детском доме.

Группа Д2 – дети-сироты или лишенные опеки родителей с ЗПР, проживающие в детском доме.

Диагностический блок методик:

1) диагностическое интервью (авторская разработка);

2) методика «Исследование половозрастной идентификации и детского самосознания» [1];

3) методика «Линия жизни» (авторская модификация для младшего возраста) [4].

Все методики были дополнены контурными черно-белыми картинками. Диагностическое интервью содержало описание обязанностей, адекватных возрасту испытуемых.

Возрастная идентичность измерялась по параметрам принятия-отвержения пяти возрастных категорий: детский возраст В1 (4-12 лет); подростковый и юношеский возраст В2 (13-21 год); возраст ранней зрелости В3 (22-35 лет); возраст поздней зрелости В4 (36-55 лет); пожилой возраст В5 (старше 55 лет).

В исследовании применялись статистические методы (описательная статистика, критерии Манна-Уитни, критерий χ^2). Обработка результатов проводилась при помощи пакета прикладных статистических программ STATISTICA 10.0.

Результаты. Поскольку наш основной интерес заключается в понимании того, как ментальные и социальные трудности влияют на становление возрастной идентичности ребенка, мы сфокусировались на изучении поведения и опыта детей, находящихся в различных социальных условиях и имеющих как нормативный, так и задержанный уровень психического развития.

Результаты анализа первого параметра «Возрастная самоидентификация» показали значимые отличия у детей, входящих в разные исследовательские группы (рис. 1–3).

На вопрос: «На кого из этих людей ты больше всего похож по возрасту?» - большинство детей, воспитывающихся в семье, указали на фигуру дошкольника, которая соответствовала их хронологическому возрасту (рис. 1).

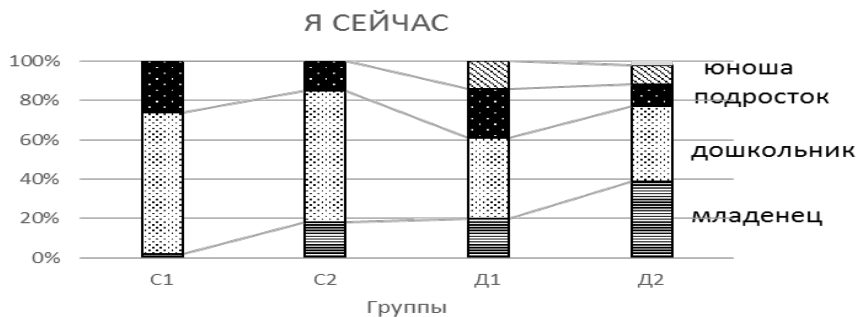


Рисунок 1. Выбор детьми актуального возраста

Идентифицировали себя с младенцем только дети с ЗПР независимо от условий проживания. Эта же категория детей выбирала для самоидентификации юношеский возраст. Дети, воспитывающиеся в семье, таких выборов не делали. Следует отметить, что больше всего выборов младенческого возраста было в группе детей с ЗПР, воспитывающихся в детском доме. Возможно, это связано с большим количеством специалистов, которые ухаживают за такими детьми и в какой-то мере инфантилизируют их.

Второй идентификационный выбор нужно было сделать, выбрав фигуру: «Какой ты был раньше?» (рис.2).

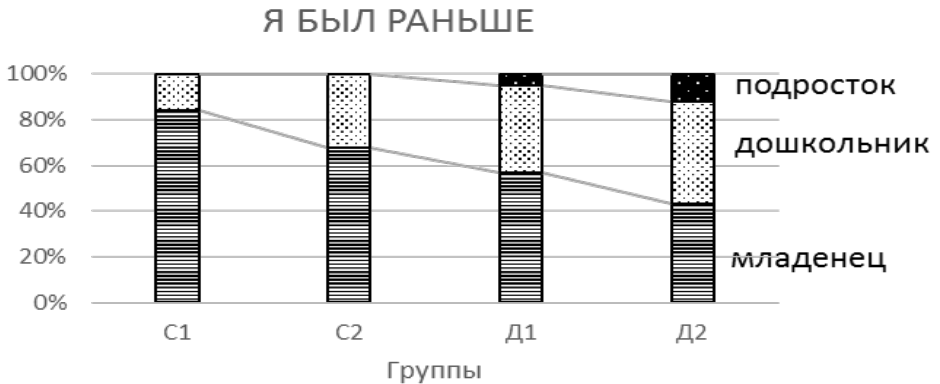


Рисунок 2. Выбор детьми возраста, предшествующего хронологическому.

В группах детей, воспитывающихся в семье, подавляющее большинство выбрало себя младенцами. Других выборов в этих группах не было. Иная картина наблюдалась в группе детей, воспитывающихся в детском доме. Часть из них идентифицировала себя с возрастом, который соответствовал их хронологическому возрасту, некоторые даже с подростковом.

Третий вопрос звучал так: «Когда ты вырастешь, каким ты будешь?» (рис. 3).

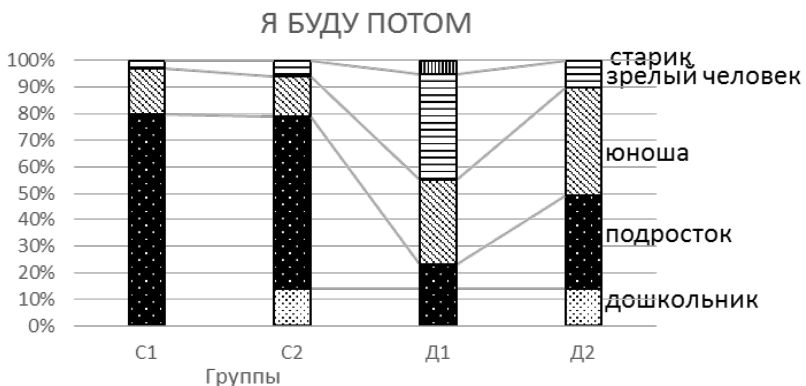


Рисунок 3. Выбор детьми возраста, следующего за хронологическим.

Некоторые дети с ЗПР идентифицировали себя с дошкольниками, что не встречалось в группах детей с нормативным развитием. В то же время в группе детей, воспитывающихся в семье, преобладали выборы подросткового возраста, следующего за их актуальным возрастом. В группе детей, воспитывающихся в детском доме, эти выборы сделали не более четверти детей. Важно отметить, что дети с нормативным развитием, воспитывающиеся без попечения семьи, сделали значимо больше выборов в категории «Зрелый человек», чем дети из других групп, и, единственные, сделали выбор в группе «Старик».

Обобщая полученные результаты, мы можем констатировать, что дети, воспитывающиеся вне семьи, давали значимо меньше адекватных выборов (рис. 4). При этом в большинстве случаев они выбирали более старший возраст для своей идентификации.

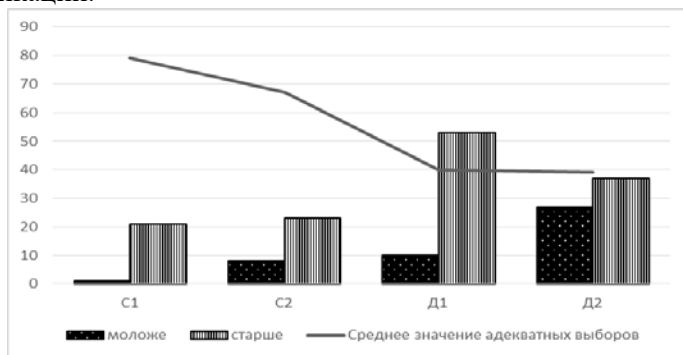


Рисунок 4. Количество возрастных идентификационных выборов в % (средние значения по группе)

Проведение качественного анализа возрастной идентичности позволило определить, насколько адекватен выбор социальных ролей для детей с разным статусом развития, воспитывающихся в разной среде.

Детям предлагалось в 5 категориях (самообслуживание, помощь старшим и младшим, помощь по дому и вне дома) выбрать те обязанности, которые они выполняют (могут выполнять) на сегодняшний день. Максимальное количество баллов равнялось 10 (рис. 5).

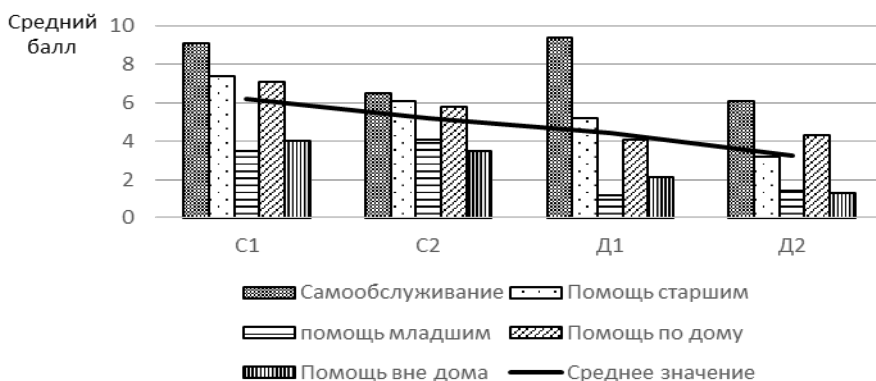


Рисунок 5. Уровень ответственности, принятый ребенком.

Понятие «взрослости» имеет не только описательное, но и ценностное, социально-статусное значение, обозначая асимметрию прав и обязанностей. Понятие «младший» психологически указывает не только на возраст, но и на зависимый, подчиненный статус. Таким образом, дети с нормативным развитием, особенно воспитывающиеся вне семьи, стремились повысить свой социальный статус, беря на себя больше ответственности, а дети с ЗПР стремились занять позицию «опекаемого» и «зависимого». Дети, воспитывающиеся вне семьи, практически не имели опыта взаимодействия с младшими по возрасту детьми и низкие навыки, необходимые для жизни в социуме.

Следующий этап работы был посвящен выяснению представлений детей о продолжительности жизни, что дает возможность определить временную перспективу, которую видит ребенок и сделать предположения о динамике старения.

Для большинства детей смерть не представляется пугающим явлением. Дошкольники обычно никак не реагируют на слово «смерть», некоторые имеют о ней очень ограниченные представления («быть больным», «попасть на небо»). Тем не менее ребенок, потерявший своего родителя, может очень остро реагировать на это слово. Учитывая изложенное, мы постарались избегать частого употребления этого понятия. Схема жизненного пути предлагалась в виде континуума изображений людей разных возрастных групп. Продолжительность жизни определялась по той точке на линии, возле которой ребенок останавливался, отвечая на вопрос: «Сколько ты планируешь прожить?».

Предвидение короткой продолжительности жизни (т. е. ранней смерти), встречалось у детей всех категорий (рис. 6).

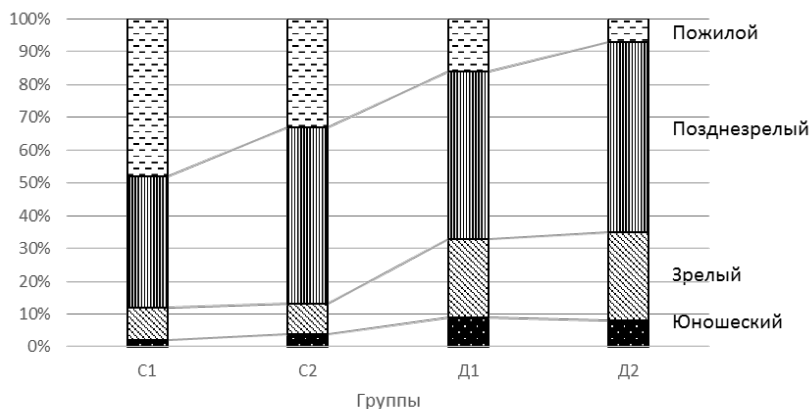


Рисунок 6. Представление детей о продолжительности жизненного пути.

Значимо чаще дети, воспитывающиеся вне семьи, предполагали, что они могут умереть очень скоро - в юношеском и раннем зрелом возрасте. Подавляющее большинство из них предпочитало остановиться в позднем зрелом возрасте. До пожилого возраста планировало дожить не более четверти.

Большинство детей, воспитывающихся в семье, указывали на последние изображения в ряду пожилых людей. Обычно они говорили, что у них дома есть «старенькая бабушка» и они будут жить столько же. Таким образом, мы пред-

полагаем, что дети, которые ожидают резко сокращенную продолжительность жизни, субъективно оценивают свой возраст как более старший, искажая представление о своей возрастной идентичности.

Сопоставляя полученные данные с теорией, мы можем предположить, что такие трудности, как разрушение семьи, бедность и жизнь с насилием и страхом за свою безопасность в раннем возрасте, способствуют быстрому взрослению, с одной стороны, и сокращению жизненных перспектив, с другой [7, 10].

Заключение. Изучение жизненного цикла и его временной составляющей позволяет сфокусировать наше внимание на возрастных нормах, возрастных категориях и содержании жизненных этапов, которые могут служить основными маркерами возрастной идентичности, а также идентичности в более широком смысле этого слова.

Процесс осознания человеком своего возраста, идентификация с ним запускается в дошкольном детстве. Возрастная идентификация ребенка дошкольного возраста является одним из важных направлений в развитии личностной базовой идентичности, которая влияет на формирование характера, межличностные отношения, оказывает позитивное влияние на адекватную идентификацию с собственным половозрастным статусом.

В процессе общения с родителями, а в случае их отсутствия – со значимыми взрослыми, происходит процесс первичной возрастной идентификации. Любые нарушения семейной структуры приводят к существенному искажению субъективного восприятия возраста. В первую очередь это проявляется в отрыве от хронологического возраста в сторону его увеличения, т. е. быстрого взросления. В то же время отрицательный и негативный социально-эмоциональный опыт у этих детей приводит к субъективному укорочению продолжительности жизни.

Анализ временной самоидентификации и возрастной аттракции детей с ЗПР показал, что они имеют наиболее низкую степень сформированности возрастной идентичности среди изучаемых групп, в частности они наименее адекватно способны оценивать себя во временной перспективе. При выборе будущего возраста дети данной категории чаще, чем дети других групп, идентифицировали себя с возрастной категорией, предшествующей их реальному возрасту, имели размытые и недостаточно сформированные возрастные границы.

Возрастная идентичность считается адекватной, когда прошлое, настоящее и будущее воспринимается ребенком целостно, в виде непрерывности и тождественности личной истории. Результаты нашей работы по изучению возрастной идентичности открывают возможность дифференциальной диагностики идентификационных нарушений, которые приводят к искажениям в развитии личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская, Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. – М.: Когито–Центр, 2009. – 192 с.
2. Дубровина И.В., Рузская А.Г. Психическое развитие воспитанников детского дома. – М.: Педагогика, 1990. – 264 с.
3. Кабанов И.С., Свистунова Е.В. Изучение структуры Я–концепции у детей, воспитывающихся в условиях детского дома // European Social Science

Journal. – 2013. – № 9-2 (36). – С. 142-150.

4. Кроник А.А., Головаха Е.И. Психологический возраст личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. - СПб.: Питер, 2000. – С. 167-179.

5. Лисина М.И. Пути влияния семьи и детского учреждения на становление личности дошкольника // Психологические основы формирования личности в условиях общественного воспитания. – М., 1979. – С. 4-8

6. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. СПб.: Питер, 2009. – 320 с.

REFERENCES

1. Belopol'skaja, N.L. Psihologicheskaja diagnostika lichnosti detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya. – М.: Kogito–Centr, 2009. – 192 s.

2. Dubrovina I.V., Ruzskaja A.G. Psihicheskoe razvitie vospitannikov detskogo doma. – М.: Pedagogika, 1990. – 264 s.

3. Kabanov I.S., Svistunova E.V. Izuchenie struktury Ja–konceptii u detej, vospityvajushhihsja v uslovijah detskogo doma // European Social Science Journal. – 2013. – № 9-2 (36). – С. 142-150.

4. Kronik A.A., Golovaha E.I. Psihologicheskij vozrast lichnosti // Psihologija lichnosti v trudah otechestvennyh psihologov. - SPb.: Piter, 2000. – С. 167-179.

5. Lisina M.I. Puti vlijaniya sem'i i detskogo uchrezhdenija na stanovlenie lichnosti doskol'nika // Psihologicheskie osnovy formirovaniya lichnosti v uslovijah obshhestvennogo vospitaniya. – М., 1979. – С. 4-8

6. Lisina M.I. Formirovanie lichnosti rebenka v obshhenii. SPb.: Piter, 2009. – 320 s.

7. Amato P.R. The Consequences of Divorce for Adults and Children. Journal of Marriage and the Family. 2000;62:1269–87

8. Andrew M., Eggerling-Boeck J., Sandefur G.D, Smith B. The 'Inner Side' of the Transition to Adulthood: How Young Adults See the Process of Becoming an Adult. Advances in Life Course Research. 2007; 11:225–51.

9. Arnett J.J. Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens through the Twenties. American Psychologist. 2000; 55(5):469–80.

10. Crouch J., Hanson R.F, Saunders B.E, Kilpatrick D.G, Resnick H.S. Income, Race / Ethnicity, and Exposure to Violence in Youth: Results from the National Survey of Youth. Journal of Community Psychology. 2000; 28:625–41.

11. Johnson M.K., Berg J.A., Sirotzki T. The Confluence Model of Subjective Age Identity Extended: Social Experience and Differentiation in Self-Perceived Adulthood. Social Psychology Quarterly. 2007; 70: 243–61.

12. Johnson M.K., Mollborn S. Growing up Faster, Feeling Older: Hardship in Childhood and Adolescence, 2009, page(s): 39-60

13. Kaufman G., Elder G.H. Jr Grandparenting and Age Identity. Journal of Aging Studies. 2003; 17:269–82.

14. Kaur R., Vinnakota A., Panigrahi S. and Manasa R. V. A Descriptive Study on Behavioral and Emotional Problems in Orphans and Other Vulnerable Children Staying in Institutional Homes Indian J Psychol Med. 2018 Mar-Apr; 40(2): 161–168.

15. Pallas A.M. A Subjective Approach to Schooling and the Transition to

Adulthood. *Advances in Life Course Research*. 2007; 11:173–97.

16. Parry C., Chesler M.A. Thematic Evidence of Psychosocial Thriving in Childhood Cancer Survivors. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(8):1055–73.

17. Ross M. 'Constructing Adulthood': Agency and Subjectivity in the Transition to Adulthood. *Advances in Life Course Research*. 2007; 11:3–29.

18. Shanahan M.J, Porfeli E., Mortimer J.T, Erickson L.D. Subjective Age Identity and the Transition to Adulthood: Demographic Markers and Personal Attributes. In: Furstenberg Frank F, Jr, Rumbaut Ruben G, Settersten Richard A., Jr, editors. *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research, and Public Policy*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2005. pp. 225–55.

19. Thomas I. & Uma J. (1991). Personality differences between orphans and non-orphans. *The Creative Psychologist*. 3. 31-38.

E.V. Svistunova

AGE IDENTITY OF PRESCHOOL CHILDREN RAISED IN DIFFERENT SOCIAL ENVIRONMENT

Moscow City Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article deals with «age identity» definition, analyses how it's formed in preschool children considering social and cognitive factors. It was defined that process of growing up with children raised without parents speeds up and they consider their longevity shortened. children who are mentally retarded identify themselves with age category prior to their real age. They have not sufficiently formed age boundaries.

Key words: age identity, self-awareness, preschool age, orphan children, retarded mental development, lifeline, longevity.

**ЛИЧНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ В ПЕРИОДЕ ВЗРОСЛЕНИЯ
ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ МАЛЫМИ И ЗАТУХАЮЩИМИ
ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА****ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет (Смоленск).**

Резюме. В статье представлено исследование личностного развития подростков группы риска с нарушениями поведения,отягощенного соматическим неблагополучием (наличием малых и затухающих форм туберкулеза). Полученные результаты расширяют и дополняют клинико-психологические данные о взаимосвязи между индивидуально-типологическими свойствами подростков («агрессивность», «тревожность»), уровнем невротизации и психопатизации, влияющими на особенности адаптации и социализации подростков с психосоматическими нарушениями.

Ключевые слова: личностное развитие, взросление, подростки, индивидуально-типологические свойства, невротизация, психопатизация, туберкулез.

Анализ современных клинико-психологических исследований [1, 2, 4, 5, 8 и др.] показывает, что психический перелом у подростков, страдающих психосоматическими, психическими заболеваниями, обуславливает исключительную сложность и противоречивость дальнейшей адаптации и социализации, влияет на их гармоничное психическое развитие. Показательны на этот счет исследования подростков групп [6, 9].

Проблематика нашего исследования была заключена в ответе на вопрос: как протекает становление личности подростка группы риска, страдающего туберкулезом легких. В этом ключе следует отметить, что данная категория взрослеющих молодых людей достаточно мало изучена. В большей степени недостаточно изученными являются подростки группы риска с нарушениями поведения, страдающие малыми и затухающими формами туберкулеза, личностное развитие которых протекает в особых условиях.

Работы современных исследователей по заявленной проблеме [3], где изучались личностные характеристики и особенности эмоционального реагирования детей и подростков больных туберкулезом в ходе сравнительного анализа, выявили низкие показатели физического здоровья. Они свидетельствуют о том, что в повседневной деятельности физическая активность больных подростков значительно ограничена ввиду их заболевания туберкулезом. Низкие показатели психического здоровья говорят о снижении их жизненной активности, контактов, что обусловлено ухудшением их эмоционального состояния - наличия депрессии, тревожных переживаний. Выявлены психологические нарушения различной степени выраженности. Сочетание тревожности и астении способствует снижению самооценки, нарушению социальных взаимодействий, формированию различных фобий. Интенсивность внешней стрессовой нагрузки в жизни подростков выражается в их внутренней враждебности, субъективно-подозрительном отношении к окружающим, неспособности к конструктивному диалогу, развитию высокой аффективной напряженности стрессогенного действия развития заболевания, что в свою очередь снижает адаптационные ресурсы подростков.

Из-за ограниченного круга общения у подростка с соматическим неблагополучием преобладает неадекватное поведение. Это просматривается в постоянных конфликтах с окружающими, неприятии запретов и замечаний, несформированности навыков общения с незнакомыми людьми. Как следствие всего выше указанного - реакции личности на саму болезнь, которая имеет проявления в нарушениях саморегуляции деятельности, снижении уверенности в собственных силах и неумении контролировать разнообразные жизненные ситуации.

Анализируя немногочисленные исследования последних нескольких лет [7], определяем высокую тревожность больных подростков, неустойчивость психологических черт. Сравнительный анализ личностного профиля и поведенческих тенденций подростков показывает, что им свойственны неуверенность в себе, неустойчивость настроения, тревожность, ранимость, что, в свою очередь, способствует формированию невротичности, обусловленной наибольшими трудностями адаптации к новым условиям жизни, снижению уверенности в своих силах и возможностях; пессимистическом взгляде на прошлое и будущее.

Таким образом, туберкулез оказывает негативное влияние на личностное становление больных подростков, снижает сопротивляемость всего организма. Повышенная чувствительность и психоэмоциональное напряжение приводят к функциональным и органическим нарушениям личности, социальному риску в обществе, принятию отрицательной Я-концепции, низкому уровню социализации, неправильному отношению к системе нравственных норм, неадекватно завышенной или заниженной самооценке, отсутствию опыта нравственного поведения.

Описанные позиции позволили нам выполнить исследование, связанное с изучением становления личностного развития подростка группы риска, страдающего туберкулезом. **Целью нашего исследования** явилось изучение личностного развития подростков группы риска в период взросления во взаимосвязи с уровнями невротизации и психопатизации. На предварительном этапе работы была выдвинута гипотеза о том, что личностное развитие подростков группы риска отличается качественным своеобразием. У подростков с соматическим неблагополучием в виде малых и затухающих форм туберкулеза в отличие от гармонично развивающихся подростков имеют место структурно-содержательные характеристики их личностного развития и взросления. В них определяется взаимосвязь между индивидуально-типологическими свойствами «агрессивность», «тревожность» и уровнем невротизации и психопатизации, влияющими на особенности их адаптации и социализации.

Методы и методики исследования. В работе применялись такие методы, как теоретико-методологический анализ имеющихся исследований по заявленной проблеме, методы наблюдения, направленной клинико-психологической беседы, констатирующий эксперимент. Изучались личные дела детей, характеристики, которые содержат информацию о ходе психического развития подростков, заключения медицинских специалистов (фтизиатра, психиатра, невролога и др.). Применялись также следующие методы: ИТДО – индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик; опросник EPQ Г. Айзенка для изучения выраженности свойств личности - нейротизма и экстраверсии, интроверсии и психотизма; методика УНП для определения уровня невротизации и психопатизации (адаптация Л.И. Вассермана).

Экспериментальную базу исследования составили подростки СОГБОУ «Красноборская санаторно-лесная школа» Смоленской обл. в возрасте 13-16 лет из 6-,9 классов. Общая численность испытуемых 59 человек (24 женского пола и 35 мужского пола). В качестве контрольной группы участвовали здоровые, гармонично развивающиеся подростки МБОУ «СШ № 3» г. Смоленск в количестве 62 обучающихся (40 мужского пола и 22 женского пола).

Экспериментальное исследование особенностей личностного развития подростков группы риска, страдающих малыми и затухающими формами туберкулеза

При проведении анализа медико-биологических факторов риска подростков экспериментальной группы на первый план выступает отягощенная наследственность, обусловленная рядом анте- и интранатальных факторов риска (9,2%) у детей, страдающих туберкулезом. Среди наиболее распространенных в антенатальной патологии гестозы второй половины беременности (64,2%), психотравмирующие ситуации (75,9%). В рамках интранатальной патологии выступают угроза прерывания беременности (45,1%), дискоординация родовой деятельности (38,7%), гипоксия плода (68,6%) с последующим перинатальным поражением ЦНС и задержкой психомоторного развития.

Приведем клинико-психологический случай наблюдения и психолого-педагогического сопровождения за подростком М.

М. обучается в «Красноборской санаторно-лесной школе» с 6 класса по направлению от фтизиатра. В настоящее время учится 8 классе. Родители разведены. М. живет с матерью, которая вторично вышла замуж. Живут бедно. Мама курит, замечена на территории школы в нетрезвом состоянии. Изредка звонит, чтобы узнать, какие успехи у сына. Отец проживает отдельно, в другом городе. У М. есть отчим, с которым у него натянутые отношения. Отчим и мама употребляют спиртные напитки. М. летом подрабатывает, чтобы заработать себе на одежду, карманные деньги. Приезжает к отцу на каникулы, отец и сын совместно проводят время. Отец как может помогает сыну и принимает участие в его воспитании. За время обучения М. проявил средние способности в усвоении учебного материала. Уроки не пропускает, но не всегда добросовестно выполняет домашние задания. Если не понимает материал и объяснения учителя, то может мешать учителю на уроке, пытается обратить на себя внимание, мотивируя тем, что ему непонятен материал. В классном коллективе не пользуется авторитетом. Физически хорошо развит, посещает тренажерный зал. Замечен в воровстве. Одноклассники его не уважают, у него практически нет близких друзей. Любит надоедать по пустякам. Пытается обратить на себя внимание представителей противоположного пола всеми доступными способами и средствами. Ради достижения цели способен унижить и оскорбить. В характере отмечается циклоидность - от ухода в себя и молчаливости до чрезмерной разговорчивости. Часто проявляются признаки агрессии в отношении одноклассников. Увиливает от физического труда, но если надо, чтобы его похвалили, то работает прилежно. Скрытен, не всегда адекватно воспринимает замечания в свой адрес. Агрессия представляет собой всплеск эмоций и физической силы на каком-либо предмете (телефон, стена комнаты), либо по отноше-

нию к себе. Низкий уровень субъективного контроля, который просматривается в неадекватных способах взаимодействия с окружающей его средой, приводит к дистрессам, усилению невротизации личности и обострению основного заболевания; повышенной раздражительности, беспокойству, склонности к бурному эмоциональному реагированию невзирая на последствия.

При проведении экспериментального обследования групп растущих детей, оперируя смысловым содержанием и количественными показателями для разных шкал, можно сказать, что больным туберкулезом подросткам свойственны эмоциональная напряженность, склонность к накоплению отрицательных эмоций, низкая толерантность к стрессам, возбудимость и лабильность, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии заболевания на психическую сферу подростка.

Полученные данные по опроснику Г. Айзенка демонстрируют патопсихологические динамически изменяющиеся особенности состояния растущих детей, которые связаны не только с показателями лабильности нервной системы, но и нарушениями личностного развития.

Таблица 1.

Уровни «нейротизма» и «психотизма» у разных групп подростков

Группы подростков	Уровни типологических свойств (по Г. Айзенку)				Достоверность различий (p)
	эмоциональная устойчивость	эмоциональная неустойчивость	нейротизм	психотизм	
Гармонично развивающиеся подростки	76,9%	12,3%	10,8%	13,4%	P <0,001
Подростки группы риска	24,1%	55,2%	20,7%	27,6%	P <0,001

В экспериментальной группе в норме эмоциональная устойчивость у 24,1%, у 55,2% подростков наблюдается эмоциональная неустойчивость, которая выражается в эмоциональной возбудимости и чрезвычайной нервности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений (лабильности), чувстве вины и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях, рассеянности, неустойчивости в стрессовых ситуациях. «Нейротизм» наблюдается у 20,7%, «психотизм» у 27,6%. Таким подросткам свойственны импульсивность, неровность в контактах с людьми, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, склонность к раздражительности. Полученные нами данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии заболевания туберкулезом на дальнейшее становление личностной сферы подростков.

Показательны также данные о преобладании индивидуально-типологических свойств личности взрослеющих подростков разных групп (методика ИТДО, Л.Н. Собчик, 2002). Полученные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Уровни «нейротизма» и «тревожности» у разных групп подростков

Группы подростков	Уровни типологических свойств («агрессивность», «тревожность») по Л.Н. Собчик			Достоверность различий (p)
	норма	повышенный	высокий	
Гармонично развивающиеся подростки	78,6% (75,2%)	12,4% (13,8%)	10% (11%)	P <0,001
Подростки группы риска	34,5% (37,8%)	55,2% (48,3%)	10,3% (13,9%)	P <0,001

Количественные показатели по шкале «агрессии» показывают, что повышенный (55,2%) и высокий (10,3%) уровни обуславливают склонность к агрессии и создают угрозу социального конфликта в экспериментальной группе. Проанализированы и показатели по шкале «тревожности». Сопоставление количественных показателей по шкале «тревожности» показывает повышенный уровень тревожности - 48,3%, в том числе высокий - 13,9%, что наиболее показательно в плане оценки влияния заболевания туберкулезом на социальную адаптацию, который указывает на реальное неблагополучие подростка в наиболее значимых для него областях деятельности и общения.

Для оценки взаимосвязи уровня невротизации и психопатизации у взрослеющих подростков разных групп и их типологических особенностей мы представили результаты работы с опросником УНП (адаптация Л.И. Вассермана). Так, уровень невротизации в группе подростков, страдающих туберкулезом, выше, чем в группе учащихся в школе ($p < 0,01$). Высокому уровню невротизации соответствуют легкомыслие, упрямство в межличностных взаимодействиях и холодное отношение к людям. Также выше уровень психопатизации у подростков с девиантным поведением, чем у школьников (6,5 и -6). Этим лицам присуща тенденция к выходу за рамки общепринятых норм морали, что может приводить к непредсказуемости их поступков и созданию конфликтных ситуаций. Анализируя данные у подростков группы риска, ведущим дизадаптирующим фактором являем психопатизацию личности ($r = 0,84$) на фоне выраженной агрессивности ($r = 0,71$; $p < 0,05$). В целом у подростков группы риска отмечались достоверно более высокие уровни как невротизации, так и психопатизации.

