

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2020(20), № 1

«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 .rtf либо .doc на адрес: **acpp@inbox.ru**.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2020

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители Главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, М.Ю. Городнова, И.А. Горьковая,
И.В. Добряков, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, 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»)

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Е.О. Смирнова, Г.Р. Хузева АГРЕССИВНЫЕ ДЕТИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	4
Т.В. Уласень КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОСПИТАННИКОВ СОЦИОЗАЩИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	13
Е.С. Скворцова, Н.П. Лушкина КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ СРЕДИ РОССИЙСКИХ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПОСЛЕДСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ).....	24
Ю.А. Шулекина ОТНОШЕНИЕ УЧАЩИХСЯ 1 И 2 КЛАССОВ К РАБОТЕ С УЧЕБНИКОМ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ.....	35

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

Э.Г. Эйдемиллер, А.Э. Тарабанов, Н.В. Александрова КРАТКОСРОЧНАЯ АНАЛИТИКО-СЕТЕВАЯ ПСИХОДРАМА (КАСП) ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ: ДЕЙСТВИЕ И НАРРАТИВ.....	42
А.А. Северный, Н.М. Иовчук, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	50
С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева ИДЕНТИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С УЧЕТОМ ТИПОВ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ.....	59

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Е.О. Смирнова ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К СВЕРСТНИКАМ У ДОШКОЛЬНИКОВ, РАСТУЩИХ БЕЗ СЕМЬИ.....	65
--	----

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Р.Р. Халфина, Е.В. Сафронова, А.М. Сафронов ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКЛОННОСТИ К ДЕЛИНКВЕНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКОВ.....	75
Н.Ф. Гашимадзе, Г.Н. Мусабекова, З.Ф. Мусабеков ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА... ..	80
Н.Л. Черная, В.М. Ганузин, Г.С. Маскова, А.Т. Барабошин, Е.В. Шубина, О.Б. Дадаева ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОДЕ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ.....	84

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.Н. Фоменко, С.В. Гречаный НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В АСПЕКТЕ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ).....	90
О.В. Киселёва РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	100
Е.А. Каган ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	112

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМЕРНОВА НЕКРОЛОГ.....	121
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	123

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

E.O. Smirnova, G.R. Huzeeva AGGRESSIVE CHILDREN (PSYCHOLOGICAL ASSAY).....	4
T.V. Ulasen INTEGRATED ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH INFLUENCE ON ADAPTATION OPPORTUNITIES OF SOCIAL PROTECTIVE INSTITUTIONS.....	13
E.S. Skvortsova, N.P. Lushkina COMPUTER GAMES AMONG RUSSIAN RURAL SCHOOLCHILDREN (PREVALENCE, CONSEQUENCES, PROBLEMS).....	24
Ju.A. Shulekina THE RELATION OF 1 ST AND 2 ND GRADES STUDENTS TO WORK WITH THE TEXTBOOK: COMPARATIVE ANALYSIS.....	35

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

E.G. Eidemiller, A.E. Tarabanov, N.V. Alexandrova SHORT-TERM ANALYTICAL AND NETWORK PSYCHODRAMA (STANP) OF CHILDREN, ADOLESCENT AND ADULTS: ACTION AND NARRATIVE.....	42
A.A. Severnyy, N.M. Iovchuk DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE DELIMITATION OF AUTISM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (CLINICAL ESSAY).....	50
S.B. Babarakhimova, V.K. Abdullaeva THE IDENTIFY SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS, TAKING INTO ACCOUNT TYPES OF FAMILY RELATIONSHIP.....	59

SHORT COMMUNICATIONS

R.R. Khalfina, E.V. Safronova, A.M. Safronov PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF ANNEALITY TO DELINQUENT BEHAVIOR OF TEENAGERS.....	75
N.F. Hashimzade, G.N. Musabekova, Z.F. Musabekov FEATURES OF EEG IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	80
N.L. Chernaya, V.M. Ganuzin, G.S. Maskova, A.T. Baraboshin, E.V. Shubina, O.B. Dadaeva STUDENT'S COMMITMENT TO A HEALTHY LIFESTYLE IN THE PERIOD OF THEIR ADAPTATION TO STUDYING AT HIGHER EDUCATION INSTITUTION.....	84

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

A.N. Fomenko, S.V. Grechany NON-DRUG METHODS OF TREATMENT OF POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS IN THE ASPECT OF PRESERVING CHILDREN'S MENTAL HEALTH (LITERATURE REVIEW)....	90
O.V. Kiseleva THE ROLE OF FAMILY FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS AND AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	100
E.A. Katan PURPOSE OF INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES TO IDENTIFY PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.....	112
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....	123

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Е.О. Смирнова, Г.Р. Хузеева

АГРЕССИВНЫЕ ДЕТИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)

Московский государственный психолого-педагогический университет,
Психологический институт РАО (Москва).

Резюме. В статье рассматривается проблема агрессивности во взаимоотношениях дошкольников. Выделяются различные прямые и косвенные формы вербальной и физической агрессии. Проанализированы психологические особенности детей, склонных к агрессивным проявлениям. Анализируются факторы возникновения агрессии, показано, что социальная ситуация и положение в группе сверстников не играет существенной роли, а низкий уровень игры и произвольной саморегуляции имеет большое значение. Выделены три варианта агрессивности, которые отличаются по форме проявления и наличию/отсутствию мотивации. Объединяет их фиксированность ребенка на себе и неспособность видеть и понимать сверстника.

Ключевые слова: группа дошкольников, детская агрессивность, отношение к сверстнику, индивидуальные варианты детской агрессивности.

Повышенная агрессивность — одна из частых проблем детского коллектива. Те или иные формы ее характерны для большинства дошкольников. Но если с усвоением правил и норм поведения у многих из них эти непосредственные проявления агрессивности уступают место просоциальным формам, то у определенной категории детей агрессия как устойчивая форма поведения не только сохраняется, но и развивается, трансформируясь в устойчивое качество личности. В итоге снижается продуктивный потенциал, сужаются возможности полноценного общения, деформируется личностное развитие. Агрессивный ребенок приносит массу проблем не только окружающим, но и самому себе. Вот почему вполне понятен научный интерес к этой проблеме. В последние годы ученые, работающие в разных направлениях, предлагают многообразные подходы и трактовки к определению сущности агрессивного поведения, его психологических механизмов. Агрессивность в общих чертах понимается ими как целенаправленное нанесение физического или психического ущерба другому лицу. Однако обратимся к исследованиям психологов, к тому, как они выявляют и описывают уровень агрессивного поведения детей и влияющие на него факторы. Среди этих факторов ученые выделяют особенности семейного воспитания, примеры агрессивного поведения, которые ребенок может наблюдать с телеэкрана или со стороны сверстников, эмоциональное напряжение и фрустрации (разочарования, расстройства, срывы). Однако все эти факторы вызывают агрессивное поведение далеко не у всех. В одной и той же семье, в сходных условиях воспитания вырастают разные по степени агрессивности дети. Исследования и многолетние наблюдения показывают: агрессивность, сложившаяся в дет-

стве, остается устойчивой чертой и сохраняется на протяжении дальнейшей жизни человека. Можно полагать, что уже в дошкольном возрасте складываются определенные внутренние предпосылки, способствующие ее проявлению. Дети, склонные к насилию, существенно отличаются от своих миролюбивых сверстников не только внешним поведением, но и психологической характеристикой. Изучить эти характеристики чрезвычайно важно, чтобы понять природу явления и своевременно преодолеть опасные тенденции.

Как выявить психологические особенности, отличающие агрессивных детей? Разумеется, сопоставив их с теми же характеристиками дошкольников, которые не проявляют склонности к агрессии.

Дошкольная группа: проявления агрессивности

Агрессивное поведение уже в дошкольном возрасте принимает разнообразные формы. В психологии принято выделять вербальную и физическую агрессию, каждая из которых может иметь прямые и косвенные формы. Наблюдения показывают: все эти формы можно увидеть уже в группе детского сада. Остановим внимание читателя на их краткой характеристике.

Вербальная агрессия.

- Косвенная вербальная агрессия направлена на обвинение или угрозы сверстнику. Проявляются они в различных высказываниях в виде жалоб («А Вова меня стукнул», «А Чумариков постель не убрал» и пр.); демонстративного крика, направленного на устранение сверстника («Уходи, надоел», «Не мешай»); агрессивных фантазий («Если не будешь слушаться, к тебе придет милиционер и посадит в тюрьму»; «Я тебя догоню, покусая, посажу на самолет и отправлю на высокую гору, и будешь там сидеть один»)/

- Прямая вербальная агрессия представляет собой оскорбления и вербальные формы унижения другого. Традиционны такие «детские» формы прямой вербальной агрессии: дразнилки («ябеда-корябеда», «поросенок», «Жора-обжора»); оскорбления («жир-трест», «урод», «дебил»).

Физическая агрессия.

1. Косвенная физическая агрессия направлена на принесение какого-либо материального ущерба другому через непосредственные физические действия. Это может быть: разрушение продуктов деятельности другого (ребенок ломает постройку из кубиков другого или мазет красками рисунок подруги); уничтожение или порча чужих вещей (мальчик наносит удары по столу товарища и улыбается, видя возмущение последнего, или ребенок с силой бросает на пол чужую машинку, с удовлетворением наблюдая ужас и слезы ее владельца).

2. Прямая физическая агрессия представляет собой непосредственное нападение на другого и причинение ему физической боли и унижение. Может принимать две формы — символическую и реальную. Символическая представляет собой угрозы и запугивание (ребенок показывает кулак товарищу или пугает его); реальная агрессия — это уже непосредственное физическое нападение (у детей драки принимают формы укусов, царапанья, хватания за волосы, применения в качестве «оружия» палок, кубиков и пр.).

Агрессивные формы поведения проявляются уже в детском саду.

Наиболее часто у подавляющего большинства детей наблюдается прямая и

косвенная вербальная агрессия - от жалоб и агрессивных фантазий («Позову бандитов, они тебя побьют и завяжут») до прямых оскорблений («толстуха», «дурак», «ябеда и нытик»). У некоторых проявляется физическая агрессия как в косвенной форме, так и в прямой. Разумеется, об агрессивности нельзя судить лишь по ее внешним проявлениям. Надо выявить ее мотивы и сопутствующие ей переживания, что необходимо как для своевременной диагностики явления, так и для разработки коррекционных программ. Очевидно, каждый агрессивный акт имеет определенный повод и проявляется в конкретной ситуации. Рассмотрев ситуации, мы сможем понять направленность агрессивного поведения, его причины и цели. А это уже может пролить свет на мотивацию.

Среди ситуаций, провоцирующих агрессивность, выделим:

- желание привлечь к себе внимание сверстников (мальчик вырывает книгу у девочки, разбрасывает игрушки и начинает громко лаять, изображая злую собаку, чем, естественно, привлекает к себе внимание);
- ущемление достоинств другого, с тем чтобы подчеркнуть свое превосходство (заметив, что партнер расстроился из-за того, что у него не хватает деталей, мальчик начинает кричать: «Ха-ха-ха, так тебе и надо, у тебя ничего не получится, ты плакса и нытик»);
- стремление защититься и отомстить (в ответ на «нападение» или насильственное изъятие игрушки следует яркая вспышка агрессии);
- стремление быть главным (после неудачной попытки занять первое место в строю мальчик отталкивает опередившего, хватая его за волосы и пытается стукнуть головой о стену);
- стремление получить желанный предмет (прямое насилие над сверстником из-за игрушки).

Как можно понять, большинство негативных проявлений наблюдается в ситуации защиты своих интересов, отстаивания своего превосходства. Действия эти используются как средство достижения определенной цели. Ребенок максимально удовлетворяется, если желанная цель достигнута. Из этого вытекает вывод: в большинстве случаев агрессивные действия у детей имеют инструментальный или реактивный характер. В то же время у некоторых из них агрессивные действия вообще не имеют какой-либо цели и направлены исключительно на причинение вреда другому. Не исключена, например, такая ситуация, когда мальчик толкает девочку в бассейн и смеется, видя ее слезы. Или другая картина: девочка прячет тапочки подруги и с удовольствием наблюдает за ее переживаниями. У этих детей удовлетворение вызывает физическая боль, унижение сверстника, и агрессия при этом выступает как самоцель. О чем свидетельствует такое поведение? О склонности ребенка к враждебности и жестокости, что, естественно, вызывает особую тревогу.

Склонность к агрессии: психологические особенности

Те или иные формы агрессивного поведения наблюдаются у большинства дошкольников. В то же время некоторые из них склонны к значительно более враждебной агрессии, которая проявляется:

- 1) в высокой частоте действий — в течение часа можно наблюдать не менее четырех актов, цель которых причинить вред сверстнику, в то время как у

других детей отмечается не более одного;

2) в преобладании физического насилия, в то время как у большинства дошкольников чаще всего проявляется вербальная агрессия;

3) в действиях, в стремлении причинить сверстнику физическую боль или страдание.