Выводы. Резюмируя изложенное, следует отметить, что полученные нами данные о взрослеющих подростках, в том числе подростках группы риска, они нуждаются в разноуровневых пояснениях. Во-первых, имеющаяся повышенная тревожность у изучаемых групп в наши дни является устойчивой характеристикой развития ребенка, во-вторых, она несомненно служит мощнейшим фактором в формировании предпосылок такого тяжелого заболевания, как туберкулез, оказывая влияние на всю психическую сферу растущего ребенка. В-третьих, большинство детей основной экспериментальной группы имеют отягощенные акушерский и послеродовый анамнез, который на фоне мощного фактора дисфункциональных семейных отношений приводит к расстройствам поведения и адаптации, прояв-

ляющимся в психопатизации личности на фоне выраженной агрессивности.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что у подростков с малыми и затухающими формами туберкулеза наблюдается эмоциональная неустойчивость, выраженная в эмоциональной возбудимости и чрезвычайной нервности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений (лабильности, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях), что подтверждается показателями в плане оценки влияния заболевания туберкулезом на социальную адаптацию.

Учитывая туберкулез как социально значимое заболевание, подростки группы риска с малыми и затухающими формами туберкулеза находятся в условиях, которые сказываются на соматическом и психологическом здоровье, значительно снижают социальную адаптацию молодых людей. Проведенные количественный и качественный анализы результатов исследования позволили выявить взаимосвязь различных аспектов состояния здоровья у подростков группы риска и благополучных подростков. Это подтверждает гипотезу о том, что личностное развитие подростков группы риска отличается качественным своеобразием, как и личностное развитие благополучных подростков, и имеет качественные характеристики, где существует тесная связь между индивидуально-типологическими свойствами «агрессивность», «тревожность» и уровнем невротизации и психопатизации, влияющими на их особенности адаптации и социализации.

Больным туберкулезом подросткам необходима профессиональная психологическая помощь с последующим углубленным исследованием психологических характеристик (тревожности, астении, депрессии, а также их психотипа). Все перечисленное позволяет определить необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий методов индивидуальной или групповой психологической коррекции, исходя из выявленных личностных особенностей, с целью создания и поддержания у пациентов положительной мотивации к укреплению своего здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. - М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.

2. Баранова Г.В. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 1. – С. 50–53.

3. Золотова Н.В., Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В. Исследование распространенности форм агрессии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 2007. – № 9. С. 16-19.

4. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2001. – 19 с.

5. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1 – С. 3–4.

6. Олифиренко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. - М.: Издательский дом «Академия», 2004. – 256 с.

7. Рашкевич Е.Е., Авдеева Т.Г., Мякишева Т.В. Личность. Подросток. Проблемы туберкулеза // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2013. – № 4. Т.12. – С. 90-94.

8. Сиренко И.А. Влияние туберкулезной инфекции на психологический статус детей // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 1. С. 59–63.

9. Фельдштейн Д.И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики развития личности. – М.: МПСИ, 1999. – 670 с.

REFERENCES

1. Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva i patologicheskie privychnye dejstva u detej i podrostkov. – М.: Izdatel'stvo Instituta psihoterapii, Izdatel'stvo NGMA, 2000. – 320 s.

2. Baranova G.V. Psihologicheskie osobennosti detej i podrostkov, bol'nyh tuberkulezom organov dyhaniya // Tuberkulez i bolezni legkih. – 2010. – № 1. – s. 50–53.

3. Zolotova N.V., Ssiresina N.N., Strel'cov V.V. Issledovanie rasprostranennosti form agressii u bol'nyh s vperve vyjavlennym tuberkulezom legkih // Problemy tuberkuleza. – 2007. – № 9. S. 16-19.

4. Isaeva N.Ju. Jemocional'no-lichnostnye osobennosti detej starshego i podrostkovogo vozrasta s razlichnymi projavlenijami tuberkuleznoj infekcii: avtoref. dis. ... kand. med.nNauk. – SPb., 2001. – 19 s.

5. Ovsjankina E.S. Aktual'nye problemy protivotuberkuleznoj pomoshhi detjam i podrostkam // Problemy tuberkuleza i boleznej legkih. – 2009. – № 1 – s. 3–4.

6. Olifirenko I.Ja., Shul'ga T.I., Dement'eva I.F. Social'no-pedagogicheskaja podderzhka detej grupy riska. – М.: Izdatel'skij dom «Akademija», 2004. – 256 s.

7. Rashkevich E.E., Avdeeva T.G., Mjakisheva T.V. Lichnost'. Podrostok. Problemy tuberkuleza // Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. – 2013. – № 4. Т.12. – s. 90-94.

8. Sirenko I.A. Vlijanie tuberkuleznoj infekcii na psihologicheskij status detej // Tuberkulez i bolezni legkih. – 2010. – № 1. S. 59–63.

9. Fel'dshtejn D.I. Psihologija vzroslenija: strukturno-soderzhatel'nye harakteristiki razvitija lichnosti. – М.: MPSI, 1999. – 670 s.

V.V. Tereshchenko, O.V. Khudobets

PERSONAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS IN THE PERIOD OF ADULT, SUFFERING SMALL AND SUSPECTED FORMS OF TUBERCULOSIS

Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The article presents a study of the personal development of adolescents at risk with behavioral disorders weighed down by somatic disability (the presence of small and dying forms of tuberculosis). The results broaden and supplement the clinical and psychological data on the relationship between the individual typological properties of adolescents «aggressiveness», «anxiety» and the level of neuroticism and psychopathy that affect the adaptation and socialization of adolescents with psychosomatic disorders.

Keywords: personal development, adolescence, adolescents, individual-typological properties, neuroticism, psychopathy, tuberculosis.

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

Н.Г. Батуева¹, А.Ю. Березанцев³, С.В. Лубсанова², Т.Ц. Тудупова²

**СУИЦИДЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
(ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)²**

¹ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер», ²ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ), ³ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева», (Москва).

Резюме. В статье приводятся результаты анализа посмертных заключений комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз завершенных суицидов детей и подростков в Республике Бурятия за период 2012-2016 гг. По данным анализа, в структуре завершенных преобладают подростки (15-17 лет) мужского пола, проживающие в сельской местности, воспитывающиеся в неполной семье, обучающиеся в среднеобразовательной школе. В 21,8% случаев имела место отягощенная наследственность по суициду у близких родственников и каждый пятый ребенок—суицидент имел признаки суицидального поведения ранее (суицидальные высказывания, попытки, интерес к теме суицида). В большинстве из имеющихся случаев вероятными причинами суицидального поступка являются семейные конфликты. Проведенный анализ позволил определить перечень признаков, которые необходимо освещать в актах посмертных экспертиз детей и подростков, совершивших суицид.

Ключевые слова: суицид, детско-подростковый суицид, региональный аспект суицидального поведения, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Введение. Частота самоубийств является одним из наиболее важных и объективных индикаторов социального состояния страны, общественного психического здоровья и качества жизни населения. На протяжении последнего десятилетия XX века Россия входила в число стран с высоким показателем суицидов (свыше 20 случаев на 100 тыс. населения). В настоящее время, начиная с 2002 года, отмечается положительная тенденция по снижению коэффициента смертности от суицидов. По данным Росстата, в 2015 г. впервые зарегистрирован показатель 17,4 случаев на 100тыс населения, в 2016 – 15,6, в 2017- 13,7, что соответствует среднему уровню суицидальной активности.

Разносторонний анализ суицидального поведения проводился многими исследователями [3, 5, 9, 11, 12, 14, 22]. Несмотря на разность подходов, расставляемых акцентов, в своих работах многие авторы подчеркивают многофакторность феномена суицидального поведения. Уровень суицидов зависит от соци-

² Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ «Междисциплинарное исследование причин и региональных факторов суицидального поведения несовершеннолетних» 18-013-00620А.

ально-экономической ситуации региона, демографических, биологических, этнокультуральных, личностных факторов.

Одним из важнейших демографических показателей является возраст. В этой связи, не может не вызывать тревогу тот факт, что подростковый суицид формирует первый подъем в кривой распределения суицидальной активности. Поведение детей и подростков, а тем более суицид, является прямым отражением микро- и макросоциальных процессов, происходящих вокруг ребенка. На Всероссийской конференции «Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации» (Ярославль, 2016) главный детский психиатр Минздрава России Е.В. Макушкин подчеркивал, что : «... суицид ребенка и подстрекательство к суицидоопасному поведению подростка – реальные угрозы национальной безопасности». По данным Следственного управления СК РФ в 2015 г. было зарегистрировано 685 случаев суицидов среди детей и подростков, в 2016 году – 720 случаев.

Распределение показателей суицидальной активности на территории РФ очень неравномерное. Есть регионы с нулевой суицидальностью, как например Республика Ингушетия, есть регионы со сверхвысоким уровнем суицидов - Чукотский автономный округ (23,7 случаев на 100 тыс населения). Республика Бурятия на протяжении последнего десятилетия прочно входит в тройку лидеров по показателю смертности по причине суицида. В 2016 г. уровень завершенных суицидов среди несовершеннолетних (0-17 лет) в Республике Бурятия составил 10,5; 7,6 случаев в Республике Алтай; 6,3 в Забайкальском крае. В группе несовершеннолетних подавляющее число случаев суицидов приходится на подростковый возраст. Так, в Бурятии в 2013 г. среди детей 0-14 лет зафиксировано 3,5 случая завершенных суицидов, а подростковых 33 случая; в 2014 г. – 3 и 42 случая соответственно; в 2015 г. – 3,2 и 28,6; в 2016 г. – 3,2 и 63,6 (по данным мониторинга завершенных суицидов РБ).

Суицид несовершеннолетних – особое явление, сложность понимания которого обусловлена возрастными особенностями мышления, эмоциональной сферы, несформированными поведенческими конструктами. В последнее время опубликовано большое количество работ, посвященных детско-подростковым суицидам, точнее теоретико-концептуальному подходу к данному феномену [1, 8, 10, 13, 19].

Возрастные особенности суицидального поведения детей и подростков накладываются на региональные особенности, особенности микросоциального окружения, которые формируют мировоззрение, стиль поведения, характерный для данного места проживания. Проведено достаточное количество исследований, изучающих особенности детско-подростковых суицидов в различных субъектах [2, 4, 6, 7, 15, 16, 17, 18]. Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на «особые приметы» суицида несовершеннолетних, данный раздел суицидологии сталкивается с проблемами, общими для суицидологии в целом, и связаны они со структурной сложностью рассматриваемого явления. Говоря о теоретической обоснованности рассмотрения суицидального поведения, можно отметить то, что изучение суицидального поведения сосредоточено преимущественно в контуре гуманитарных наук. Авторы консолидируют весь теоретический материал

в следующие основные концепции: социальную, биологическую, психологическую и интегративную.

В психологических теориях, которые составляют самую многочисленную группу, ведущее место занимают психологические факторы и подчеркивается роль агрессии, направленной на себя. Особое место среди психологических теорий занимает когнитивное направление, которое, на наш взгляд, как нельзя лучше сочетает в себе возможности объективизации и фундаментализации последующих исследований. Подтверждением тому можно рассматривать фокусирование на когнитивном подходе ряда зарубежных программ, посвященных суицидальному поведению детей и подростков [23-26]. Определению концептуальных в рассмотрении детско-подростковых суицидов подходов и адаптации их в российское пространство посвящены работы А.Б. Холмогоровой [20, 21], Т.С. Павловой, Г.С. Банникова [10].

Таким образом, можно говорить об активизации, концептуальном сплочении в направлении изучения детско-подростковых суицидов, так как данное явление имеет не только социальную значимость в масштабах общества, но и значимость для каждого конкретного человека, сталкивающегося с этой проблемой. На территории Республики Бурятия анализ завершенных детско-подростковых суицидов проводится впервые.

Цель исследования: комплексный анализ детско-подростковых завершенных суицидов в Республике Бурятия в 2012-2016 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 78 актов комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы с данными о завершенных случаях суицидов детей и подростков по Республике Бурятия за период 2012-2016 гг. Оценка суицидальных актов проводилась по следующим критериям: возраст, пол, место проживания, уровень образования, характеристика состава семьи, способ суицида, возможные мотивы и причины (если такое было указано в актах), личный и семейный суицидальный анамнез, а также наличие психических заболеваний у суицидентов и их родных. Исследование проводилось клинико-статистическим методом. Статистическая обработка данных произведена с использованием «Statistica 10.0 for Windows».

Результаты и обсуждение. Общее количество проанализированных актов – 78. В связи с тем что не во всех актах отражены исследуемые критерии, абсолютные значения анализируемых актов по отдельным признакам может различаться. Количество мальчиков и юношей за весь период составило 45 человек (61,5 %), девочек и девушек – 30 (38,5%). При этом в возрастную категорию до 14 лет вошли 33 (42,3%) ребенка, а 15-17 лет – 45 (57,7%) (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение суицидентов по полу и возрасту

Пол	Возраст	
	0-14 лет	15-17 лет
Мальчики/юноши	21 (26,9%)	27 (34,6%)
всего	45 (61,5%)	
девочки/девушки	12 (15,4%)	18 (23,1%)
всего	30 (38,5%)	

В структуре завершенных суицидов в целом ведущую позицию занимают юноши 15-17 лет. При внутригрупповом распределении (в группе детей и группе подростков) также мальчики преобладают над девочками. Из общего числа суицидентов 64,1% (50 человек) проживали в сельской местности, 35,9% (28 человек) - жители города.

Оценить уровень образования удалось в 74 актах, в 4 место обучения не было определено. Так, 57 (77%) детей и подростков обучались в общеобразовательных школах, из них 50% (37 человек) – учащиеся сельских школ и 27% - городских. Учащимися коррекционных школ были 6 человек (8,1%), в профессиональных училищах обучались 10 человек (13,5%) и также среди студентов небольшой перевес был на стороне сельских жителей 8,1%. Один ребенок не обучался (табл. 2).

Таблица 2

Распределение суицидентов по уровню образования (n=74)

	Общеобразовательная школа	Коррекционная школа	Профессиональное училище	не обучается
Город	20 (27%)	6 (8,1%)	4 (5,4%)	-
Сельская местность	37 (50%)	-	6 (8,1%)	1 (1,4%)
всего	57 (77%)	6 (8,1%)	10 (13,5%)	1 (1,4%)

Семейная ситуация в 40,3% случаев (31 человек) характеризовалась как благополучная: дети проживали в полных семьях, материально удовлетворительно; 37 детей (48%) жили в неполных семьях, при этом к данной категории мы отнесли и те случаи, когда брак родителей был официально зарегистрирован, но они проживали отдельно или ребенок воспитывался мачехой, отчимом и имелись указания на конфликтные отношения в семье. В приемных семьях воспитывались 7 детей (9,1%), 2 были сиротами (2,6%) и находились на воспитании у опекунов – родственников (табл. 3).

Таблица 3

Распределение суицидентов по составу семьи (n=77)

возраст	Полная семья	Неполная семья	Приемная семья	Опекуны
0-14 лет	12 (15,6%)	16 (20,8%)	4 (5,2%)	-
15-17 лет	19 (24,7%)	21 (27,2%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)
всего	31 (40,3%)	37 (48,0%)	7 (9,1%)	2 (2,6%)

По способу совершения самоубийства и в группе детей, и в группе подростков лидирует механическая асфиксия – 65 (85,6%) ребенка выбрали именно этот способ ухода из жизни; 7 человек (9,2%) – медикаментозное отравление; 3 (3,9%) – падение с высоты и в 1 случае (1,3%) – применение огнестрельного оружия. При этом в 21,8% случаев (17 человек) из материалов уголовного дела, свидетельских показаний у юных суицидентов в анамнезе были признаки суицидального поведения (высказывания, попытки, повышенный интерес к теме суицида), но была ли им предложена или оказана какая-то помощь неизвестно, т. к. указаний на это в актах нет.

При качественной оценке микросоциального окружения в актах отмечено, что в 9 семьях (11,5%) имелись случаи завершённого суицида у ближайших родственников (родители, бабушки, родные дяди); в 21,8% (17 семей) родители (или один из родителей) страдал алкоголизмом. Официальных данных о наличии у кого-то из родных психического заболевания нет. Но, что хочется отметить, в 8 случаях из 78 (а это 10,2%) имело место наличие всех факторов риска суицида у ребенка. Это и неполная семья, и наличие алкоголизма и суицидов у ближайших родственников, и суицидальное поведение у самого ребенка в прошлом, и изменение текущего психологического состояния и наличие психотравмирующей ситуации, т. е. каждую десятую смерть можно было предотвратить, если бы окружение было осведомлено о том, на что надо обратить внимание. Ведь в 50% случаев (у 39 человек), по данным заключения судебно-психиатрической экспертизы, из материалов уголовного дела, есть указания на то, что состояние суицидентов незадолго до смерти изменилось: окружающие отмечали появление замкнутости, снижения настроения, раздражительности, некоторые раздавали долги, просили прощения за обиды, чего за ними раньше не наблюдалось, некоторые становились необычно агрессивными, обидчивыми, вели себя вызывающе. Предсмертные записки оставили единицы (3 человека), но по объективным данным можно сделать следующие заключения: в качестве вероятной причины (мотива) суицида в 7 случаях указывались конфликты в семье, в 5 случаях – конфликтные отношения со сверстниками; по 3 случая приходится на неразделенную любовь и трудности в обучении; 2 суицида произошли после того, как из жизни добровольно ушел лучший друг; в качестве возможных причин однократно указывались алкоголизм родителей, инвалидность после травмы и неспособность справиться с последствиями болезни, а также потеря родителей в результате несчастного случая.

Сведения о совершении суицида в алкогольном опьянении имеются только в 2 актах. К сожалению, сделать какие-либо заключения в этнокультуральном разрезе не представилось возможным, т. к. в актах не указывается этническая принадлежность суицидентов; делать выводы на основании такого формального признака, как фамилия, значит заведомо искажать факты.

Заключение. Анализ завершённых детско-подростковых суицидов на территории Республики Бурятия позволил сформировать выводы в двух направлениях. Первое соответствует заявленным целям – мы получили социально-демографическую характеристику суицидов среди детей и подростков. Если уместно говорить о среднестатистическом «портрете суицидента», то можно сказать, что это юноша-подросток, обучающийся в общеобразовательной школе, проживающий в сельской местности, в неполной/приемной семье, выбирающий как способ ухода из жизни повешение и демонстрирующий признаки изменения поведения перед совершением суицида. У каждого четвертого ребенка, совершившего суицид, имелся родственник, покончивший жизнь самоубийством, каждый четвертый ребенок так или иначе демонстрировал внешние признаки суицидального поведения.

Такой поверхностный усредненный подход ни в коем случае не применим к рассмотрению такого сложного и деликатного вопроса, как детский суицид. И

здесь уместно говорить о другом направлении выводов, которые сформировались помимо исполнения непосредственной задачи. Необходимо говорить о структурировании актов судебно-психиатрической экспертизы по завершенным суицидам. Структура должна содержать оптимально-максимальное количество признаков, описывающих динамику развития суицидального акта, психологические характеристики ребенка, расширенный перечень социально-демографических характеристик с наиболее подробным описанием семейного окружения, стиля воспитания, условий и климата обучения, ведь почти 80% тех, кто покончил собой, были школьниками. Крайне необходима этническая составляющая описания, т. к. это позволит глубже понять региональную специфику детских суицидов и увеличить количество точек приложения превентивных мер. Все признаки должны быть формализованы, т. к. это позволит более качественно проводить как количественный, так и содержательный анализ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). Суицидология. 2015; 6 (4): 21-32.
2. Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Антонова А.А. Структура завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области. Суицидология. 2011; 4: 37-41.
3. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 16 (3): 22-7.
4. Ворсина О.П. Суицидальные попытки детей и подростков в г. Иркутске. Суицидология. 2011; 2: 28-9.
5. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологи в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения. Вестник РАМН. 2006; 8: 18-22.
6. Злова Т.П., Ишимбаева А.Н., Ахметова И.И. Социально-психологические особенности незавершенных суицидов у детей и подростков (Забайкальский край, г. Чита). Суицидология. 2011; 2: 26-8.
7. Кирпиченко А.А., Барышев А.Н. Суицидальное поведение подростков г. Витебска и Витебской области. Вестник Витебского государственного университета. 2015; 14 (2): 77-82.
8. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) // Российский медико- биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. № 2.
9. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект. Суицидология. 2014; 5 (1): 3-11.
10. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2013. № 4. URL:http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (дата обращения 01.03.2018).
11. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007; 5: 16-7.
12. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. Рос-

сийский психиатрический журнал. 2010; 4: 55-62.

13. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 2. URL:<http://medpsy.ru> (дата обращения 01.03.2018).

14. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения. Суицидология. 2012; 3 (4): 52-60.

15. Селезнев С.Б. К вопросу о суицидальной активности детей и подростков Краснодарского края. Тюменский медицинский журнал. 2014; 16 (1): 18-20.

16. Семенова Н.Б. Особенности эмоциональной сферы коренной молодежи Севера как фактор риска суицидального поведения // Суицидология. -2011. - № 2. - С. 11-13.

17. Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершенных суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2012. - № 3. - С. 42-45.

18. Спадерова Н.Н., Горохова О.В., Герасина С.Е. Анализ завершенных суицидов у детей и подростков в практике отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз Тюменской ОКПБ за 2012-2014 гг. Тюменский медицинский журнал. 2014; 16 (1): 21-4.

19. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 60–75.

20. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 2м(13). URL:<http://medpsy.ru> (дата обращения 01.03.2018).

21. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2013. № 2(19). URL:<http://medpsy.ru> (дата обращения 01.03.2018)

22. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения. Суицидология. 2013; 4 (3): 17-25.

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Koshkin K.A., Letova A.V. Potencial'nye i aktual'nye faktory riska razvitiya suicidal'nogo povedeniya podrostkov (obzor literatury). Suicidologija. 2015; 6 (4): 21-32.

2. Baryl'nik Ju.B., Bachilo E.V., Antonova A.A. Struktura zavershennyh i nezavershennyh suicidov na territorii Saratovskoj oblasti. Suicidologija. 2011; 4: 37-41.

3. Vojceh V.F. Dinamika i struktura samoubijstv v Rossii. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2006; 16 (3): 22-7.

4. Vorsina O.P. Suicidal'nye popytki detej i podrostkov v g. Irkutske. Suicidologija. 2011; 2: 28-9.

5. Dmitrieva T.B., Polozhij B.S. Social'nye i klinicheskie problemy suicidologii v

sisteme mer po snizheniju prezhddevremennoj smernosti i uvelicheniju prodolzhitel'nosti zhizni naselenija. Vestnik RAMN. 2006; 8: 18-22.

6. Zlova T.P., Ishimbaeva A.N., Ahmetova I.I. Social'no-psihologicheskie osobennosti nezavershennyh su.cidov u detej i podrostkov (Zabajkal'skij kraj, g. Chita). Su.cidologija. 2011; 2: 26-8.

7. Kirpichenko A.A., Baryshev A.N. Su.cidal'noe povedenie podrostkov g. Vitebska i Vitebskoj oblasti. Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015; 14 (2): 77-82.

8. Lukashuk A.V., Filippova M.D., Somkina O.Ju. Harakteristika detskih i podrostkovyh su.cidov (obzor literatury) // Rossijskij mediko- biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 2016. № 2.

9. Morev M.V., Shmatova Ju.E., Ljubov E.B. Dinamika su.cidal'noj smernosti naselenija Rossii: regional'nyj aspekt. Su.cidologija. 2014; 5 (1): 3-11.

10. Pavlova T.S., Bannikov G.S. Sovremennye teorii su.cidal'nogo povedenija podrostkov i molodezhi [Jelektronnyj resurs] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2013. № 4. URL:[http://psyedu.ru/journal/2013/4/](http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml) Pavlova_Bannikov.phtml (data obrashhenija 01.03.2018).

11. Polozhij B.S. Su.cidal'naja situacija v sovremennoj Rossii. Profilaktika zabolevanij i ukreplenie zdorov'ja. 2007; 5: 16-7.

12. Polozhij B.S. Integrativnaja model' su.cidal'nogo povedenija. Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. 2010; 4: 55-62.

13. Polozhij B.S., Panchenko E.A. Su.cidy u detej i podrostkov v Rossii: sovremennaja situacija i puti ee normalizacii. [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurnal. 2012. № 2. URL:<http://medpsy.ru> (data obrashhenija 01.03.2018).

14. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V., Boeva A.V. Koncepicii su.cidal'nogo povedenija. Su.cidologija. 2012; 3 (4): 52-60.

15. Seleznev S.B. K voprosu o su.cidal'noj aktivnosti detej i podrostkov Krasnodarskogo kraja. Tjumenskij medicinskij zhurnal. 2014; 16 (1): 18-20.

16. Semenova N.B. Osobennosti jemocional'noj sfery korennoj molodezhi Severa kak faktor riska su.cidal'nogo povedenija // Su.cidologija. -2011. - № 2. - S. 11-13.

17. Semenova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennyh su.cidov sredi detej i podrostkov Respubliki Saha (Jakutija) // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. - 2012. - № 3. - S. 42-45.

18. Spaderova N.N., Gorohova O.V., Gerasina S.E. Analiz zavershennyh su.cidov u detej i podrostkov v praktike otdelenija ambulatornyh sudebno-psichiatricheskikh jekspertiz Tjumenskoj OKPB za 2012-2014 gg. Tjumenskij medicinskij zhurnal. 2014; 16 (1): 21-4.

19. Syrokvashina K.V. Sovremennye psihologicheskie modeli su.cidal'nogo povedenija v podrostkovom vozraste // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2017. T. 25. № 3. S. 60–75.

20. Holmogorova A.B., Volikova S.V. Osnovnye itogi issledovanij faktorov su.cidal'nogo riska u podrostkov na osnove psihosocial'noj mnogofaktornoj modeli rasstrojstv affektivnogo spektra [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurnal. 2012. № 2m(13). URL:<http://medpsy.ru> (data obrashhenija 01.03.2018).

nija 01.03.2018).

21. Holmogorova A.B. Kognitivnaja psihoterapija suicidal'nogo povedenija: istorija razrabotki, sovremennoe sostojanie, perspektivy razvitiya [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurnal. 2013. № 2(19). URL:<http://medpsy.ru> (data obrashhenija 01.03.2018)

22. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Magurdumova L.G. Mediko-psihologicheskie i social'no-psihologicheskie koncepcii suicidal'nogo povedenija. Suicidologija. 2013; 4 (3): 17-25.

23. Beck A.T. et al. Hopelessness and eventual suicide. Am. J. Psychiatry. 1985; 142 (5): 559-63.

24. Shneidman E.S. Deaths of man. New York: Quadrangle, 1973. 238 p.

25. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J. Cognitive-Behavioral Tnerapy for Adolscent Depression and Suicidality. Child. Adolsc. Psychiatric Clin. N. Am. 2011; 20: 191-204.

26. Wenzel A., Beck A.T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. Applied and Preventive Psychology. 2008; 12: 189-201.

N.G. Batueva¹, A.Yu. Berezantsev³, S.V. Lubsanova², T.T. Tudupova²
JUVENILE SUICIDES IN FORENSIC PSYCHIATRIC PRACTICE
(ON MATERIALS OF REPUBLIC OF BURYATIA)

¹Republican Psychiatric Hospital, ²Buryat State University (Ulan-Ude),

³Alekseev Psychiatric Clinical Hospital № 1 (Moscow).

Summary. The article presents the results of retrospective analysis of posthumous acts of complex judicial psychological and psychiatric examination of completed suicides of children and adolescents in the Republic of Buryatia for the period 2012-2016. According to the analysis, the structure of the completed is dominated by adolescents (15-17 years) of male, liv ing in rural areas, raised in an incomplete family, enrolled in secondary school. In 21.8% of the cases there was a burdened inheritance suicide in close relatives and every fifth child suicidal had signs of suicidal behavior earlier (suicidal statements, attempts, interest in the topic of suicide). In most of the available cases, the probable causes of suicide are family conflicts. In addition, the analysis allowed to determine the list of missing features that need to be covered in the acts of postmortem examinations of children and adolescents who committed suicide.

Keywords: suicide, teenage suicide, the regional dimension of suicidal behavior, complex forensic psychological and psychiatric examination

**ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ КАК ФОРМЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ³**

¹ФГКУ «141 военный госпиталь» Федерального медико-биологического агентства РФ, ²ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» Министерства просвещения Российской Федерации (Москва).

Резюме. Проведено исследование 156 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет. Были достоверно выделены и ранжированы социальные факторы, влияющие на формирование и развитие алкогольных проблем у детей и подростков: 1. Факторы, способствующие формированию и развитию алкогольных проблем: бедность и однообразие досуга; тяжелое материальное положение; неустойчивые взаимоотношения с родственниками; более ранний возраст первого знакомства с алкогольными напитками (младше 13,6 лет); более поздний возраст взятия на учет (старше 15,8 лет); крайне конфликтные отношения с окружающими. 2. Факторы, положительно влияющие на становление адекватного отношения к алкогольным напиткам: наличие увлечений (хобби); полноценное и разнообразное питание; проживание в полной семье; более поздний возраст первого знакомства с алкогольными напитками (старше 14,6 лет); более ранний возраст взятия на учет (младше 15 лет).

Ключевые слова: алкоголь, аутодеструктивное поведение, группа риска, дети, подростки, профилактика, факторы, влияющие на формирование адекватного отношения к алкоголю

Введение. Серьезную социальную опасность представляет то, что негативные последствия проводящихся социальных преобразований сказываются на детях и подростках как одной из наиболее уязвимых категорий граждан. Это приводит к нарушению их психического здоровья, создает предпосылки для развития так называемых социальных болезней, в том числе болезней зависимости [10-12]. В числе факторов, негативно влияющих на социализацию подрастающего поколения, чаще всего отмечают размытость ценностей и идеалов, сложное экономическое положение семей. Не умаляя значения данных причин, стоит отметить, что и другие стороны социальной динамики, например, усиливающаяся миграция, нестабильность экономического пространства, играют одну из первостепенных ролей в развитии многообразных негативных явлений. В своей совокупности они приводят к тому, что ослабевает и нивелируется эффективность существующих в практике на настоящий день мер защиты человека как личности, они явно недостаточны для преодоления дизадаптации детей, составляющих группу риска [1, 3, 5].

Вышесказанное обуславливает актуальность дальнейшего развертывания

³ Работа выполнена в рамках НИР № 25.12631.2018/12.1 по Государственному заданию 2018 года «Научно-аналитическое обеспечение вопросов детской безопасности и совершенствования системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних», на базе ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»

педагогических, психологических и медицинских исследований особенностей социализации детей и подростков, особенно входящих в группу риска по потреблению психоактивных веществ.

Учитывая вышеперечисленные неблагоприятные тенденции в обществе, нами было проведено комплексное исследование данной проблемы в западном регионе России - в Смоленской области.

Цель исследования – получение комплексных клинических и социально-психологических характеристик изучаемого контингента детей и подростков, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, и подростков, у которых сформировался синдром зависимости от алкоголя.

Материал и методы. Было обследовано с применением унифицированной индивидуальной регистрационной карты 156 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет. Работа проводилась на базе подросткового отделения Смоленского областного наркологического диспансера (СОНД) при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» и ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».

Использовался клинко-психопатологический метод исследования, основанный на данных анамнеза и объективного наблюдения за пациентами по утвержденному клиническому протоколу, одобренному Этическим комитетом УО «Смоленский государственный медицинский университет» в соответствии с правилами GCP [7].

К детям (подросткам) группы риска мы относим лиц, которым явно угрожает развитие алкоголизма: они рано приобщились к спиртным напиткам, состоят на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, растут в условиях нарушенной и «алкогольной» микросреды. Ведущей характеристикой группы риска является социальная дизадаптация, основным компонентом которой выступает ранняя алкоголизация.

Для прослеживания динамики развития ранней алкоголизации весь контингент подростков, находящихся на учете в Смоленском областном наркологическом диспансере, был разбит на три основные группы в зависимости от тяжести заболевания согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [6]:

1- подростки, употребляющие алкоголь с вредными последствиями, - группа риска;

2- подростки с синдромом зависимости от алкоголя начальной (1-й) стадии заболевания;

3- подростки с синдромом зависимости от алкоголя средней (2-й) стадии заболевания.

В ходе статистической обработки последние две категории детей и подростков были объединены в одну группу, как лица, страдающие болезненным пристрастием к алкоголю. Таким образом, мы получили следующие группы:

1 - подростки, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, - группа риска в количестве 134 человек (85,9%);

2 - подростки с синдромом зависимости от алкоголя начальной (1-й) ста-

дии и средней (2-й) стадии в количестве 22 человек (14,1%).