Эти признаки дают нам возможность выделить группу повышенной агрессивности. Обычно от общего количества детей их число составляет 15-30%. Попытаемся выяснить, чем определяется такое поведение? Почему в одинаковых ситуациях одни дети только причиняют боль и страдания сверстникам, а другие находят решения миролюбивые и конструктивные? Среди психологических особенностей, провоцирующих агрессивное поведение, обычно выделяют недостаточное развитие интеллекта и коммуникативных навыков, сниженный уровень произвольности, неразвитость игровой деятельности, сниженную самооценку, нарушения в отношениях со сверстниками. Однако неясно, какие именно из этих особенностей в наибольшей мере влияют на агрессивность. Сравнительный анализ данных показателей у дошкольников — агрессивных и неагрессивных — показывает: по большинству из них первые мало чем отличаются от вторых. Так уровень развития их интеллекта в среднем соответствует возрастной норме, а у некоторых даже превышает. У многих зафиксирован достаточно высокий социальный интеллект: они без труда решают трудные ситуации, представленные, например, на картинках или в рассказах. Показатели развития произвольности в группе агрессивных детей, за исключением некоторых, в целом несколько ниже.

Принято считать, что агрессивных детей, как мы сказали выше, отличают неумение играть, неразвитость игровых навыков. Действительно, среди дошкольников можно насчитать достаточное число тех, кто не умеет играть, и меньше тех, кто достиг высшего уровня развития игры. Но наблюдения показывают: некоторые из них могут организовать интересную игру. Поэтому уровень развития игровой деятельности, как и уровень развития интеллекта, нельзя считать главной причиной. Еще одно мнение: агрессивных детей отличает неадекватная самооценка — завышенная или заниженная. Однако исследования показывают: средний уровень самооценки агрессивных детей незначительно отличает их от остальных.

Вместе с тем, несмотря на различия в средних показателях самооценки, выяснилось: у агрессивных детей расхождения между их самооценкой и ожидаемой оценкой со стороны сверстников более существенны. Имея достаточно высокую самооценку, дети эти явно сомневаются в положительном отношении к себе со стороны сверстников. О чем свидетельствует этот факт? Агрессивные дети более остро и напряженно переживают свою «недооцененность», непризнанность своих достоинств. Характерно, что переживания эти, как правило, не соответствуют реальности. По своему социальному статусу в группе сверстников агрессивные дети мало чем отличаются от других — среди них есть и предпочитаемые, и отвергаемые, и даже лидеры. Следовательно, тяжелые переживания вызваны не действительным положением в группе, а субъективным восприятием отношения к себе. Ребенку кажется: его не ценят, не видят его достоинств.

Наиболее существенные различия между двумя группами выявляются в способе выхода из конфликтной ситуации и в отношении к сверстникам. В ходе решения конфликтных ситуаций, например, изображенных на картинках (кто-то берет чужую игрушку, или разрушает постройку, или ломает игрушку), на вопрос: что бы ты сделал на месте обиженного? — практически все агрессивные дети отвечают: «Дам ботинком по животу», «Схвачу и посажу в клетку», «Убью», «Изобью» и пр. В отличие от них остальные в большинстве случаев придумывают более конструктивные и миролюбивые ответы: «Починю», «Сделаю новую», «Пойду играть в другую игру», «Заплачу и пожалуюсь маме». Показательный пример: интерпретируя сюжеты картинок, все агрессивные дети обычно приписывают изображенным персонажам враждебные намерения («Он нарочно сломал», «Украл», «Сейчас будет бить»), в то время как их товарищи видят в том же сюжете случайность («Сломал домик? Нужно починить», «Он поиграет и вернет», «Они договорятся и пойдут играть вместе»).

Еще более существенные различия проявляются в процессе реального взаимодействия. В ситуации совместной деятельности, когда двум или трем воспитанникам взрослый предлагает раскрасить картинки или собрать узоры мозаики, агрессивные дети проявляют меньший интерес к работе партнера, а если и проявляют внимание к успехам сверстника, то только отрицательное и с одной мотивацией: вырвать рисунок, попытаться ударить; не уступить свой предмет (карандаш или детали мозаики). Эти данные дают основание полагать, что главная отличительная черта агрессивных детей — их отношение к сверстнику. Другой ребенок для них — противник, конкурент, препятствие, которое нужно устранить. Отношение такое нельзя свести к недостатку коммуникативных навыков. (Заметим: многие агрессивные дети в ряде случаев демонстрируют вполне адекватные способы общения, проявляя при этом незаурядную изобретательность, чтобы нанести ущерб сверстникам). Можно полагать, оно отражает особый склад личности, ее направленность, которая порождает специфическое восприятие другого *как врага*.

Явная физическая агрессия

Агрессивный ребенок враждебные намерения и чувство пренебрежения обычно приписывает другому. Проявляется это

- в представлении о своей недооцененности со стороны сверстников;
- в приписывании агрессивных намерений при решении конфликтных ситуаций;
- в реальном взаимодействии детей, где они постоянно ждут нападения или «подвоха» со стороны партнера.

О чем это говорит? Главные проблемы агрессивных детей, причем неоднородные, лежат в сфере отношений со сверстниками. Обследуя их, мы выявили существенные индивидуальные различия как в поведении, так и в психологических характеристиках.

Детская агрессивность: индивидуальные варианты

Среди агрессивных детей отчетливо выделяются 3 группы. Различаются они

- внешним поведенческим проявлением (частота и степень жестокости действий);

- психологическими характеристиками (уровень интеллекта, произвольность);
- уровнем развития игровой деятельности;
- социальным статусом в группе сверстников.

Первую группу составляют дети, которые чаще всего используют агрессию как *средство привлечения к себе внимания сверстников*. Обычно они чрезвычайно ярко выражают свои эмоции — кричат, громко ругаются, разбрасывают вещи; поведение направлено на получение эмоционального отклика. Как правило, активно стремятся к контактам со сверстниками, но, добившись внимания, успокаиваются и прекращают свои вызывающие действия. Агрессивные акты мимолетны, ситуативны и не отличаются особой жестокостью. Наиболее яркие эмоции наблюдаются в момент самих действий и быстро угасают. Чаще всего дети используют физическую агрессию — прямую или косвенную — в ситуации привлечения внимания; и носит она произвольный, непосредственный, импульсивный характер. Враждебные действия быстро сменяются дружелюбием, а выпады против сверстника — готовностью сотрудничать. По данным социометрического обследования, дети этой группы имеют весьма невысокий статус в группе сверстников — их либо не замечают и не принимают всерьез, либо избегают. Со слов сверстников, они «все ломают», «всегда мешают», «никого не слушают». Данные психологического обследования показывают: дети первой группы значительно отличаются от других (как обычных, так и агрессивных)

- низким уровнем интеллекта — как общего, так и социального;
- неразвитой произвольностью;
- низким уровнем игровой деятельности — не умеют поддерживать игру и стремятся обратить на себя внимание, используя деструктивные действия и разрушая игру других.

Приведенные данные позволяют предположить: в общем психическом развитии ребенка имеется некоторое отставание. Его обостренная потребность во внимании и в признании со стороны сверстников не может реализоваться через традиционные формы детской деятельности. В качестве средства самоутверждения и самовыражения используются агрессивные действия. Этот вариант агрессивности можно назвать *импульсивно-демонстративным*, поскольку главная задача ребенка — продемонстрировать себя, обратить на себя внимание.

Вторую группу составляют дети, которые используют агрессию в основном как *норму поведения в общении со сверстниками*. Их агрессивные действия — это средство достижения какой-либо конкретной цели. Положительные эмоции испытываются по достижении результата, а не в момент агрессивных действий. Любая деятельность отличается целенаправленностью и самостоятельностью, стремлением занять лидирующие позиции, подчинить, подавить других. Вторая группа, в отличие от первой, не стремится привлечь к себе внимание сверстников. Как правило, дети пользуются популярностью в группе, а некоторые выходят на положение «лидера». Среди форм поведения чаще всего проявляется прямая физическая агрессия, которая, впрочем, не отличается особой жестокостью. В конфликтных ситуациях переживания и обиды сверстников

игнорируются, ориентир исключительно на собственные желания. По результатам обследования дети эти обладают

- высоким уровнем интеллекта (как общего, так и социального);
- хорошо развитой произвольностью; организаторскими способностями, умением организовать игру;
- достаточно высоким уровнем развития ролевой игры;
- высоким социальным статусом среди сверстников.

Дети этой группы знают нормы и правила поведения, но принимают их только на словах. Примечательно: оправдывая себя, обвиняют товарищей. Основная их цель — избежать негативной оценки взрослого («Он первый начал», «Он сам лезет, я не виноват»), так как оценка последнего, положительная, важна для самоутверждения. В то же время они как бы не замечают собственной агрессивности; способ действий представляется им привычным, нормальным и единственно возможным средством для достижения цели. Так, сталкивая с игрушечной лошади товарища, могут заявить: «Что же мне делать? Я тоже хочу играть, а он мне мешает». Данный вид агрессивности можно назвать **нормативно-инструментальным**.

В третью группу входят дети, для которых желание нанести вред другому — самоцель. Их агрессивные действия не имеют какой-либо видимой цели ни для окружающих, ни для них самих. Они испытывают удовольствие от самих действий, приносящих боль и унижение сверстникам. Дети третьей группы используют в основном прямую агрессию, причем более половины всех актов составляет прямая физическая агрессия — действия отличаются особой жестокостью и хладнокровием. Так, безо всякой видимой причины ребенок может схватить другого за волосы и бить головой об стену или толкнуть с лестницы и спокойно, с улыбкой наблюдать, как жертва кричит и плачет. Обычно для агрессивных действий выбираются одна-две постоянные жертвы — более слабые дети, неспособные ответить тем же. Совершенно отсутствует при этом чувство вины или раскаяния. Нормы и правила поведения открыто игнорируются. На упреки и осуждение взрослых обычно следует ответ: «Ну и что!», «И пусть ему больно», «Что хочу, то и делаю». Отрицательные оценки окружающих не принимаются в расчет. Для детей этой группы особенно характерны мстительность, злопамятность, они долго помнят любые мелкие обиды и, пока не отомстят обидчику, не могут переключиться на другую деятельность. Самые нейтральные ситуации рассматриваются как угроза и посягательство на свои права.

По результатам психологического обследования дети эти имеют

- средние показатели интеллекта;
- произвольность в целом соответствует возрастным нормам;
- низкий социальный статус в группе сверстников — их боятся, избегают;
- уровень развития игры также находится на среднем уровне, однако ее содержание часто носит агрессивный характер — по ходу действия все дерутся, мучают или «убивают» друг друга.

Этот вид детской агрессивности можно назвать **целенаправленно-враждебным**.

Если читатель еще раз просмотрит характеристики выделенных групп, он

обязательно увидит между ними различия как по форме проявления агрессивности, по мотивации поведения, так и по нарастанию мотивации (как и частоты прямой физической агрессии) — от первой группы к третьей. Так, в первой группе агрессия носит мимолетный, импульсивный характер, не отличается особой жестокостью и наиболее часто используется для привлечения внимания сверстников. Во второй агрессивные действия более жесткие и устойчивые по форме. В третьей группе преобладает мотивация «бескорыстного» причинения вреда сверстникам (агрессия как самоцель). Проявляется она в наиболее жестоких формах насилия.

К какому выводу можно прийти? В основе детской агрессивности может лежать различная мотивационная направленность: в первом случае — спонтанная демонстрация себя, во втором — достижение своих практических целей, в третьем — подавление и унижение другого. Однако, несмотря на эти очевидные различия, всех детей объединяет одно общее свойство — **невнимание к сверстникам, неспособность видеть и понимать их**. Доказательство тому — наши наблюдения, которые показали: все агрессивные дети проявляют низкий интерес к сверстнику, нежелание бескорыстно поделить с ним или помочь; реакции на успехи партнера неадекватны (злорадство при неудаче, протест против достижений). Подобный тип отношения к сверстнику не связан ни с уровнем развития игры, ни с самооценкой, ни с реальным положением ребенка в группе. По-видимому, в основе такого отношения — **фиксированность** ребенка на себе, его внутренняя изоляция от других. В окружающем мире и в других людях он видит прежде всего **себя** и отношение **к себе**. Другие люди для него — это лишь жизненные обстоятельства, которые либо мешают, либо не уделяют ему должного внимания, либо пытаются нанести вред. Фиксированность на себе, ожидание враждебности со стороны окружающих не позволяют такому ребенку увидеть другого во всей его полноте и целостности, пережить чувство связи и общности с ним. Поэтому ему недоступны такие качества характера, как сочувствие, сопереживание или содействие. Очевидно, такое мировосприятие и создает ощущение острого одиночества в мире, представляющемся враждебным и угрожающим, порождает все большее противостояние и отделенность от других. Степень восприятия враждебности может быть различной — нарастающей от первой группы к третьей. Но психологическая природа остается той же — внутренняя изоляция, приписывание враждебных намерений окружающим и невозможность видеть мир другого человека.