Для исключения влияния других факторов в тематический контингент не были включены лица, которые не согласились на обследование, в состоянии отмены, с психотическим расстройством, выраженными органическими изменениями личности, умственной отсталостью и декомпенсацией хронического соматического заболевания.

У 14 (10,4%) лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, было официально (т. е. с указанием в медицинской документации) выявлено сочетанное употребление алкоголя и иных токсикоманических средств. Однако при детальном опросе эти цифры оказались значительно выше. Так, в рамках проводимого обследования у 67 (50%) подростков, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, были выявлены дополнительные экзогенные вредности: летучие органические вещества вдыхали с разной частотой 12 (8,9%) подростков; курили табачные изделия – 58 (43,3%); курили каннабиноиды (марихуану) – 7 (5,2%); принимали разнообразные лекарственные препараты для изменения сознания – 5 (3,7%). В дальнейшем мы, учитывая, что длительность катамнеза составила 2 года, вновь документально рассмотрели подростков из группы риска. Их количество составило 39 человек, из первичного списка были исключены лица, употребляющие иные, кроме алкоголя, психоактивные вещества, и лица, систематически уклоняющиеся от профилактического наблюдения. Данную группу мы сравнили с группой из 76 человек (детей и подростков), имеющих признаки зависимости от алкоголя. Аналогичным образом из первичного списка испытуемых были исключены лица с иными экзогенными вредностями и лица, уклоняющиеся от участия в лечебно-реабилитационных программах, проводимых на базе наркологической службы.

Сложность структурно-динамических отношений, многофакторность влияний, необходимость рассмотрения и анализа многочисленных признаков, значимость объективизации результатов наблюдения и сопоставления при ранжированной оценке социальной, диагностической и прогностической информативности предопределили применение в настоящем исследовании комплексного подхода, включающего использование корреляционного анализа и критерия ϕ^* (угловое преобразование Фишера). В данном случае, учитывая то обстоятельство, что большинство переменных было представлено бинарными значениями, выбор критерия ϕ^* в качестве методической основы для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего нас эффекта в предпринятой нами работе объясняется рядом преимуществ. Критерий ϕ^* оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий эффект. Суть углового преобразования Фишера состоит в переводе процентных долей в величины центрального угла, который измеряется в радианах. Большей процентной доле будет соответствовать больший угол ϕ , а меньшей доле – меньший угол, но соотношения здесь не линейные: $\phi = 2 \cdot \arcsin(\sqrt{P})$, где P – процентная доля, выраженная в долях единицы. При увеличении расхождения между углами ϕ_1 и ϕ_2 и увеличении численности выборок значение критерия возрастает. Чем больше ϕ^* , тем более вероятно, что различия достоверны. В данной работе мы брали за критическое значение ϕ^* ,

равное 1,64, т.е. уровень статистической значимости разных значений при $p \leq 0,05$ [9].

Результаты. При сравнении детей и подростков из группы риска с группой подростков, имевших признаки начальной (1-й) стадии и средней (2-й) стадии зависимости от алкоголя, получены следующие данные.

Половозрастные особенности носили следующий характер – преобладали лица мужского пола: 89,74% в первой группе и 88,16 % – во второй. Средний возраст на момент обследования составил: 16,84 и 17,09 лет ($p \leq 0,05$). Средний возраст первого знакомства с алкоголем: 14,6 и 13,64 лет соответственно ($p \leq 0,01$). Возраст взятия на учет: 15, 05 и 15,82 лет ($p = 0,04$).

Преимущественный характер употребления алкоголя в течение последнего года составил - в компании 100% и 90,79 %, соответственно ($p \leq 0,001$).

Достоверным, преимущественным видом употребляемого алкоголя в течение последнего года являлась пивная продукция (68 % и 36,84 %; $p \leq 0,01$). На второе место вышло потребление водочной продукции (20,0% и 23,0%; $p \leq 0,05$), на третье место потребление самогона (4,0% и 30,26%; $p \leq 0,05$).

Условия жизни обследуемых детей и подростков распределились следующим образом. В полных семьях проживали 53,85 % и 27,63 % ($p \leq 0,001$).

Преимущественный образовательный уровень – неполное среднее образование имело место в 69,23% и 72,37%. На втором месте – среднее образование в 20,51% и 11,84% случаев соответственно ($p \leq 0,05$).

Досуг больных также как правило, характеризовался значительной бедностью и однообразием. Просмотр отдельных телепередач имел место у 76,92% и 55,26% ($p \leq 0,01$). Посещение кинотеатров и других мест отдыха - в 53,85% и 44,74% случаев ($p \leq 0,05$). Общение с друзьями и знакомыми носило следующий характер: ежедневно общались 84,62% и 88,16% подростков ($p \leq 0,05$). Хобби имели 30,77% и 3,95% опрошенных ($p \leq 0,001$). В понятие «хобби» большинством опрошенных подростков были включены занятия спортом и «автодело».

Материальное положение в 56,41% и 39,47% случаев было представлено средствами, которых могло хватить на удовлетворительное питание, периодическое приобретение недорогой одежды, недорогой отдых ($p \leq 0,04$).

Качество питания в большинстве случаев (71,79% и 80,26%) относилось к категории удовлетворительное питание ($p \leq 0,05$); в 20,51% и 2,63% - полноценное, разнообразное питание ($p \leq 0,001$). Отрадно отметить, что при всем многообразии социальных невзгод и лишений ответ «голодает» в исследуемом контингенте, по данным анкетирования, отсутствовал.

В ходе исследования социальных контактов и семей наших пациентов были получены следующие данные. По составу семьи преобладают неполные семьи, где подросток проживает с матерью (35,9% и 52,63% случаев; $p \leq 0,04$).

Взаимоотношения с родственниками были в большинстве случаев неустойчивыми (30,77% и 47,37%; $p \leq 0,05$). Потребность иметь друзей испытывали практически равное количество (56,41% и 56,57%) опрошенных подростков ($p > 0,05$). Но при этом в группе 2 преобладал крайне конфликтный характер отношений с окружающими имел (группа 1 - 7,69 %, группа 2 - 25,0 %; $p \leq 0,001$); в то время как в группе 1 чаще отмечался спокойный, упорядоченный характер

отношения с окружающими - 61,54% и 36,84% опрошенных ($p \leq 0,001$).

Учитывая степень достоверности полученных данных, можно говорить о различном влиянии социальных факторов на формирование алкогольных проблем современного подрастающего поколения.

Выводы. В результате исследования были выделены и ранжированы по степени выраженности следующие социальные факторы, диаметрально противоположно влияющие на формирование и развитие алкогольных проблем у детей и подростков.

1. Факторы, влияющие на формирование и развитие алкогольных проблем у детей и подростков (перечислены в порядке убывания их значимости): бедность и однообразие досуга; тяжелое материальное положение; неустойчивые взаимоотношения с родственниками; более ранний возраст первого знакомства с алкогольными напитками (младше 13,6 лет); более поздний возраст взятия на учет (старше 15,8 лет); крайне конфликтные отношения с окружающими.

2. Факторы, положительно влияющие на становление адекватного отношения к алкогольным напиткам у детей и подростков (перечислены в порядке убывания их значимости): наличие стойких увлечений (хобби); полноценное и разнообразное питание; проживание в полной семье; более поздний возраст первого знакомства с алкогольными напитками (старше 14,6 лет); более ранний возраст взятия на учет (младше 15 лет).

Дальнейшее углубленное изучение социального статуса данной категории детей и подростков позволит существенно расширить диагностические, терапевтические и реабилитационные возможности на основе целостного подхода к оценке их состояния и оказывать необходимую помощь в условиях полипрофессиональной бригады (психиатр-нарколог, психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кутарев Ф.Л. Психология девиантного поведения детей и подростков: учебное пособие. – Смоленск: СмолГУ, 2006. – 102 с.

2. Кутарев Ф.Л. Использование скрининг методов для выявления ранних признаков нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, в среде учащейся молодежи // Сборник материалов научно-практической конференции «Современные подходы и православные традиции в решении проблем зависимости» (Смоленск, 11-12 октября 2017 г.). – Смоленск, 2017. – С. 153-156.

3. Кутарев Ф.Л., Панченко С.А. Диагностика свойств личности в комплексной дифференциальной программе по предупреждению развития аддитивных форм поведения в среде учащейся молодежи // Там же. – С.158-164.

4. Левикова С.И. Молодежная субкультура: учеб. пособие. – М.: Гранд: Фаир-пресс, 2004. – С. 65-68.

5. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В. и др. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. – № 4 (56). – С. 5-11.

6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб: АДИС, 1994. – 303 с.

7. Надлежащая клиническая практика: ГОСТР 52379-2005. – Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – Дата доступа: 22.06.2018.

8. Симашкова Н.В. Детская психиатрия на современном этапе развития науки: клиника, психопатологические, дифференциально-диагностические, профилактические и реабилитационные аспекты // Психиатрия. 2012. № 4 (56). – С. 14-20.

9. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб: «Речь», 2003. – 350 с.

10. Современные подходы и технологии преодоления зависимости: учебное пособие / С.А.Игумнов и соавт. – Смоленск: «Принт-Экспресс», 2018. – 215 с.

11. Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В. и др. Психиатрическая помощь детскому населению 0-14 лет в 2011-2015 годах в России и Ярославской области // Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации» (Ярославль, 4-6 октября 2016г.). - Ярославль, 2016. – С. 372-373.

12. Фортова Л.К. Социально-педагогические основы профилактики алкоголизма и наркоманий среди детей и подростков: автореф. дис.... д-ра психол. наук. – М., 2002. – С. 15-18.

REFERENCES

1. Kutarev F.L. Psihologija devijantnogo povedenija detej i podroستkov: uchebnoe posobie. – Smolensk: SmolGU, 2006. – 102 s.

2. Kutarev F.L. Ispol'zovanie skringing metodov dlja vyjavlenija rannih priznakov narushenij, svjazannyh s upotreblenijem psihoaktivnyh veshhestv, v srede uchashhejsja molodezhi // Sbornik materialov nauchno-prakticheskoj konferencii «Sovremennye podhody i pravoslavnye tradicii v reshenii problem zavisimosti» (Smolensk, 11-12 oktjabrja 2017 g.). – Smolensk, 2017. – S. 153-156.

3. Kutarev F.L., Panchenko S.A. Diagnostika svojstv lichnosti v kompleksnoj differencial'noj programme po preduprezhdeniju razvitija additivnyh form povedenija v srede uchashhejsja molodezhi // Tam zhe. – S.158-164.

4. Levikova S.I. Molodezhnaja subkul'tura: ucheb. posobie. – М.: Grand: Fairpress, 2004. – S. 65-68.

5. Makushkin E.V., Bajbarina E.N., Chumakova O.V. i dr. Osnovopolagajushhie zadachi i problemy ohrany psihicheskogo zdorov'ja detej v Rossii // Psihiatrija. 2015. – № 4 (56). – S. 5-11.

6. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike. – SPb: ADIS, 1994. – 303 s.

7. Nadležashhaja klinicheskaja praktika: GOSTR 52379-2005. – Москва: Federal'noe agentstvo po tehničeskomu regulirovaniju i metrologii: Nacional'nyj standart Rossijskoj Federacii [Jelektronnyj resurs]. – 2005. – Rezhim dostupa: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – Data dostupa: 22.06.2018.

8. Simashkova N.V. Detskaja psihiatrija na sovremennom etape razvitija nauki: klinika, psihopatologicheskie, differencial'no-diagnosticheskie, profilakticheskie i ab-

ilitacionnye aspekty // Psihiatrija. 2012. № 4 (56). – S. 14-20.

9. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoy obrabotki v psihologii. – SPb: «Rech'», 2003. – 350 s.

10. Sovremennye podhody i tehnologii preodolenija zavisimosti: uchebnoe posobie / S.A.Igumnov i soavt. – Smolensk: «Print-Jekspress», 2018. – 215 s.

11. Tvorogova N.A., Nikolaeva T.A., Sidorjuk O.V. i dr. Psihiatricheskaja pomoshh' detskomu naseleniju 0-14 let v 2011-2015 godah v Rossii i Jaroslavskoj oblasti // Sbornik materialov Vserossijskoj konferencii po detskoj psihiatrii i narkologii «Psihicheskoe zdorov'e detej strany - budushhee zdorov'e nacii» (Jaroslavl', 4-6 oktjabrja 2016g.). - Jaroslavl', 2016. – S. 372-373.

12. Fortova L.K. Social'no-pedagogicheskie osnovy profilaktiki alkogolizma i narkomanij sredi detej i podrostkov: avtoref. dis.... d-ra psihol. nauk. – M., 2002. – S. 15-18.

F.L. Kutarev¹, S.A. Igumnov²

PREDICTORS OF FORMATION OF ALCOHOL DEPENDENCE AS A FORM OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

¹141st Military Hospital, Federal Medical Biological Agency of Russian Federation, ²The Center for Children Rights Protection (Moscow),

Summary. The research of 156 children and teenagers aged from 12 up to 18 years is conducted. The social factors influencing formation and development of alcoholic problems in children and teenagers have been authentically allocated and ranged: 1. The factors contributing to formation and the development of alcoholic problems: poverty and monotony of leisure; difficult financial position; unstable relationship with relatives; earlier age of the first acquaintance to alcoholic beverages (13,6 years are younger); later age of registration (15,8 years are more senior); extremely conflict relations with people around. 2. The factors which are positively influencing formation of the adequate relation to alcoholic beverages: existence of hobbies (hobby); good and various nutrition; accommodation in full family; later age of the first acquaintance to alcoholic beverages (14,6 years are more senior); earlier age of registration (15 years are younger).

Keywords: alcohol, self-destructive behavior, risk group, children, adolescents, prevention, factors affecting the formation of an adequate attitude to alcohol.

И.А. Горьковая, А.В. Микляева

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ВОСПРИНИМАЕМОЙ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПОДРОСТКОВ С СЕНСОРНЫМИ
И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ⁴**

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена» (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение взаимосвязи жизнестойкости и воспринимаемой социальной поддержки у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями (n=155), а также у их условно здоровых сверстников (n=112). Показано, что наиболее весомый вклад в жизнестойкость подростков с тяжелыми нарушениями зрения и функций опорно-двигательного аппарата вносит воспринимаемая инструментальная поддержка, в то время как в выборках подростков с умеренными сенсорными и двигательными нарушениями, также как в выборке условно здоровых подростков, жизнестойкость взаимосвязана, в первую очередь, с воспринимаемой эмоциональной поддержкой от значимых других.

Ключевые слова: жизнестойкость, воспринимаемая социальная поддержка, подростки, подростки с нарушениями зрения, подростки с нарушениями слуха, подростки с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Введение. Исследование факторов формирования жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями представляет собой актуальную задачу в контексте определения приоритетных «мишеней» психологического сопровождения личностного развития подростков с ограниченными возможностями здоровья. В современной психологии жизнестойкость концептуализируется как многомерный конструкт, включающий три изменения: вовлеченность, контроль и принятие риска [15, 17]. Вовлеченность характеризует степень, в которой человек включен в различные сферы жизни, прежде всего в семейные, дружеские и профессиональные отношения. Контроль представляет собой степень уверенности человека в том, что он способен контролировать события, происходящие в его жизни. Принятие риска обозначает убежденность человека в полезности любого опыта, в том числе негативного, для развития собственной личности. В совокупности измерения жизнестойкости создают предпосылки для успешной адаптации личности, конструктивного совладания со стрессом [5, 21] и преодоления жизненных трудностей [1]. Показано, что жизнестойкие люди успешнее преодолевают жизненные проблемы [16], испытывая при этом меньше тревожных и депрессивных симптомов [11].

Очевидно, что перечисленные характеристики являются крайне важными ресурсами адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе сенсорными и двигательными нарушениями, создающими дополнительные трудности и провоцирующими дополнительную стрессовую нагрузку. Особого внимания в этой связи заслуживает подростковый возраст, который может

⁴ Статья подготовлена при поддержке РФФИ, проект № 17-06-00336.

рассматриваться как сенситивный для становления жизнестойкости [9] и, в частности, факторы, которые оказывают влияние на ее формирование.

Метаанализ показал, что в числе факторов, ассоциирующихся с формированием жизнестойкости, весомое значение имеет фактор социальной поддержки и субъективной удовлетворенности ею [14]. Социальная поддержка рассматривается многими исследователями в качестве ресурса, который может защитить человека от последствий стресса [12, 18, 20 и др.]. Психологические исследования социальной поддержки осуществляются сегодня прежде всего в парадигме изучения социальных сетей, которые понимаются как совокупности значимых и устойчивых отношений человека с другими людьми. Социальная поддержка, будучи одной из функций социальных сетей, обнаруживается, прежде всего, в тех взаимоотношениях, которые оказывают продолжительное воздействие на жизнь человека [13].

Социальная поддержка включает в себя эмоциональную и инструментальную составляющую, каждая из которых вносит вклад в формирование и поддержание установок, определяющих жизнестойкость личности. Эмоциональная поддержка обеспечивает человеку возможность регуляции эмоционального состояния посредством поиска понимания и сочувствия в общении с людьми, составляющими непосредственное социальное окружение, в то время как инструментальная поддержка определяет возможность получения информационной или действенной помощи [10].

Эффективность социальной поддержки определяется не только объективными характеристиками социальных сетей, но и субъективным восприятием их эмоционального и инструментального ресурса. Ключевым фактором эффективности социальной поддержки является соответствие между объективными возможностями сети взаимоотношений, значимых для человека, и их субъективной оценкой [4]. Тесная связь жизнестойкости и воспринимаемой социальной поддержки может объясняться, с одной стороны, свойственной жизнестойким людям вовлеченностью в разнообразные социальные отношения, которые могут быть использованы, когда человек нуждается в поддержке, и, с другой стороны, тем, что жизнестойкие люди, как правило, более социально привлекательны и это облегчает им получение поддержки [14].

Воспринимаемая социальная поддержка может рассматриваться как значимый предиктор жизнестойкости не только во взрослом, но и в подростковом возрасте [18]. В этом же исследовании было установлено, что уровень жизнестойкости подростков, которые живут со своими родителями, выше по сравнению с тем же у подростков, чьи родители (или одни из родителей) не проживают вместе с ними. Значимость благоприятных семейных отношений для формирования жизнестойкости показал и метаанализ, позволивший установить, что семейная поддержка наиболее тесным образом связана с жизнестойкостью личности [14]. Другими исследованиями показано, что к числу факторов, укрепляющих жизнестойкость, относятся также благоприятные отношения с друзьями, учителями и соседями [19].

Таким образом, можно утверждать, что жизнестойкость подростков во многом определяется характером их отношений с другими людьми, проявляю-

щимся, в частности, в воспринимаемой подростками поддержке со стороны значимых других. Наибольшее значение для преодоления стрессогенных жизненных событий в подростковом возрасте имеет эмоциональная поддержка, а также поддержка в форме социальной интеграции, которые способствуют поддержанию эмоционального благополучия и позитивной самооценки [6]. Социальная поддержка помогает снижать воздействие стресса несколькими путями: непосредственным влиянием на самооценку и уверенность в себе, подавлением депрессии и тревожности, уверенностью человека в возможности получить поддержку в данный момент и в будущем [2].

Следует, однако, отметить, что эти данные получены на выборках условно здоровых подростков и молодых людей, а также респондентов с психическими заболеваниями. Представляется, что применительно к подросткам с сенсорными и двигательными нарушениями эти данные нуждаются в дополнительной эмпирической проверке. Эта гипотеза опирается на результаты исследований, в которых показано, что подростки с ограниченными возможностями здоровья испытывают «тройную нагрузку трудностей», проявляющихся во взаимодействии с другими людьми: помимо общевозрастных коммуникативных трудностей, свойственных подросткам, они сталкиваются с трудностями, обусловленными переживанием собственной физической дефицитарности, а также трудностями, опосредованными характером заболевания [8]. В этой связи можно предполагать, что характер связи между жизнестойкостью и воспринимаемой социальной поддержкой различен для условно здоровых подростков и подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, чья коммуникация с другими людьми обладает выраженной специфичностью как в регуляции собственного поведения, так и в понимании поведения других людей.

Программа исследования. Сказанное выше определило **цель** нашего исследования, которая заключалась в изучении взаимосвязи жизнестойкости и воспринимаемой социальной поддержки у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями.

В исследовании приняли участие 155 подростков 13-16 лет, в том числе 87 подростков с сенсорными нарушениями и 67 подростков с нарушениями двигательных функций. Все подростки имели сохранный интеллект и обучались в специализированных учебных заведениях. Выборка подростков с сенсорными нарушениями состояла из 61 подростка с нарушениями зрения (среди них 39 слабовидящих подростков и 22 подростка с глубокими нарушениями зрения, остаточное зрение менее 0,05) и 26 слабослышащих подростков (тотально глухие подростки не были включены в выборку по причине ограничений в работе с опросными диагностическими методами, связанных с особенностями речевого развития). Выборка подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата включала 34 человека с умеренными нарушениями, оставляющими возможность передвигаться без посторонней помощи и специальных устройств, и 33 человека с тяжелыми двигательными нарушениями, исключающими возможность передвигаться без посторонней помощи и специальных устройств. В исследовании также приняли участие 112 условно здоровых подростков 13-16 лет, составивших группу сравнения, обучающихся в общеобразовательных школах,.

Для сбора эмпирических данных использовались **методики** «Тест жизнестойкости» (краткая версия [7]) и «Социальные сети подростка» [2]. С помощью методики «Социальные сети» характеризовались такие параметры системы взаимоотношений подростков с другими людьми, как «размер сети», «плотность сети», «инструментальная поддержка», «эмоциональная поддержка», «количество сфер общения, в которые вовлечен подросток». Для математической обработки, которая осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0, применялись методы критериального анализа (критерий Манна-Уитни Z), корреляционного анализа (коэффициент корреляции Спирмена r_s) и регрессионного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты позволяют утверждать, что жизнестойкость подростков с нарушениями зрения, независимо от степени тяжести нарушений, а также подростков с умеренными нарушениями двигательных функций, не имеет достоверных различий с аналогичными показателями в выборке их условно здоровых сверстников. Для подростков с умеренными нарушениями слуха характерны более низкие, чем среди их условно здоровых сверстников, показатели по параметру «принятия риска». Аналогичный результат, а также достоверно более низкий, чем в группе сравнения, суммарный показатель жизнестойкости был получен в выборке подростков с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата (см. табл. 1).

Таблица 1.

Средние значения и стандартные отклонения показателей жизнестойкости (примечание: * - достоверные различия с показателями, полученными в выборке условно здоровых подростков, $p < 0,05$)

Параметры жизнестойкости Выборки	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Сумма
Подростки с глубокими нарушениями зрения	30,3±4,2	22,5±4,7	16,7±3,7	69,6±11,1
Слабовидящие подростки	30,5±5,1	22,8±4,4	16,3±3,7	69,6±10,2
Слабослышащие подростки	28,9±5,0	21,8±4,8	15,5±3,9*	66,3±10,7
Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями	30,3±6,1	21,1±5,1	15,3±4,1*	63,9±15,6*
Подростки с умеренными двигательными нарушениями	31,9±6,3	23,2±6,0	16,3±4,3	71,3±15,0
Условно здоровые подростки	29,8±6,5	23,1±4,7	16,9±3,8	69,8±13,6

Результаты исследования системы взаимоотношений подростков с другими людьми показывают, что размер социальных сетей подростков с сенсорными и двигательными нарушениями меньше, чем у их условно здоровых сверстников, при том что плотность социальной сети и количество сфер общения, в ко-

торые включены подростки, различий не имеют. Также в выборках подростков с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций отмечаются достоверно более высокие показатели инструментальной поддержки во взаимоотношениях. В качестве общей тенденции, характерной как для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, так и для их условно здоровых сверстников, можно отметить, что в структуре воспринимаемой социальной поддержки ее инструментальная составляющая превышает эмоциональную, что наиболее ярко проявляется в выборках подростков с тяжелыми нарушениями зрительных и двигательных функций (см. табл. 2).

Таблица 2.

Средние значения параметров анализа системы взаимоотношений (примечание: «Инстр. поддержка» - инструментальная поддержка; «Эмоц. поддержка» - эмоциональная поддержка; * - достоверные различия с показателями, полученными в выборке условно здоровых подростков, $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$)

Параметры социальной сети	Размер	Плотность	Инстр. поддержка	Эмоц. поддержка	Сферы общения
Выборки					
Подростки с глубокими нарушениями зрения	4,88*	1,04	3,82**	2,27	2,45
Слабовидящие подростки	5,12	1,19	3,27	2,03	2,13
Слабослышащие подростки	4,61**	1,05	3,05	2,16	2,22
Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями	5,20	1,06	3,34*	2,11	3,01
Подростки с умеренными двигательными нарушениями	4,74*	0,99	2,93	2,21	3,06
Условно здоровые подростки	5,55	1,12	2,93	2,32	2,20

Корреляционный анализ показал, что взаимосвязи между показателями жизнестойкости и ее отдельными параметрами в обследованных выборках различаются. В выборке условно здоровых подростков суммарный показатель жизнестойкости, а также показатели ее отдельных компонентов, положительно связаны с воспринимаемой эмоциональной поддержкой (для суммарного показателя жизнестойкости $r_s = 0,31$) и отрицательно – с количеством сфер общения ($r_s = -0,27$). В группе подростков с глубокими нарушениями зрения обнаружена связь между показателями жизнестойкости и инструментальной поддержки (для суммарного показателя жизнестойкости $r_s = 0,42$), в выборке слабовидящих подростков – с показателями эмоциональной поддержки ($r_s = 0,37$) и плотности социальной сети ($r_s = 0,36$). В группе слабослышащих подростков суммарный показатель жизнестойкости продемонстрировал связи с показателями эмоциональной поддержки ($r_s = 0,32$) и плотности социальной сети ($r_s = 0,31$). В выборке подростков с тяжелыми двигательными нарушениями суммарный показатель жизнестойкости взаимо-

связан с показателями размера социальной сети ($r_s=0,37$) и инструментальной поддержки ($r_s=0,41$), для подростков с умеренными нарушениями двигательных функций статистически значимых взаимосвязей между жизнестойкостью и характеристиками системы социальных контактов не обнаружено.

Характер взаимосвязей жизнестойкости и воспринимаемой поддержки уточнялся с помощью регрессионного анализа (см. табл. 3).

Таблица 3.

Результаты регрессионного анализа (зависимая переменная – жизнестойкость, независимые переменные – характеристики системы социальных контактов), представлены только достоверные регрессионные модели

Характеристики системы социальных контактов	R^2	B_{int}	b	p<
Подростки с глубокими нарушениями зрения				
Инструментальная поддержка	0,35	64,8	0,54	0,05
Слабовидящие подростки				
Плотность сети социальных контактов	0,37	70,2	0,68	0,01
Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций				
Количество значимых сфер общения	0,37	61,9	0,29	0,05
Условно здоровые подростки				
Эмоциональная поддержка	0,31	76,9	0,30	0,01

Результаты регрессионного анализа демонстрируют, что эмоциональная поддержка может рассматриваться как значимая предпосылка жизнестойкости условно здоровых подростков, для которых качественные характеристики отношений, судя по всему, являются более важными, чем объем социальных контактов. В случае подростков с сенсорными и двигательными нарушениями ситуация несколько иная. Для подростков с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций на первый план выходит объем воспринимаемой инструментальной поддержки, которая, вероятно, необходима для преодоления ограничений, связанных со здоровьем, а также количество социальных контактов, возможно, отражающее степень включенности подростков в различные формы социальной активности. Важно отметить, что в случае подростков с нарушениями зрения ядро корреляционной плеяды составляет суммарный показатель жизнестойкости, тогда как в выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата параметр жизнестойкости «контроль», что может интерпретироваться как восприятие этими подростками инструментальной поддержки как ресурса управления жизненной ситуацией. Жизнестойкость слабовидящих и слабослышащих подростков определяется преимущественно объемом воспринимаемой эмоциональной поддержки; аналогичный результат на уровне выраженной тенденции ($p<0,11$) получен в выборке подростков с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Выводы. Система социальных контактов, которые воспринимаются как элементы инструментальной и эмоциональной поддержки, в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в целом несколько уже, чем в группе их условно здоровых сверстников. При этом подростки с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций достоверно чаще указывают на ин-

струментальную поддержку как элемент системы социальных контактов, значимый для преодоления ограничений, сопряженных с сенсорными и двигательными нарушениями. Различий в объеме воспринимаемой эмоциональной поддержки между выборками подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и группой сравнения не обнаружено.

Взаимосвязи жизнестойкости и воспринимаемой социальной поддержки в группах подростков с сенсорными нарушениями и нарушениями функций опорно-двигательного аппарата отличаются от аналогичных взаимосвязей, полученных в выборке их условно здоровых сверстников. Это особенно характерно для подростков с тяжелыми сенсорными и двигательными нарушениями, в случае которых жизнестойкость определяется, в первую очередь, объемом воспринимаемой инструментальной поддержки, в то время как для условно здоровых подростков аналогичную роль играет воспринимаемая эмоциональная поддержка.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке и реализации программ психологическом сопровождении личностного развития подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, в том числе при консультировании людей, являющихся «значимыми другими» для таких подростков (родителей и других родственников, друзей, педагогов и пр.).

ЛИТЕРАТУРА

1.Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов. Вып. 2 / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. С. 82-90.

2.Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М, 1997. 23 с.

3.Казьмина О.Ю. Тест «Социальные сети подростка» // Школьный психолог. 1998. № 41. С. 2.

4.Копытов А.В., Ситько Л.З., Куликовский В.Л. Социальная поддержка, как патогенетический и протективный фактор при алкогольной зависимости у лиц мужского пола молодого возраста // Военная медицина. 2010. № 2(15). С. 55-57.

5.Лапкина Е.В. Совладающее поведение, жизнестойкость и жизнеспособность личности: связь понятий, функции // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2015. Том 21. № 4. С. 130-133.

6.Лифинцева А.А., Животягин Р.Р. Связь характеристик социальных сетей подростков с уровнем их психосоматического здоровья // Клиническая и специальная психология. 2012. № 2. С. 28-39.

7.Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Московского университета. Серия № 14. Психология. 2013. № 2, С. 147-165.

8.Самохвалова А.Г. Специфика затрудненного общения детей с ограниченными возможностями здоровья // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 39-53.

9.Фоминова Н.А. Жизнестойкость личности. М.: Изд-во МГПУ, 2012. 152 с.