Однако не будем воспринимать изложенный материал в черном свете. В дошкольный период детства еще не поздно предпринять своевременные меры. Мы полагаем: приведенные выше примеры дают новые ориентиры для коррекционной работы с агрессивными детьми. Направлены они на преодоление внутренней изоляции, на формирование в ребенке способности видеть и понимать других. Задачу эту можно решить, отказавшись от некоторых привычных форм, присущих дошкольным учреждениям. Традиционные воздействия — убеждения, объяснения, ссылка на положительные примеры, призыв не обижать других — малоэффективны.

Не принесет успеха и соревновательное начало в ходе игр, занятий. Все-

возможные конкурсы, игры-соревнования, поединки и состязания направляют внимание ребенка лишь на собственные успехи, порождают ориентацию на конкурентность и противопоставленность другим. В конечном счете, независимо от того, выигрывает ребенок или проигрывает, методика эта ведет к разобщенности и отчужденности. Основная задача, которая падает на плечи педагога и психолога в работе с агрессивными детьми, — сформировать чувство общности с другими, желание видеть и понимать сверстников. Главное — помочь ребенку увидеть в ровеснике не противника или конкурента, а интересного и самодостаточного человека, партнера по общению и совместной деятельности.

Для этого могут служить различные специально подобранные коммуникативные игры, которые могут проводиться как в минигруппах, так и в полной группе детей, и другие виды взаимодействия.

E.O. Smirnova, G.R. Huzeeva

AGGRESSIVE CHILDREN (PSYCHOLOGICAL ASSAY)

Moscow State University of Psychology and Education, Psychological Institute of Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. The article discusses the problem of aggressiveness in relationships of preschoolers. There are various direct and indirect forms of verbal and physical aggression. The psychological characteristics of children prone to aggressive manifestations are analyzed. The factors in emergence of aggression are analyzed. It is shown that a social situation and a position in a group of peers does not play a significant role, and a low level of play and self-regulation are of high importance. Three variants of aggressiveness are distinguished, which differ in a form of manifestation and a presence / absence of motivation. They are united by a child's fixation on themselves and their inability to see and understand peers.

Keywords: group of preschoolers, children's aggressiveness, attitude to a peer, individual variants of children's aggressiveness.

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ВОСПИТАННИКОВ СОЦИОЗАЩИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский универси-
тет» (Смоленск).**

Резюме. В статье представлены результаты комплексной оценки многостороннего влияния психического здоровья на адаптационные возможности детей и подростков, воспитывающихся в социозащитных учреждениях, свидетельствующие о высокой частоте у них психических непсихотических расстройств (приближается к 90%). Впервые установлена статистически значимая сопряженность между рядом психических расстройств (депрессивным эпизодом, легким когнитивным расстройством, соматоформной вегетативной дисфункцией, смешанными расстройствами эмоций и поведения, гиперкинетическими расстройствами, реактивным расстройством привязанностей в детском возрасте) и перенесенными травматическими событиями. Изучение неспецифических адаптационных реакций организма детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по сравнению со школьниками свидетельствует о статистически значимой напряженности процессов физиологической адаптации – превалируют реакции стресса и тренировки, облегчающие развитие и декомпенсацию психических и соматических нарушений. Выявлены разные типы выбираемых копинг-стратегий поведения у воспитанников социозащитных учреждений в зависимости от семейного статуса. Полученные результаты в целом свидетельствуют о разных типологических адаптационных профилях воспитанников социозащитных учреждений в зависимости от принадлежности к подгруппе (сироты или дети и подростки, воспитывающиеся в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации).

Ключевые слова: воспитанники социозащитных учреждений, психическое здоровье, адаптационные возможности.

В условиях сиротства и социального сиротства ребенок, как правило, сталкивается с серьезными нарушениями детско-родительских отношений, когда близкие ему люди или его непосредственное окружение могут оказаться главными источниками психической травматизации, приводящей впоследствии к целому комплексу социально-психологических и физиологических изменений. Особое значение в этом контексте приобретает знание уязвимых позиций детской психики, которые в условиях хронического стресса и неблагоприятных внешних воздействий могут стать предпосылками для возникновения нового дизадаптационного¹ синдрома [1].

¹Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дизадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. - 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как

В настоящее время в исследованиях часто используется понятие «личностный адаптационный потенциал», который рассматривается в отечественной психологии «как системное свойство личности, определяющее границы адаптационных возможностей в ответ на воздействие неблагоприятных факторов и условий среды» [3,12,15]. Несомненно, важным аспектом работы с детьми и подростками, перенесшими травматический опыт в условиях депривации, является понимание того, что «именно комплекс неспецифического и специфического звеньев действующего фактора обуславливает функциональные, а при многократном действии и структурные адаптационные изменения в организме и его системах. То, что ранее считалось как отдельные «системы» (комплекс защитных механизмов), теперь представляется комплексным механизмом защиты организма» [15]. Однако в настоящее время остаются неизученными вопросы комплексной оценки адаптационных систем организма детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Результаты исследований свидетельствуют о значительной распространенности у детей, воспитывающихся в социозащитных учреждениях (СЗУ), не только психологических нарушений, но и нарушений физического и психического развития, соматических заболеваний, что, безусловно, отражается на состоянии адаптационных систем организма в целом [1,2,6,8-10,16]. Анализ научных данных по проблеме междисциплинарного изучения последствий детского депривационного опыта свидетельствует о необходимости продолжения исследования мультифакторного влияния хронической травматизации на формирование клинко-психопатологических проявлений и структурных нарушений личности подростков с целью выявления специфических доклинических признаков формирования личностных расстройств, приводящих к социально-психологической дизадаптации [21,22].

Таким образом, только целостный социально-психологический и клинический подход, включающий оценку состояния неспецифических адаптационных реакций организма, позволит описать типологию дизадаптивных проявлений у впервые поступивших воспитанников СЗУ и оптимизировать программы лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента с учетом предшествующего места проживания до поступления в СЗУ.

Цель – провести комплексную оценку многостороннего влияния психического здоровья на адаптационные возможности воспитанников СЗУ с целью создания алгоритма дифференцированной клинко-психологической и социальной помощи данному контингенту.

Материал и методы. На скрининговом этапе обследован 181 ребенок (девочек 79, мальчиков 102) в возрасте 3-17, воспитывающиеся в СЗУ (сироты, социальные сироты и дети из малообеспеченных семей). Средний возраст обследуемых $M(SD)$ – 11,5 ($\pm 3,6$) лет. Семейный статус обследуемых: истинные сироты – 13 человек (7,2%), социальные сироты – 46 человек (25,4%); дети, воспитывающиеся в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации – 122 ребенка (67,4%).

Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

Контрольную группу составили 238 учащихся среднеобразовательной школы (СОШ) в возрасте 8-17 лет; из них мальчиков 146, девочек 91.

На следующем этапе с целью выявления маркеров отклоняющегося поведения проведено выборочное обследование подростков 11–17 лет ($n=82$), впервые поступивших в СЗУ. Средний возраст обследуемых $M(\text{Std.D})$ 13,34 ($\pm 2,06$). Для более точного дифференцированного анализа маркеров поведенческих девиаций выделены две идентичные по возрасту и полу подгруппы: в I подгруппу (41 человек) вошли сироты (истинные и социальные); во II подгруппу (41 человек) – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшиеся в СЗУ в силу трудной жизненной ситуации. Из исследования исключались инвалиды, подростки с диагнозом «умственная отсталость», воспитанники с расстройствами психического развития (за исключением рубрики «специфические расстройства развития школьных навыков»), умеренно-выраженными и тяжелыми формами органического поражения головного мозга, тяжелыми формами психических расстройств (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, другие психотические состояния).

Контрольную группу составили 93 подростка, обучающихся в средней общеобразовательной школе (48 девочек, 45 мальчиков) 11–18 лет. Средний возраст – $M(\text{Std.D})$ – 13,41 ($\pm 2,08$). Семейный статус подростков контрольной группы: 60 человек (64%) – подростки из полных семей; 33 человека (36%) – подростки из неполных семей.

Обследование воспитанников СЗУ проведено с использованием клинико-психопатологического, психодиагностического и лабораторного методов (методики оценки неспецифических адаптационных реакций крови по показателям морфологического состава клеток белой крови Л.Х. Гаркави с соав.). Применены: полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВППСД), разработанное А.И. Щепиной и А.В. Макачук; методика копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской; опросник агрессивности Басса–Дарки; усовершенствованная Торонтская шкала алекситимии TAS-20-R; опросник «Подростки о родителях» изучающий установки, поведение и методы воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом возрасте. В связи с отсутствием в большинстве изучаемых случаев отцов, опросник применен с целью оценки стиля материнского воспитания [4, 7, 14, 18].

За основу изучения возрастной специфики психических расстройств взята периодизация психического развития Д.Б. Эльконина [26]. Соответственно, в процессе исследования выделены следующие возрастные группы: 1-я (3-6 лет); 2-я (7-10 лет); 3-я (11-14 лет); 4-я (15-17 лет).

Статистический анализ выполнен с использованием F-критерия Фишера, критерия Манна–Уитни, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена, таблиц сопряженности (метод кросс-табуляции). Корреляционные связи оценивались по шкале Чеддока [13].

Результаты и выводы. Частота психических непсихотических расстройств в группе воспитанников СЗУ чрезвычайно высока и приближается к 90%. В младших возрастных группах преобладают органическое эмоционально

лабильное расстройство; фобическое тревожное расстройство детского возраста, реактивное расстройство привязанности; специфические расстройства школьных навыков. В более старшем возрасте (с 11 лет) отмечено постепенное, но неуклонное нарастание частоты смешанного расстройства эмоций и поведения, что может свидетельствовать о формировании у воспитанников СЗУ устойчивой патохарактерологической структуры. Особого внимания заслуживает чрезвычайно высокая частота депрессий в группе старших подростков.

Представляют собой практический интерес результаты изучения частоты психических расстройств в зависимости от наличия/отсутствия семейного воспитания (проживание в семье или сиротство) в общей группе обследуемых воспитанников социозащитных учреждений. В целом психические расстройства по критерию Mann-Whitney значимо чаще встречались у сирот (социальных и истинных) по сравнению с детьми, которые воспитывались в семьях: депрессия ($p=0,000039 \leq 0,05$), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство ($p=0,013771 \leq 0,05$), соматоформная вегетативная дисфункция ($p=0,001679 \leq 0,05$), а также легкое когнитивное расстройство ($p=0,043748 \leq 0,05$). В тоже время у детей, воспитывавшихся в семьях, чаще встречалось смешанное специфическое расстройство развития, а также отмечался выраженный тренд к преобладанию фобического тревожного расстройства детского возраста ($p=0,075422 \leq 0,05$)[30].

Принимая во внимание перенесенный в анамнезе множественный травматический опыт, у воспитанников социозащитных учреждений ($n=181$) проведено изучение характера перенесенных травматических событий. Как показали результаты, с наибольшей частотой у них в анамнезе отмечались трудное материальное положение – 164 случая (90,6%), химически-аддикции родителей – 100 случаев (55,2%), ситуации пренебрежения – 93 случая (51,4%), смерть родителя (родителей) – 29 случаев (16,0%), физическое насилие – 24 случая (13,3%), сексуальное домогательство – 4 случая (2,2%)[23].

В ходе исследования у детей и подростков, воспитывающихся в социозащитных учреждениях, впервые установлена статистически значимая сопряженность между рядом психических расстройств (депрессивным эпизодом, легким когнитивным расстройством, соматоформной вегетативной дисфункцией, смешанными расстройствами эмоций и поведения, гиперкинетическими расстройствами, реактивным расстройством привязанностей в детском возрасте) и перенесенными ими травматическими событиями.

В связи с этим особое значение приобретает анализ состояния физиологических адаптационных реакций организма с помощью оценки морфологического состава белой крови по методике Л.Х. Гаркави и соавт. [3, 7]. Изучение неспецифических адаптационных возможностей детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, по сравнению со школьниками свидетельствует о статистически значимой напряженности процессов физиологической адаптации [25]. Так, у воспитанников СЗУ статистически чаще встречаются реакции стресса, реакции тренировки. У учащихся СОШ, напротив, – реакции спокойной активности. Однако статистически значимых различий в частоте встречаемости неспецифических адаптационных реакций у воспитанников СЗУ в зависимости от се-

мейного статуса не выявлено. Вместе с тем у сирот (истинных и социальных) прослеживается тренд к преобладанию неспецифических реакций стресса, повышенной активации и тренировки. Выявлены статистически значимые различия по полу в частоте встречаемости неспецифических адаптационных реакций у воспитанников СЗУ в зависимости от возраста. У девочек в возрасте 7-10 лет статистически чаще встречаются реакции стресса по крови. В других возрастных группах (11-14 и 15-17 лет) статистически значимых различий в частоте встречаемости неспецифических адаптационных реакций не выявлено.

Наличие стрессовых реакций крови при отсутствии выраженной психопатологической симптоматики при клинко-психопатологическом обследовании, по всей видимости, может быть маркером латентного общего дизадапционного синдрома в условиях хронической психотравмы, включая и доклинические формы психосоматических расстройств, что требует дальнейшего психопатологического и патопсихологического изучения. В частности у подростков-сирот достоверно чаще встречается соматоформная вегетативная дисфункция (F45.31), характеризующаяся нарушениями со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Полученные результаты свидетельствуют о разных типологических адаптационных профилях воспитанников СЗУ в зависимости от типа неспецифической адаптационной реакции организма в условиях множественного травматического опыта, что, вместе с другими результатами клинко-психопатологического и психодиагностических исследований, определяет необходимость дифференцированного подхода к выработке психокоррекционных мероприятий в зависимости от принадлежности к подгруппе (сироты или дети и подростки, воспитывающиеся в семьях) при составлении комплексных медико-социальных реабилитационных программ.

В целях дифференцированного анализа признаков поведенческой дизадаптации было проведено изучение девиантных форм поведения у воспитанников СЗУ с учетом фактора сиротства. Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом превалировании у подростков-сирот (истинных и социальных) легко выраженных аддитивных ($p=0,00\leq 0,05$), агрессивных ($p=0,01\leq 0,05$), делинквентных ($p=0,00\leq 0,05$) форм отклоняющегося поведения и статистически значимое превалирование сниженного уровня социально-обусловленного поведения ($p=0,00\leq 0,05$).

Следует сказать и о найденных различиях в «масках» вытесненных травматических переживаний, которые бессознательно могут определять поведение обследуемых. У подростков-сирот превалируют тенденции к подозрительности, негативизму, в то время как у подростков, проживающих в кровных семьях – индекса агрессивности, чувства обиды и чувства вины (не достигая статистической разницы), статистически чаще встречается «раздражение». Выявленные особенности согласуются с результатами оценки травматических переживаний подростков-воспитанников СЗУ, находя свое отражение в нарушениях социальной направленности, что может объяснять и разный характер социальных сценариев, прогнозируемых в дальнейшем.

Предполагается, что перенесенные психологические травмы в условиях

депривационного опыта могли привести к тому, что у обследуемых подростков сформировалась психологическая готовность отвечать агрессией на трудные жизненные ситуации в силу негативных реакций проекции и переноса на окружающих людей, что в итоге позволяло им обосновывать свою агрессию [17]. В контексте сказанного интересными представляются результаты изучения типов родительского воспитания (отношение к матери) с помощью опросника «Подростки о родителях» с учетом принадлежности к подгруппе. Подростки-сироты материнский тип воспитания характеризуют в большинстве случаев как «враждебный» (по U-критерию $p=0,04 < \alpha=0,05$). Однако изучение в подгруппах подростков СЗУ частоты встречаемости корыстного, агрессивного и социально-пассивного типов отклоняющегося поведения по результатам анализа индивидуальных карт достоверных различий не выявило.

Данные сравнительного анализа клинических и социально-психологических критериев травматических переживаний у воспитанников СЗУ позволили выявить разные профили реагирования на стресс в подгруппах подростков с разным социальным статусом по критериям DSM-IV, определяющих клиническую картину посттравматического стрессового расстройства [24]. В целом в подгруппах сравнения преобладают высокие балльные оценки по критерию А - «немедленное реагирование» на стрессовую ситуацию. Однако у подростков-сирот их уровень статистически выше, чем у подростков, проживающих в кровных семьях ($p=0,0144 < \alpha=0,05$) и не имеет внутригрупповых корреляционных связей с другими критериями травматических переживаний. Возможно, данное обстоятельство может свидетельствовать о глубоко вытесненных травматических переживаниях сирот и социальных сирот, что требует дополнительного психологического обследования (в частности, изучения алекситимических проявлений как варианта совладающего со стрессом поведения) и, соответственно, индивидуального подхода в выборе психокоррекционных мероприятий. У подростков, проживающих в семьях, в общую картину внутригрупповых корреляционных связей между критериями травматических переживаний не входит критерий F, отражающий нарушения функционирования. Возможно, это связано с большей фиксацией указанного контингента на травматических ситуациях, включая поступление в СЗУ, вовлечением этих переживаний в структуру жалоб, потерей поддерживающего фактора с последующим формированием другого, по сравнению с сиротами, стиля социального поведения. Данные различия в оценке травматических переживаний подростками могут указывать не только на разный характер перенесенных травматических событий в условиях депривационного опыта, но и на различную оценку этих событий подростками-сиротами и подростками, проживающими в семьях, что в итоге с прочими факторными условиями может определять различия выбираемых копинг-стратегий поведения.

Так, результаты первичного тестирования по изучению наиболее часто используемых копинг-стратегий поведения в стрессовых ситуациях свидетельствуют об отсутствии статистически значимых различий у подростков 2-х подгрупп, воспитывающихся в СЗУ. Однако повторное тестирование по оценке наиболее эффективных в преодолении стресса копинг-стратегий определил групповое своеобразие обследуемого контингента [20]. Статистически значи-

мыми среди эффективных стратегий у подростков I подгруппы (сироты) являются превалирование копинг-стратегий «избегания» (стратегия «сплю» $p=0,0182 < \alpha=0,05$ и стратегия «стараясь расслабиться и оставаться спокойным» $p=0,0293 < \alpha=0,05$), которые в дальнейшем без проработки могут привести к формированию аддиктивного поведения, к суицидоопасным состояниям и психосоматическим расстройствам. У подростков из семей преобладают аффективно-агрессивные копинг-стратегии с возможным последующим риском дизадаптации по агрессивному и делинквентному типам.

В связи с этим интересным представляются результаты изучения алекситимических проявлений, расцениваемых как конструкт копинг-стратегий поведения. В целом у обследуемого контингента имеют место высокие уровни алекситимии, включая частные алекситимические проявления (трудности идентификации чувств, трудности вербализации чувств своих и окружающих, экстернальный тип мышления), со статистически значимым превалированием у подростков-сирот ($p=0,000060 < \alpha=0,05$). При этом у подростков-сирот в отличие от подростков, воспитывающихся в семьях, получена умеренная положительная корреляционная связь по шкале Чеддока (0,0351) между критерием А «немедленного реагирования» в оценке травматических ситуаций и общим баллом алекситимии, что в целом согласуется с результатами опросника травматических переживаний. По полученным в ходе исследования данным, в большей степени речь идет о превалировании вторично обусловленных алекситимических компонентов (как реакции на сильную психическую травму), причем как «чистых», невротических, так и смешанных форм, возникших на органически неполноценном фоне, что согласуется с результатами психопатологического обследования [25].

Полученные результаты свидетельствуют о разных типологических адаптационных профилях воспитанников СЗУ в зависимости от принадлежности к подгруппе (сироты или дети и подростки, воспитывающиеся в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации).

К сожалению, на сегодняшний день в практической деятельности педиатров поликлинического звена мало простых, но достоверных диагностических и прогностических показателей, отражающих актуальное состояние адаптационных возможностей организма растущего ребенка. Особенно это касается детей и подростков, находящихся в жизненно трудной ситуации и поступающих в СЗУ.

На основании проведенной комплексной оценки многостороннего влияния психического здоровья на адаптационные возможности детей и подростков, воспитывающихся в СЗУ, разработаны методические рекомендации для психиатров, педиатров поликлинического звена и социальных работников для быстрой и простой диагностики психических нарушений. В рекомендациях представлена скрининг-методика актуального психического состояния для детей и подростков 10-17 лет без заметного снижения интеллектуальных возможностей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и диагностические критерии, позволяющие быстро выделить основной круг нозологических форм и решить организационные вопросы по оказанию медико-психологической помощи данному контингенту. Это, в свою очередь, позволит не только правильно подходить к индивидуальной комплексной реабилитационной программе, но и судить в

процессе ее выполнения о результативности оказываемой помощи, а при необходимости проводить ее дальнейшую коррекцию в целях сохранения и улучшения психического здоровья ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Т.В., Воликова С.В. Эмоциональные нарушения у детей-сирот, проживающих в детских домах разного типа // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (Санкт-Петербург, 14-17 мая 2014 г.). – СПб: Альта Астра, 2014. – С. 215–217
2. Алексеев Е.Г. Личность в условиях психической депривации. – СПб: Питер, 2009. – 96 с.
3. Баранов В.М., Баевский Р.М., Берсенева А.П., Михайлов В.М. Оценка адаптационных возможностей организма и задачи повышения эффективности здравоохранения // Экология человека. 2004. № 6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostey-organizma-i-zadachi-povysheniya-effektivnosti-zdravooohraneniya> (дата обращения: 25.03.2017).
4. Батаршев А.В. Темперамент и характер: Психологическая диагностика. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. – 336 с.
5. Бобров А.Е., Решетников М.М., Уласень Т.В. Зависимость девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений от характера перенесенного ими травматического опыта // Вестник психотерапии. 2018. 68 (73). С.68-82.
6. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008 (8). №1. С. 25–41.
7. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Сигнальные показатели антистрессорных адаптационных реакций и стресса у детей // Педиатрия. 1996. № 5. С. 107–109.
8. Давыдова Н.О., Кияева Е.В., Черемушникова И.И., Фомина М.В. Эпидемиология нарушений состояния здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Экология человека. 2014. № 8. С. 31-37.
9. Егорова П.Л., Портнова А.А. Факторы риска возникновения психических нарушений у сирот в подростковом возрасте // Вестник Ивановской медицинской академии. 2015. Т.2. № 2. С. 57–61.
10. Зелинская Д.И. Медицинские проблемы социального сиротства // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. 2009. Т.8. № 1. С. 5-9.
11. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ. 2009. 136с.
12. Кантимирова Е.А. Комплексная оценка адаптационных возможностей часто болеющих детей дошкольного возраста: автореф. дисс... канд. мед. наук. М. 2005.
13. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. М.: ФИЗМАТЛИТ, 2006. 816 с.
14. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000. 507 с.
15. Павлов С.Е. Адаптация. М.: «Паруса». 2000. 282 с.
16. Плигина Е.В. Медико-социальные аспекты здоровья детей-сирот //

Фундаментальные исследования. 2008. № 12. С. 95-96.

17. Решетников М.М., Уласень Т.В. Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение // Клиническая и специальная психология. 2018. Т.7. № 2. С.111-123.

18. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. 272 с.

19. Уласень Т.В. Клинико-психологические аспекты интолерантного поведения воспитанников социозащитных учреждений с позиций сценарного анализа // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 4.С.24-35.

20. Уласень Т.В. Копинг-стратегии поведения как маркеры дизадаптивных проявлений у воспитанников социозащитных учреждений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 3. С.83-87.

21. Уласень Т.В., Бобров А.Е. Депривационные психотравмирующие факторы и их роль в развитии личности подростка // Актуальные проблемы психологического знания. Теоретические и практические проблемы психологии. 2016. № 4 (41). С.19-28.

22. Уласень Т.В., Бобров А.Е. Детская депривация и формирование аномалий психического развития: состояние проблемы // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. Т.15. № 4. С.150-164.

23. Уласень Т.В., Бобров А.Е. Структура психопатологических нарушений и их зависимость от характера перенесенного травматического опыта у воспитанников социозащитных учреждений // Антология российской психотерапии и психологии. Мат-лы III международного конгресса помогающих профессий. Новосибирск. 1-7 октября. 2018. С.78-79.

24. Уласень Т.В., Ваулин С.В. Полиморфизм клинико-психологических проявлений травматических переживаний у подростков, перенесенных в условиях депривационного опыта // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2017. Т.16. № 3. С. 106-113.

25. Уласень Т.В., Сулимова Н.В. Алекситимические проявления и адаптационный потенциал подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2017. Т. 46. № 2. С. 217-138.

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

REFERENCES

1. Avakjan T.V., Volikova S.V. Jemocional'nye narushenija u detej-sirot, prozhivajushhih v detskih domah raznogo tipa // Mat-ly Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Mezhdisciplinarnyj podhod v ponimanii i lechenii psihicheskikh rasstrojstv: mif ili real'nost'?» (Sankt-Peterburg, 14-17 maja 2014 g.). – SPb: Al'ta Astra, 2014. – S. 215–217

2. Alekseenkova E.G. Lichnost' v uslovijah psihicheskoj deprivacii. –SPb: Piter, 2009. – 96 s.

3. Baranov V.M., Baevskij R.M., Berseneva A.P., Mihajlov V.M. Ocenka adaptacionnyh vozmozhnostej organizma i zadachi povyshenija jeffektivnosti zdravoohranenija // Jekologija cheloveka. 2004. № 6. URL: [http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostej-organizma-i-](http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostej-organizma-i)

zadachi-povysheniya-effektivnosti-zdravoohraneniya (data obrashheniya: 25.03.2017).