REFERENCES:

1. Aleksandrova L.A. K koncepcii zhiznestojkosti v psihologii // Sibirskaja psihologija segodnja: Sbornik nauchnyh trudov. Vyp. 2 / Pod red. M.M. Gorbatovoj, A.V. Serogo, M.S. Janickogo. Ke-merovo: Kuzbassvuzizdat, 2004. S. 82-90.
2. Kaz'mina O.Ju. Strukturno-dinamicheskie osobennosti sistem mezhlichnostnyh vzaimodejstvij u bol'nyh junosheskoj maloproгредиernoj shizofreniej : avtoreferat dis. ... kand. psihol. nauk. M, 1997. 23 s.
3. Kaz'mina O.Ju. Test «Social'nye seti podrostka» // Shkol'nyj psiholog. 1998. № 41. S. 2.
4. Kopytov A.V., Sit'ko L.Z., Kulikovskij V.L. Social'naja podderzhka, kak patogeneticheskij i protektivnyj faktor pri alkohol'noj zavisimosti u lic muzhskogo pola molodogo vozrasta // Voennaja medicina. 2010. № 2(15). S. 55-57.
5. Lapkina E.V. Sovladajushhee povedenie, zhiznestojkost' i zhiznesposobnost' lichnosti: svjaz' ponjatij, funkcij // Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika. 2015. Tom 21. № 4. S. 130-133.
6. Lifinceva A.A., Zhivotjagin R.R. Svjaz' harakteristik social'nyh setej podrostkov s urovnem ih psihosomaticheskogo zdorov'ja // Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2012. № 2. S. 28-39.
7. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaja versija testa zhiznestojkosti: psihometricheskie harakteristiki i primenenie v organizacionnom kontekste // Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija № 14. Psihologija. 2013. № 2, S. 147-165.
8. Samohvalova A.G. Specifika zatrudnennogo obshhenija detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2015. Tom 4. № 2. S. 39-53.
9. Fominova N.A. Zhiznestojkost' lichnosti. M.: Izd-vo MGPU, 2012. 152 s.
10. Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: self-regulation and proactive coping // Psychological Bulletin. 1997. Vol. 12 (3). Pp. 417-436.
11. Barrera M., Fleming C.F., Khan F.S. The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer // ChildCare Health and Development. 2004. Vol.30(2). Pp. 103-111.
12. Callaghan P., Morrissey J. Social support and health: A review // Journal of Advanced Nursing. 1993. Vol.18. Pp. 203-210.
13. Caplan G. and Killilea M. (eds) Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations. N.Y.: Grune & Stratton, 1976. 312 p.
14. Eschleman K.J., Bowling N.A., Alarcon G.M. A Meta-Analytic Examination of Hardiness // International Journal of Stress Management. 2010. Vol. 17 (4). Pp. 277-307. Doi: 10.1037/a0020476
15. Kobasa S. The hardy personality: toward a social psychology of stress and health // Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development. Vol. 4. New York: Wiley, 1983. P. 1-102.
16. Lara M.E., Leader J., Klein D.N. What is social support? // Harvard Mental Health Letter. 1998. Vol. 14(12). Pp. 6-8.
17. Maddi S.R., Khoshaba D. M. Hardiness and mental health // Journal of Personality Assessment. 1994. Vol. 63 (2). P. 265-274.
18. Sahin-Baltaci H., Karatas Z. Perceived social support, depression and life sa-

tisfaction as the predictor of the resilience of secondary school students: The case of Burdur // Eurasian Journal of Educational Research. 2015. Vol. 60. Pp. 111-130. Doi 10.14689/ejer.2015.60.7

19. Soest T., Mossige S., Stefansen K., Hjemdal O. A validation study of the resilience scale for adolescents (READ) // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2009. Vol. 32 (2). Pp. 215-225.

20. Viswesvaran C., Sanchez J., Fisher J. The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis // Journal of Vocational Behavior. 1999. Vol. 54. Pp. 314-334.

21. Williams P.G., Wiebe D.J., Smith T.W. Coping processes as mediators of the relationship between Hardiness and health // Journal of Behavioral Medicine. 1992. Vol. 15 (3). Pp. 237-255.

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva

**THE RELATIONSHIP BETWEEN HARDINESS
AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN ADOLESCENTS
WITH SENSORY AND MOTOR DISABILITIES**

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

Summary. The article presents the results of a study aimed at identifying the relationship between hardiness and perceived social support in adolescents with sensory and motor disorders (n=155), as well as their healthy peers (n=112). The most significant contribution to the hardiness of adolescents with severe visual or motor impairments is made by the perceived instrumental support, while in the samples of adolescents with moderate sensory and motor disorders and healthy adolescents hardiness is primarily interconnected with perceived emotional support from significant others.

Keywords: hardiness, perceived social support, adolescents, adolescents with visual impairment, adolescents with hearing impairment, adolescents motor impairment.

Е.В. Семакова¹, И.Ю. Машкова²**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ДИЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**¹ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет», ²ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» (Смоленск)⁵.

Резюме. В статье представлены результаты клинико-психологического обследования детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Установлено значимое влияние на особенности регуляции базового уровня состояния двигательной сферы, мозжечкового контроля и вестибулярной компетентности, а также чувствительной сферы. Нарушения регуляции базового уровня сопровождаются различными вегетативными отклонениями (во всех случаях наблюдений), что оказывает влияние на адаптационный потенциал организма и ограничивает возможности средовой адаптации. Предлагаемые оценочные компоненты могут быть полезны в совершенствовании технологии ранней помощи детям с РАС.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, клинико-психологический анализ, критерии оценки топико-функциональных нарушений, индивидуальная программа ранней помощи.

Введение. Психическое развитие ребенка с РАС характеризуется серьезной дефицитарностью, при которой на ведущие позиции регуляции выходят более ранние онтогенетические механизмы [5, 7]. В онтогенезе проводящей системы первоначально формируются проекционные пути, а затем комиссуральные и ассоциативные. Это подтверждается и клиническими данными [3]. У детей с РАС вследствие «застывания» затрудняется образование связи между проекционными, комиссуральными и ассоциативными путями, то есть не обеспечивается достаточной степени участия нижних этажей психики в общем формировании психических процессов. Соответственно при полной или частичной сохранности базовых регуляторных функций их участие в обеспечении психических процессов более высокого уровня недостаточно [2, 6, 8].

Учитывая приоритетную роль стволового уровня регуляции на раннем этапе онтогенеза и его детерминирующий вклад в формирование высших психических функций [1, 4], считаем необходимым детально рассмотреть нарушения функционирования на уровне стволовых и субкортикальных влияний для дальнейшего совершенствования ранней помощи в структуре реализуемой «Межведомственной концепции развития ранней помощи в Российской Федерации».

В соответствие с выше изложенным нами было предпринято исследование, **целью** которого явилось выявление значимых клинико-психологических проявлений расстройств базового уровня регуляции при РАС.

Для достижения обозначенной цели было необходимо решение ряда **задач**:

⁵ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта: «Введение и адаптация нейрорепсихологической технологии в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка» № 17-16-67017 а/р.

- изучить клинико-психологические проявления расстройств базового уровня регуляции при РАС;

- описать состояние адаптационного потенциала посредством изучения вегетативного статуса (вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР), вегетативного обеспечения деятельности (ВОД);

- выделить основные компоненты, требующие дифференцированного учета при разработке индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП) и оценке ее эффективности.

Материал и методы исследования. Обследование проводилось на базе Социально-психологического центра СмолГУ в 2015-2018 гг.. Всего обследовали 34 детей с идентифицированными РАС в возрасте от 3 до 7 лет.

В работе были реализованы следующие методы исследования: анализ медицинской документации; беседа; наблюдение; клинико-инструментальное обследование – нейропсихологическое и неврологическое обследование, офтальмоскопия, электрокардиограмма (ЭКГ), реоэнцефалограмма (РЭГ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ), электроэнцефалограмма (ЭЭГ).

Вегетологическое исследование состояло из оценки функционального состояния надсегментарного отдела вегетативной нервной системы (ВНС), принимающего непосредственное участие в процессах адаптации, и включало три этапа: определение ВТ – модифицированная скрининговая таблица (А.М. Вейн), анализ интегративного показателя (коэффициент Хильдебранта), ВР - глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера, и ВОД – оценка параметров сердечно-сосудистой системы (ССС) до и после физической нагрузки.

Статистический анализ - проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica (вычислялась медиана, проводился факторный анализ).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ медицинской документации, а также беседа с матерями позволили выявить факторы неблагополучия в течение пренатального этапа онтогенеза у всех обследованных детей. Так, во время беременности отмечались показатели неблагополучия в репродуктивной сфере женщин, проявлявшиеся гестозом беременности – у 18 (53%), анемией беременных – у 5 (15%), беременность протекала с кровотечением во 2–3-м триместрах - у 3 (9%), с многоводием и маловодием - у 2 (6%), плацентарной недостаточностью - у 1 (3%), угрозой невынашивания- у 10 (29%), патологией пуповины - у 3 (9%). Перечисленные факторы неблагополучия в течении беременности отражались и на внутриутробном развитии плода. Так, аномалии предлежания плода регистрировались в 2 (6%) случаях, задержка внутриутробного развития - в 3 (9%), переносимость - в 1 (3%), острая гипоксия - в 4 (12%), хроническая внутриутробная гипоксия – в 23 (68%).

Все обследованные дети были социально дизадаптированы. Обратившиеся родители детей с РАС предъявляли те или иные жалобы. Часть жалоб связана с особенностями поведения ребенка, проявляющимися стереотипными моделями поведения, проблемами коммуникативного взаимодействия, отставанием от сверстников в формировании высших психических функций. Однако особо хотелось бы отметить жалобы, указывающие на наличие вегетативной дисрегуляции, являющейся индикатором адаптационного потенциала. Так, жалобы на головную боль отмечались у 5 (15%) больных, нарушения сна - у 30 (88%), плохая переносимость поездок в транспорте - у 17 (50%), метеочувствительность – у 12 (35%).

Клинико-психологическая оценка базовых проявлений функциональных нарушений позволила выявить нарушения со стороны двигательной сферы у 31 (90%) ребенка, нарушения мозжечкового контроля и вестибулярной компетентности встречались у 19 (56%) детей, чувствительные нарушения, не обусловленные агнозией, были зарегистрированы - у 15 (44%).

Со стороны как пирамидной, так и стриопаллидарной систем, наиболее часто встречались специфические изменения со стороны мышечного тонуса – у 29 (85%) детей, некоторое снижение мышечной силы (3-4 балла) - у 15 (44%), повышение рефлексов - у 9 (26%), у 2 (6 %) отмечались патологические рефлексы и синкинезии, гиперкинезы регистрировались у 5 (15%) обследованных, также в 3 (9%) случаях отмечались пропульсии и невыраженный мелкоразмахистый тремор.

Нарушения со стороны мозжечкового контроля и вестибулярной компетентности также были разнообразны. Координаторные нарушения преимущественно проявлялись в мегалографии, мимопопадании при выполнении координаторных проб и нарушении статического и динамического равновесия у 16 (47%) детей. Мышечная асинергия (дисдиадохокинез, крупноразмахистый нистагм, затруднение при выполнении проб на синергию) была зарегистрирована у 8 (23%) детей, у 5 (15) определялась мышечная гипотония.

Изменения со стороны чувствительной сферы (исследование поверхностной и глубокой чувствительности) также регистрировались достаточно часто. Вызывало трудности исследование дифференцировки тепло-холод, а также определение чувства массы и исследование вибрационной чувствительности. Преимущественно регистрировались нарушения в восприятии боли - у 10 (29%) детей, повышение порога восприятия в отношении тактильной чувствительности – у 13 (38%), мышечно-суставное чувство и чувство давления были нарушены у 6 (18%) детей.

Все изменения со стороны регуляции соматической нервной системы сопровождались проявлениями вегетативной дисрегуляции, как уже указывалось выше. Непосредственное исследование вегетативного статуса позволило определить ряд характерных проявлений адаптационного потенциала у детей с РАС.

При изучении ВТ с помощью скрининговой таблицы (А.М. Вейн), содержащей комплексы симптомов и показателей, характеризующих деятельность ВНС в различных состояниях (адаптации и дизадаптации), установили доминирование при РАС симпатикотонии - у 23 (68%). Коэффициент Хильдебранта, представляющий собой математическое выражение межсистемных отношений ССС и дыхательной системы (ДС), высчитывали по формуле: (частота сердечных сокращений (ЧСС)/частота дыхательных движений). По значениям данного показателя делали заключение о наличии или отсутствии рассогласованности в деятельности данных систем. Изменения интегративного показателя - коэффициента Хильдебранта - указали на наличие рассогласованности в функционировании ССС и ДС (медиана (Me)=5,1, диапазон 4,5-2,6), что также регистрировалось практически у всех детей – в 30 (88%) случаях.

При исследовании ВР с использованием глазосердечного рефлекса Данини-Ашнера были выявлены выраженные вагальные реакции, что демонстрировало повышенную вегетативную реактивность, у 21 (62%) обследованного ребенка (Медо пробы=101, диапазон 98-105, после пробы=90, диапазон 67-98).

Для оценки ВОД использовали физическую нагрузку (ЧСС измеряли до и после физической нагрузки). Понимая, что ответственность за ВОД несет эрготроп-

ный отдел ВНС, делали заключение о его состоянии. Среди найденных нарушений преобладали изменения в функционировании симпатического отдела ВНС, а именно: его истощение - у 18 (53%) детей ((Медо нагрузки=101, диапазон 98-105, после физической нагрузки=87, диапазон 70-117). Нормальное ВОД не определялось.

Таким образом, проведенное динамическое исследование состояния ВНС дает представление о ее ВТ, ВР, ВОД, что обусловлено состоянием надсегментарных систем мозга, организующих адаптивное поведение.

Наличие вегетативной дисрегуляции, обусловленной стволовыми влияниями, подтверждалось результатами инструментального обследования.

При офтальмоскопии у 4 (12%) детей выявлено расширение вен, у 21 (62%) - спазм артерий. Диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие.

ЭКГ обследованных преимущественно характеризовали вегетативно-обменные нарушения – у 25 (74%) обследованных детей. При РЭГ/УЗДГ у большинства больных определялись признаки дистонии сосудистого русла – у 26 (77%) детей, нарушение венозного оттока - у 5 (15%), асимметрия пульсового кровенаполнения - у 14 (41%).

При ЭЭГ, как правило, выявлялась диффузные изменения биопотенциалов головного мозга от легкой – у 14 детей (41%) до средней - 20 детей (59%)) степени выраженности. Доминирование бета-активности встречалось в 24 (68%) случаях, альфа – в 11 (32%) случаях. Достаточно часто регистрировалась ирригация гипоталамических, мезэнцефальных структур, функциональная неустойчивость стволовых образований – у 27 (80%). Эпилептических приступов, паттернов эпилептических приступов и эпилептиформной активности в ходе исследования зарегистрировано не было.

Для более глубокого изучения вопросов влияния рассматриваемых клинико-психологических факторов на средовую адаптацию использовали обработку полученных данных с помощью факторного анализа (после вращения факторов методом varimax). Оценивали вклад изучаемых факторов в формирование клинических проявлений дисрегуляции базового уровня (со значением не менее 0,65).

Рассматривалось влияние на средовую адаптацию состояния двигательной сферы, мозжечкового контроля и вестибулярной компетентности, а также чувствительных нарушений (поверхностная и глубокая чувствительность).

Проведенный факторный анализ обращает на себя внимание тем, что все рассматриваемые факторы оказались значимыми в формировании клинической картины базового уровня дисрегуляции. Преимущественной влияние оказывает фактор чувствительных нарушений (0,793732), вторым по значимости является фактор мозжечкового контроля и вестибулярной компетентности (0,7547830), третьим - состояние двигательной сферы (0,692264).

Все выше обозначенные проявления сопровождаются различными вегетативными отклонениями (во всех случаях наблюдений), формирующимися в результате вегетативной дисрегуляции, что оказывает влияние на адаптационный потенциал организма и ограничивает возможности средовой адаптации.

Учитывая все выше изложенное, становится очевидным значение изучаемых феноменов в формировании клинической картины РАС.

Заключение. Таким образом, выявленные клинико-психологические проявления расстройств базового уровня регуляции при РАС могут считаться значимыми. Соответственно они могут быть рассмотрены как основные компонен-

ты, требующие дифференцированного учета при разработке ИПРП и оценке ее эффективности. Описываемые компоненты были нами определены как критерии:

1 – критерий состояния двигательной сферы (представлен совокупностью оценки состояния пирамидной системы – мышечная сила, мышечный тонус, объем активных и пассивных движений, наличие контрактур, состояние рефлекторной сферы – снижение/повышение рефлексов, патологические рефлексы, клонусы, наличие патологических синкинезий; и оценки состояния стриопаллидарной системы – наличие гиперкинезов, состояние мышечного тонуса, пропульсии, мелкоразмахистый тремор);

2 – критерий состояния мозжечкового контроля (крупноразмахистый нистагм, мегалогография, асинергия, статическое и динамическое равновесие, координаторные нарушения в конечностях, крупноразмахистый тремор, мышечная гипотония);

3 – критерий состояния вестибулярной компетентности (статическое и динамическое равновесие, мелкоразмахистый нистагм, головокружения, сопровождающиеся/не сопровождающиеся рвотой);

4 – критерий состояния чувствительной сферы (представлен совокупностью оценки состояния поверхностной (холод, тепло, боль), тактильной и глубокой чувствительности (мышечно-суставное чувство, чувство давления, чувство массы, вибрационная чувствительность);

5 – критерий состояния адаптационный потенциала организма (вегетативный тонус, вегетативное обеспечение деятельности, вегетативная реактивность).

Использование выделенных компонентов обеспечивает дифференцированную оценку топики-функциональных нарушений и степень их участия в регуляции субкортикального уровня. Совершенствование уровневого подхода в понимании нейропсихологических механизмов, базирующегося на анализе морфологических, функциональных и психологических факторов, будет способствовать совершенствованию технологии ранней помощи детям с РАС.

ЛИТЕРАТУРА.

1.Алоин А.В., Виноградова Л.В. Практический опыт и реализация методики оценки общей двигательной функциональности у подростков и молодежи с расстройствами аутистического спектра низкого и среднего функционального уровня // Адаптивная физическая культура. - 2015. - № 4 (64). - С. 26-30.

2.Ахутина Т.В., Матвеева Е.Ю., Романова А.А.. Применение луриевского принципа синдромного анализа в обработке данных нейропсихологического обследования детей с отклонениями в развитии // Вестник Московского университета: Психология. - 2012. - № 2. (14). - С. 84-95.

3.Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: МЕДпрессинформ, 2016 – 608 с.

4.Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Применение метода сенсомоторной коррекции при работе с детьми с аутистическими расстройствами: Методическое руководство. - М.: Институт бизнеса и политики, 2011. – 68 с.

5.Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1995. - 559 с.

6.Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. - М.: «Медицина», 1997. - 351 с.

7.Семакова Е.В., Машкова И.Ю. Нейропсихологический подход к пониманию структуры дефекта при расстройствах аутистического спектра // Вопросы психиче-

ского здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 2 (приложение). – С. 158-159.

8.Семакова Е.В.,Машкова И.Ю. Реализация нейропсихологического подхода в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. «Психология когнитивных процессов» /под ред. Селиванова В.В. (сборник статей). - Смоленск: Издательство СмолГУ, 2018. – С. 144-145.

REFERENCES

1.Aloin A.V., Vinogradova L.V. Prakticheskij opyt i realizacija metodiki ocenki obshhej dvigatel'noj funkcional'nosti u podrostkov i molodezhi s rasstrojstvami autisticheskogo spektra nizkogo i srednego funkcional'nogo urovnja // Adaptivnaja fizičeskaja kul'tura. - 2015. - № 4 (64). - S. 26-30.

2.Ahutina T.V., Matveeva E.Ju., Romanova A.A.. Primenenie lurievskogo principa sindromnogo analiza v obrabotke dannyh nejropsihologicheskogo obsledovanija detej s otklonenijami v razvitii // Vestnik Moskovskogo universiteta: Psihologija. - 2012. - № 2. (14). - S. 84-95.

3.Badaljan L.O. Detskaja nevrologija. - M.: MEDpressinform, 2016 – 608 s.

4.Gorjacheva T.G., Nikitina Ju.V. Primenenie metoda sensomotornoj korrekcii pri rabote s det'mi s autisticheskimi rasstrojstvami: Metodicheskoe rukovodstvo. - M.: Institut biznesa i politiki, 2011. – 68 s.

5.Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta: Rukovodstvo dlja vrachej. - M.: Medicina, 1995. - 559 s.

6.Kryzhanovskij G.N. Obshhaja patofiziologija nervnoj sistemy. - M.: «Medicina»,1997. - 351 s.

7.Semakova E.V.,Mashkova I.Ju. Nejropsihologicheskij podhod k ponimaniju struktury defekta pri rasstrojstvah autisticheskogo spektra // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17). – № 2 (prilozhenie). - S. 158-159.

8.Semakova E.V.,Mashkova I.Ju. Realizacija nejropsihologicheskogo podhoda v soprovozhdenii sluchaja sem'i, vospityvajushhej autichnogo rebenka // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. «Психология когнитивных процессов» /под ред. Селиванова В.В. (сборник статей). - Смоленск: Izdatel'stvo SmolGU, 2018. – С. 144-145.

E.V Semakova¹, I.Yu. Mashkova²

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE CAUSES OF DISADAPTATION IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

¹Smolensk State University, ²Smolensk State Medical University (Smolensk).

Summary. The article presents the results of clinical and psychological examination of children with autism spectrum disorders (ASD). The significant impact of the state of the motor sphere, cerebellar control and vestibular competence, as well as the sensitive sphere on the features of regulation of the basic level was established. Violations of regulation of the basic level are accompanied by various vegetative deviations (in all cases of observations). This has an impact on the adaptive potential of the organism and limits the possibility of environmental adaptation. The article proposes evaluation components can be useful in improving the technology of early intervention for children with ASD.

Keywords: autism spectrum disorder, clinical and psychological analysis, criteria for assessment of topico-functional disorders, individual early intervention program.

А.Е. Колпакова, Ю.В. Стряпухина, С.Т. Посохова
**ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ
ПОДРОСТКОВ СО СКЛОННОСТЬЮ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Резюме. Важной практической задачей информатизации общества и семьи представляется изучение факторов риска девиантного поведения подростков в условиях информационной среды. В исследовании связи особенностей семейной информационной среды и склонности подростков к девиантному поведению вовлеченность членов семьи в интернет-пространство и степень принятия ими интернета сопряжены со склонностью к агрессивному и противоправному поведению подростков. Подростки со склонностью к аутоагрессивному поведению раньше получают доступ к самостоятельному использованию интернета при сниженном интересе к компьютерным играм. В семьях, предпочитающих получать информацию из книг, подростки меньше склонны к аддиктивному и противоправному поведению.

Ключевые слова: семья, информационная среда, подростки, склонность к девиации, поведение, интернет-пространство.

Повышение роли информации в жизни общества, рост информационных потоков приводит к увеличению числа людей, в разной степени и с разной степенью осознанности включенных в использование информационных технологий [12]. Создается глобальное информационное пространство, в котором люди постоянно обмениваются информацией, удовлетворяя свои актуальные потребности в информационных продуктах и услугах. Формируется новый информационный тип человека [16]. Он отличается повышенной потребностью в информации и в расширенных коммуникациях, специфическим информационным поведением, характеризующимся тем, что сбор и анализ информации предшествует действию и принятию решения. Такому поведению присуще также стремление получать выгоду от применения информационно-коммуникативных технологий [17]. Эти процессы непосредственно затрагивают семью. Безусловно, семейная среда, в которой живет и развивается современный подросток, может считаться информационной. Ведь именно благодаря семье с самого раннего возраста ребенок общается к интернет-пространству, оно становится частью его культуры и бытия, а главное – сущностной частью среды его развития.

Согласно идеям Л. С. Выготского, средовые условия создают «единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего, социальной» [5, с. 258]. В формировании устойчивости личности к воздействию средовых факторов, в том числе информационных, решающую роль играет семья. Семья – ресурс и основа для развития гармоничной личности. Вместе с тем, она же может стать негативным фактором развития, источником дисгармоний, нарушений поведения, личностных расстройств и т. д. [2]. Глобальный информационный прессинг, с одной стороны, меняет сложившийся уклад семьи, устоявшиеся стили и традиции внутрисемейного взаимодействия; с другой, каждая семья, функционально и структурно трансформируясь в условиях

информатизации общества, создает собственную неповторимую семейную информационную среду, которая отражает то, что происходит и в семейной системе, и в психологии конкретных ее членов, в том числе и детей.

Влияние процесса информатизации неоднозначно: ученые раскрывают как положительные, так и отрицательные изменения в семейной системе [1]. Несмотря на разнообразие психологических, и не только психологических, исследований разных аспектов информационного влияния на человека, существует явный дефицит знаний о психологических последствиях информатизации семьи. Складывается своеобразное противоречие: одновременно с распространением и расширением информационной среды, особенности ее организации в семье и влияние ее на членов семьи, степень ответственности родителей за воспитание информационной культуры подростков неизвестна. Согласно опросу, дети непосредственно включаются в интернет-пространство и становятся активными деятелями информационной среды с 7-8 лет [7], хотя роль информационной среды семьи в актуализации подобного увлечения не раскрыта. Дефицит научных знаний в этом направлении определил цель нашего исследования: раскрыть особенности информационной среды семьи подростков со склонностью к девиантным формам поведения.

Для изучения информационной среды семьи нами была специально разработана анкета «Семейная информационная среда» в двух вариантах: родительский и подростковый. При разработке мы исходили из понимания информационной среды как совокупности технических и программных средств хранения, обработки и передачи информации, а также социально-экономических и культурных условий реализации процессов информатизации [17]. В понимании среды при ее воздействии на человека мы основывались на идеях А.Ф. Лазурского о личности в динамике ее приспособления (адаптации) к окружающей среде, концепции психологии отношений В.Н. Мясищева, теории базовых эмоций К. Изарда, теории информационного общества И. Масуды, концепции нового общества Г. Маклюэна [6, 8, 9, 10, 11, 15, 19]. Интеграция этих идей позволила нам понимать семейную информационную среду как систему отношений членов семьи и информационно-технических ресурсов, трансформирующую внутрисемейные процессы и вектор взаимодействия семьи с окружающей реальностью. Для проверки согласованности вопросов анкеты применялся коэффициент Альфа Кронбаха, значение которого составило 0,735, что интерпретируется как достаточная согласованность.

На основании анкетирования подростков и их родителей были выделены следующие компоненты семейной информационной среды: предпочитаемый членами семьи источник информации и доверие к нему; вовлеченность членов семьи в СМИ и интернет и цель их использования; степень принятия интернета; предпочитаемый каждым и семьей в целом вид информация и интерес к ней; переживаемые эмоции во время самостоятельного использования интернета и во время использования интернета другими членами семьи; предпочитаемые каналы внутрисемейной коммуникации; возраст начала использования интернета ребенком.

Всего в исследовании участвовали 70 человек: 35 подростков в возрасте 14-16 лет и 35 родителей, средний возраст которых составил 40 лет. Родители и подростки – представители одних семей. Исследование особенностей девиантного поведения подростков проводилось с помощью методики «Склонность к девиантному по-

ведению» (Леус Э.В. , Сидоров П.И. , Соловьев А.Г.), которая направлена на выявление склонности подростков к девиантному поведению и дифференциацию его по основным видам: социально одобряемое поведение, делинквентное, аддитивное, агрессивное, аутоагрессивное поведение [13]. Девиантное поведение определялось по следующим критериям: значение суммы баллов по каждой из шкал от 21 до 30 баллов оценивалось как высокая степень склонности к соответствующему виду девиантного поведения, от 11 до 20 – средняя степень, от 0 до 10 – низкая степень склонности к девиантному поведению определенного вида.

Согласно полученным данным, у 8 из 35 опрошенных подростков была выявлена высокая степень склонности к девиантному поведению: у 3 по типу аутоагрессивного поведения, у 1 –противоправного, аддитивного, агрессивного и аутоагрессивного поведения, у 4 подростков сформирована модель социально обусловленного поведения, то есть тесного слияния со значимыми людьми или группой. Описание среднестатистических значений склонности к девиантному поведению среди исследуемых подростков приведено в табл. 1.

Таблица 1.

Среднегрупповые показатели склонности подростков к девиантному поведению, в баллах

Измеряемый показатель (в баллах)	Среднестатистическое значение по группе N=35
Социально одобряемое поведение	17, 14±0,55
Делинквентное	9, 74±0,24
Аутоагрессивное поведение	9, 57±0,20
Агрессивное поведение	8, 66±0,36
Аддитивное поведение	6, 54±0,76

Сравнение особенностей семейной информационной среды группы подростков с высокими показателями склонности к девиантному поведению и группы подростков со средней и низкой степенью склонности к девиантному поведению выявило следующие значимые различия: подростки с высокой степенью склонности к аддитивному поведению чаще используют средства массовой информации для развлечения, для общения и для снятия напряжения ($p \leq 0,05$). Подростки, в высокой степени склонные к агрессивному и противоправному поведению, чаще переживают радость в интернете ($p \leq 0,05$), их семейная информационная среда отличается высокой степенью принятия интернета ($p \leq 0,01$) и использованием интернета в качестве основного источника получения информации ($p \leq 0,05$).

Исследование с помощью корреляционного анализа (r-Пирсона) показало: отдельные особенности семейной информационной среды и склонность подростков к девиантным формам поведения сочетаются. Цели использования средств массовой информации и интерес подростков к поиску информации в интернете положительно связаны с аддитивным поведением. У подростков, которые используют информационные источники для развития самостоятельности и для того, чтобы быть в курсе всех событий, обнаружена прямая взаимосвязь со склонностью к аутоагрессивному поведению. У подростков, которые используют инфоисточники для игры в компьютерные игры, выявлена обратная

связь: оказалось, чем чаще подросток выбирает компьютерные игры, тем меньше у него склонность к аутоагрессивному поведению. Необходимо учитывать, что возможна и обратная связь: чем больше подросток склонен к аутоагрессивному поведению, тем реже он выбирает компьютерные игры.

Интерес подростков к новостной, популярной, развлекательной и потребительской информации в интернете сопряжен с проявлениями агрессивного, аутоагрессивного и аддиктивного типов поведения. Эмоции, переживаемые во время самостоятельного использования интернета, а также во время использования интернета родителями, связаны у подростков с высоким уровнем социальной обусловленности поведения.

Стоит обратить внимание на факт, что такие характеристики семейной информационной среды, как получение информации с помощью книг, вовлеченность членов семьи в интернет и в средства массовой информации, степень принятия интернета обратно коррелируют со склонностью подростков к аддиктивному и противоправному поведению. В семьях, предпочитающих получать информацию из книг, подростки меньше склонны к этим видам девиантного поведения.

Таким образом, на данном этапе исследования можно говорить о том, что существует связь между особенностями семейной информационной среды подростков и их склонностью к девиантному поведению. Мы приходим к выводу, что семейная информационная среда представляет собой сложное многокомпонентное образование, влияние которого на девиантное поведение подростков неоднозначно. Эта среда может создавать условия как для девиантных форм поведения подростка, так и для формирования его информационной культуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Н. З. , Ивушкина Е. Б. , Лантратов О. И. Становление информационного общества и философия образования. - М. : Академия естествознания, 2008.
2. Алмазов Б. Н. Психическая средовая дизадаптация несовершеннолетних. - Свердловск, 1986.
3. Войсунский А. Е. Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете / под ред. А. Е. Войсунского. - М. , 2000. – С. 100-131.
4. Войсунский, А. Е. Интернет - новая область исследований в психологической науке // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ. Вып. 1. - М. : Смысл, 2002. - С 82-101.
5. Выготский Л. С. Проблема возраста // Собрание сочинений: в 6-и т.; Т. 4. - М. : Педагогика, 1984. - С. 244-268.
6. Изард К. Э. Психология эмоций / Перев. с англ. — СПб. : Питер, 1999, — 464 с.
7. Колпакова А. Е. , Посохова С. Т. Информационная среда как фактор риска девиантного поведения подростков // Сб. тез. конф. «Ананьевские чтения–2017» / Отв. ред. Л. А. Головей, А. В. Шаболтас, - СПб. : Айсинг, 2017. – С. 390-391.
8. Лазурский А. Ф. Избранные труды по общей психологии. Психология общая и экспериментальная. - СПб. , 2001.
9. Лазурский А. Ф. Классификация личностей / Избранные труды по психологии. - М. , 1997. - С. 5–266.
10. Лазурский А. Ф. Школьные характеристики / Избранные труды

по психологии. М., 1997. С. 267–411.

11. Лазурский А. Ф., Франк С. Л. Программа исследования личности в ее отношениях к среде / Избранные труды по общей психологии. К учению о психической активности. Программа исследования личности и другие работы. - СПб., 2001. - С. 124–160.

12. Лазутина Г. В. Основы творческой деятельности журналиста: Учебник для вузов. - М.: Аспект Пресс, 2001 - 240 с.

13. Леус Э. В., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Диагностика девиантного поведения несовершеннолетних // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. — 2012. — № 9. — С. 268-277.

URL: http://psychiatr.ru/files/magazines/2013_06_obozr_587.pdf (Дата обращения: 3. 11. 2017)

14. Маршалл Маклюэн. Понимание медиа: внешние расширения человека / пер. с англ. - М.: Кучково поле, 2007. — 464 с.

15. Мясищев В. Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / Под ред. Бодалева А. А) - М.: Модэк МПСИ, 2004.

16. Орлова Т. В. Об информационном человеке // Теоретическая экономика. – 2013. - № 2, - С. 84-87.

17. Современный психологический словарь / Под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007.

18. Солдатова Г. У., Рассказова Е. И. Цифровая ситуация развития межпоколенческих отношений: разрыв и взаимодействие между подростками и родителями в Интернете // Мир психологии. - 2017. - № 1(89). - С. 134–143.

REFERENCES

1. Alieva N. Z., Ivushkina E. B., Lantratov O. I. Stanovlenie informacionnogo obshhestva i filosofija obrazovaniya. - М.: Akademiya estestvoznaniya, 2008.

2. Almazov B. N. Psihicheskaja sredovaja dizadaptacija nesovershennoletnih. - Sverdlovsk, 1986.

3. Vojskunsij A. E. Fenomen zavisimosti ot Interneta // Gumanitarnye issledovaniya v Internetе / pod red. A. E. Vojskenskogo. - М., 2000. – S. 100-131.

4. Vojskunsij, A. E. Internet - novaja oblast' issledovanij v psihologicheskoy nauke // Uchenye zapiski kafedry obshhej psihologii MGU. Vyp. 1. - М.: Smysl, 2002. - S 82-101.

5. Vygotskij L. S. Problema vozrasta // Sbranie sochinenij: V 6-i t. ; T. 4. - М.: Pedagogika, 1984. - S. 244-268.

6. Izard K. Je. Psihologija jemocij / Perev. s angl. — SPb.: Piter, 1999, — 464 s.

7. Kolpakova A. E., Posohova S. T. Informacionnaja sreda kak faktor riska deviantnogo povedeniya podrostkov // Sb. tez. konf. Anan'evskie chteniya–2017» / Otv. red. L. A. Golovej, A. V. Shaboltas, - SPb.: Ajsing, 2017. – S. 390-391.

8. Lazurskij A. F. Izbrannye trudy po obshhej psihologii. Psihologija obshhaja i jeksperimental'naja. - SPb., 2001.

9. Lazurskij A. F. Klassifikacija lichnostej / Izbrannye trudy po psihologii. - М., 1997. - S. 5–266.

10. Lazurskij A. F. Shkol'nye harakteristiki / Izbrannye trudy po psihologii. М., 1997. S. 267–411.

11. Lazurskij A. F. , Frank S. L. Programma issledovanija lichnosti v ee otnoshenijah k srede / Izbrannye trudy po obshhej psihologii. K ucheniju o psihicheskoy aktivnosti. Programma issledovanija lichnosti i drugie raboty. - SPb. , 2001. - S. 124–160.
12. Lazutina G. V. Osnovy. tvorcheskoy. dejatel'nosti. zhurnalista: Uchebnik dlja vuzov. - M. : Aspekt Press, 2001 - 240 s.
13. Leus Je. V. , Sidorov P. I. , Solov'ev A. G. Diagnostika deviantnogo povedenija nesovershennoletnih // Vestnik Cheljabinskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. — 2012. — № 9. — S. 268-277.
- URL: http://psychiatr.ru/files/magazines/2013_06_obozr_587.pdf(Data obrashhenija: 3. 11. 2017)
14. Marshall Makljuven. Ponimanie media: vneshnie rasshirenija cheloveka / per. s angl. - M. : Kuchkovo pole, 2007. — 464 s.
15. Mjasishhev V. N. Psihologija otnoshenij: Izbrannye psichologicheskije trudy / Pod red. Bodaleva A. A) - M. : Modjek MPSI, 2004.
16. Orlova T. V. Ob informacionnom cheloveke // Teoreticheskaja jekonomika. – 2013. - № 2, - S. 84-87.
17. Sovremennij psichologicheskij slovar' / Pod red. B. G. Meshherjakova, V. P. Zinchenko. - SPb. : Prajm-EVROZNAK, 2007.
18. Soldatova G. U. , Rasskazova E. I. Cifrovaja situacija razvitija mezhpokolencheskih otnoshenij: razryv i vzaimodejstvie mezhdru podrostkami i roditeljami v Internete // Mir psichologii. - 2017. - № 1(89). - S. 134–143.
19. Masuda Y. The Informational Society as Post-Industrial Society. Washington, D. C. , USA: World Future Society. - 1981.

A.E. Kolpakova, J.V. Stryapukhina, S.T. Posokhova

CHARACTERISTICS OF THE FAMILY INFORMATION ENVIRONMENT OF ADOLESCENTS WITH A TENDENCY TO DEVIANT BEHAVIOR

St. Petersburg State University (St. Petersburg).

Summary. An important practical task of informatization of society and the family is the study of risk factors for the deviant behavior of adolescents in the information environment. In a study of the relationship of the characteristics of the family information environment and the tendency of adolescents to deviant behavior, the involvement of family members in the Internet space and the degree of their acceptance of the Internet are associated with a tendency to aggressive and unlawful behavior of adolescents. Adolescents with a tendency to auto-aggressive behavior earlier get access to independent use of the Internet with reduced interest in computer games. In families who prefer to receive information from books adolescents are less prone to addictive and unlawful behavior.

Keywords: family, informational environment, adolescents, tendency to deviation, behavior, Internet space

И.С. Якиманская, С.В. Балашова

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЕЗНИ И ХАРАКТЕР
ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ
ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА
Оренбургский государственный медицинский университет (Оренбург).**

Резюме. В статье представлены результаты исследования подростков, больных диабетом первого типа, их отношение к болезни, а также отношение в болезни их родителей – отца и матери. Даны рекомендации относительно направлений психокоррекционной работы с такими подростками. Они должны быть направлены на выработку сознательного самоконтроля за уровнем сахара в крови, а также на повышение самооценки и развитии коммуникативных навыков в отношениях со сверстниками, способности выстраивать дружеские отношения несмотря ограничения накладываемые заболеванием и индивидуальные различия.

Ключевые слова: представления о болезни, родители подростков с диабетом первого типа.

Актуальность. В пубертатный период подрастающий ребенок переживает биологические и психосоциальные изменения. Это привносит определенные сложности в жизнь не только самого больного сахарным диабетом, но и его семьи. [1]. У многих подростков с сахарным диабетом обнаруживается ухудшение метаболического контроля [2] обычно из-за нерегулярного питания и неравномерной физической активности [3, 4], а также нарушения в инсулинотерапии [5], рискованного поведения [6]. Гормональная перестройка организма в пубертатный период с усилением секреции гормона роста приводит к относительной инсулинорезистентности [7, 8].

Внутренняя картина болезни у подростков, болеющих сахарным диабетом, характеризуется изменениями структуры самооценки, приводящими к формированию «комплекса отличия» от здоровых детей [9, 10]. Зачастую больные с диабетом стремятся приспособиться к стилю жизни своих сверстников, игнорируя свое заболевание. [11]. Поскольку общение со сверстниками имеет для большинства подростков первостепенное значение, это необходимо учитывать при терапии и сопровождении больного подростка с сахарным диабетом [12].

Семейные факторы оказывают существенное влияние на течение сахарного диабета у подростков [13]. Результаты исследований показали, что при сплоченности семьи, надлежащем родительском контроле лучше соблюдается режим терапии и контроль гликемии, в то время как отсутствие распределения обязанностей и конфликты в связи с нарушениями режима приводят к ухудшению течения заболевания [14, 15].

Цель исследования - определить особенности детско-родительских отношений в семьях подростков с сахарным диабетом I типа, а также отношение к болезни детей и родителей.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 23 подростка (12 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 14 до 17 лет, страдающие сахарным диабетом I типа, и 34 родителя подростков (23 мамы, 11 отцов). Сре-

ди обследуемых у 2 подростков впервые выявленный сахарный диабет I типа, у 8 человек диабет длительностью до 5 лет и у 13 человек длительность заболевания составила от 5 лет до 9 лет. Были использованы клинико-психологический, экспериментально-психологический методы.

Экспериментально-психологические методики: опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (И.М. Марковская), методика диагностики отношения к болезни ребенка - ДОБР (В.Е. Каган, И.П. Журавлева) и цветовой тест отношений (ЦТО). Для ЦТО были выбраны следующие понятия: мать, отец, я-сам, друг, недруг, болезнь, настоящее, будущее.

Результаты исследования. С помощью ЦТО (ЦТО) были выявлены система эмоциональных отношений, значимость людей и явлений в жизни подростка, страдающего сахарным диабетом. Обнаружилось, что первые позиции в эмоциональной значимости для подростка занимают мать и отец. Отношения с матерью и отцом (96% и 92%) оказываются приоритетными в сравнении с отношениями с другом (77%). Значимость родителей также выше значимости самого себя (69%). Вероятно, подросток с сахарным диабетом более зависим от родителей, чем большинство его здоровых сверстников.

У большинства подростков (77%) обнаруживается выраженная негативная значимость сахарного диабета (нейтральное отношение к болезни только у 23%) по сравнению с отношением к недругу, лишь 42 % из них негативно относятся к недругу, а 58% сохраняют нейтральную позицию к недругу. То есть болезнь сахарным диабетом в сознании подростка воспринимается как более враждебная реальность, чем недруг. Более низкая ценность самого себя в сравнении с родителями и другом видимо объясняется наличием такого хронического заболевания, как сахарный диабет.

На взгляд подростка с сахарным диабетом, в отношениях с обоими родителями присутствует высокий уровень удовлетворенности отношениями (20,6 баллов), авторитетности (20 баллов), принятия (18,2 балла), эмоциональной близости (18,2 балла), контроля (17,2 балла) и сотрудничества (16,9 баллов). На среднем уровне, по мнению подростка, представлена последовательность родителя в воспитательных мерах (15,8) наряду с его требовательностью (15), строгостью (11,8) и согласием-несогласием между ребенком и родителем (14,8). Это значит, что и отец, и мать для больного с сахарным диабетом является большим авторитетом, и он удовлетворён отношением с обоими родителями. У него обнаруживается высокая потребность в близости с матерью и с отцом, желание делиться с ними самым сокровенным и важным, он воспринимает своего родителя как принимающего и готового на сотрудничество, несмотря на высокий контроль со стороны родителей. Существенных различий по параметрам детско-родительских отношений на отношения с матерью и отношения с отцом по оценкам подростка нет.

Мнение родителей, матери и отца, на отношения со своим сыном или дочерью по тем же шести параметрам имеет высокие значения и по тем же четырем параметрам средние значения. Однако обнаруживаются достоверные различия по параметру «сотрудничество» по взглядах родителя и подростка на их отношения. Мать и отец видят себя более сотрудничающими со своим ребенком (19) по сравнению с тем, как подросток ниже оценивает это сотрудничество (16,88) в форме

признания его прав и достоинств, ориентации на равенство и партнерство в отношениях. Кроме того, матери считают себя менее требовательными к ребенку (13,5) чем оценивают их требовательность сами подростки (15,4). Ребенок воспринимает своего отца как более авторитетного (20,3) по сравнению с тем, как считает отец, на сколько он пользуется авторитетом у своего ребенка (18,3).

Проведен корреляционный анализ взаимосвязи параметров детско-родительских отношений по оценкам подростка с его отношением к болезни. Обнаружена прямая корреляционная взаимосвязь между отношением ребенка к своей болезни и таким параметром детско-родительских отношений, как принятие (принятие в отношениях с матерью $r=0,51$, принятие в отношениях с отцом $r=0,46$, корреляционная связь среднегоуровня значимости). Чем больше принятия проявляют родители в отношении своего ребенка как личности, тем больше он сам принимает свою болезнь и, значит, лучше приспосабливается к ней. Однако между принятием родителем своего ребенка и его принятием себя (позитивным отношением к себе) корреляционная связь слабая $r=0,22$. Точно также выявлена слабая взаимосвязь других параметров детско-родительских отношений с отношением подростка к самому себе. То есть принятие родителями ребенка влияет только на его отношение к своей болезни, но мало способствует его самопринятию в целом. И поскольку себя больные с сахарным диабетом считают менее значимыми, чем родителей, необходимо проводить психологическую коррекцию не столько детско-родительских отношений, сколько отношения к себе и отношений со сверстниками.

Частью детско-родительских отношений является отношение к болезни ребенка его родителей. Обнаружилось, что лишь 17% матерей по шкале «Общая напряженность» имеют высокие значения, которые свидетельствуют о чрезмерно напряженном отношении к заболеванию ребенка; у 26% матерей выявлены низкие показатели, у 57% матерей - средний уровень напряженности. По шкале «Тревога» большая часть матерей (61%) показывает средние значения, однако значительная часть матерей (39%) избыточно тревожится за болезнь ребенка. По шкале «Контроль активности» тоже в большинстве случаев матери умеренно контролируют активность своих детей (61%), но многие матери (39%) явно недооценивают необходимость такого контроля. У большинства матерей (87%) преобладают умеренные значения по шкале «Интернальность», что свидетельствует о смешанном локусе контроля, то есть причины болезни часто воспринимаются ими как нечто, не зависящее от них, как то, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. При этом матери готовы брать на себя ответственность за болезнь ребенка и не отказываются от нее. По шкале «Нозогнозия» у всех матерей выявлены средние показатели, что говорит об отсутствии гипернозогнозии и гипонозогнозии и адекватном отношении к болезни своего ребенка.

При сравнении тех же показатели у отцов обнаруживаются отличия только по двум шкалам. Гораздо меньше отцов (18 %) чрезмерно тревожатся за болезнь ребенка, а подавляющее большинство их (82%) сохраняет умеренный уровень тревоги. В то же время отцы с большей готовностью осуществляют контроль активности подростка, у 73% отцов выявлены умеренные значения контроля активности, а у 27% отцов - низкие значения контроля активности. По шкалам интернальности, нозогнозии и общей напряженности отцы показывают значения, сходные с матерями.

Выводы. Эмоциональная значимость родителей для подростка выше, чем значимость его самого и его друзей. То есть он, вероятно, более зависим от родителей, чем большинство его здоровых сверстников, и не уверен, что без поддержки родителей может справиться с повседневными трудностями, связанными с хроническим заболеванием.

Детско-родительские отношения в семьях подростков с сахарным диабетом 1 типа характеризуются высоким уровнем сотрудничества, эмоциональной близости, принятия, авторитетности, контроля и удовлетворенности отношениями, по оценкам родителей и детей, средним уровнем строгости, требовательности, последовательности родителя и согласия между ребенком и родителем. Большинство параметров детско-родительских отношений выше, чем в семьях здоровых ровесников. Принятие подростка родителями оказывает существенное влияние на его принятие болезни, однако мало влияет на его отношение к себе.

Большинство отцов и матерей адекватно воспринимает болезнь своих детей, им не свойственно преуменьшать или преувеличивать тяжесть заболевания ребенка. Однако у матерей чаще обнаруживается высокая тревожность в отношении здоровья детей, чем у отцов. При этом отцы больше способны устанавливать на время болезни необходимые ограничения активности ребенка.

Психокоррекционные мероприятия для подростков должны быть направлены на выработку сознательного самоконтроля за уровнем сахара в крови, а также на повышение самооценки и развития коммуникативных навыков в отношениях со сверстниками, способности выстраивать дружеские отношения несмотря на ограничения, накладываемые заболеванием, и индивидуальные различия. Важно информировать родителей о том, что необходимо постепенно передавать ответственность подростку за соблюдение режима питания, активности и контроля за сахаром в крови. При этом предоставлять своему ребенку необходимую поддержку, в которой он так нуждается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. - М.: Медицина. – 112 с.

2. Марковская И.М. Психология детско-родительских отношений. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007. – 91 с.

REFERENCES

1. Lurija R. A. Vnutrennjaja kartina boleznej i jatrogennye zabolevanija. 4-e izd. - M.: Medicina. – 112 s.

2. Markovskaja I.M. Psihologija detsko-roditel'skih otnoshenij. – Cheljabinsk: Izd-vo JuUrGU, 2007. – 91 s.

3. Amiel SA, Sherwin RS, Simonson DC, Luritano AA, Tamborlane W. Impaired insulin action in puberty: a contributing factor to poor glycemic control in adolescents with diabetes. N Engl J Med 1986; 315: 1273–1280.

4. Bryden KS, Neil A, Mayou RA, Peveler RC, Fairburn CG, Dunger DB. Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. Diabetes Care 1999; 22: 1956–1960.

5. Cameron F.J., Amin R., de Beaufort C., Codner E., Acerini C.L. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Diabetes in adolescence. Pediatr Diabetes.

2014 Sep;15 Suppl 20:245-56.

6. Cerkoney KA, Hart LK. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1980; 3: 594–598.

7. Cooper MN et al. A population-based study of risk factors for severe hypoglycaemia in a contemporary cohort of childhood-onset type 1 diabetes. *Diabetologia* 2013; 56: 2164–2170.

8. Delamater A.M., de Wit M., Mc Darby V., Malik J., Acerini C.L. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes* 15 Suppl 20(S20): 232–44.

9. Loman DG, Galgani CA. Physical activity in adolescents with diabetes. *Diabetes Educ* 1996; 22: 121–125.

10. Skinner TC, Channon S, Howells L, Mcevilly A. Diabetes during adolescence. In: SNoek FJ, Skinner TC, eds. *Psychology in Diabetes Care*. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2000: XX–XX.

11. Suris J-C, Michaud P-A, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child* 2004; 89: 938–942.

12. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977–986.

13. White NH, Sun W, Cleary PA et al. Effect of prior intensive therapy in type 1 diabetes on 10-year progression of retinopathy in the DCCT/EDIC: comparison of adults and adolescents. *Diabetes* 2010; 59: 1244–1253.

14. Webb KL, Dobson AJ, O'Connell DL et al. Dietary compliance among insulin-dependent diabetics. *J Chronic Dis* 1984; 37: 633–643.

15. Werther GA, Court JM (Eds). *Diabetes and the Adolescent*. Melbourne: Miranova Publishers, 1998.

I.S. Yakimanskaya, S.V. Balashova

IDEA ABOUT THE DISEASE AND THE NATURE OF PARENT-CHILD RELATIONS IN FAMILIES OF ADOLESCENTS WITH DIABETES 1 TYPE

Orenburg State Medical University (Orenburg).

Summary. The article presents the results of a study of adolescents with diabetes of the first type, their attitude to the disease, as well as the attitude of the disease of their parents – father and mother. Clinical and psychological, experimental and psychological methods of analysis were used. The results showed that the emotional significance of parents for a teenager is higher than the importance of himself and his friends. He is more dependent on his parents than most of his healthy peers and is not sure that without the support of his parents he can cope with the daily difficulties associated with chronic disease. The article provides recommendations on areas of psycho-correction work with such adolescents. They should be aimed at developing conscious self-control over blood sugar levels, as well as increasing self-esteem and developing communication skills in relationships with peers, the ability to build friendships despite the limitations imposed by the disease and individual differences.

Keywords: ideas about illness, parents of adolescents with type I diabetes.

О.Б. Левковская^{1,2}, Ю.С. Шевченко²
**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ
ВОЗРАСТЕ (ЛЕКЦИЯ ДЛЯ НЕПСИХИАТРОВ)**

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой», ²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (Москва).

Резюме. Целью данной лекции является рассмотрение основных, подтвержденных научными исследованиями факторов и мотивов, лежащих в основе суицидального кризиса и суицидального поведения детей и подростков. Выявление детей и подростков с предрасположенностью к суицидальному поведению на этапе, предшествующем специализированной психиатрической помощи, предполагает знание педагогами, психологами, врачами общесоматического профиля основных триггеров и мотивов, запускающих аутодеструкцию. Именно осуществление первичной профилактики может способствовать снижению количества суицидальных попыток и завершенных суицидов детьми и подростками.

Ключевые слова: суицидальное поведение детей и подростков, факторы и мотивы суицидального поведения.

Введение в историю вопроса. Ученые разных специальностей и подходов выделяют и изучают **многочисленные факторы**, предрасполагающие к суицидальному поведению. Каждый случай завершеного суицида, рассматриваемый с клинической точки зрения, включает в себе **биологические, психологические, социальные, а также духовно-культуральные аспекты**.

•В начале и первой трети XIX века, французский психиатр Жан-Этьен Доминик Эскироль утверждал: «...в самоубийстве проявляются все черты сумасшествия. Только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь, и все самоубийцы — душевно больные люди...» [Цит. по 11]. Данное утверждение потеряло свою актуальность, и лишь определенная часть суицидентов может быть отнесена к людям с психическими заболеваниями.

•В конце XIX-начале XX в., российский невропатолог В.М. Бехтерев изучает **факторы социальной жизни**, которые могут приводить человека к самоубийству, и пишет следующее [1]:«...**нарушение личных отношений к окружающим лицам, столь частое в исходе политических движений и приводящее к разного рода нравственным моментам, также должно быть принято во внимание как условие, приводящее к развитию самоубийства**». У него же находим перечень состояний, предрасполагающих к самоубийству: «...алкоголизм, религиозные верования (имеются в виду сектантство и т. н. психические эпидемии с массовыми самоубийствами — О.Л.), <...> **угнетающий аффект** (вследствие неудовлетворенности жизненными условиями, дурного обращения, личных столкновений, компрометирования чести, несчастных случайностей, физических недостатков, неудачной любви, страха перед неизлечимой болезнью)». Практически все факторы продолжают быть актуальными по сей день.

•Во второй половине XX в., американский психолог Э. Шнейдман на обширном материале посмертных экспертиз случаев самоубийств выдвигает свою собственную концепцию, которая считается классической в суицидологии. В ней основной причиной суицида называется **душевная боль**. Причем автор подчеркивает следующее: «...под болью я подразумеваю не только и даже не столько само наличие душевной боли, сколько **нежелание конкретного человека ее выносить**» [19]. Данная концепция продолжает развиваться. Современные исследования дополняют понимание душевной боли тем, что она имеет постоянный и невыносимый характер для человека, сопровождается чувствами безнадежности и беспомощности, занимающими центральное место в сознании человека [2, 17]. При этом **безнадежность** понимается как отсутствие перспективы к улучшению ситуации или облегчению своего состояния (это мысли примерно такого содержания: «Будет всегда так же плохо, как теперь, лучше не будет»). Чувство **беспомощности**, в свою очередь, тесно связано с отсутствием и/или бедностью навыков решения проблем, в том числе бытового характера («Я не смогу с этим справиться» и т. д.).

•В 70-90 гг. XX в. А.Г. Амбрумова создала клинико-психологическую концепцию суицидов: «Общим для реальных и потенциальных суицидентов является наличие у них **социально-психологической дезадаптации личности**... Чтобы адекватно понять суицидальное поведение, необходимо в каждом конкретном случае ответить на два вопроса: «почему» человек намеревается совершить суицидальное действие и «зачем» он хочет это сделать...» [Цит. по 12]. Взгляды А.Г. Амбрумовой современны, их развитие продолжается, в частности, в разграничении «почему» и «зачем» в нынешней суицидологии.

•Ответы на вопрос, **почему** совершено самоубийство или суицидальная попытка? могут быть получены в основном при анализе внешних причин, предшествовавших суицидальной попытке или суициду (В.М. Бехтерев в своей работе приводит множество примеров таких причин-событий, которые подталкивают суицидента к фатальному решению: «... мальчик 13 лет, который, живя у своего дяди-ювелира, порвал дыру на салфетке и, услышав угрозу телесными наказаниями, выстрелил себе дважды в голову»; «16-летний мальчик, не будучи в состоянии видеть пьяного отца, утопился, оставив матери записку соответствующего содержания»; «14-летняя девушка бросилась в реку после того, как обварила себе лицо кипятком и была встречаема насмешками»; «мальчик 12 лет кончил виселицей из-за страха перед началом занятий») [1]. Похожие, хотя и окрашенные современными особенностями, ситуации, встречаются и в наши дни.

События и ситуации, отвечающие на вопрос: почему совершено самоубийство? называются **триггерными** (или иначе событиями, запускающими суицидальные действия). При анализе таких событий в детско-подростковом возрасте часто вызывает недоумение объективная незначительность повода для покушения на самоубийство. Это объясняется аффективным типом мышления и реагирования у таких детей и подростков, т. е. преобладанием чувственно-эмоционального компонента без достаточной рациональности. Это, в свою очередь, обуславливает то, что в субъективно значимой конфликтной, психотравмирующей или стрессовой ситуации такие дети/подростки действуют не рационально, а сообразно своему аффективному импульсу.

А.Е. Личко, описывая суицидальные попытки на **высоте аффекта**, отмечал, что аффект «может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью, или такая возможность допускается» [11].

Мотивы и личностные смыслы суицида, суицидальной попытки. Ответы на вопрос: **зачем** совершена суицидальная попытка или суицид? возможно получить при тщательном опросе специалистом человека, выжившего после суицидальной попытки, изучением всех обстоятельств дела или методом т.н. психологической аутопсии, в процессе посмертной экспертизы, опрашивая родственников, близких и знакомых погибшего, анализируя материалы совершения самоубийства.

Ответ на этот вопрос содержит в себе индивидуальные **внутренние мотивы** и личностные смыслы, которые толкают человека к самоубийству. В.С. Ефремов выделяет следующие психологические смыслы покушения на самоубийство у взрослых [4], которые имеют свои особенности формирования у детей и подростков:

1) **призыв о помощи**, или «крик о помощи», понимается как желание с помощью суицида разрешить крайне тяжелую ситуацию. В детско-подростковом возрасте данный призыв о помощи обращается к значимым взрослым, родителям, опекунам. В нем отсутствует мотив окончательного самоистребления, наоборот, ребенок/подросток стремится своими действиями восстановить нарушенные социальные связи. Однако, не просчитав последствий своего поступка, что связано с несформированностью ВПФ, ребенок часто оказывается на грани жизни и смерти (это примеры таких самоотравлений лекарственными средствами, когда почерпнутая ребенком/подростком информация из интернета о якобы несмертельной дозе выбранного препарата, воспринимается буквально, без какой-либо разумной переработки и анализа; сюда же относятся случаи, когда ожидаемый для спасения взрослый человек задерживается по разным обстоятельствам и приезжает позже, чем суицидент рассчитывал, и т. п.);

2) **отказ от жизни** – самоубийство видится, как выход из практически неразрешимой ситуации (например, в случае тяжелого неизлечимого соматического недуга у взрослого человека). Дети и подростки, находящиеся в хронической психотравмирующей ситуации, вызванной чрезмерными требованиями учителей и/или родителей, травлей, склонны к реактивным депрессиям, в которых практически любой, даже самый незначительный конфликт или неприятное событие воспринимается кататимно, сообразно депрессивному аффекту, и окрашено чувствами безысходности и безнадежности, что может вести к суицидальным действиям;

3) **суицид как жертва** может быть вариантом отказа от жизни, с преобладанием альтруистических идей освобождения близких людей от необходимости ухаживать за больным;

4) **суицид как протест** – в детско-подростковом возрасте, особенно в период полового созревания, часты характерологические и патохарактерологические реакции протеста, направленные против требований взрослых, всевозможных ущемлений и несправедливостей (действительных и воображаемых), ограничений личных выборов и свободы подростка и т. д. Как крайняя степень пассивного протеста выступает здесь суицидальная попытка (по В.В. Ковалеву) [7];

5) **суицид как месть** – это те формы суицида, в которых преобладает мотив

наказания человека через суицид. Данная форма суицидов хорошо известна еще с дореволюционной России, когда обиженный человек вешался на ворота обидчика [1]. В данном случае суицид выступал как последняя и действенная мера наказания обидчика, когда другие варианты отмщения по каким-либо причинам были невозможны. В подростковом возрасте мотив **мести** встречается в суицидальных попытках, совершаемых, например, вскоре после разрыва важных для подростка романтических или дружеских отношений. В этих случаях суицидент стремится наказать инициатора разрыва. Объяснения после суицидальных попыток в данном варианте могут быть примерно такими: «...пусть мучается и понимает, как он был не прав»;

б) стремление избежать наказания – довольно частый мотив совершения суицидальной попытки у детей и подростков. Поводом может выступать как отдельная провинность, проступок, так и накопившиеся проблемы, например, со школьной неуспеваемостью, а ожидаемое за них наказание в глазах суицидента существенно искажается, преувеличивается. Примером здесь могут служить самоотравления лекарственными препаратами, когда подросток объясняет, что «дозу рассчитал точно, чтобы проспять два дня, когда все успокоится». Это соответствует желанию индивида не быть в конкретной ситуации, уйти из нее, «заснуть и проснуться, когда все решится само собой». Однако в реальности недостаточность функции прогнозирования может приводить к самым тяжелым последствиям и соматическим осложнениям;

7) самонаказание – данный мотив обнаруживается довольно часто в случаях депрессивного упадка настроения, которому сопутствуют идеи самообвинения и собственной малоценности. Самонаказание является одним из основных мотивов несуйцидальных самоповреждений у подростков [8]. Подростковые депрессии отличаются от взрослых тоскливых депрессий, и часто носят маскированный характер. В этих случаях на первый план могут выступать разнообразные поведенческие и аффективные расстройства (конфликтность; эмоциональная нестабильность и взрывчатость; протестность; возникновение и обострение психосоматических недугов; расстройства пищевого поведения; намеренные несуйцидальные самоповреждения, например, поверхностные самопорезы; алкоголизация; пробы психоактивных и токсических веществ; промискуитетные сексуальные связи и др.), которые являются зачастую депрессивными эквивалентами (облигатным или факультативным синдромом в рамках депрессивного синдрома).

Группы людей, которые наиболее восприимчивы к суициду

Следующие факторы риска должны приниматься во внимание при анализе предрасположенности к суициду [2, 3, 15]:

- предшествующие попытки к самоубийству;
- поведение с высокой степенью риска (сюда относят употребление инъекционных наркотиков, алкоголизацию);
- суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- суициды в семье;
- наличие в анамнезе психических заболеваний (особенно шизофрении, депрессии, личностного расстройства);
- хронические или смертельные болезни (например, СПИД);
- тяжелые утраты в семье или в ближайшем окружении;

• дети и подростки с **нарушенными семейными взаимоотношениями** (данные приводятся по материалу исследования 75 случаев посмертных экспертиз, 69 из которых связаны с суицидальным поведением несовершеннолетних, проведенных И.А. Саркисовой, О.С. Грачевой [15]):

■ пребывание ребенка в неблагополучных социальных условиях с момента рождения, включающих эмоциональное отвержение, безразличие окружающих, жестокое обращение, гипоопеку, безнадзорность (сюда относятся асоциальные семьи, алкоголизация или наркотическая зависимость членов семьи, воспитание с раннего возраста в условиях детского дома без должного внимания к эмоциональному становлению ребенка, семьи больных с тяжелыми психическими заболеваниями);

■ пребывание ребенка в семье с искаженным стилем воспитания по типу гиперопеки, воспитание по принципу «кумир семьи», «культ болезни»;

• дети и подростки с **потенциально «опасными» индивидуально-психологическими особенностями** [15]:

■ психически здоровые личности в условиях психотравмирующего воздействия (личности с чертами эмоциональной лабильности, импульсивности, повышенной впечатлительности, сниженной самооценкой, тревожностью, категоричностью оценок и суждений);

■ изменения личности на фоне психического заболевания (депрессия, аффективное возбуждение со снижением контроля произвольной деятельности);

• дети и подростки с психотической симптоматикой [15] - бредом, обманами восприятия, глубоко искажающими сферу восприятия, мышления и поведения.

Несформированность образа смерти у детей и подростков как фактор суицидального поведения. Формирование образа смерти у детей и подростков происходит постепенно и зависит как от онтогенетического этапа, так и от индивидуальных конституционально-анамнестических особенностей, включающих, кроме всего прочего, личный опыт индивида. Большой разброс в ответах детей по вопросам о том, что представляет собой смерть и что случается с людьми после смерти, отражает разнообразие **религиозных, воспитательных и семейных влияний**. Развитие концепции смерти как «необратимого прекращения жизни, неизбежного и универсального явления» должно происходить, по мнению Д.Н. Исаева, на этапе конкретного мышления. Однако этому препятствуют, по его мнению, эгоцентризм, анимизм и магическое мышление [6].