4. Batarshhev A.V. Temperament i harakter: Psihologicheskaja diagnostika. - M.: VLADOS-PRESS, 2001. - 336 s.

5. Bobrov A.E., Reshetnikov M.M., Ulasen' T.V. Zavisimost' deviantnyh form povedeniya u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij ot haraktera perenesennogo imi travmaticheskogo opyta // Vestnik psihoterapii. 2018. 68 (73). S.68-82.

6. Vostroknutov N.V., Perezhgin L.O. Formirovanie rasstrojstv lichnosti u nesovershennoletnih pravonarushitelej, besprizornyh i beznadzornyh // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2008 (8). №1. S. 25–41.

7. Garkavi L.H., Kvakina E.B., Kuz'menko T.S. Signal'nye pokazateli antistressornyh adaptacionnyh reakcij i stressa u detej // Pediatrija. 1996. № 5. S. 107-109.

8. Davydova N.O., Kijaeva E.V., Cheremushnikova I.I., Fomina M.V. Jepidemiologija narushenij sostojanija zdorov'ja detej-sirot i detej, ostavshijsja bez popechenija roditel'ej // Jekologija cheloveka. 2014. № 8. S. 31-37.

9. Egorova P.L., Portnova A.A. Faktory riska vzniknovenija psihicheskikh narushenij u sirot v podrostkovom vozraste // Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii. 2015. T.2. № 2. S. 57–61.

10. Zelinskaja D.I. Medicinskie problemy social'nogo sirotstva // Social'naja pediatrija i organizacija zdravoohraneniya. 2009. T.8. № 1. S. 5-9.

11. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psihologicheskaja zashhita lichnosti v uslovijah zdorov'ja i bolezni. SPb.: Izd-vo SPbGMU. 2009. 136s.

12. Kantimirova E.A. Kompleksnaja ocenka adaptacionnyh vozmozhnostej chasto bolejušchih detej doskol'nogo vozrasta: avtoref. diss... kand. med. nauk. M. 2005.

13. Kobzar' A.I. Prikladnaja matematicheskaja statistika. Dlja inženerov i nauchnyh rabotnikov. M.: FIZMATLIT, 2006. 816 s.

14. Nikol'skaja I.M., Granovskaja P.M. Psihologicheskaja zashhita u detej. SPb.: Rech', 2000. 507 s.

15. Pavlov S.E. Adaptacija. M.: «Parusa». 2000. 282 s.

16. Pligina E.V. Mediko-social'nye aspekty zdorov'ja detej-sirot // Fundamental'nye issledovanija. 2008. № 12. S. 95-96.

17. Reshetnikov M.M., Ulasen' T.V. Psihologicheskij analiz agressivnyh tendencij u podrostkov, v pervye postupivših v sociozashhitnoe uchrezhdenie // Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2018. T.7. № 2. S.111-123.

18. Tarabrina N. V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. – SPb.: Piter, 2001. 272 s.

19. Ulasen' T.V. Kliniko-psihologicheskie aspekty intolerantnogo povedeniya vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij s pozicij scenarnogo analiza // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 4.S.24-35.

20. Ulasen' T.V. Koping-strategii povedeniya kak markery dizadaptivnyh projavlenij u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 3. S.83-87.

21. Ulasen' T.V., Bobrov A.E. Deprivacionnye psihotravmirujušhie faktory i ih rol' v razvitii lichnosti podrostka // Aktual'nye problemy psihologicheskogo znaniya. Teoreticheskie i praktičeskie problemy psihologii. 2016. № 4 (41). S.19-28.

22. Ulasen' T.V., Bobrov A.E. Detskaja deprivacija i formirovanie anomalij psihicheskogo razvitija: sostojanie problemy // Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. 2016. T.15. № 4. S.150-164.

23. Ulasen' T.V., Bobrov A.E. Struktura psihopatologicheskikh narushenij i ih zavisimost' ot haraktera perenesennogo travmaticheskogo opyta u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij // Antologija rossijskoj psihoterapii i psihologii. Mat-ly III mezhdunarodnogo kongressa pomogajushhih professij. Novosibirsk. 1-7 oktjabrja. 2018. S.78-79.

24. Ulasen' T.V., Vaulin S.V. Polimorfizm kliniko-psihologicheskikh projavlenij travmaticheskikh perezhivanij u podrostkov, perenesennyh v uslovijah deprivacionnogo opyta // Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. 2017. T.16. № 3. S. 106-113.

25. Ulasen' T.V., Sulimova N.V. Aleksitimicheskie projavlenija i adaptacionnyj potencial podrostkov, okazavshijsja v trudnoj zhiznennoj situacii // Novoe v psihologo-pedagogicheskikh issledovanijah. 2017. T. 46. № 2. S. 217-138.

26. Jel'konin D.B. K probleme periodizacii psihicheskogo razvitija v detskom vozraste // Voprosy psihologii. 1971. № 4. S.6-20.

T.V. Ulasen

INTEGRATED ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH INFLUENCE ON ADAPTATION OPPORTUNITIES OF SOCIAL PROTECTIVE INSTITUTIONS

Smolensk State Medical University (Smolensk).

Summary. The article presents the results of a comprehensive assessment of the multilateral impact of mental health on the adaptive capabilities of children and adolescents brought up in social protection institutions, indicating a high incidence of mental non-psychotic disorders (approaching 90%). For the first time, a statistically significant correlation was established between a number of mental disorders (depressive episode, mild cognitive impairment, somatoform vegetative dysfunction, mixed emotional and behavioral disorders, hyperkinetic disorders, reactive childhood attachment disorder) and traumatic events. The study of nonspecific adaptive reactions of the body of children and adolescents who find themselves in a difficult life situation compared to schoolchildren indicates a statistically significant tension in the processes of physiological adaptation - stress and training reactions prevail that facilitate the development and decompensation of mental and somatic disorders. Different types of selected coping strategies of behavior were revealed among pupils of social protection institutions depending on their marital status. The results obtained generally indicate different typological adaptation profiles of pupils of social protection institutions depending on their membership in a subgroup (orphans or children and adolescents brought up in families, but who find themselves in difficult life situations).

Keywords: pupils of social protection institutions, mental health, adaptive capabilities.

Е.С. Скворцова, Н.П. Лушкина

**КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ
СРЕДИ РОССИЙСКИХ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ
(РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПОСЛЕДСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ)**

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты проведенного в 2016-2017 гг. выборочного исследования распространенности и особенностей занятий компьютерными играми (КИ) среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в 17 регионах из 6 Федеральных округов России. Объем выборки составил 18222 сельских подростка. Распространенность занятий КИ составляла среди мальчиков 76,8, а среди девочек 38,3 из 100 подростков соответствующего возраста и пола, причем 75,3% мальчиков и 51,6% девочек играют в КИ ежедневно, а 10,3% мальчиков и 5,0% девочек - 5 часов и более в сутки. Выявлены возникающие у подростков проблемы в связи с длительным (ежедневно 3 часа и более) времяпрепровождением за КИ.

Ключевые слова: сельские подростки-школьники, распространенность, компьютерные игры.

Введение. «Безграничный и бесконечный» интернет (И), который в городах доступен практически повсюду, несомненно, расширяет кругозор и возможности познания [3]. Но наряду с положительным воздействием И и компьютерные игры (КИ) могут оказывать и негативное влияние на развитие и формирование личности подростка. Как считают специалисты [3, 4, 16], «чрезмерная увлеченность» КИ и И затрагивает все уровни личности подростка, оказывая отрицательное влияние на физическое здоровье подростка, его отношение к школе, успеваемости, изменяют основные установки и жизненные ценности. В запущенных случаях чрезмерная увлеченность приводит к физическому и психическому истощению и, в конце концов, к интернет-зависимости и игромании. Большинство научных работ [1, 2, 6, 7, 8, 9, 17, 18, 19] посвящено крайней степени увлеченности КИ и И, а именно – Интернет-зависимости и игромании, в то время как наиболее пристального внимания требует состояние чрезмерной увлеченности подростка КИ и И, когда изменения в личностном развитии подростка еще поддаются коррекции. С этих позиций изучение распространенности, структуры, содержания, характеристики частоты и продолжительности пользования И и КИ является крайне важным, позволяя разработать пригодные к повседневной практике критерии оценки степени увлеченности КИ и И и выявить подростков «группы риска». Многие авторы, занимающиеся проблемой КИ, также считают, что ежедневные занятия КИ 3 часа и более являются рискованными и порождают целый ряд проблем: снижают возможности коммуникаций в реальной действительности, способствуют бегству подростка от реальности в виртуальную среду как способу патологической адаптации [1, 2, 7].

Эпидемиологических исследований, посвященных изучению распространенности КИ и И среди подростков и молодежи, очень мало. Так, по данным

Фонда общественного мнения в онлайн-игры среди подростков 14-17 лет в 2008 г. играли ежедневно 38%, причем 60% из них по 6 часов в день [10]. По данным исследования, проведенного в 2009 г. среди школьников 14-17 лет, играли в онлайн-игры 77% подростков [14]. Согласно результатам наших исследований (2010-2011 гг., 2013-2014 гг.), распространенность занятий КИ среди городских школьников составляет 89,2 из 100 мальчиков и 66,0 из 100 девочек 15-17 лет, а среди учащихся училищ начального профессионального образования - 79,7 и 57,4 из 100 подростков соответствующего возраста и пола [12,13].

В данной статье сделана попытка оценить масштабы распространенности, структуру и содержание занятий КИ среди сельских подростков-школьников РФ, последствий этих занятий и проблемы.

Материал и методы исследования. По единой методике, разработанной в Центре мониторинга вредных привычек среди детей и подростков ЦНИИОИЗ Минздрава России, в 2016-2017 гг. было проведено широкомасштабное выборочное исследование распространенности и особенностей пользования И среди сельских школьников 15-17 лет, учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ, которое охватило 17 областей РФ из 6 Федеральных округов. От общей численности сельских подростков 15-17 лет РФ в этих федеральных округах в 2016 г. проживали 75% данного контингента. В каждом ФО были выбраны по три или четыре субъекта РФ, в которых доля сельских подростков 15-17 лет в составе федерального округа на 1 января 2016 г. составляла от 20% до 60%. В Центральном ФО в исследование вошли Воронежская, Калужская и Тульская области, доля подростков в которых в составе ЦФО составляла 20,1%. В Южном ФО в исследовании участвовали Краснодарский край и Волгоградская область, доля сельских подростков в которых в составе ЮФО составляла 59,6%. В Сибирском ФО в исследовании участвовали Красноярский и Забайкальский края и Кемеровская область, доля сельских подростков в которых в составе СФО составляла 26,5%. Уральский ФО был представлен Свердловской областью, доля сельских подростков в которой составляла 26,3% от численности сельских подростков УФО. В Приволжском ФО в исследовании участвовали: Республика Татарстан, Удмуртская и Чувашская Республики, а также Самарская область. Доля сельских подростков, проживающих в этих территориях, составила 31,2% от общего числа подростков ПФО [15].

Выборочная совокупность сельских подростков-школьников 15-17 лет в каждой отобранной области формировалась в несколько этапов. На первом этапе в каждой отобранной области целенаправленно отбирались сельские районы с учетом их географической расположенности (север, юг, запад, восток) и фактора удаленности от областного центра (близко расположенные и удаленные). На втором этапе в каждом отобранном сельском районе методом случайной выборки отбирались 2-3 сельские общеобразовательные школы. На третьем этапе, в отобранных школах, проводилось сплошное анонимное анкетирование учащихся 9, 10 и 11 классов. Объем выборки в каждой области был одинаков и определялся расчетом необходимого числа наблюдений по известной формуле с учетом 5% брака при заполнении анкет и составлял 1076 человек [5].

Всего было опрошено 18222 сельских подростка-школьника, из них 8208

(45%) мальчиков и 10014 (55%) девочек.

Свод материалов анкетирования, формирование баз данных и их статистическая разработка проводилась с помощью компьютерной программы «Факторы риска» [11]. Статистическая разработка баз данных включала: получение абсолютных и относительных показателей и их ошибок, расчет достоверности различий между показателями по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследования. Анализ данных мониторинга 2016-2017 гг. показал, что в среднем по России занимались компьютерными играми 76,8 из 100 мальчиков и 38,3 из 100 девочек сельских школьников 15-17 лет (рис. 1). Число девочек, игравших в КИ, было статистически значимо меньше числа мальчиков ($p < 0,001$).