В дошкольном возрасте представление о смерти тесно связано с инстинктивной сферой и воображением. Филогенетически **древние инстинкты**, способствовавшие на заре человечества выживанию, являются основой формирования нормативных детских страхов: темноты, одиночества, насекомых, змей и т. п., отражающих в себе глубинный страх смерти. Главенство образного (правополушарного) мышления и воображения в детской сфере психического предрасполагает к мифически-сказочным объяснениям чувств, событий. У детей, как отмечал в своей работе по психологии детства В.В. Зеньковский, «...разграничение действительного и вымышленного развивается очень медленно» [5]. Упоительное совместное переживание в группе детей жутких, пугающих чувств, замешанных на инстинктивном страхе смерти, прослеживается в создаваемых и передаваемых из поколения в поколение т. н. «детских стра-

шилках», начинающих примерно одинаково во все времена: «В одном черном-пречерном лесу стоял черный-пречерный дом, в нем была черная-пречерная комната и т. д. и т. п....». Страх и одновременно притягательно-сладоостное проникновение в мифологию смерти нашли свое художественное отражение в образах классической русской литературы (например, в произведениях «Бежин луг» И.С. Тургенева, «В дурном обществе» В.Г. Короленко).

Непосредственная **сюжетная игра** помогает детям переработать встречу с образом смерти в безопасной и смягченной форме. В младшем школьном и подростковом возрасте образ смерти продолжает формироваться вместе с ВПФ мышления, самосознания, антиципации и др., постепенно достигая взрослой «концепции смерти». Однако тревога, вызываемая этими мыслями, столь велика, что некоторые подростки пытаются преодолеть ее через отрицание возможности смерти для себя лично, а также опробуя рискованные формы поведения. В последнем случае достижение особых измененных форм сознания (употребление психоактивных веществ, «собачий кайф» и т. д.) представляют собой дизадаптивные попытки контроля смерти. Здесь возможны примерно такие объяснения: «Дойду до самого края и остановлюсь», «Я смогу остановиться, когда захочу» и т. д.

Если же развитие ВПФ задерживается или искажается, а в личном опыте отсутствует адекватное знание, связанное с потерей умершего домашнего питомца или близкого человека старшего поколения (бабушки, дедушки), или если данный опыт не перерабатывается и оказывается травматичным, то формирование образа смерти затягивается.

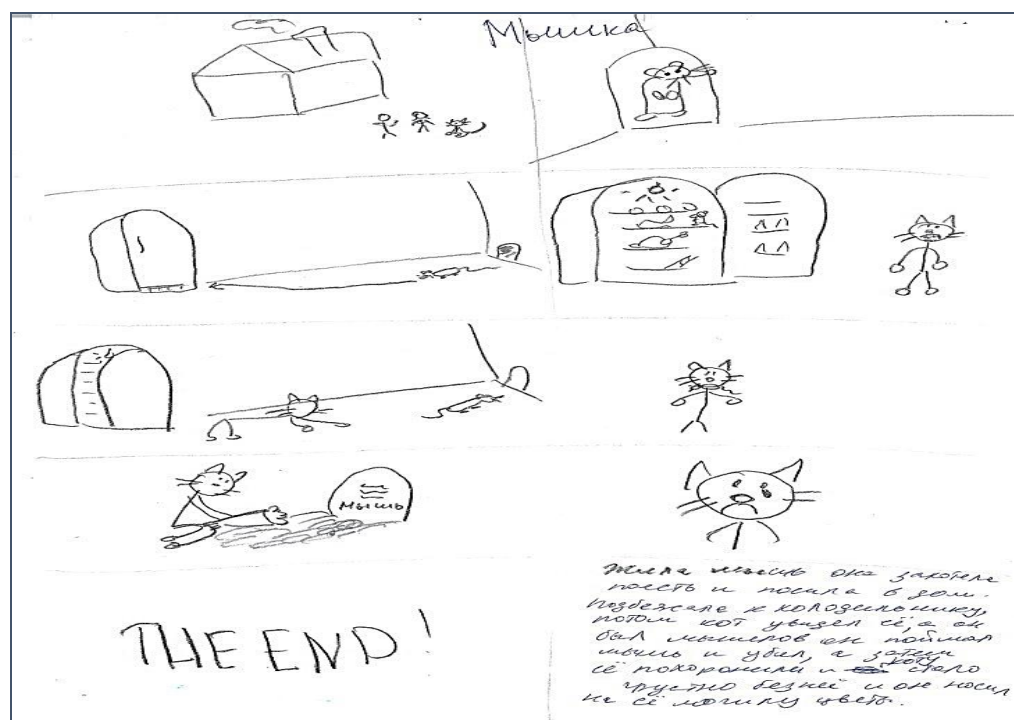
Многие современные дети и подростки восполняют такой дефицит в поиске специально организованных квестов пугающего содержания. В них детско-подростковое любопытство к страшному удовлетворяется в напряженной совместной игре, в специально оборудованных для этого подвалах, бывших фабричных постройках. В квестах переплетается **запрещенное и опасное**, а совместное преодоление порождает чувство героического прорыва, перехода в новый статус уверенности в себе, что соответствует механизму **подростковой инициации** [9, 18].

Подростки с психической незрелостью конституционального и резидуального церебрально-органического происхождения даже в 13-15 лет могут иметь недосформированный образ смерти, которая воспринимается как временное или несущее определенные выгоды (бонусы) состояние. При этом отсутствует понимание конечности физического тела человека. Смерть ассоциируется с глубоким сном и возможностью пробуждения (вне религиозного контекста), а также с наблюдением за событиями, происходящими в жизни, из другого мира.

В качестве иллюстрации вышесказанного ниже приводим рисунок пациентки А., 13 лет, обучающейся в 7 классе общеобразовательной школы. Пациентка была госпитализирована впервые в профильное подростковое отделение психиатрического стационара в связи с намеренным самоотравлением медикаментозными средствами. Неоднократно наносила себе самопорезы на предплечья и бедра. Во время эпизода самоотравления присутствовал, в том числе, мотив ухода из жизни. Диагноз по МКБ-10: F 43.2 Реакция адаптации. Клинический диагноз: невротическая депрессия у циклоидно-неустойчивой личности. С девочкой было проведено первичное психотерапевтическое обследование, с ис-

пользованием проективных рисуночных тестов.

Выполняя Рисуночный тест Сильвер [16], пациентка составила следующую историю к своему рисунку, озаглавив ее «Мышка» (см. рис. 1): «Жила мышь, она захотела есть и пошла в дом. Подбежала к холодильнику, потом кот увидел ее, а он был мышелов. Он поймал мышь и убил, а затем ее похоронили и коту стало грустно безнее, и он носил на ее могилку цветы». Пациентка идентифицирует себя с мышью, образ смерти не сформирован и представляется пациентке, как уход от проблем. Девочка так прокомментировала это состояние: «Лежишь, не надо ни о чем волноваться, никаких проблем...». В рисунке смерть мыши связана с несправедливым отношением к ней и последующим осознанием обидчиком своей вины, наступившим после ее смерти.



Современные культуральные влияния, способствующие формированию суицидального поведения у детей и подростков. В книге «Социальная психопатология» В.П. Самохвалов рассматривает аутоагрессию, представленную в культуре и обществе в форме суицида, самоповреждения и потенциально губительного поведения в контексте системы агональных инстинктов, т. е. таких инстинктов, которые связаны с конфликтом. Сюда также относятся агрессия и бегство [14]. Все три вида агональности могут индуцироваться примером и высказываниями окружающих и распространяться в качестве психических эпидемий. При этом мотивация суицидальности у человека, индуцирующего это поведение, не обязательно соответствует мотивам индивида, подвергающегося его влиянию. Достаточно, чтобы это было значимое лицо.

Со времен И.В. Гете (1774) индуцированное эпидемическое самоубийство стало называться «эффектом Вертера» и неоднократно фиксировалось в разных частях света. Один из отечественных примеров – цепь суицидов на могиле Сергея Есенина, покончившего собой. При этом механизм подражания литературному герою или знаменитой личности превращает в сознании человека осуждаемое обществом поведение в социально и индивидуально приемлемое.

В настоящее время индукция самоубийств связана с социальными сетями, создающими виртуальные группы типа «Море китов», «Разбуди меня в 4:20» и прочих «групп смерти». Как мы уже отмечали ранее [10], воздействие деструктивных интернет-сообществ на детей и подростков сопоставимо во многом с классическими признаками **суггестивного воздействия**, такими как пассивное восприятие (без участия и контроля «я», личности); «ослабление личного сознания» (в состоянии рассеянности, сна, гипноза); доверчивость лица, подвергающегося внушению; слабость или полное отсутствие критики и сопротивления к внушению. Индивидуально-личностная мотивация участия в таких сообществах зависит от конституционально-характерологических и клинко-психопатологических особенностей ребенка, подростка. Мы наблюдали мотивы **подражания, повышения своего социального статуса в классе, мотив испытать себя и, наконец, умереть** [10].

Личностная мотивация базируется во многом на фрустрации традиционно-культуральных обрядов инициации, включающих модули испытания и посвящения, поклонения – возвышения, отрыва от семьи и слияния с референтной группой сверстников, смерти в детском и возрождения во взрослом статусе [9, 18].

Что можно сделать для того, чтобы помочь (по Э. Гроллману) [3]. Если Вы оказались рядом с человеком, переживающим суицидальный кризис, то: 1) примите суицидента как личность; 2) установите заботливые отношения; 3) будьте внимательным слушателем; 4) не спорьте; 5) задавайте вопросы; 6) не предлагайте неоправданных утешений; 7) предложите конструктивные подходы; 8) вселяйте надежду; 9) оцените степень риска суицида; 10) не оставляйте человека одного; 11) обратитесь за помощью к специалистам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним // Пограничная психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского. – М.: РЛС-2006. – С. 50-83.
2. Вайт Т. Работа с суицидальными личностями. Руководство к пониманию, оценке и поддержке. – Киев: НВП «Интерсервіс», 2017. – 366 с.
3. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: Прошлое и настоящее // Современная зарубежная психология. 2013. № 2. С. 79–89.
4. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
5. Зеньковский В.В. Психология детства. – Екатеринбург: Деловая книга, 1995. – 352 с.
6. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
8. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Феноменологический анализ несуицидальных самоповреждений у подростков // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т.117, № 7. – С.10–15.
9. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Психотерапевтические аспекты подро-

стковой инициации в русском обществе (обзор литературы) // Психическое здоровье. – 2018. - № 5. – С. 82-90.

10. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Как может влиять внушение на подростков, участвующих в интернет-сообществах с деструктивной направленностью? // Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы. Мат-лы Третьей Международной науч. конф. Казань, 8–10 ноября 2018 г. / Отв. ред.: Б.С. Алишев, А.О. Прохоров, А.В. Чернов. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2018. – С. 293-297.

11. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Речь, 2010. – 256 с.

12. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.12.2018).

13. Сакович Н.А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков. – М.: Генезис, 2012. – 288 с.

14. Самохвалов В.П. Эпидемическая модификация инстинктов и психопатологических синдромов // Социальная психопатология / Под ред. В.П. Самохвалова. - М.: Издательский дом Видар М, 2018. – С. 125-158.

15. Саркисова И.А., Грачева О.С. Модели формирования суицидального поведения несовершеннолетних (анализ судебно-психиатрических экспертиз) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17), № 2. - С. 14-27.

16. Сильвер Р., Копытин А.И. Рисуночный тест Сильвер. Диагностика когнитивной и эмоциональной сфер личности: методическое руководство. – СПб.: ИМАТОН, 2012. – 128 с.

17. Холмогорова А.Б. Протокол когнитивно-бихевиоральной терапии пациентов, переживающих суицидальных кризис // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2014, № 1. – С. 26-29.

18. Шевченко Ю.С., Левковская О.Б., Панов Г.А. Подростковая инициация: традиционные, стихийные, патологические и психокоррекционные формы // Психическое здоровье. – 2018. - № 8 – С. 53-68.

19. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

REFERENCES

1. Behterev V.M. O prichinah samoubijstva i o vozmozhnoj bor'be s nim // Pograničnaja psihiatrija / Pod red. Ju.A. Aleksandrovskogo. – М.: RLS-2006. – S. 50-83.

2. Vajt T. Rabota s suicidal'nymi lichnostjami. Rukovodstvo k ponimaniju, ocenke i podderzhke. – Kiev: NVP «Interservis», 2017. – 366 s.

3. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija // Suicidologija: Proshloe i nastojashhee // Sovremennaja zarubeznaja psihologija. 2013. № 2. S. 79—89.

4. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – Spb.: Dialekt, 2004. – 480 s.

5. Zen'kovskij V.V. Psihologija detstva. – Ekaterinburg: Delovaja kniga, 1995. – 352 s.

6. Isaev D.N. Detskaja medicinskaja psihologija. Psihologičeskaja pediatrija. – SPb.: Rech', 2004. – 384 s.

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

8. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S., Danilova L.Ju., Grachev V.V. Fenomenologičeskij analiz nesuicidal'nyh samopovrezhdenij u podrostkov // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2017. – T. 117, № 7. – S. 10–15.

9. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Psihoterapevticheskie aspekty podrostkovoј iniciacii v russkom obshhestve (obzor literatury) // Psihicheskoe zdorov'e. – 2018. – № 5. – S. 82-90.

10. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Kak mozhet vlijat' vnushenie na podrostkov, uchastvujushhih v internet-soobshhestvah s destruktivnoј napravlennoс'ju? // Psihologija sostojanij cheloveka: aktual'nye teoreticheskie i prikladnye problemy. Mat-ly Tret'ej Mezhdunarodnoј nauch. konf. Kazan', 8–10 nojabrja 2018 g. / Otv. red.: B.S. Ali-shev, A.O. Prohorov, A.V. Chernov. – Kazan': Izd-vo Kazan. un-ta, 2018. – S. 293-297.

11. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov. – Spb.: Rech', 2010. – 256 s.

12. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoј v otechestvennoј suicidologii // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (data obrashhenija: 25.12.2018).

13. Sakovich N.A. Dialogi na Aidovom poroge. Skazkoterapija v profilaktike i korrekcii suicidal'nogo povedenija podrostkov. – M.: Genezis, 2012. – 288 s.

14. Samohvalov V.P. Jepidemicheskaja modifikacija instinktov i psihopatologicheskikh sindromov // Social'naja psihopatologija / Pod red. V.P. Samohvalova. – M.: Izdatel'skij dom Vidar_M, 2018. – S. 125-158.

15. Sarkisova I.A., Gracheva O.S. Modeli formirovanija suicidal'nogo povedenija nesovershennoletnih (analiz sudebno-psihiatricheskikh jekspertiz) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17), № 2. – S. 14-27.

16. Sil'ver R., Kopytin A.I. Risunochnyj test Sil'ver. Diagnostika kognitivnoј i jemotional'noј sfer lichnosti: metodicheskoe rukovodstvo. – SPb.: IMATON, 2012. – 128 s.

17. Holmogorova A.B. Protokol kognitivno-bihevioral'noј terapii pacientov, perezhivajushhih suicidal'nyh krizis // Sovremennaja terapija v psihiatrii i nevrologii. – 2014, № 1. – S. 26-29.

18. Shevchenko Ju.S., Levkovskaja O.B., Panov G.A. Podrostkovaja iniciacija: tradicionnye, stihijnye, patologicheskie i psihokorrekcionnye formy // Psihicheskoe zdorov'e. – 2018. – № 8 – S. 53-68.

19. Shnejdman Je. Dusha samoubijcy / Per. s angl. – M.: Smysl, 2001. – 315 s.

O.B. Levkovskaja¹, Yu.S. Shevchenko²

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENT AGE (LECTURE FOR NON-PSYCHIATRISTS)

¹Scientific and Practical Center of Children and Adolescents Mental Health named by G.E. Suhareva, ²Russian Medical Academy of Advanced Education (Moscow).

Summary. The purpose of this lecture is to consider the main, confirmed by scientific research, factors and motives underlying the suicidal crisis and suicidal behavior of children and adolescents. The identification of children and adolescents with a predisposition to suicidal behavior at the stage preceding specialized psychiatric care implies the knowledge of teachers and psychologists of the main triggers and motives that trigger self-destruction. It is the implementation of primary prevention at the pre-medical stage that can reduce the number of suicidal attempts and completed suicides by children and adolescents.

Keywords: suicidal behavior of children and adolescents, factors and motives of suicidal behavior.

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ – ПРЕГНАНТОГЕНИИ (ЛЕКЦИЯ)⁶

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Резюме. Настоящая публикация отражает взгляд автора на многообразие форм временных психогенных реакций, возникающих у женщин, вынашивающих «конфликтную» беременность (нежеланную или чрезмерно желанную). Психопатологические состояния, основанные на переживании настоящей беременности как стресса, объединены термином «прегнантогении». Автор предполагает, что природа прегнантогений лежит в комплексе факторов, главным из которых является психологическая неготовность к материнству. В статье представлена классификация основных синдромов прегнантогений.

Ключевые слова: психотравмирующий характер беременности, прегнантогении, психологическая неготовность к материнству, закономерности развития психотравмы беременных, психогенные реакции у беременных, нежеланная беременность, конфликт с беременностью

В процессе многолетней клинической работы с психической патологией, возникающей у женщин во время беременности, а также на основании изучения медицинской литературы, нами выделена и проанализирована группа преимущественно психогенных психопатологических реакций, возникающих у женщин в связи с психотравмирующим характером собственной беременности. Эти нарушения мы обозначили термином «**прегнантогении**» (от *pregnans* – беременность, *genesio* – порождающий) – по аналогии с термином «**нозогении**», обозначающим психопатологические реакции на соматическую болезнь [17, 18].

Психотравмирующий характер беременности возникает в связи с противоречием между **психологической неготовностью к материнству** [3, 12, 19] и **«вынужденным» характером** вынашивания беременности. В силу этого противоречия такая беременность становится нежеланной и переживается женщиной как препятствие для достижения иных целей, а потому опасной, пугающей [4, 15]. Психотравмирующей может стать, напротив, и **сверхценная по уровню переживаний** [10, 16] **«суперожидаемая» беременность** [15]. Обычно такими могут быть беременности после медицинских вмешательств, связанных с лечением бесплодия в силу чрезмерной эмоциональной перегруженности, стойкого доминирования в сознании желания забеременеть. Такая «суперожидаемая» беременность, возникшая на фоне сверхценного отношения к ней, как правило, сопряжена с выраженной тревогой.

Не исключены психотравмирующие переживания женщины и в связи с желанной (и даже сверхжеланной) беременностью, когда она сохраняется и вынашивается лишь по деструктивным мотивам [11]. Наши наблюдения показывают, что таковыми могут стать стремления за счет беременности:

- повысить свой социальный статус - стать как все» (конформный мотив);

⁶Начало. Окончание см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2019 (19), № 3.

- удовлетворить свои материальные потребности, улучшить жилищные условия (рентный мотив);
- удержать отца ребенка (шантаж);
- соблюсти обычаи и религиозные традиции;
- оздоровить себя родами» (ипохондрический мотив);
- избежать уголовного наказания (самозащитный);
- использовать беременность как средство для иного шантажа.

Это не полный список подобных деструктивных мотивов беременности.

Очень часто такие мотивации могут вступить в противоречие с реальной неготовностью к материнству [11]. Женщина декларирует скорей **желание забеременеть**, а не истинную готовность стать матерью. В этих условиях формируются предпосылки для затруднения зачатия и возникновения т. н. психогенного бесплодия [9]. Во время же вынашивания такой беременности женщина находится в глубоко амбивалентной позиции, вынужденная скрывать от окружающих истинные мотивы своего решения.

Клинико-психологический анализ показал, что вынашивание проблемных, (нежеланных, псевдожеланных и сверхжеланных) беременностей сопряжено с травматическими переживаниями, которые имеют значительную специфику [2, 9]. Это связано с тем, что психическая травма происходит не одномоментно и однократно. Она представляет, как правило, закономерную цепь следующих друг за другом травмирующих событий и переживаний и сохраняются на всем ее протяжении. Эта цепь включает:

- осознание проблемы (при нежеланности беременности - переживание опасностей, которые возникают в связи с ней;
- в случаях сверхожидаемой беременности – смешанное чувство радости и страха возможного неблагоприятного прогноза;
- осознание и переживание невозможности прерывания беременности (в случае нежеланности);
- осознание и переживание возникших ощущений шевеления плода, его «витальности». Именно с этим моментом иногда происходят резкие сдвиги в мотивационной системе беременных женщин [5];
- переживания, связанные с раскрытием тайны вынашивания беременности (у ее скрывающих);
- переживания фактического отрыва ребенка от матери (в случаях отказа от новорожденного).

Кроме того в ряде случаев имеют место дополнительные, «факультативные» стрессоры, такие как разрыв семейно-брачных отношений и пр.

Все эти стрессоры могут оказаться достаточно интенсивными, чтобы запустить механизм развития психопатологических реакций - прегнантогений.

Проведенный нами анализ многочисленных клинических случаев показывает, что для развития прегнантогении, помимо факта этой специфической психотравмы, необходимо наличие целого ряда предрасполагающих факторов:

- личностно-психологических, которые включают: особенности характера и уровень личностной зрелости женщины, ее интеллект; степень стрессоустойчивости и готовности к материнству;

- психопатологических особенностей (наличие психического диатеза [20];
 - психосоматического диатеза [16], латентных форм психических болезней, личностных аномалий – психопатий, искажения поло-ролевого поведения без изменения полового самосознания [6] , искажения в сфере инстинкта продолжения рода [2];

- социально-психологических факторов (здесь речь идет о субъективной оценке беременной своей жизненной ситуации как дополнительного стрессора). При этом оценка может быть как адекватной, так и нет. Беременная может расценивать свою ситуацию неблагоприятной или даже угрожающей (принимая во внимание недостаточность социальной поддержки, собственных навыков жизнеобеспечения себя и будущего ребенка и пр.)/

Роль и удельный вес каждого фактора значительно отличается у разных беременных.

Клинико-психопатологический анализ случаев показал, что для всего многообразия форм психопатологических реакций имеется ряд закономерностей их развития и проявлений.

К общим характеристикам прегнантогений относятся:

1) пограничный уровень психических синдромов;
 2) психологически понятная фабула переживаний (истинная фабула может сознательно скрываться или полусознательно подменяться социально одобряемыми мотивировками);

3) колебания интенсивности проявлений и изменение содержания переживаний в связи с этапами беременности и внешними социальными обстоятельствами.

В соответствие с многофакторной природой прегнантогений их реальная клиническая картина разворачивается в двух взаимодополняющих плоскостях: психологической (характеризуется содержанием переживаний - *«внутренней картиной беременности»* [1] и психопатологической, (характеризующейся ведущим психопатологическим синдромом).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПРЕГНАНТОГЕНИЙ

Типология прегнантогений на психологическом уровне предусматривает выделение двух наиболее значимых типов *«внутренней картины беременности»* - гипер- и гипогнозия беременности.

Гипергнозия беременности определяется особо высокой значимостью проблем беременности. При этом ее личностный смысл может быть как положительный, так и отрицательный. Она может выявляться как во время нежеланной, так и при «супержеланной» беременности. При гипергнозии даже не слишком тяжелые жизненные затруднения, связанные с беременностью, могут вызывать панику и изменить субъективный прогноз развития беременности и социальной ситуации в сторону утяжеления возможных последствий. Уже это предвидение тяжелых последствий само по себе утяжеляет *«внутреннюю картину беременности»* и может вызывать тревогу, страх и связанные с этим вторичные вегетативно-сосудистые и психосоматические расстройства.

Для **гипогнозии беременности** характерна совокупность противоположных признаков - тенденция к недооценке значимости беременности, низкий

личностный смысл материнства.

Кроме, описанных выше основных различий «внутренней картины беременности» отмечается и ряд факультативных признаков, представленных в следующей таблице.

Таблица № 1.

Факультативные клинические признаки внутренней картины беременности в связи с прегнантогениями.

Гипергнозия беременности	Гипогнозия беременности
Клинические особенности	
Ранняя самодиагностика симптомов беременности	Поздняя (иногда сверхпоздняя) самодиагностика симптомов беременности
Яркая аффективная насыщенность субъективных симптомов беременности	Тусклая аффективная насыщенность субъективных симптомов беременности
Преобладание негативной чувственной окраски симптомов	Пониженная чувствительность к симптомам беременности
Стойкая негативная окраска фантазий о своей беременности	Неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции в связи с беременностью
Возможно девиантное поведение	Тенденция к утаиванию беременности

Из таблицы видно, что в случаях гипергнозии симптомы беременности обычно обнаруживаются своевременно. При этом возникающие субъективные симптомы беременности аффективно насыщены, часто с преобладанием негативной чувственной окраски и повышенной чувствительностью к ним (гиперестезия). При прегнантогениях, связанных с вынашиванием нежеланной беременности, часто можно обнаружить стойкую негативную окраску фантазий о своей беременности и своем будущем в связи с этим. Старые авторы описывали своеобразный синдром «мизопедии» [22] – «грязноплодие», отвращения к своей беременности и развивающемуся плоду.

И наконец, часто встречаются различные формы девиантного поведения беременных (плодоизгоняющее, *инфантицидное*, рентное – стремление получения материальных и иных благ путем манипулирования, обмана).

При гипогнозическом варианте «внутренней картины беременности» часто отмечается поздняя (иногда сверхпоздняя) самодиагностика симптомов беременности (агнозия беременности). Субъективные симптомы беременности обычно слабо выражены, аффективно мало насыщены. Это связано с развивающейся при этом гипестезией - пониженной чувствительностью, вызванной психологической защитой в форме вытеснения. При гипогнозическом варианте внутренней картины беременности нередко наблюдается диссоциация между очевидными проявлениями беременности и демонстративно-пренебрежительным отношением к ее прогнозу и исходу. С этим связаны различные нехарактерные для беременных поведенческие реакции (повышенная социальная активность, различные формы злоупотреблений и пр.). Все в поведении таких женщин может свидетельствовать, что она не осознает своей беременности, но даже если осознает, то пренебрегает ею или тщательно ее утаивает.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПРЕГНАНТОГЕНИИ (ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ).

Психопатологические синдромы, характерные для прегнантогений, различаются у больных с разным психологическим отношением к беременности (см. табл. 2):

Таблица № 2.

Типология психопатологических синдромов при разных вариантах внутренней картины беременности.

Варианты внутренней картины беременности	
Гипергнозия беременности	Гипогнозия беременности
«Соматизированные» и «соматоформные» варианты прегнантогении (псевдотоксикозы)	Синдром патологического отрицания беременности (истерическая агнозия беременности)
Тревожный вариант прегнантогении, синдром генерализованной тревоги	Реактивная гипомания (синдром «прекрасного равнодушия»)
Фобический вариант прегнантогении.	Апатический вариант
Прегнантогении депрессивного вида	
Диссоциативный вариант прегнантогении (истерические синдромы)	
Синдромы сверхценных расстройств (дисморфофобия, ипохондрия, ревность и пр.)	

Более подробный анализ психопатологических синдромов, представленных в таблице, будет дан ниже.

СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПРЕГНАНТОГЕНИИ С ЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРГНОЗИИ БЕРЕМЕННОСТИ

1.«Соматизированные» и «соматоформные» варианты прегнантогении.

Здесь на первый план выступают разнообразные функциональные телесные ощущения в сочетании с вегетативно-сосудистыми реакциями (тахикардия, колебания АД., тошнота, рвота и др.). Очень часто эти соматические жалобы имеют заметную истерическую «окраску» - отличаются стремлением привлечь внимание окружающих, иногда отмечаются явные признаки аггравации. При этом, в отличие от ипохондрических расстройств, здесь нет выраженной фиксации на своей болезни, отсутствует тенденция к патологической трактовке симптомов. Сами беременные расценивают свои симптомы как проявления беременности. Факт нежелательности беременности и тревожные опасения, связанные с этим, очень часто скрываются. Выявление истинных переживаний может оказаться сложной задачей, т. к. беременные склонны представлять себя в лучшем свете и дают социально одобряемые ответы, скрывающие негативные стороны их личности и поведения. Обычно такие состояния ошибочно расцениваются акушерами-гинекологами как ВСД, токсикоз беременных и пр. В специальной литературе обозначается термином «псевдотоксикоз» беременных. В отличие от раннего токсикоза беременности соматоформные расстройства могут возникнуть на любом сроке беременности и имеют тенденцию к волнообразному течению.

Исследование структуры личности таких женщин часто обнаруживает истерическую акцентуацию характера, а при тщательном изучении анамнеза часто удается выявить в прошлом у этих женщин признаки психосоматического диатеза или иногда затяжные функциональные психосоматические синдромы (т. н. органоневрозы).

В качестве **примера** - случай с беременной 3-а, 28 лет. Она направлена к психотерапевту на консультацию в связи, как отметил гинеколог, с «трудностями лечения токсикоза беременности и неадекватным поведением».

При исследовании установлено, что 3. вынашивает свою третью беременность (две предыдущие завершились медицинскими абортами). Настоящая беременность в браке, но, как сама признается больная, случайная и не своевременная. У нее в семье «трудная ситуация», связанная с тем, что она «разлюбила» своего мужа и до беременности собиралась «подать на развод». Она своевременно поняла, что беременна, но прерывать ее не захотела, т. к. опасается за свое здоровье («это был бы третий аборт»). Идет уже пятый месяц беременности и она уже давно чувствует шевеления плода, но до настоящего времени не может избавиться от постоянной тошноты, которую облегчает, вызывая у себя рвоту. При более подробном расспросе обнаруживается обилие и других соматических жалоб. У нее постоянно «кружится голова», «голову стягивает, как обручем», «иногда темнеет в глазах», «трудно дышать – ком в горле мешает». Она плохо засыпает, не может «успокоить свои мысли...», целый день чувствует себя «разбитой»; у нее «постоянно холодеют руки, и немеют ноги». Считает, что все эти симптомы «от нервов» и что она теперь жалеет, что «не прервала беременность».

Рассказывает а себе охотно; речь ускоренная с оттенками драматизма в голосе, с явным желанием получить сочувствие. В начале беседы рассказывает о себе, не переставая плакать, но успокаиваясь, отвечает на шутки, улыбается и к окончанию беседы у нее появляется кокетливая мимика и она льстиво заявляет, что впервые видит такого врача, от беседы с которым у нее «сразу все прошло...». Однако на повторный назначенный визит 3-а не приходит.

Таким образом, в данном клиническом наблюдении у беременной на первый план в состоянии выступает масса соматических жалоб, не связанных с действительной патологией беременности или другими органическими заболеваниями. Все эти симптомы возникли на фоне вынашивания нежеланной беременности и тесно связаны с остротой этих переживаний. Бросается в глаза истерическая «окраска» поведения беременной (эмоциональная неустойчивость, отсутствие истинной глубины переживаний, эгоистические тенденции, демонстративность поведения). Все это в совокупности дает основание предположить наличие прегнантогении в форме соматизированного психического расстройства у женщины с истерическим складом характера.

2. Тревожный вариант прегнантогении.

Клиническая картина этого варианта прегнантогении в целом соответствует синдрому генерализованной тревоги по МКБ-10. В легких случаях тревожное расстройство в рамках прегнантогений напрямую не связано с явной психотравмирующей трактовкой собственной беременности. Беременность чаще воспри-

нимается самой женщиной как желанная. Однако изучение анамнеза часто выявляют деструктивный характер мотивов зачатия. Клиническая картина при легком течении представляет неотчетливые опасения, вспыхивающие и быстро исчезающие переживания, связанные с беременностью, с негативной оценкой реальной семейной ситуации. При этом, эта оценка бывает не всегда адекватной[3, 12].

Данный вид синдрома тревоги у беременных обычно обнаруживается у женщин с тревожно-мнительными чертами характера. Прогностически он относительно благоприятный. Симптомы имеют тенденцию к самокупированию. В более тяжелых случаях, которые обычно возникают на гетерономной почве (к примеру у флегматичных, шизотимных женщин) к окончанию беременности может произойти утяжеление синдрома и даже его постепенная трансформация в синдром бредового настроения. Тогда нарушается сон, в настроении появляются оттенки чувства мрачной беспомощности, пассивности перед лицом смутной угрозы, исходящей откуда-то извне, от людей, от каких-то непонятных еще внешних сил. Такая трансформация психического состояния может оказаться предиктором возникновению послеродового психоза.

Пример. *Женщина 34 лет, госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с послеродовым психозом. Из анамнеза стало известно, что беременна в браке второй раз. Беременность не планировалась. По характеру она несколько замкнутая, близких дружеских отношений никогда не имела - «всех заменил муж», отношения с ним оценивала как «нормальные». Ярких событий в жизни не было. Не работала, «занималась ребенком» 7 лет. Характеризует себя как «спокойную», «обычную», «терпеливую». Хотя беременность не планировали, приняла ее «спокойно», «будь, что будет...». Беременность протекала первое время хорошо, но после того, как появились шевеления плода, «что-то во мне изменилось». Ухудшился сон. Иногда просыпалась от неприятных сновидений, стали временами беспокоить головные боли: «в затылке сдавливало». Настроение стало неустойчивым: «порой волновалась по пустякам», то прислушивалась к шевелению, то почему-то появлялись опасения за здоровье дочери, «казалось, что плохо выглядела», щупала ей лоб «нет ли температуры», волновалась, «если муж задерживался на работе...», и пр. Однако иногда на несколько дней, успокаивалась, охотно занималась с дочерью уроками, готовила обеды. В последние месяцы перед родами, «когда была совсем тяжелая», «непонятное волнение» усилилось, стали возникать пугающие мысли - «а вдруг умру во время родов?», «что будет с семьей?». Ночами спала «урывками», днем «накатывала сонливость». Примерно за 2 недели до родов возникло странное чувство, «как будто мне что-то угрожает», временами «накатывало предчувствие беды», не могла понять причину, «казалось, что меня сглазил кто-то...». Рассказала участковому гинекологу о бессоннице, о сердцебиении, волнении. Была направлена к неврологу, но тот сказал, что «так бывает перед родами, выписал пустырник». Роды начались за неделю до предсказанного срока, были стремительными. Родила здоровую девочку. В первые дни была обрадована, но чувствовала себя «вымотанной». Вскоре вновь «нахлынуло», появилось «страшное беспокойство» за ребенка, не знала, что ей делать, была слабой но «хваталась за все, не давала мужу подходить к новорожденной». «Стягивало*

голову», постоянно тряслись руки, стала растерянной, не понимала, что с ней происходит. Мысли стали путаться, возникли яркие «видения» - какие-то «страшные рожи». Временами казалось, что обстановка в доме «стала какой-то другой, непонятной». Слышались шорохи. Стало казаться, что в доме «бесы». Была возбужденной, рассеянной. Муж вызвал «скорую помощь», и больная была стационарирована.

Как демонстрирует данное наблюдение развитию послеродового психоза с острым бредом, галлюцинациями, страхами, неадекватным поведением, предшествовал длительный период нарастающего по интенсивности бредового настроения. Такое настроение зародилось в третьем триместре с диффузной тревоги и было направлено в сторону обыденных жизненных проблем. Однако постепенно произошла трансформация фабулы, и в переживаниях больной стали возникать бредовые нотки – страх порчи, сглаза, которые в послеродовом периоде проявились как острый бред внедрения «потусторонних сил».

Несмотря на то, что тревога в рамках генерализованного тревожного расстройства иногда носит не резко выраженный характер, она требует серьезного внимания со стороны не только врача, но и практикующего пренатального психолога (психотерапевта), т. к. длительно существующий аффект тревоги не только сопровождается дезинтеграцией мышления, способствует хаотическому принятию решений, но и может стать риском для плода.

3. Фобический вариант прегнантогении (патологические страхи)

Патологические страхи у беременных многообразны по содержанию, синдромальной характеристике и интенсивности.

Можно выделить несколько клинических вариантов страхов с фабулой, относящейся к проблемам репродукции: сверхценные, навязчивые и бредовые.

Сверхценные репродуктивные страхи

Этот вид страхов возникает у беременных на основе реально пережитых травмирующих событий в связи с предыдущими беременностями (критические состояния в родах, смерть плода, поздние выкидыши и пр.) или с травмирующими событиями, предшествующими данной беременности. В силу особой психологической значимости этих событий у женщин возникают опасения, а порой и убежденность в неблагоприятном исходе данной беременности. На основании таких пугающих мыслей формируется соответствующее защитное поведение. В одних случаях упорное нежелание вынашивания новой беременности, в других — вынашивание беременности, которое до последнего сопровождается постоянным напряжением и произвольным фантазированием на предмет ожидаемых страданий.

Этим страхам характерны стойкость и чрезмерность аффекта, наличие выраженной вегетативной симптоматики, нарушения сна. Нередко можно обнаружить произвольные наплывы ярких навязчивых воспоминаний, отражающих психогению.

Пример. Татьяна Щ. 16 лет, ученица 11 класса школы. Воспитывалась в полной семье. С детства отличалась тихим нравом, была очень послушная и застенчивая. С трудом привыкала к новым людям, не любила новые коллективы.

Взаимоотношения между родителями были в целом хорошие, добрые, од-

нако временами возникали ссоры, которые девочка переживала очень тяжело — убегала в свою комнату, пряталась, плакала.

В школе учится хорошо, прилежна, усидчива, переживает из-за плохих оценок. Одновременно учится в музыкальной школе. Всегда очень занята, гуляет мало, поэтому подруг почти не имеет. Более близка с отцом, доверяет ему свои секреты.

Была изнасилована вечером, когда возвращалась из музыкальной школы. Насильники, двое незнакомых молодых мужчин, напали на нее, силой затащили в машину и увезли за город. Кричала, пыталась сопротивляться, но «не хватило сил».

Вернулась домой одна. Родители в это время навещали больную бабушку. Была в смятении, растерянности, не знала, как ей поступить. Было очень стыдно, но больше всего боялась признаться матери, так как считала, что если она узнает, то «ей станет плохо с сердцем». Решила скрыть случившееся. Последующие две-три недели находилась в постоянном напряжении, плохо спала. В воспоминаниях все время обращалась к случившемуся. Появилось неприятное чувство брезгливости к мужчинам. Их вид, а особенно их прикосновения (даже нечаянные) вызывали почти физическое отвращение и даже ощущение тошноты.

Первая менструация после изнасилования пришла вовремя, но была необычайно скудной. Не придавала этому значения. Осознала, что беременна лишь после того, как дважды не приходили менструации. Обратилась к гинекологу и узнала, что все возможные сроки прерывания беременности уже прошли. Пришлось рассказать обо всем родителям. После первого потрясения родители предприняли несколько попыток найти возможность прервать беременность на поздних сроках. Была помещена в стационар для прерывания беременности на 21-й неделе, но в последний момент отказались от операции, так как гинеколог сказал ей и родителям, что прерывание такой беременности может иметь крайне плохие последствия, что лучше родить и оставить ребенка в родильном доме. Чувствовала себя довольно хорошо, несколько успокоилась. Поддерживали уверенность в силах родители, которые были к ней особенно внимательны, добры. Часто сами выходили на разговор о предстоящих родах, успокаивали, убеждали, что если она оставит ребенка, то они сделают все, чтобы никто об этом не узнал. Постепенно привыкла к этой мысли.

Однако все изменилось после того, как стала регулярно ощущать шевеление плода. Сначала «просто прислушивалась» к толчкам, потом стала с нетерпением ждать их. Толчки, повороты создавали приятное ощущение комфорта, смутное чувство «причастности к чему-то хорошему». Если раньше не обращала внимания, то теперь стала следить за собственными движениями, старалась ограничить себя от резких движений, на улице боялась поскользнуться и упасть. Эпизодически ловила себя на том, что бессознательно поглаживает себе живот. Появилось множество приятных сновидений. Помимо воли воображение рисовало ей младенца. Представляла его маленьким, «тепленьким» мальчиком, от которого «так вкусно пахнет».

Постепенно безмятежный покой стал омрачаться наплывами неприятных мыслей, представлением о том, как она войдет в родильный дом и объявит, что ей «не нужен этот ребенок», как зло на нее будут смотреть окружающие, осу-

ждать ее. В душе жалела ребенка, называла его про себя «моя кровиночка». То ругала себя, что согласилась донашивать беременность, то обвиняла себя в том, что не может противоречить родителям. Одновременно жалела родителей, боялась их огорчить, старалась не подавать вида, скрывала свои переживания. В таком состоянии в конце седьмого месяца беременности по совету родителей, которые очень боялись огласки, приехала рожать в Москву и жила у родной тетки. Внезапно, до срока началась родовая деятельность.

Представленное наблюдение показывает, как у юной, психологически незрелой чувствительной, зависимой женщины после изнасилования развиваются типичные для большинства изнасилованных так называемые посттравматические стрессовые расстройства, глубина и тяжесть которых различна в разные периоды. Ведущими признаками этого болезненного состояния являются спонтанно возникающие «флешбеки» - постоянно навязчиво возвращающиеся неприятные воспоминания о переживаниях и ощущениях, связанных с изнасилованием.

Иногда (в других наблюдениях) это сопровождается острым чувством безразличия и даже враждебности к будущему ребенку, обозначаемым старыми авторами термином «мизопедия». В своем апогее речь может идти о детоубийстве и об отказе от новорожденного (отказе от деторождения, садистских проявлениях и пр.).

В отдельных случаях во время беременности может обостряться ранее существовавшая сверхценная ревность. Это сопровождается усилением подозрительности, с характерной для этого состояния смешанного аффективного фона (настороженность, капризность, истерические вспышки вплоть до агрессии).

Пример. Беременная женщина 37 лет, повторнородящая, осмотрена амбулаторно по настоянию мужа, которого та «извела своими подозрениями и придирками». Из беседы с женщиной удалось узнать, что приступы ревности у нее возникали и ранее — она «вообще ревнива», но сама признается, что и в прошлую беременность с ней происходило «то же самое», «не могла справиться с собой...». Рассказала, что первые подозрения в отношении мужа появились вскоре после свадьбы, 13 лет назад, когда узнала, что еще незадолго до свадьбы у него была другая женщина и он встречался сразу с двумя. Была «шокирована этим», но постепенно «успокоилась», когда почувствовала в браке теплое, заботливое отношение со стороны мужа. Однако «договорилась с ним», что он будет всегда держать ее в курсе своей работы, коллег, с которыми бывает связан общими делами, обязала его звонить ей, если задерживается после установленного времени более чем на 30 мин. Муж безропотно выполнял установленный женой порядок. Однако после наступления беременности стало казаться, что он «как-то неохотно выполняет супружеские обязанности...». Вновь вспыхнули воспоминания из прошлого «стало очень горько». Начала, «как и в прошлый раз», требовать от него признания — не изменилось ли у него к ней отношение. Мысли и воспоминания тревожили ее постоянно. Нарушился сон, стала рассеянной, временами становилась раздраженной, «устраивала истерики», в гневе «бросалась с кулаками» на мужа. Иногда старалась успокоиться, уговаривала себя, что это у нее «от беременности нервы разошлись», однако не могла успокоиться».

В данном наблюдении у стеничной женщины, склонной к фиксации аффекта, ригидной, развилось многолетняя сверхценная ревность. Под влиянием изменений внешних обстоятельств и внутреннего состояния женщины, связанных с развивающейся беременностью (нейроэндокринная перестройка во время беременности) обостряется страх утраты значимого близкого. Обращает на себя внимание, как сверхценный комплекс постепенно спонтанно редуцируется, в результате чего возникают признаки навязчивости — обсессии.

V.I. Brutman

**PSYCHOGENIC REACTIONS IN PREGNANT WOMEN – PREGNANTOGENIES
(LECTURE)⁷**

Association of Child Psychiatrists and Psychologists (Moscow).

Summary. This publication reflects the author's opinion on the variety of forms of temporary psychogenic reactions that occurs with women who has a “conflict” (unwanted or overly desirable) pregnancy. Psychopathological conditions, based on the experience of this pregnancy as a stress, are united by the term “pregnantogeny”. The author suggests that the nature of pregnantogeny lies in a complex of factors, the main of which is psychological unpreparedness for motherhood. The article presents the classification of the main syndromes of pregnantogeny.

Keywords: The traumatic nature of pregnancy, pregnantogeny, psychological unpreparedness to motherhood, patterns of development of psychotrauma of pregnant women, psychogenic reactions in pregnant women, unwanted pregnancy, conflict with pregnancy

⁷The initial part. The final part see «Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov, 2019 (19), № 3.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

¹Новосибирский институт повышения квалификации работников образования (Новосибирск), ²Центр по защите прав детей «Детство» (Москва).

Резюме. В статье рассматриваются методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды в современных условиях. Рассматривается структура, типы, функции, уровни образовательной среды, обозначены риски, угрозы и ресурсы безопасности в контексте психологического аспекта образовательно-воспитательной среды. Делается вывод о том, что выполненный анализ необходим для отбора содержания и технологических средств при проектировании деятельности по обеспечению психологической безопасности образовательно-воспитательной среды.

Ключевые слова: образовательная среда, воспитательная среда, психологическая безопасность, саморегуляция сложных систем, риски, ресурсы безопасности.

Моделированию процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды предшествует анализ и отбор основных методологических подходов. Они представлены на двух уровнях: теоретико-методологической стратегии и практико-ориентированной тактики. Теоретико-методологической стратегией выступают системный и синергетический подходы. Практико-ориентированная тактика опирается на личностно-деятельностный, аксиологический, андрагогический, культурологический и антропологический подходы, теорию отношений В.Н. Мясищева, экпсихологический подход к пониманию образовательной среды, концепцию психологической безопасности образовательной среды И.А. Баевой. [3, 5, 8, 11, 20, 23, 24].

В основных положениях *личностно-деятельностного подхода* личность рассматривается как непосредственный субъект деятельности. Формируясь в деятельности и общении с другими людьми, личность определяет и сам характер этой деятельности. *Аксиологический подход* рассматривает человека как высшую ценность общества и самоцель общественного развития. В качестве еще одного методологического подхода, образующего практико-ориентированную тактику исследования, выступает *андрагогический подход*. Данный подход исходит из понятия «андрагогика», которое рассматривается как наука об обучении или образовании взрослых. Сущность и специфика *культурологического подхода* предполагает рассмотрение психологической безопасности образовательной среды в качестве меры и способа творческой самореализации участников образовательных отношений в различных видах деятельности, гармонизации межличностных отношений, диалога и сотрудничества во взаимодействии. *Антропологический подход* отражает целостную систему идей, ориентированную на Человека как ключевую категорию. Ведущая идея антропологического подхода в образовании заключается в том, что современное образование не может ограничиться только трансляцией подрастающим поколениям совокупности знаний. Перед об-

разованием стоит задача созидания человека в целостности его человеческих проявлений, человека в полноте его телесно – душевно – духовных измерений. При этом «собственно человеческое в человеке» понимается как субъектность, то есть способность человека к самодетерминируемому, самоуправляемому, самоконтролируемому поведению и действию, способность встать в практическое отношение к миру, сделать свою деятельность и самого себя предметом анализа и изменения, что составляет родовую специфику человека [16]. Исследования в рамках *экологического подхода в психологии* объединяет представление о том, что психологические проблемы изучения сознания и индивидуальности человека, его психического развития и обучения, переживаний и поведения, психологического, психического и физического здоровья и т. п. должны рассматриваться в контексте отношения «индивид–среда» или, более широко, в контексте системы «человек–окружающая среда (природная, социальная)». Тип взаимодействия в системе «человек–жизненная среда» определяется ролевой позицией каждого из ее компонентов. При этом каждый партнер по взаимодействию может занимать как субъектную, так и объектную позицию. Так, 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. В зависимости от того, какой тип взаимодействия организуется в образовательной среде, зависит процесс развития психики человека, а именно процесс становления конкретных форм ее проявления и развития, которые обеспечивают (опосредуют) взаимодействие их субъекта с окружающей средой в виде поведения и деятельности [15]. 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.

Теоретическим основанием, определяющим практико-ориентированную тактику нашего исследования, выступает концепция психологической безопасности образовательной среды И.А. Басовой [1, 2]. В своих трудах И.А. Басова опирается на тезис гуманистической психологии о том, что для того чтобы постичь человеческую природу, понять ее возможности, надо создать особого рода условия, благоприятствующие выражению позитивных потребностей. Совкупность таких условий может быть определена понятием «психологическая безопасность». Потребность в безопасности представляется в виде некой витальной силы, побуждающей живое существо к активности ради самосохранения и саморазвития, ради долговременного выживания и стабильности.

Закономерности и принципы обеспечения психологической безопасности образовательной среды определяют сущность и психолого-педагогический механизм разработки модели данного процесса как неотъемлемого этапа в построении педагогической теории и практики. Нетрудно предположить, что социально-психологические и педагогические закономерности детерминируются социокультурной средой, тройственной природой человека (телесно-душевно-

духовной), а также сущностью и спецификой образовательной среды, в которой они проявляются.

Если закономерности выражают существенные и необходимые связи между условиями и результатами процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды, то обусловленные ими принципы раскрывают правила реализации этого процесса в реальной практике образовательной организации. Принципы носят субъективный характер, поскольку вырабатываются человеком на основе закономерностей. Они представляют собой исходные положения, требования, которыми целесообразно руководствоваться в деятельности.

Перечислим закономерности, значимые для нашего исследования.

1. Фундаментальной закономерностью является зависимость характера активности живого существа от особенностей среды его проживания [12].

2. Закон двухэтапного формирования высших психических функций Л.С. Выготского, который сформулировал его следующим образом: «... всякая функция в культурном развитии ребенка выходит на сцену дважды, в двух планах, - сперва в социальном, потом - в психологическом, сперва между людьми, как категория интерпсихическая, затем внутри ребенка, как категория интрапсихическая» [7, с. 145].

3. Интериоризация культурных психических функций осуществляется в процессе и по поводу совместно выполняемых видов деятельности. Совместная деятельность между взрослым как персонифицированным носителем культурного опыта и ребенком является той рамкой, в которую «вставлен» генезис высших психических функций. Поэтому совместная деятельность (со-действие) понимается как источник социализации индивида и рождения личности в онтогенезе [1, 14, 18].

4. Абсолютно необходимым условием зарождения субъекта являются эмоциональные сигналы взрослого, которыми он сопровождает каждое действие ребенка, что способствует формированию субъективного образа деятельности, ее «идеальной формы». В этом образе отображаются не только объективные свойства и условия деятельности, но и смысловое отношение личности к ней [12].

5. Движущая сила развития личности заключается в разрешении исходного (основного) противоречия развития субъективной реальности в онтогенезе между процессами обособления и отождествления (идентификации). Из ситуативно возникающего поведения в определенных условиях складываются свойства личности. В структуре личности превалирующий член пары определяет личностные характеристики. В крайнем выражении каждый член пары асоциален [17].

6. Неотъемлемым атрибутом любой деятельности является общение, рассматриваемое как частный вариант взаимодействия по типу субъект-субъект. Психологически оптимальной формой общения является диалог. Диалог содействует созданию психологически безопасной образовательной среды при условии личностно-доверительного общения [3].

7. Обеспечение психологической безопасности образовательной среды зависит от конфликтологической культуры ее участников. Конфликтогенность является объективной закономерностью функционирования образовательного социума. Значительная часть школьных конфликтов связана с ненадлежащим выполнением профессиональных функций педагогами в сфере учебно-воспитательного взаимодействия, управленческой сфере, сфере психолого-

педагогического сопровождения [4, 6]. Способность и готовность педагогов нести ответственность за уровень конфликтогенности школьного социума многие авторы связывают с понятием профессионально-конфликтологической компетентности [6] или конфликтологической культуры [19].

8. Степень психологической безопасности образовательной среды будет различной для включенных в нее субъектов в зависимости от внутренних ресурсов (ограничений и возможностей) человека, определяемых взаимоотношениями между биологическим, социальным и личностным уровнями его активности. В своих рассуждениях мы опираемся на представления о трехсоставной сущности человека: он одновременно фигурирует как биологический индивид, социальный индивид и как личность, проявляя себя как субъект активности на каждом из названных уровней своей организации [14]. Суть отношений между ними заключается в том, что для реализации вышестоящего уровня требуется участие нижестоящих видов активности. В свою очередь реализация подчиненных видов активности модулируется подчиняющими видами активности. Соматическое и психофизиологическое здоровье человека как биологического индивида насущно необходимо для того, чтобы под воздействием культурной среды был выращен полноценный социальный индивид.

Учитывая изложенные выше закономерности, а также положения концепции психологической безопасности образовательной среды И.А. Басовой [2], мы считаем, что при обеспечении психологической безопасности образовательной среды необходимо руководствоваться следующими принципами: опора на развивающее образование; постоянное отслеживание качества социальной среды и соответствующая ее корректировка; психологическая защита личности каждого участника учебно-воспитательного процесса; помощь в формировании социально-психологической умелости.

Модель раскрывает наиболее общее представление об организации и осуществлении процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды, включающего освоение способов деятельности, которые необходимы для осмысленного выполнения педагогических и социально-психологических функций в образовательной среде, защиты ее участников от рисков и угроз для продуктивного развития, формирования устойчивости и сопротивляемости личности как ресурсов защищенности от психологического насилия во взаимодействии.

При определении структурных компонентов модели обеспечения психологической безопасности образовательной среды мы исходили из того, что сама модель представляет собой педагогическую систему, а именно целостное единство целевого, содержательного, организационно-деятельностного и результативного компонентов.

Целевой компонент определяет общий стратегический замысел реализации модели и общую направленность процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды. Целью реализации модели в нашем случае является качественное изменение структуры и содержания теоретических представлений и способов деятельности работников образовательной организации по заблаговременному распознаванию и минимизации рисков и угроз, а также по выявлению и развитию ресурсов психологической безопасности обра-

зовательной среды для эффективного осуществления функций обучения, воспитания и развития обучающихся.

Цели обеспечения психологической безопасности образовательной среды могут быть представлены на трех уровнях: личностном, групповом и организационном.

Личностный уровень обуславливается изменением структуры и функций в системе: «субъективная реальность (индивид, субъект, личность)», «сознание» и «деятельность». На этом уровне осуществляется развитие внутренних ресурсов устойчивости, сопротивления и противостояния психологическим деструктивным воздействиям. Причем это относится ко всем участникам образовательных отношений: обучающимся, педагогическим работникам, администрации образовательной организации, родителям. Педагогический работник как субъект целеполагания на основе анализа своих сильных и слабых сторон разрабатывает программу самосовершенствования. Для обучающихся и родителей педагогический работник может организовать мотивирующее, стимулирующее взаимодействие для побуждения к саморазвитию в целях обеспечения психологической безопасности.

На групповом уровне осуществляется построение системы работы по обеспечению психологической безопасности образовательной среды. Речь может идти о трех ключевых направлениях:

- личностном (развитие навыков эффективной коммуникативной деятельности, умений распознавать и удовлетворять потребности в личностно-доверительном общении, коррекция сложившихся негативных стереотипов поведения и др.);

- педагогическом (формирование умений принимать нестандартные решения в сложных или конфликтных ситуациях, видеть проблемные зоны и заблаговременно предотвращать возникновение конфликтных ситуаций, использовать стратегию сотрудничества при возникновении противоречий, отказываться от приемов педагогического насилия и др.);

- социально-психологическом (освоение технологий ведения беседы, диалога, переговоров; совершенствование умений публичного выступления и др.).

Особенностями целей организационного уровня являются следующие позиции:

- 1) выделение в качестве основных субъектов целеполагания руководителя образовательной организации, учителя, психолога и специалистов в области воспитания как создателей психологически безопасной партнерско-диалогической среды, которая обеспечивает как личностно-эмоциональную защищенность, так и формирование социально-психологической умелости;

- 2) постановка персональных целей перед каждым субъектом целеполагания на основе выявления его сильных и слабых сторон, наличия желания профессионального развития и роста, имеющегося потенциала развития;

- 3) постановка коллективных целей перед руководителями функциональных подразделений образовательной организации (службы психолого-педагогического сопровождения, школьной медиации, антикризисного реагирования и др.) как создателей психолого-педагогических условий, обеспечивающих социально-педагогическую поддержку, ликвидацию последствий кризис-

ных ситуаций, посткризисное сопровождение и правовую, социальную, психологическую, информационную защищенность учащихся, педагогов, родителей.

Таким образом, создается 3-уровневая система желаемых целей, на основе которых осуществляется построение маршрутов их достижения и системы внутришкольного психолого-педагогического содействия данному процессу.

Содержательный компонент модели демонстрирует предметную специфику процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды. Основная функция содержательного компонента модели – разработка наиболее целесообразного пути достижения поставленных целей, смысловое наполнение содержанием ведущих для организуемого процесса направлений деятельности:

- повышение квалификации работников образования с целью освоения отобранного содержания и проявления освоенных компетенций на личностном, групповом и организационном уровнях обеспечения психологической безопасности образовательной среды;

- разработка и реализация профессиональных проектов по обеспечению психологической безопасности образовательной среды на личностном, групповом и организационном уровнях. Это могут быть дополнительные образовательные программы для обучающихся, проекты развития детских и детско-взрослых общественных и клубных объединений, проекты поддержки и развития социальной активности участников образовательной среды, проекты развития служб психолого-педагогического сопровождения, школьной медиации, антикризисного реагирования, мониторинга психологической безопасности образовательной среды.

Сущностное наполнение содержательного компонента модели обеспечения психологической безопасности образовательной среды осуществляется на личностном, групповом и организационном уровнях.

На личностном уровне осуществляется стимулирование сознательного целенаправленного, непрерывного формирования профессионального мастерства работников образования как субъектов психологически безопасной образовательной среды.

На групповом уровне осуществляется развитие конфликтологической культуры работников образования и формируется возрастно-нормативный потенциал развития обучающихся.

На организационном уровне выполняется деятельность по трем направлениям: повышение квалификации работников образования; совершенствование деятельности функциональных подразделений образовательной организации, обеспечивающих психологическую безопасность образовательной среды (службы психолого-педагогического сопровождения, службы школьной медиации, службы антикризисного реагирования); мониторинг уровня обеспечения психологической безопасности образовательной среды.

Организационно-деятельностный компонент модели определяет устойчивый, последовательный и целенаправленный характер процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды. Данный процесс является длительным и протекающим поэтапно. В организационно-деятельностном компоненте выделены три блока: процессуальный, организационный и методический.

Процессуальный блок отражает пролонгированность процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды и включает следующие этапы: информационно-аналитический, целевой (мотивационно-разъяснительный), проектировочный, образовательный, деятельностный, мониторинговый, этап консультативной помощи и этап коррекционно-развивающей работы.

Организационный блок определяет педагогические условия, которые способствуют эффективному протеканию процесса обеспечения психологической безопасности в каждом компоненте образовательной среды. Сюда могут быть включены следующие педагогические условия: а) позиционирование образовательной организации как центра формирования и развития личности, что повышает социокультурный имидж учреждения и учителей; б) реализация комплексной научно-методической работы по направлению «психологическая безопасность образовательной среды» через методические объединения учителей; в) создание системы регламентации поведения, стимулирующей позитивное мышление, бесконфликтное поведение, проявление способностей вести диалог, переговоры, разрешать конфликты, сотрудничать в процессе взаимодействия; г) организация деятельности профессиональных, ученических и родительских сообществ, способствующих повышению коммуникативно-творческих умений; д) поддержка и стимуляция деятельности по распространению результатов проектов профессиональной деятельности в области обеспечения психологической безопасности образовательной среды в форме публикации, выступления, открытых образовательных мероприятий и т. д.

Методический блок обеспечивает деятельностьную реализацию моделируемого процесса и представлен педагогическими методами, приемами, формами и средствами обучения взрослых и детей. Применяемый методический инструментарий должен способствовать отработке психологических умений партнерского, диалогического общения, безопасного психологического взаимодействия, сотрудничества и т. д.

Результативный компонент модели определяет успешность ее реализации и отражает ожидаемые результаты. Основанием для структурирования результатов выступают критерии психологической безопасности образовательной среды. Мы выделяем две группы критериев: критерии минимизации рисков и угроз и критерии оптимизации ресурсов психологической безопасности образовательной среды.

К первой группе относятся: защищенность от психологического насилия во взаимодействии для всех участников образовательной среды; референтность образовательной среды; уровень удовлетворенности основными характеристиками процесса взаимодействия участников образовательных отношений.

Ко второй группе относятся: восприятие психологического климата в образовательной среде как благоприятного, доброжелательного и принимающего; эффективность системы психологической помощи и психолого-педагогического сопровождения обучающихся; эффективности управления образовательной средой; сформированность устойчивости и сопротивляемости как ресурсов защищенности от психологического насилия во взаимодействии; сформированность возрастнo-нормативного потенциала развития личности обучающихся и конфликтологической культуры работников образования и родителей.

Таким образом процесс обеспечения психологической безопасности образовательной среды может быть описан в виде модели, которая реализуется как педагогическая технология в практической плоскости повышения квалификации работников образования, обучения и воспитания детей, просвещения родителей, деятельности служб психолого-педагогического сопровождения, школьной медиации, антикризисного реагирования и представляет собой единство целевого, содержательного, организационно-деятельностного и результативного компонентов.

Проведенный теоретико-методологический анализ проблемы позволяет предположить, что процесс обеспечения психологической безопасности образовательной среды будет направлен на формирование психологического здоровья и развитие личности включенных в нее участников если:

- психологическую безопасность образовательной среды рассматривать как состояние, в котором отсутствуют проявления психологического насилия, созданы условия для удовлетворения базовой потребности в защищенности, личностно-доверительном общении, принадлежности к референтной среде; как процесс сохранения и развития психических функций, становления субъектности, развития личности и социализации включенных в нее участников, обеспечения максимальной реализации их способностей во взаимодействии, исключающем психологическое насилие, создания неразрывной связи с образовательной средой; как свойство, которое обеспечивает формирование у участников образовательной среды внутренних ресурсов сопротивления деструктивным воздействиям;

- теоретико-методологической стратегией моделирования процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды выступают системный и синергетический подходы, а практико-ориентированной тактикой - личностно-деятельностный, аксиологический, андрагогический, культурологический и антропологический подходы, теория отношений В.Н. Мясищева, экпсихологический подход к пониманию образовательной среды, концепция психологической безопасности образовательной среды И.А. Баевой;

- теоретический базис педагогической модели обеспечения психологической безопасности образовательной среды включает закономерности, отражающие устойчивые, повторяющиеся и необходимые причинно-следственные связи и отношения образовательной среды с внешней социокультурной средой, между компонентами внутри самой среды, между внутренними факторами, детерминирующими психологический статус человека, и принципы, которыми целесообразно руководствоваться в деятельности;

- содержательно смысловое наполнение этой деятельности будет оформлено в виде педагогической модели, раскрывающей наиболее общее представление об организации и осуществлении процесса обеспечения психологической безопасности образовательной среды, включающей целевой, содержательный, организационно-деятельностный и результативный компоненты.

Работа школы на основе предложенной педагогической модели обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды позволит превратить ее в фундаментальный психолого-педагогический ресурс обеспечения безопасности в обществе в целом, поскольку через систему образования и воспитания проходит фактически все население страны [8, 21, 22, 23, 24].

ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. – М.–Воронеж: Модэк, 1996. – 768 с.
2. Баева И.А. Концепция психологической безопасности образовательной среды. – М., 2007. – 48 с.
3. Баева И.А. Психологическая безопасность в образовании. – СПб.: СОЮЗ, 2002. – 271 с.
4. Барцевич, В.Н. Влияние личностных характеристик учителя на психологическую безопасность учащихся: дисс. ... канд. псих. н. – М., 2012. – 185 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. Бережная Г.С. Конфликтотенность образовательного социума как предмет ответственности педагогов // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2008. Вып. 5. – С. 29-35.
7. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики / Под ред. А. М. Матюшкина. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
8. Габер И.В., Зарецкий В.В. Обеспечение психологической безопасности образовательной среды. Методические рекомендации для руководителей общеобразовательных организаций. // «Профилактика зависимостей», 2018, № 3. – С. 1-49.
9. Гаранина О.Д., Усик И.В. Онтологические смыслы категории «безопасность» в философской ретроспективе // Научный вестник МГТУ ГА. 2008, № 129. – С.37–42.
10. Дерябо С.Д., Ясвин В.А. Методологические проблемы становления и развития экологической психологии // Психол. журн., 1996, № 17 (6). – С. 4–8.
11. Иванова С.П. Учитель XXI века: неопсихологический подход к анализу профессионально-личностной готовности к педагогической деятельности. – Псков: ПГПИ им. Кирова, 2002. – 228 с.
12. Карпинский К.В. Человек как субъект жизни. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 280 с.
13. Лактионова Е.Б. Психологическая экспертиза образовательной среды: дисс.... д. псих. н. – СПб., 2013. – 459 с.
14. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
15. Панов В.И. Экопсихология: Парадигмальный поиск. – М., СПб.: Психологический институт РАО; Нестор-История, 2014.
16. Слободчиков В.И. Концептуальные основы антропологии современного образования // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2011, № 3. – С. 3-7.
17. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе. – М.: Издательство Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, 2013. — 540 с.
18. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.
19. Ярычев Н.У. Концепция развития конфликтологической культуры учителя в самообучающейся организации: дисс. ... д. пед. н. – Челябинск, 2011.- 438 с.