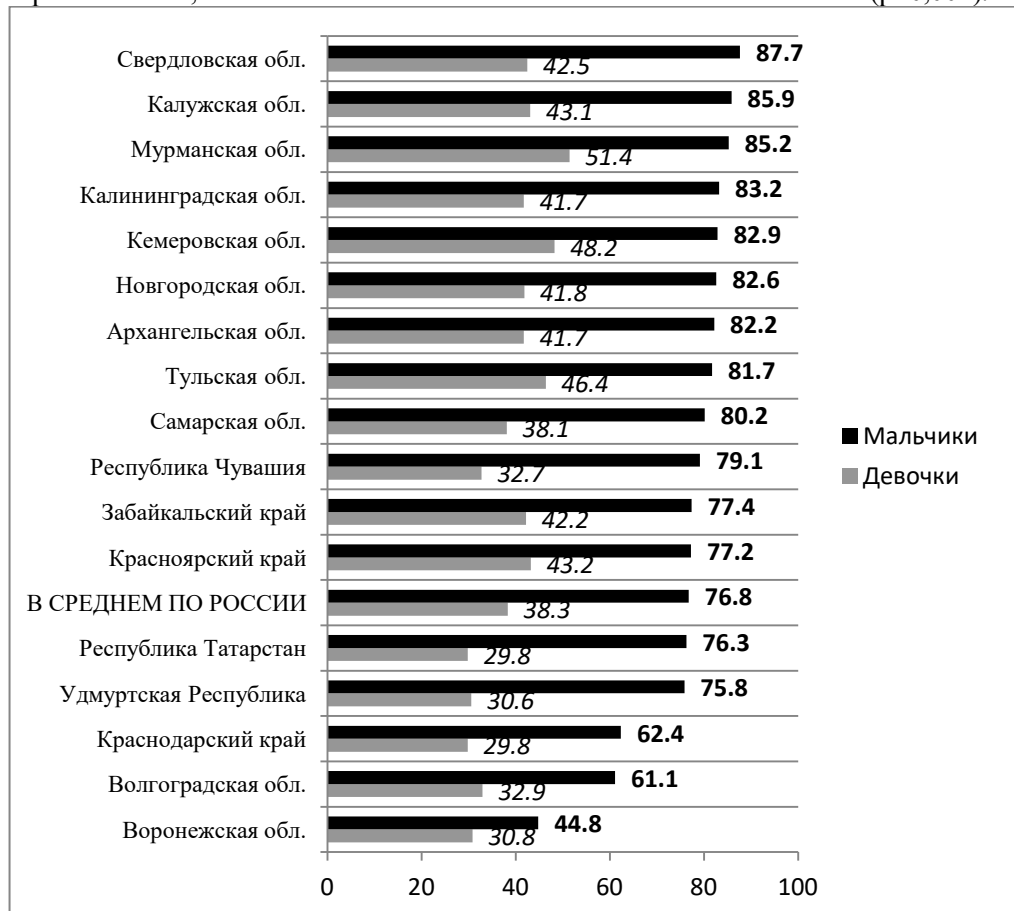


Рисунок 1. Частота распространенности занятий КИ среди сельских школьников 15-17 лет в РФ в 2016-2017 гг. (на 100 подростков соответствующего возраста и пола)

Диапазон колебаний в уровнях распространенности занятий КИ среди мальчиков колебался от 44,8 (Воронежская обл.) до 87,7 (Свердловская обл.) из 100, отличаясь от общероссийского показателя с разбросом от – 32 до + 10,9 (рис.1). Следует отметить, что две трети (64,7%) территорий имели показатели занятий КИ выше среднероссийского.

У девочек размах колебаний уровней распространенности занятий КИ намного меньше: от 29,8 (Краснодарский край) до 51,4 (Мурманская обл.) из 100 подростков-девочек. Отклонения от показателя «в среднем по России» составили от -8,5 до +13,1 (рис.1). В 58,8% территорий показатели распространенности занятиями КИ среди девочек были выше среднероссийского.

Лидерами по числу играющих в КИ сельских мальчиков являлись Свердловская, Калужская и Мурманская области, а по числу, играющих сельских девочек - Мурманская, Кемеровская и Тульская области. Наименьшее количество играющих в КИ мальчиков было в Краснодарском крае, Волгоградской и Воронежской областях, а девочек, - в Краснодарском крае и Республике Татарстан.

Основная доля сельских подростков, как мальчиков, так и девочек (86,3% и 83,8% соответственно), играли в КИ дома. Около 10% мальчиков (9,3%) и 10,0% девочек настолько увлечены этими играми, что играли везде. Очень немногие подростки (от 1,0% до 2,2% мальчиков и от 1,5% до 2,5% девочек) играли в КИ только вне дома: в школе, в транспорте, у друзей.

Жанры КИ, которыми увлекаются сельские подростки, довольно разнообразны: от игры «во все подряд» до выбора игр исключительно одного направления (логические, стратегии и т. д.). Около трети подростков-мальчиков (31,8%) увлекаются «стратегиями». Каждый пятый (21,2%) сельский подросток играет «во все подряд». Третье место «по популярности» у мальчиков занимали «игры-драки», «стрелялки» (11,8%) и игры-приключения, путешествия, «квесты» (11,2%). Каждый десятый подросток играл либо в логические, спортивные игры, либо в игры- симуляторы («симы»).

Среди девочек симпатии к тем или иным игровым жанрам распределились практически поровну между «квестами» (19,9%), «симуляторами» (19,5%) и логическими (18,9%) играми, а в «стратегии» играют только 13,3% школьниц. Не популярны среди девочек спортивные игры, игры-драки и «стрелялки», в них играют, соответственно, 2% и 4% девочек-школьниц. Доля играющих «во все подряд» девочек самая большая - 21,4% и практически равна доле мальчиков, играющих «во все подряд».

Между мальчиками и девочками имеются также различия в формате игр. Если среди мальчиков в формате «он-лайн» предпочитают играть 80%, то среди девочек таких только 51,2%, а остальные девочки (48,8%) играют в КИ без выхода в интернет.

Различаются сельские подростки-школьники по частоте и продолжительности занятий КИ. Распределение сельских подростков-школьников по частоте и продолжительности занятий КИ представлено в табл. 1.

Как следует из табл. 1, более 70% мальчиков (75,3%) и половина девочек (51,6%) играют в КИ ежедневно, причем 24,8% мальчиков и 11,9% девочек играют ежедневно 3 часа и более в день, а 10,3% мальчиков и 5,0% девочек играют ежедневно 5 часов и более в сутки.

Число подростков, играющих в КИ еженедельно или очень редко и редко, незначительно: среди мальчиков 16,7% играют еженедельно, а 8,0 % очень редко или редко. Среди девочек таких играющих существенно больше: 23,5% играют очень редко или редко и еженедельно - 24,9% (табл. 1).

Таблица 1.

Частота и продолжительность занятий КИ среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в РФ в 2016-2017 гг. (% от числа играющих в КИ)

Частота и продолжительность занятий	Пол		Достоверность различий
	М	Д	
Очень редко и редко (1-2 дня в месяц или пару часов в месяц)	8,0	23,5	$p < 0,001$
Еженедельно (несколько раз в неделю, но не ежедневно)	16,7	24,9	$p < 0,001$
Ежедневно (от получаса до 2 часов)	40,2	34,7	$p < 0,001$
Ежедневно (3 часа и более) – «группа риска»	24,8	11,9	$p < 0,001$
Ежедневно (5 часов и более) – «группа риска»	10,3	5,0	$p < 0,001$

Между сельскими мальчиками и девочками, играющими в КИ, имеются существенные, статистически значимые различия по частоте и продолжительности этих занятий, а именно: среди «ежедневно» играющих преобладают мальчики, а среди играющих «еженедельно» и «редко» преобладают девочки ($p < 0,001$).

Как утверждали 59,8% мальчиков и 58,7% девочек, занятия КИ, не мешают им справляться с учебной нагрузкой, выполнять домашние поручения, встречаться с друзьями, читать книги и т.д. В связи с занятиями КИ проблемы возникли у 40,2% мальчиков и 41,3% девочек (рис. 2). Анализ проблем, возникающих в связи с занятиями КИ, показал, что проблемы статистически значимо чаще ($p < 0,0001$) возникают у подростков, занимающихся КИ «ежедневно 3 часа и более», и достоверно реже ($p < 0,0001$) у подростков, занимающихся КИ «редко» или «очень редко» (табл. 2).

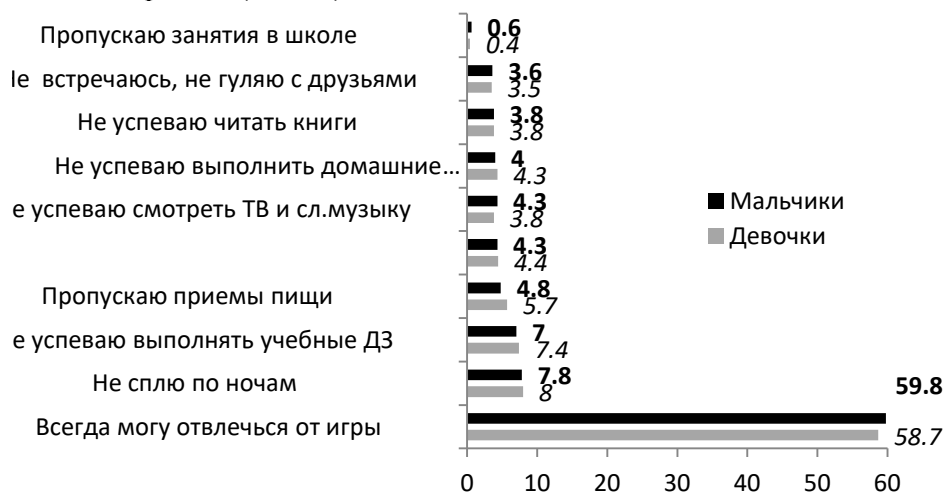


Рисунок 2. Распределение сельских подростков-школьников 15-17 лет в связи с проблемами, возникающими из-за занятий компьютерными играми (% от числа играющих в КИ)

Подростки, играющие в КИ «ежедневно 3 часа и более», в 2,5 раза чаще пропускают приемы пищи, в 1,8 раза чаще не спят по ночам, в 1,7 раза чаще не успевают выполнять домашние учебные задания, чем их сверстники, играющие в КИ редко. У таких подростков в 1,7 раза чаще происходят ссоры с родителями или близкими, а также в 1,4 раза чаще отмечаются пропуски занятий в школе (табл. 2).

Таблица 2.

Проблемы, возникающие в связи с занятиями КИ, у подростков, играющих «редко» и «ежедневно 3 часа и более» (% от числа играющих)

Проблемы	Играющие «редко»		Играющие «ежедневно 3 часа и более»		Достоверность различий	
	М	Д	М	Д	М	Д
Нет проблем	70,5	67,9	47,7	36,1	$p<0,0001$	$p<0,0001$
Пропускаю приемы пищи	3,3	3,7	8,1	11,7	$p<0,001$	$p<0,0001$
Не сплю по ночам	5,7	5,5	10,5	14,7	$p<0,001$	$p<0,001$
Не успеваю выполнять домашние учебные задания	5,1	6,5	8,8	9,6	$p<0,001$	$p<0,05$
Ссорюсь с близкими из-за КИ	3,5	3,5	5,9	7,3	$p<0,001$	$p<0,001$
Не успеваю выполнить домашние поручения	1,9	3,2	4,6	5,8	$p<0,05$	$p<0,05$
Не успеваю смотреть ТВ и слушать музыку	3,9	4,0	4,6	3,5	$p>0,05$	$p>0,05$
Не встречаюсь, не гуляю с друзьями	2,1	2,4	4,1	4,1	$p<0,001$	$p<0,05$
Не успеваю почитать книгу	2,5	2,7	3,6	4,1	$p<0,05$	$p>0,05$
Пропускаю занятия в школе	0,0	0,1	1,4	1,8	$p<0,001$	$p<0,001$

Преобладающее большинство подростков (80,7% мальчиков и 71,4% девочек) утверждает, что у них не возникает никаких функциональных соматических расстройств из-за занятий КИ. Однако, у части подростков (19,3% мальчиков и 28,6% девочек) возникают различные функциональные соматические расстройства в связи с занятиями КИ (рис. 3).

Сравнительный анализ подростков, играющих в КИ «ежедневно 3 часа и более» с «редко играющими» показал, что функциональные соматические расстройства здоровья статистически значимо чаще ($p<0,001$) встречаются у продолжительно и длительно играющих в КИ (табл. 3).