20. Ясвин В.А. Исследования образовательной среды в отечественной психологии: от методологических дискуссий к эмпирическим результатам // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2018, № 1. – С. 80 – 90.

REFERENCES

1. Asmolov A.G. Kul'turno-istoricheskaja psihologija i konstruirovanie mirov. – M.–Voronezh: Modjek, 1996. – 768 s.
2. Baeva I.A. Konceptcija psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'noj sredy. – M., 2007. – 48 s.
3. Baeva I.A. Psihologicheskaja bezopasnost' v obrazovanii. – SPb.: SOJuZ, 2002. – 271 s.
4. Barceвич, V.N. Vlijanie lichnostnyh harakteristik uchitelja na psihologicheskiju bezopasnost' uchashhihsja: diss. ... kand. psih. n. – M., 2012. – 185 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. Berezhnaja G.S. Konfliktogennost' obrazovatel'nogo sociuma kak predmet otvetstvennosti pedagogov // Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta. Serija: Filologija, pedagogika, psihologija. 2008. Vyp. 5. – S. 29-35.
7. Vygotskij L. S. Sobranie sochinenij: v 6 t. T. Z. Problemy razvitija psihiki / Pod red. A. M. Matjushkina. M.: Pedagogika, 1983. 368 s.
8. Gaber I.V., Zareckij V.V. Obespechenie psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'noj sredy. Metodicheskie rekomendacii dlja rukovoditelej obshheobrazovatel'nyh organizacij. // «Profilaktika zavisimostej», 2018, № 3. – S. 1-49.
9. Garanina O.D., Usik I.V. Ontologicheskie smysly kategorii «bezopasnost'» v filosofskoj retrospektive // Nauchnyj vestnik MGTU GA. 2008, № 129. – S.37–42.
10. Derjabo S.D., Jasvin V.A. Metodologicheskie problemy stanovlenija i razvitija jekologicheskoy psihologii // Psihol. zhurn., 1996, № 17 (6). – S. 4–8.
11. Ivanova S.P. Uchitel' XXI veka: neopsihologicheskij podhod k analizu professional'no-lichnostnoj gotovnosti k pedagogicheskoy dejatel'nosti. – Pskov: PGPI im. Kirova, 2002. – 228 s.
12. Karpinskij K.V. Chelovek kak sub#ekt zhizni. – Grodno: GrGU, 2002. – 280 s.
13. Laktionova E.B. Psihologicheskaja jekspertiza obrazovatel'noj sredy: diss.... d. psih. n. – SPb., 2013. – 459 s.
14. Leont'ev A.N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. – M.: Politizdat, 1975. – 304 s.
15. Panov V.I. Jekopsihologija: Paradigmal'nyj poisk. – M., SPb.: Psihologicheskij institut RAO; Nestor-Istorija, 2014.
16. Slobodchikov V.I. Konceptual'nye osnovy antropologii sovremennogo obrazovanija // Innovacionnye proekty i programmy v obrazovanii. – 2011, № 3. – S. 3-7.
17. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Psihologija razvitija cheloveka. Razvitie sub#ektivnoj real'nosti v ontogeneze. – M.: Izdatel'stvo Pravoslavnogo Svjato-Tihonovskogo gumanitarnogo universiteta, 2013. — 540 s.
18. Jel'konin D.B. Izbrannye psihologicheskie trudy. – M.: Pedagogika, 1989. – 560 s.
19. Jarychev N.U. Konceptcija razvitija konfliktologicheskoy kul'tury uchitelja v samoobuchajushhejsja organizacii: diss. ... d. ped. n.. – Cheljabinsk, 2011.- 438 s.
20. Jasvin V.A. Issledovanija obrazovatel'noj sredy v otechestvennoj psihologii: ot metodologicheskikh diskussij k jempiricheskim rezul'tatam // Izv. Sarat. un-ta Nov.

ser. Filosofija. Psihologija. Pedagogika. – 2018, № 1. - S. 80 – 90.

21. Natalia V. Kalinina, Vladimir V. Zaretskiy, Valentina B. Salakhova, Elena G. Artamonova, Olga I. Efimova, Elena E. Lekareva Psychological And Pedagogical Resources Of Security Provision And Prevention Of Internet Risks And Life Threats Among Children And Teenagers In The Educational Environment. Modern Journal of Language Teaching Methods. Vol. 8, Issue 8, August 2018. P 118-129.

22. Elena E. Lekareva, Vladimir V. Zaretskiy, Elena G. Artamonova, Valentina B. Salakhova, Olga I. Efimova, Natalia V. Kalinina. Comprehensive Rehabilitation of Minors with Deviant and Delinquent Behavior: The Experience of the Russian System of Education. Eurasian Journal of Analytical Chemistry, 2018, 13(1b), pp. 2-9.

23. Valentina B. Salakhova, Vladimir V. Zaretskiy, Natalia V. Kalinina, Elena G. Artamonova, Olga I. Efimova, Elena E. Lekareva Existential psycho-correction of the value-meaning sphere of the personality of adolescents with deviant behavior. Modern Journal of Language Teaching Methods, 2018, 8 (6), pp. 299–307.

24. Egorychev Aleksandr M., Mardakhaev Lev V., Vladimir V. Zaretskiy, Akhtyan Anna G., Tkachenko Alla V. Management Innovation Processes in the System of Russian Education. Modern Journal of Language Teaching Methods, 2018, 8(12), pp. 352–359.

I.V. Gaber¹, V.V. Zaretsky²

METHODOLOGICAL AND THEORETICAL BASES FOR ENSURING PSYCHOLOGICAL SAFETY OF EDUCATIONAL ENVIRONMENT

¹The Novosibirsk Institute of Advanced Training and Retraining of Education Workers (Novosibirsk). ²Center for the Protection of Children's Rights «Childhood» (Moscow).

Summary. The article discusses the methodological and theoretical basis for ensuring the psychological safety of the educational environment in modern conditions. It considers the structure, types, functions, levels of the educational environment, identifies risks, threats and security resources in the context of the psychological aspect of the educational environment. It is concluded that the analysis performed 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.

Е.А. Цехмейструк¹, Т.Е. Левицкая¹, О.Н. Бондарь²
**К ВОПРОСУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

¹Национальный исследовательский Томский государственный университет, ²Филиал ТНИИКИФ ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России»(Томск).

Резюме. В статье представлен анализ научной литературы по проблеме психологического сопровождения санаторно-курортного лечения детей и подростков. Отмечены дефицит теоретических разработок в данной области, недостаточный учет современных тенденций развития санаторно-курортной сферы, преобладание дифференцированного подхода к организации психологического сопровождения.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, санаторно-курортное лечение, дети и подростки

Проблема психологического сопровождения санаторно-курортного лечения в научной литературе получила широкое освещение относительно недавно, в связи с принятием «Концепции государственной политики развития курортного дела в РФ», в которой были обозначены основные понятия, направления и задачи развития санаторно-курортной сферы в нашей стране. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения, включающая в себя подпрограмму «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения», предполагает увеличение доступности санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации на курортном этапе разным возрастным группам взрослого и детского населения [4]. Значимость и многофакторность восстановления и сохранения здоровья общества, поддержанные политикой государства, определяет актуальность изучения психологического аспекта санаторно-курортного лечения.

Современными исследователями отмечается, что система психологического сопровождения является необходимым компонентом санаторно-курортной сферы, которая подтвердила свою значимость не только как лечебный метод, но и как важнейшее звено внедрения принципов деонтологии и психопрофилактики в практику рекреационной деятельности [11, 21].

Первые попытки исследования психологического аспекта лечебного процесса в учреждениях санаторно-курортного комплекса были предприняты И.З. Вельвовским и А.Т. Филатовым. Ими были сформулированы основы психотерапии в санаторно-курортных условиях, обозначена специфика данного вида медико-биологической помощи, во многом определяющая формы и методы работы на курортах (короткие сроки пребывания, учет индивидуально-психологических особенностей отдыхающих и специфики профессиональной деятельности и др.) [12]. В 1971 г. коллегия Центрального курортного совета по управлению курортами профсоюзов ввела психотерапию как обязательный элемент в общей системе лечения и обслуживания курортологии [25]. С этого времени происходит развитие и совершенствование психотерапевтической помощи, психотерапия рассматривается как самостоятельный лечебный метод, используемый для пациентов с

невротическими и психосоматическими заболеваниями [25].

С 2000-х гг. появляется большое количество работ, посвященных теоретическому изучению основ психологического сопровождения в санаторно-курортных комплексах, в которых приводятся обзоры возможного психодиагностического инструментария, методов психокоррекции и психотерапии, наиболее часто используемых в санаторно-курортных учреждениях [3, 11, 19, 21]. Подчеркивается роль психологических факторов в этиологии и патогенезе хронических соматических заболеваний, показано их значение для развития и поддержания мотивации пациента на восстановление и лечение. Обращается внимание на то, что психологические факторы в определенной степени обуславливают качество жизни пациента и его возвращение к профессиональной деятельности после реабилитации [3, 11].

Также необходимо отметить, что психометрия в санаторно-курортных условиях применяется не только для исследования индивидуально-личностных особенностей пациента, но и для оценки эффективности используемых лечебных комплексов. Наиболее используемыми показателями эффективности лечения, представленными в современных исследованиях, являются показатели психоэмоционального состояния, психической работоспособности и качества жизни пациентов [3, 22, 23]. Здесь стоит отметить, что психологический аспект качества жизни представлен крайне скудно и ориентирован в основном на выявление функциональных ограничений, имеющихся у больных.

Неслучайно в литературе отмечается необходимость расширения узко направленного клинического подхода в оказании психологической помощи (психотерапия), преобладающего в санаторно-курортной практике, и использование личностно-центрированного и субъекто-деятельностного подходов, при которых субъективные факторы составляют значительную часть лечебного воздействия на индивида, а личность рассматривается как самоорганизующаяся саморазвивающаяся система [11, 21].

Чаще всего в качестве основных форм психологической работы в санаторно-курортном комплексе указывают психотерапию, имеющую клиническую направленность, кабинеты психологической помощи, реализующие психодиагностическую, психокоррекционную, консультирующую деятельность [3].

Важно отметить, что в современных условиях интенсивного развития общества и в контексте сохранения его здоровья особое значение санаторно-курортная сфера приобретает в вопросах сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения [20]. Появившееся относительно недавно новое направление в психологии - «рекреационная психология детства» ставит своей задачей изучение особенностей развития личности детей и подростков в период восстановления и укрепления физического и психического здоровья [22].

В большинстве научных исследований психологическое сопровождение санаторно-курортного лечения детей рассматривается как одна из составляющих комплексной медико-психологической реабилитации [9, 10, 23, 28]. Это связано с возможностью использования санаторно-курортного лечения в качестве одного из методов медицинской реабилитации и с междисциплинарным подходом к организации реабилитационно-восстановительной помощи, актуальным для современной медицины.

При этом содержание психологического сопровождения определяется нозо-

логически обусловленными психологическими нарушениями, имеющимися у ребенка, имеет слабую научно-теоретическую основу и направлено преимущественно на оптимизацию психоэмоционального состояния. Так, экспериментальные данные, включающие в себя изучение психологической составляющей реабилитации, имеются для детей с ожирением, с метаболическим синдромом, сахарным диабетом и пр. [13, 15, 18]. Существуют отдельные исследования, показывающие психологический аспект медицинской реабилитации на санаторно-курортном этапе детей-спортсменов в разные периоды тренировочного цикла [23, 24, 36].

Единственным современным исследованием в отечественной психологии, в котором представлен и методически обоснован подход к оказанию психологической помощи детям в условиях санаторно-курортного комплекса, является исследование И.М. Мирошник. В нем в качестве методологического базиса рассматривается координационная парадигма развития и система психологической координации (СПК) с мотивационным эффектом обратной связи [16], а в качестве основного метода психологической помощи выступает ЛОК-терапия и синергическая музыкацветотерапия [17]. Он поддержан другими исследователями [14, 17]. Однако данный подход в большей степени ориентирован на развитие личности подростков и сложно осуществим на группах детей других возрастов, а также мало отражает специфику санаторно-курортной сферы.

Попытки представления теоретически-обоснованных моделей и подходов психологического сопровождения детей в санаторно-курортных условиях предпринимались в исследованиях А.С. Филоновой [1] и А.И. Бабич [26, 27]. Они направлены на исследование отдельных параметров психологического здоровья у детей определенных возрастных групп и в большой степени ориентированы на изучение психологических аспектов пребывания детей в санаториях и лагерях. Вопрос психологической адаптации детей и подростков к санаторно-курортным условиям также поднимался в ряде других исследований [7, 18].

Следует отметить, что в современной отечественной литературе практически не представлена проблема влияния современных тенденций развития санаторно-курортной сферы на организацию и реализацию психологического сопровождения детей и подростков. Отдельные исследования педиатров [2, 5] показывают, что современные тенденции к уменьшению сроков пребывания в санатории приводят к интенсификации лечения, что негативно отражается на состоянии здоровья детей вследствие высокой нагрузки на организм. Психологические параметры, в представленных исследованиях, ограничиваются психоэмоциональным состоянием.

В зарубежных исследованиях отсутствует понятие «санаторно-курортное лечение», восстановление здоровья рассматривается в рамках термина «реабилитация» [31], где особое внимание уделяется вопросу психологического здоровья детей [30], разработке эффективных моделей здоровья [33] и программ восстановления и сохранения здоровья, в том числе психологического [29, 32, 34]. В исследованиях [35] указывается на значительную роль среды в психологической реабилитации детей, а также подчеркивается необходимость междисциплинарного подхода к организации и проведению восстановительных мероприятий.

Анализ научной литературы по проблеме психологического сопровождения санаторно-курортного лечения детей и подростков показал дефицит теоретических и практических разработок в данной области. Исследования, учитывающие современные тенденции развития отечественной санаторно-курортной сферы, та-

кие как уменьшение сроков пребывания в санатории и интенсификация лечения, единичны и проводятся преимущественно в рамках восстановительной медицины.

Наряду с обилием медицинских исследований санаторно-курортного лечения, наблюдается дефицит исследований собственно психологической направленности, что, с одной стороны, объясняется современным междисциплинарным подходом, преобладающим сегодня в науке, и акценте на медицинской составляющей реабилитационного процесса, а с другой, обнаруживает отсутствие теоретических и практических исследований в изучении проблем курортной психологии.

Дифференцированный подход в разработке программ психологического сопровождения санаторно-курортного лечения ориентирован на решение психологических проблем, обусловленных определенной нозологией, при том что современные тенденции развития науки предполагают обращение к более целостным, системным представлениям о психологическом сопровождении процесса лечения и оздоровления.

Таким образом, существующие противоречия между наличием объективных требований в развитии психологии санаторно-курортной сферы, как одного из важнейших стратегических направлений оздоровления детского населения, и слабостью научно-теоретической разработанности программ психологического сопровождения санаторно-курортного лечения детей и подростков определяют проблему необходимости систематизацию имеющихся психологических восстановительных технологий и проведения дополнительных психологических исследований в данной области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабич А.И., Лидак Л.В. Психологическое сопровождение пребывания детей в санаторно-курортном учреждении. – Пятигорск: ПГЛУ–МВФ МОСА, 2011. –160 с.
2. Баллаева Д.Х. Неспецифические адаптационные реакции часто болеющих детей на этапе санаторно-курортной реабилитации // ВНМТ. – 2009. –№ 2. – С. 230-232.
3. Беловодова С.Е. Медико-психологические основы психологического сопровождения в санаторно-курортных комплексах // Университетские чтения.– 2010: мат-лы науч.-метод. чтений ПГЛУ. Ч.Х. (Пятигорск, 14 января 2010 г.).– Пятигорск: ПГЛУ. – С. 242 - 248.
4. Ветитнев А.М., Журавлева Л.Б. Курортное дело: учебное пособие, –М.: КНОРУС, 2006. – 528 с.
5. Губина Н.Б. Макарова О.Ф., Климова М.Л. Сравнительная оценка эффективности различных моделей реабилитации по оптимизации психосоциального статуса в условиях детского санатория–реабилитационного центра // Детская и подростковая реабилитация. – 2008. – № 2 (1). – С. 15-20.
6. Гайдук С.В., Головина С.М. Развитие и проблемы санаторно-курортного комплекса в РФ. Место ведомственных санаторно-курортных учреждений в данном сегменте здравоохранения // «Актуальные вопросы современной медицины»: Сб. науч. трудов по итогам III международной науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 10 марта 2016 г.). – С. 79-83.
7. Дьякова Ю.А., Строкольская Т.А., Усачева Е.В. Психологическая адаптация у детей в условиях местного санатория // Детская и подростковая реабилитация . – 2010.–№ 2. – С. 34-36.
8. Ефименко Н.В., Глухов А.Н., Кайсинова А.С. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на курорте // Курортная медицина. – 2017.–№ 2. – С.6-16.

9. Иванова Л.В., Хан М.А. Современное состояние санаторно-курортной помощи детям и задачи по дальнейшему ее улучшению // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2003.- № 1. - С. 43-45.

10. Иванова Л.В., Хан М.А. Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения детей-инвалидов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2003. - № 3. - С. 43-46.

11. Лоскутова Л.И., Захаров М.С. Психологическое сопровождение в рекреации // «Современные направления теоретических и прикладных исследований 2012»: международная науч.-практ. интернет-конф. (Одесса, 20 - 31 марта 2012 г.). URL:<http://www.sworld.com.ua/index.php/en/tourism-and-recreation-112/theoretical-and-methodological-foundations-of-tourism-and-recreation-112/12442-112-308> (Дата обращения: 13.03.2017).

12. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов. Изд. 2-е, перераб. - СПб.: Питер, 2002. - 672 с..

13. Каспирович А.С., Шашель В.А. Реабилитация детей и подростков с метаболическим синдромом в санаторно-курортных условиях // Кубанский научный медицинский вестник. - 2012. - № 5. - С.35-38.

14. Креслов А.И., Кольцова И.В. Медико-психологическая реабилитация и развитие личности подростков в санаторно-курортных условиях с применением системы психологической координации И.М.Мирошник // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2009. - № 4. - С. 54-60.

15. Макарова В.И., Кравцова И.С. Реабилитация детей с сахарным диабетом в условиях местного курорта «Беломорье» // Экология человека. - 2005. - № 11. - С. 18-20.

16. Мирошник И.М. Координационная парадигма развития как методологический базис рекреативной психологической помощи на курортном этапе медицинской реабилитации (с графиками и диаграммами) // М.: Русский Либмонстр. <http://libmonster.ru/m/articles/download/13447/2978> (дата обращения: 19.09.2017).

17. Мирошник И.М., Гаврилин Е.В. ЛОК-терапия и синергическая музыко-цветотерапия как базовые методы рекреативной психологической помощи // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2008. - № 3. - С.25-32.

18. Образцова Т.Н., Корюкина И.П., Григорьева Н.М., Камышников А.М., Зеленин С.А. Роль психолога в санаторно-курортном лечении детей // ВСП. - 2006. - № 8. - С. 428.

19. Полозков И.М. Инновационный путь развития санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения в системе ФМБА России // Курортная медицина. - 2011. - № 1. - С. 6-13.

20. Разумов А.Н, Иванова Л.В.. Санаторно-курортное и восстановительное лечение. Сб. нормативно-правовых и методических мат-лов. - М.: МЦФЭР, 2004. - 720 с.

21. Репс. В.Ф. Медико-психологические аспекты здоровья и организации психологического сопровождения рекреационных комплексов // «Университетские чтения-2008»: мат.-лы. науч.-метод. чтений ПГЛУ. Ч.1.(Пятигорск, 14 января 2008 г.). - Пятигорск, 2008. - С. 93-99.

22. Симоненко С.Н., Грек Е.Н., Костюнина Е.В., Леженко И.В. Рекреационная психология детства: достижения и перспективы // Наука і освіта. - 2014. - № 12. - С. 7-12.

23. Степаненко Н.П., Левицкая Т.Е., Матвеева Е.А. и др. Медико-

психологическое сопровождение детей-спортсменов в разные периоды тренировочного цикла // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2014. – №. 6. – С. 30-33.

24. Степаненко Н.П., Левицкая Т.Е., Цехмейструк Е.А. и др. Комплексный подход к восстановительному лечению спортсменов-юниоров // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2017. – №. 1. – С. 46-50.

25. Суховершин А.В., Залевский Г.В. Курортная психотерапия: история, проблемы и перспективы развития (на мат-ле курорта Белокуриха) // СПЖ. – 2007. – № 26. – С. 161-165.

26. Филонова А.С. Организация психологического сопровождения детей из экологически загрязненных районов в условиях оздоровительного санатория: метод. пособие для педагогов, психологов, воспитателей, студентов педвузов. – Тула: изд-во 11 НУ, 2002. – 55 с.

27. Филонова А.С. Психологическое сопровождение детей в оздоровительном санатории как одно из условий сохранения психологического здоровья: мат-лы DC Всероссийской науч.-практ. конф. «Образование в России: медико-психологический аспект» (Калуга, апрель 2004 г.). – Калуга: КГПУ им.К.Э. Циолковского, 2004. – С. 207-209.

28. Щепин В.О., Черкашина И.В. Санаторно-курортная помощь детям в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 4. – С. 3-6.

REFERENCES

1.Babich A.I., Lidak L.V. Psihologicheskoe soprovozhdenie prebyvanija detej v sanatorno-kurortnom uchrezhdenii. – Pjatigorsk: PGLU–MVF MOSA, 2011. –160 s.

2.Ballaeva D.H. Nespecificheskie adaptacionnye reakcii chasto bolejših detej na jetape sanatorno-kurortnoj rehabilitacii // VNMT. – 2009. –№ 2. – S. 230-232.

3.Belovodova S.E. Mediko-psihologicheskie osnovy psihologicheskogo soprovozhdenija v sanatorno-kurortnyh kompleksah // Universitetskie chtenija–2010: mat-ly nauch.-metod. chtenij PGLU. Ch.H. (Pjatigorsk, 14 janvarja 2010 g.).– Pjatigorsk: PGLU. – S. 242 - 248.

4.Vetitnev A.M., Zhuravleva L.B. Kurortnoe delo: uchebnoe posobie, –M.: KNORUS, 2006. – 528 s.

5.Gubina N.B. Makarova O.F., Klimova M.L. Sravnitel'naja ocenka jeffektivnosti razlichnyh modelej rehabilitacii po optimizacii psihosocial'nogo statusa v usloviyah detskogo sanatorija–rehabilitacionnogo centra // Detskaja i podrostkovaja rehabilitacija. – 2008. – № 2 (1). – S. 15-20.

6.Gajduk S.V., Golovina S.M. Razvitie i problemy sanatorno-kurortnogo kompleksa v RF. Mesto vedomstvennyh sanatorno-kurortnyh uchrezhdenij v dannom segmente zdravoochranenija // «Aktual'nye voprosy sovremennoj mediciny»: Sb. nauch. trudov po itogam III mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. (Ekaterinburg, 10 marta 2016 g.). – S. 79-83.

7.D'jakova Ju.A., Strokol'skaja T.A., Usacheva E.V. Psihologicheskaja adaptacija u detej v uslovijah mestnogo sanatorija //

Detskaja i podrostkovaja rehabilitacija . – 2010.–№ 2. – S. 34-36.

8.Efimenko N.V., Gluhov A.N., Kajsanova A.S. Aktual'nye voprosy medicinskoj rehabilitacii na kurorte // Kurortnaja medicina. – 2017.–№ 2. – S.6-16.

9.Ivanova L.V., Han M.A. Sovremennoe sostojanie sanatorno-kurortnoj pomoshhi detjam i zadachi po dal'nejshemu ee uluchsheniju // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury. - 2003.- № 1. - S. 43-45.

10. Ivanova L.V., Han M.A. Aktual'nye problemy sanatorno-kurortnogo lechenija detej-invalidov // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury. - 2003. - № 3. - S. 43-46.
11. Loskutova L.I., Zaharov M.S. Psihologicheskoe soprovozhdenie v rekreacii // «Sovremennye napravlenija teoreticheskikh i prikladnyh issledovanij 2012»: mezh-dunarodnaja nauch.-prakt. internet-konf. (Odessa, 20 - 31 marta 2012 g.). URL:<http://shhshhshh.sshworld.com.ua/indeh.php/en/tourism-and-recreation> 112/theoretical-and-methodological-foundations-of-tourism-and-recreation-112/12442-112-308 (Data obrashhenija: 13.03.2017).
12. Karvasarskij B.D. Psihoterapija: ucheb. dlja vuzov. Izd. 2-e, pererab. - SPb.: Piter, 2002. - 672 s..
13. Kaspirovich A.S., Shashel' V.A. Reabilitacija detej i podrostkov s metaboli-cheskim sindromom v sanatorno-kurortnyh uslovijah // Kubanskij nauchnyj medi-cinskij vestnik. -2012. - № 5. - S.35-38.
14. Kreslov A.I., Kol'cova I.V. Mediko-psihologicheskaja reabilitacija i razvitie lich-nosti podrostkov v sanatorno-kurortnyh uslovijah s primeneniem sistemy psihologicheskoy koordinacii I.M.Miroshnik // Vestnik fizioterapii i kurortologii. - 2009. - № 4. - S. 54-60.
15. Makarova V.I., Kravcova I.S. Reabilitacija detej s sahamym diabetom v uslovijah mestnogo kurorta «Belomor'e» // Jekologija cheloveka. - 2005. - № 11. - S. 18-20.
16. Miroshnik I.M. Koordinacionnaja paradigma razvitija kak metodologicheskij bazis rekreativnoj psihologicheskoy pomoshhi na kurortnom jetape medicinskoj reabilita-cii (s grafikami i diagrammami) // M.: Russkij Libmonstr. <http://libmonster.ru/m/articles/doshhnload/13447/2978> (data obrashhenija:19.09.2017).
17. Miroshnik I.M., Gavrilin E.V. LOK-terapija i sinergicheskaja muzykocveto-terapija kak bazovye metody rekreativnoj psihologicheskoy pomoshhi // Vestnik fizi-oterapii i kurortologii. -2008. - № 3. - S.25-32.
18. Obrazcova T.N., Korjukina I.P., Grigor'eva N.M., Kamysnikov A.M., Zelenin S.A. Rol' psihologa v sanatorno-kurortnom lechenii detej // VSP. - 2006. -№ 8. - S. 428.
19. Polozkov I.M. .Innovacionnyj put' razvitija sanatorno-kurortnogo i reabilita-cionno-vosstanovitel'nogo lechenija v sisteme FMBA Rossii // Kurortnaja medicina. - 2011. - № 1. - S. 6-13.
20. Razumov A.N., Ivanova L.V.. Sanatorno-kurortnoe i vosstanovitel'noe lechenie. Sb. normativno-pravovyh i metodicheskikh mat-lov. - M.: MCFJeR, 2004. - 720 s.
21. Reps. V.F. Mediko-psihologicheskije aspekty zdorov'ja i organizacii psiholo-gicheskogo soprovozhdenija rekreacionnyh kompleksov // «Universitetskie chtenija-2008»: mat.-ly. nauch.-metod. chtenij PGLU.Ch.1.(Pjatigorsk, 14 janvarja 2008 g.). - Pjatigorsk, 2008. - S. 93-99.
22. Simonenko S.N., Grek E.N., Kostjunina E.V., Lezhenko I.V. Rekreacionnaja psihologija detstva: dostizhenija i perspektivy // Nauka i osvita. - 2014. -№ 12. - S. 7-12.
23. Stepanenko N.P., Levickaja T.E., Matveeva E.A. i dr. Mediko-psihologicheskoe soprovozhdenie detej-sportsmenov v raznye periody trenirovochnogo cikla // Voprosy ku-rortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury. - 2014. - №. 6. - S. 30-33.
24. Stepanenko N.P., Levickaja T.E., Cehmejstruk E.A. i dr. Kompleksnyj pod-hod k vosstanovitel'nomu lecheniju sportsmenov-juniorov // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury. - 2017. - №. 1. - S. 46-50.
25. Suhovershin A.V., Zalevskij G.V. Kurortnaja psihoterapija: istorija, problemy i perspektivy razvitija (na mat-le kurorta Belokuriha) // SPZh. - 2007. -№ 26. - S. 161-165.
26. Filonova A.S. Organizacija psihologicheskogo soprovozhdenija detej iz jekologi-

cheski zagraznennyh rajonov v uslovijah ozdorovitel'nogo sanatorija: metod. posobie dlja pedagogov, psihologov, vospitatelej, studentov pedvuzov. – Tula: izd-vo 11 NU, 2002. – 55 s.

27. Filonova A.S. Psihologicheskoe soprovozhdenie detej v ozdorovitel'nom sanatorii kak odno iz uslovij sohraneniya psihologicheskogo zdorov'ja: mat-ly DC Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. «Obrazovanie v Rossii: mediko-psihologicheskij aspekt» (Kaluga, aprel' 2004 g.). – Kaluga: KGPU im.K.Je. Ciolkovskogo, 2004. – S. 207-209.

28. Shhepin V.O., Cherkashina I.V. Sanatorno-kurortnaja pomoshh' detjam v Rossii // Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny. – 2015. – № 4. – S. 3-6.

29. Anderson S., Doyle M. Intervention and prevention programs to support student mental health: The literature and examples from the Mind Matters Plus initiative//Australian Journal of Guidance and Counselling. –2005. –V.15, № 2. – P. 220-227.

30. Askill-Williams H., Lawson M.J., Slee P.T. Venturing into schools: Locating mental health initiatives in complex environments//The International Journal of Emotional Education. – 2009. –V. 1, № 2. – P. 14-33.

31. Bentley J.A., Bruyère S.M., LeBlanc J., MacLachlan M. Globalizing rehabilitation psychology: Application of foundational principles to global health and rehabilitation challenges // Rehabilitation Psychology. – 2016. –V. 61(1). – P. 65-73.

32. Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective/efficient mental health programs for school-age children: A synthesis of reviews // Social Science and Medicine. – 2004. –V. 58. – P. 1367-1384.

33. Cummins R. KidsMatter: A population health model to support student mental health and wellbeing in primary schools // International Journal of Mental Health Promotion. – 2008. –V. 10, № 4. – P. 13-20.

34. Lollar D. Rehabilitation Psychology and Public Health: Commonalities, Barriers, and Bridges // Rehabilitation Psychology. – 2008. –V. 53. – P. 122-127.

35. Kaufman J.N., Lahey S., Slomine B.S. Pediatric rehabilitation psychology: Rehabilitating a moving target // Rehabilitation Psychology. – 2017. –V. 62(3). – P. 223-226.

36. Kozlova N.V., Levitskaia T. E., Matveeva E.A. Medical and psychological rehabilitation of child athletes // Libro de Actas del VIII Congreso Internacional y XII INacional de Psicología Clínica (Granada, 19-22 Novembre, 2015). – 2015. – P. 151-153.

E.A. Cekhmejstruk, T.E. Levickaya, O.N. Bondar
TO THE ISSUE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF SANATORIUM
AND HEALTH RESORT TREATMENT OF CHILDREN
AND ADOLESCENTS (ANALYTICAL REVIEW)

National research Tomsk state University, Branch TNIKIF «Siberian Federal scientific-clinical center FMBA of Russia» (Tomsk).

Summary. The article presents the analysis of scientific literature on the problem of psychological support of sanatorium and health resort treatment of children and adolescents. There were noted a shortage of theoretical developments in this field, insufficient consideration of modern trends in the development of the sanatorium sphere, the predominance of a differentiated approach to the organization of psychological support.

Keywords: psychological support, sanatorium and health resort treatment, children and adolescents.

**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, вначале источники на русском языке (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. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа 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 04.06.2019 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая. Тираж 300 экз.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru