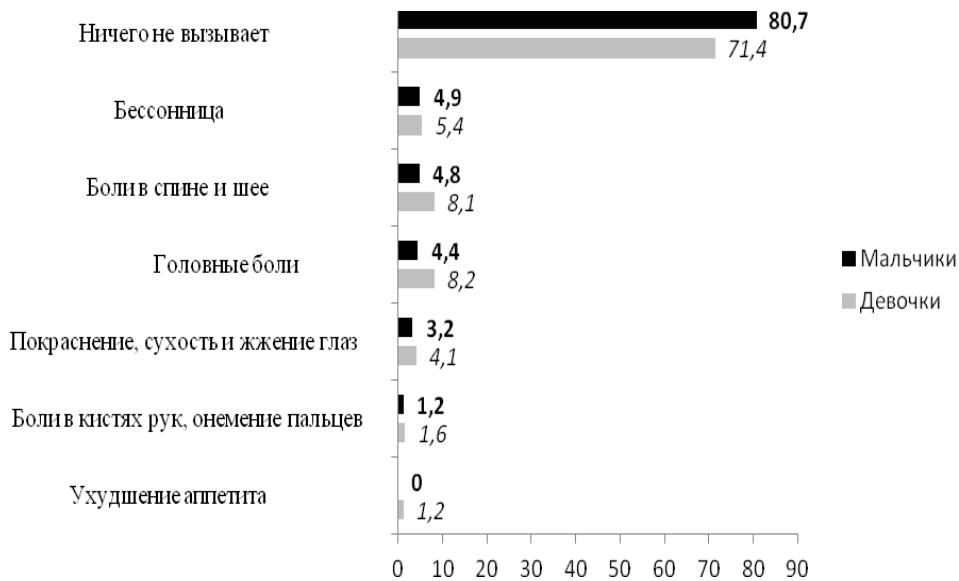


Рисунок 3. Распределение сельских подростков-школьников 15-17 лет по наличию функциональных соматических расстройств здоровья, в связи с занятиями КИ (% от числа играющих в КИ)

Таблица 3.

Наличие соматических функциональных расстройств, в связи с занятиями КИ у подростков, «редко играющих» и играющих «ежедневно 3 часа и более» (% от числа играющих)

Функциональные соматические расстройства	Играющие «редко»		Играющие «ежедневно 3 часа и более»		Достоверность различий	
	М	Д	М	Д	М	Д
Отсутствуют функциональные расстройства	82,3	74,2	76,4	57,1	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Продолжительные занятия КИ вызывают:						
-бессонницу	3,5	3,0	6,8	11,4	$p < 0,001$	$p < 0,001$
-боли в спине и шее	3,9	7,4	5,9	12,9	$p < 0,05$	$p < 0,0001$
-головные боли	4,3	7,4	4,1	11,2	$p > 0,05$	$p < 0,05$
-покраснение, сухость и жжение глаз	3,8	4,7	3,1	3,6	$p > 0,05$	$p > 0,05$
-боли в кистях рук, онемение пальцев	1,0	1,4	1,6	1,8	$p > 0,05$	$p > 0,05$
-ухудшение аппетита	0,8	1,1	1,4	1,7	$p < 0,05$	$p > 0,05$

Учитывая статистически значимо более частое возникновение социально-психологических проблем и функциональных соматических расстройств, а также опасности развития игромании у подростков, играющих в КИ ежедневно 3 часа и более, мы отнесли их к «группе риска». Более того, такое ежедневное, длительное занятие КИ нарушает социализацию и адаптацию подростка к реальному миру, так как замещает реальное окружение и общение на виртуальное.

Подростки «группы риска», выявлены в каждой территории, вошедшей в исследование (рис. 4). В среднем по России число подростков, играющих 3 часа и более, составляет 27,0 из 100 мальчиков и 6,6 из 100 девочек. По количеству подростков мальчиков «группы риска» среди всех территорий лидирует Свердловская область (39,3 из 100), Мурманская и Кемеровская области (35,7 и 34,4 из 100 мальчиков, соответственно). Меньше всего мальчиков, ежедневно продолжительно играющих в КИ, в Республике Чувашия (17,4 из 100 мальчиков), Воронежской области (14,8 из 100 мальчиков) и Краснодарском крае (11,4 из 100 мальчиков).

В среднем по России среди девочек «группа риска» в связи с занятиями КИ не велика. Размах колебаний показателя составляет от 2,3 из 100 девочек 15-17 лет (Краснодарский край) до 12,4 из 100 девочек (Мурманская область). Помимо Мурманской области в тройку лидеров по величине «группы риска» среди девочек входят Новгородская и Свердловская области (рис. 4). Наименьшее количество девочек-школьниц, продолжительно играющих в КИ, в Краснодарском крае (2,3 из 100 девочек) и Республики Чувашия (3,0 из 100 девочек).

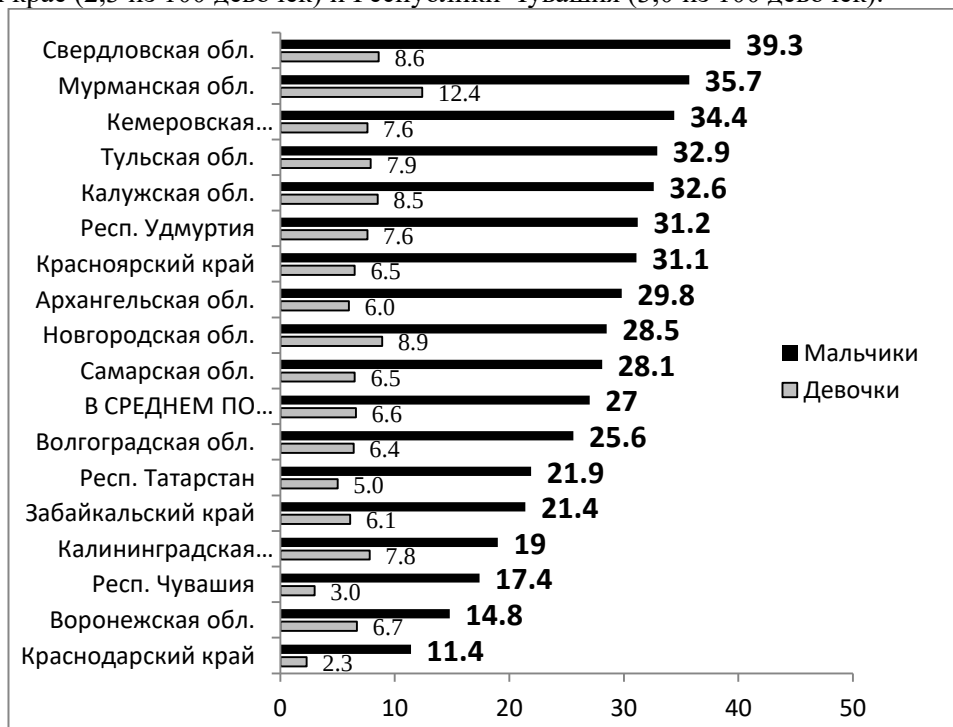


Рисунок 4. Распространенность «группы риска» среди сельских школьников (ежедневно играющих в КИ 3 часа и более) в территориях РФ в 2016-2017 гг. (на 100 подростков 15-17 лет соответствующего пола)

Следует подчеркнуть, что между уровнем распространенности занятий КИ и величиной «группы риска» по занятиям КИ выявлена сильная, прямая, корреляционная взаимосвязь, а именно: чем выше уровень распространенности занятий КИ тем больше по численности «группа риска» ($r=0,78$).

Заключение. :

1. Компьютерные игры занимают значительное место в досуге современных сельских школьников-подростков, учащихся 9-11 классов. Среди мальчиков играют в компьютерные игры в среднем по России 76,8 из 100, среди девочек - 38,3 из 100. Три четверти мальчиков из числа играющих (75,3%) и более половины девочек (51,6%) играют в КИ ежедневно, причем 35,1% мальчиков и 16,9% девочек играют в КИ ежедневно 3 часа и более («группа риска»).

2. Между уровнем распространенности занятий КИ и величиной «группы риска» по занятиям КИ существует сильная, прямая, корреляционная взаимосвязь ($r=0,78$), т. е. чем выше уровень распространенности занятий КИ, тем больше «группа риска».

3. Основная масса сельских подростков-школьников, как мальчиков, так и девочек, играют в КИ дома. Но жанровые приверженности сельских мальчиков и девочек имеют статистически значимые различия. Самой популярной игрой среди мальчиков являются «стратегии», а среди девочек – «квесты». Второе и третье место у мальчиков по популярности занимают игры-драки, «стрелялки» и игры-приключения. У девочек второе и третье место разделяют игры- «симуляторы» и логические игры. Пятая часть сельских подростков, как мальчиков, так и девочек, не имеют какого-либо целенаправленного отбора игр, а «играют во все подряд».

4. Подростки, проводящие за КИ ежедневно 3 часа и более, являются «группой риска», поскольку столь продолжительное ежедневное занятие КИ приводит к возникновению целого ряда социально-психологических проблем и функционально-соматических нарушений, негативно влияя на процессы адаптации и социализации к реальному миру. Более того, ежедневные продолжительные занятия КИ в ряде случаев могут приводить к развитию игромании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко А.А. Интернет-зависимость подростков от компьютерных игр и онлайн-общения: клинико-психологические особенности и профилактика: автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 2014. - 19 с.

2. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с интернет-зависимостью. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005 (5). = № 2. - С.20-27.

3. Коваль Т.В. Личностная сфера подростков, склонных к развитию компьютерной зависимости: автореф. дис. ...канд. психол. наук. – М., 2013. - 22 с.

4. Колотилова И.В. Индивидуально-психологические характеристики подростков, увлеченных ролевыми компьютерными играми: автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 2009. - 21с.

5. Королев М.А. Ошибка выборочной доли. Статистический словарь. - М.: Финансы и статистика, 1989. – С. 329-331.

6. Кузнецов К.В. Влияние интернет-зависимости на личность подростка. // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2013.- № 82(4). - С.190-192.

7. Кузнецов К.В., Данилейко А.А. Исследования интернет-зависимости. –// Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. -2011. - № 9.

8. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А., Антоненко А.А. Интернет-зависимое поведение // Ж. неврол. и психиатр. – 2011. - № 8. – С. 86-92.

9. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике. // Российский психиатрический журнал. – 2009. = № 4. – С. 86-91.

10. Подростки и интернет. Результаты опроса подростков в возрасте от 14 до 17 лет. – 2008. - 42с.

11. Скворцова Е.С., Коновалов Д.Н. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013619820 AnkPro. Дата гос. регистрации в Реестре программ для ЭВМ 17 октября 2013 г.

12. Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Занятия компьютерными играми и интернетом среди городских российских школьников 15-17 лет (по данным мониторинга 2010-2011 гг.). Информационное письмо. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2014. - 24с.

13. Скворцова Е.С., Постникова Л.К., Сошников С.С., Гончарова М.В. Занятия компьютерными играми и интернетом среди городских подростков, учащихся училищ начального профессионального образования в России. Ч.II (по данным мониторинга 2013-2014 гг.) (Информационное письмо). - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2015. - 32 с.

14. Солдатова Г.У., Кропалева Е.Ю. Территория свободы: особенности российских школьников как пользователей Интернета. // Дети в информационном обществе. – 2009. - № 2. – С. 36-43.

15. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2016 г. (Статистический бюллетень). – М.: 2016. - 341с.

16. Чичерина А.В. Игровая компьютерная зависимость у подростков // Научный альманах. – 2015. - № 12-3(14). – С. 310-315.

REFERENCES

1. Antonenko A.A. Internet-zavisimost' podroستkov ot komp'juternyh igr i onlajn-obshhenija: kliniko-psihologicheskie osobennosti i profilaktika: avtoref. dis... kand. psihol. nauk. – М., 2014. - 19 s.

2. Egorov A.Ju., Kuznecova N.A., Petrova E.A. Osobennosti lichnosti podroستkov s internet-zavisimost'ju. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. – 2005 (5). = № 2. - S.20-27.

3. Koval' T.V. Lichnostnaja sfera podroستkov, sklonnyh k razvitiju komp'juternoj zavisimosti: avtoref. dis. ..kand. psihol. nauk. – М., 2013. - 22 s.

4. Kolotilova I.V. Individual'no-psihologicheskie harakteristiki podroستkov, uvlechennyh rolevymi komp'juternymi igrami: avtoref. dis... kand. psihol. nauk. – М., 2009. - 21s.

5. Korolev M.A. Oshibka vyborochnoj doli. Statisticheskij slovar'. - М.: Finansy i statistika, 1989. – S. 329-331.

6. Kuznecov K.V. Vlijanie internet-zavisimosti na lichnost' podroстка. // Zhurnal nauchnyh publikacij aspirantov i doktorantov. – 2013.- № 82(4). - S.190-192.

7. Kuznecov K.V., Danilejko A.A. Issledovanija internet-zavisimosti. –// Zhurnal nauchnyh publikacij aspirantov i doktorantov. -2011. - № 9.

8. Malygin V.L., Homeriki N.S., Smirnova E.A., Antonenko A.A. Internet-zavisimoe povedenie // Zh. nevrol. i psihiatr. – 2011. - № 8. – S. 86-92.

9. Perezhogin L.O., Vostroknutov N.V. Nehimicheskaja zavisimost' v detskoj psihiatricheskoj praktike. // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2009. = № 4. – S. 86-91.

10. Podroстки i internet. Rezul'taty oprosa podroستkov v vozraste ot 14 do 17 let.

– 2008. - 42s.

11. Skvortcova E.S., Konovalov D.N. Svidetel'stvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlja JeVM № 2013619820 AnkPro. Data gos. registracii v Reestre programm dlja JeVM 17 oktjabrja 2013 g.

12. Skvortcova E.S., Postnikova L.K. Zanjatija komp'juternymi igrami i internetom sredi gorodskih rossijskih shkol'nikov 15-17 let (po dannym monitoringa 2010-2011 gg.). Informacionnoe pis'mo. - M.: RIO CNIIOIZ, 2014. - 24s.

13. Skvortcova E.S., Postnikova L.K., Sosnikov S.S., Goncharova M.V. Zanjatija komp'juternymi igrami i internetom sredi gorodskih podrostkov, uchashhihsja uchilishh nachal'nogo professional'nogo obrazovanija v Rossii. Ch.II (po dannym monitoringa 2013-2014 gg.) (Informacionnoe pis'mo). - M.: RIO CNIIOIZ, 2015. - 32 s.

14. Soldatova G.U., Kropaleva E.Ju. Territorija svobody: osobennosti rossijskih shkol'nikov kak pol'zovatelej Interneta. // Deti v informacionnom obshhestve. – 2009. - № 2. – S. 36-43.

15. Chislennost' naselenija Rossijskoj Federacii po polu i vozrastu na 1 janvarja 2016 g. (Statisticheskij bjulleten'). – M.: 2016. - 341s.

16. Chicherina A.V. Igrovaja komp'juternaja zavisimost' u podrostkov // Nauchnyj al'manah. – 2015. - № 12-3(14). – S. 310-315.

17. Ahmed Hossain, Dilshad Afrin, Mahabub-Ul Islam, Fazle Rabbi. The School-Level Factors Associated with Internet Addiction among Adolescents: Across-Sectional Study in Bangladesh. [Электронный ресурс] // Journal of Addiction and Dependence. – 2017. - № 3(2). – P. 170-174. URL: <https://doi.org/10.15436/2471-061X.17.1686> (Дата обращения 16.01.2019).

18. Min-PeiLin, Jo Yung-WeiWu, JianingYou, Wei-HsuanHu, Cheng-FangYen. Prevalence of internet addiction and its risk and protective factors in a representative sample of senior high school students in Taiwan. [Электронный ресурс] // Journal of Adolescence. January – 2018. - № 62. – P. 38-46. doi:10.1016/j.adolescence. 2017.11.004. URL: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.004> (Дата обращения 25.01.2019).

19. Shapira N.A., Lessig M.C., Goldsmith T.D. et.al. Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. // Depression and Anxiety. – 2003. - № 17(4). – P. 207-216.

E.S. Skvortsova, N.P. Lushkina

COMPUTER GAMES AMONG RUSSIAN RURAL SCHOOLCHILDREN (PREVALENCE, CONSEQUENCES, PROBLEMS)

**Central Research Institute of Health Organization and Informatization
(Moscow).**

Summary. The article presents the results of a sample study conducted in 2016-2017 on the prevalence and characteristics of computer games (CI) among rural teenagers aged 15-17 years in 17 regions of 6 Federal districts of Russia. The sample size was 18,222 rural adolescents. The prevalence of CI was 76,8 for boys and 38,3 for girls out of 100 adolescents of appropriate age and sex, with 75,3% of boys and 51,6% of girls playing CI daily and 10,3% of boys and 5,0% of girls 5 hours or more per day. Identified emerging problems in adolescents due to the long (daily 3 hours or more) pastime for CI.

Keywords: rural teenagers-schoolchildren, prevalence, computer games.

ОТНОШЕНИЕ УЧАЩИХСЯ 1 И 2 КЛАССОВ К РАБОТЕ С УЧЕБНИКОМ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Институт специального образования и комплексной реабилитации
ГАОУ ВО МГПУ (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты опроса нормально развивающихся учащихся 1-2-х классов на предмет их отношения к учебнику и оценки специфики работы с ним в учебном процессе. В качестве вспомогательного диагностического средства выступил обобщенно учебник по русскому языку (соответствующие линейки учебников для первых и вторых классов). Посредством опроса изучалось владение детьми функциональными (общеучебными) и специфическими умениями работы с учебником. Показаны статистически значимые различия в сформированности отдельных умений работы с учебником в заявленных выборках.

Ключевые слова: младшие школьники, начальное общее образование, учебник по русскому языку, поликод, знаково-символическая деятельность, чтение.

Современный подход к организации образовательного процесса предусматривает обязательную технологическую базу обучения, расширяющую возможности педагога в выборе и моделировании учебных и воспитательных технологий для работы с учащимися. Это предполагает конструирование процесса обучения и воспитания из набора технологических элементов [10].

За последние годы представления об учебнике как учебной книге изменились. В современном образовательном пространстве он рассматривается как глобальный поликод [3, 7, 9, 11], в котором разнообразные тексты не просто включены в ткань учебника, но и системно взаимодействуют, т. е. выполняют свои функции для единой цели обучения, воспитания и развития учащегося. Это позволяет разработчикам учебника моделировать его в качестве средства обучения [6, 11]. Посредством учебника дети учатся не механически извлекать информацию, а целенаправленно ее отбирать, перерабатывать и применять полученные знания.

Чтение учебника специфично по своей природе: имеет преимущественно нелинейный характер, подразумевает включение разных стратегий и режимов обработки информации, базируется на интуитивном следовании по материалу и в целом рассматривается как интегральное умение в рамках учебной деятельности [10]. Психологической основой такого чтения являются поисковые и ориентировочные автоматизмы расшифровки разнообразных текстов, составляющих ткань единого текста учебника. Считается, что на начальном этапе школьного обучения поисково-ориентировочные умения [2, 5] – необходимый компонент алгоритма интеллектуальной обработки информации в новой ведущей для ученика деятельности – учебной. Они закладываются в матрицу учебной деятельности как средства экономной, но в то же время эффективной селекции информации. Столь сложная деятельность требует от учащегося определенной психофизической готовности, показателем которой, согласно психологическим исследованиям, может выступать сформированность/несформированность знаково-символической деятельности. В рамках междисциплинарного подхода [4, 8, 10, 12] она связывается с усвоением

младшими школьниками репертуара языковых навыков, речевых и интеллектуальных умений, имеющих по сути знаково-символическую ориентированность. Сформированность знаково-символической деятельности к началу школьного обучения в норме обеспечивает учащемуся адекватное восприятие и верную расшифровку знаково-символических информационных средств учебника.

Анализ ряда научных работ [1, 8, 13], посвященных обсуждаемой проблематике, позволил утверждать, что на этапе перехода к начальному общему образованию старшие дошкольники показывают неодинаковую готовность к расшифровке знаково-символических средств в дидактических пособиях. Закономерно и то, что, становясь первоклассниками, не все дети оказываются готовыми к самостоятельному чтению учебника по русскому языку.

В настоящем исследовании популяционный профиль возможностей работы учащихся с учебником показан глазами самих детей. В качестве параметров качественной оценки были выбраны такие показатели, как отношение к оформлению знаковой информации в тексте, отношение к работе с несплошными текстами, самостоятельность при работе с учебником, отношение к дифференцированию материала, отношение к образцам выполнения заданий, отношение к языковому оформлению учебника, адресация к учащимся и личностная значимость учебника, мотивация при работе с учебником, самооценка. Перечисленные параметры легли в основу кластерного моделирования опроса, что помогло систематизировать и обобщить полученную информацию.

Для указанных целей нами был разработан опросник из 35 вопросов [10], предполагающих преимущественно ответы «да» или «нет». В некоторых вопросах можно было выбирать ответ - слово из альтернативы (например, *любишь читать учебник или листать его?*).

Реципиенты – нормально развивающиеся учащиеся 1-2-х классов московских общеобразовательных школ (всего 257 учащихся, возрастной диапазон 6-9 лет) – были разделены на две группы. Первую группу составили 139 первоклассников (61 девочка и 78 мальчиков), во вторую группу вошли 118 учащихся 2-х классов (58 девочек и 60 мальчиков).

В обеих выборках процедура опроса была представлена индивидуальной беседой, в ходе которой педагог устно задавал учащемуся вопросы и фиксировал ответы в индивидуальном протоколе опросника. Во время процедуры проведения опроса учебник по русскому языку находился в поле зрения ребенка; его разрешалось трогать, листать, вертеть в руках, обращаться к нему по мере необходимости. Обработка результатов проводилась методом качественно-количественного анализа ответов детей по ключу опросника (представлен в табл. 1).

Надежность выводов исследования обеспечивалась применением метода математической статистики: обработка данных с помощью критерия Стьюдента. Так, проверялась гипотеза о равенстве генеральных средних двух зависимых связанных выборок. При условии, что испытуемым обеих групп задавались одни и те же вопросы и количество этих вопросов было одинаковым, выдвигалась гипотеза H_0 , что в ответах учащихся 1-го класса на группу вопросов есть сходство с ответами учащихся 2-го класса на ту же группу вопросов, и альтернативная гипотеза H_1 о статистически значимых различиях ответов учащихся 1-го класса и 2-го класса.

Таблица 1.

№	Вопрос	1 балл	0 баллов
1	Тебе нравятся рисунки, таблицы, схемы	Да	Нет
2	Они помогают тебе учиться или меша-	Да	Нет
3	Ты узнаёшь с помощью рисунков, таб-	Да	Нет
4	Что ты чаще делаешь – смотришь или	Читаю	Листаю
5	Без рисунков и схем учебник будет ин-	Нет	Да
6	Ты замечаешь значки к заданиям?	Да	Нет
7	Они помогают тебе учиться или меша-	Помогают	Мешают
8	У тебя есть любимые значки?	Да	Нет
9	Тебе нравится, что значки к заданиям	Да	Нет
10	Ты бы хотел придумать свой значок?	Да	Нет
11	Ты умеешь читать?	Да	Нет
12	Тебе легко читать задания самому?	Да	Нет
13	Тебе нужна помощь учителя, когда ты	Нет	Да
14	Ты умеешь писать?	Да	Нет
15	Тебе легко или трудно выполнять	Легко	Трудно
16	Какие в учебнике буквы?	Разные	Конкретный
17	Тебе удобно их читать в словах,	Да	Нет
18	Тебе нравится, когда разные зада-	Да	Нет
19	Ты встречал цветные слова или	Да	Нет
20	Тебе помогают цветные слова	Да	Нет
21	Тебе легко выполнять задания самому?	Да	Нет
22	Что легче – спросить у учителя	Посмотреть в	Спросить у
23	Ты бы хотел, чтобы у каждого за-	Да	Нет
24	Образец помогает или мешает	Помогает	Мешает
25	Ты можешь все задания в учебнике	Да	Нет
26	Тебе легко или трудно читать учебник?	Легко	Трудно
27	Ты встречал непонятные слова в учеб-	Нет	Да
28	Ты быстро или медленно выполняешь	Быстро	Медленно
29	Ты все задания понимаешь, как делать?	Да	Нет
30	Ты часто перечитываешь одно и то	Нет	Да
31	Ты часто встречаешь своих люби-	Да	Нет
32	Тебе интересно смот-	Да	Нет
33	Если потеряешь учебник – будешь	Буду	Не буду
34	Тебе нравятся рассказы или стихи в	Да	Нет
35	Происходят ли похожие истории с то-	Да	Нет

Таблица 2.

№ вопроса	1 балл		0 баллов		tЭмп	tКр		Т
						p≤0.05	p≤0.01	
						1,96	2,59	
	1 класс	2 класс	1 класс	2 класс				
1	89,2%	95%	10,8%	5%	1,67	ЗНЗ		0,096781
2	91,4%	95%	8,6%	5%	1,11	ЗНЗ		0,26845
3	80,6%	80%	19,4%	20%	0,18	ЗНЗ		0,855349
4	55,4%	69%	44,6%	31%	2,19	ЗНО		0,029681
5	80%	84%	20%	16%	0,83	ЗНЗ		0,405492
6	79%	83%	21%	17%	0,79	ЗНЗ		0,427995
7	84,2%	86,4%	15,8%	13,6%	0,51	ЗНЗ		0,611395
8	67%	60,2%	33%	39,8%	1,12	ЗНЗ		0,264464
9	99,3%	85,6%	0,7%	14,4%	4,43	ЗЗ		1,41305
10	71,2%	70,3%	28,8%	29,7%	0,15	ЗНЗ		0,877137
11	93,5%	98,3%	6,5%	1,7	1,89	ЗНЗ		0,059577
12	72,7%	90%	27,3%	10%	3,53	ЗЗ		0,000484
13	63,3%	76,3%	36,7%	23,7%	2,26	ЗНО		0,024813
14	93%	97,5%	7%	2,5%	1,70	ЗНЗ		0,090591
15	62,6%	77%	37,4%	23%	2,54	ЗНО		0,011775
16	2,2%	2,5%	97,8%	97,5%	0,48	ЗНЗ		0,629135
17	88,5%	92,4%	11,5%	7,6%	1,05	ЗНЗ		0,296947
18	80,6%	80,5%	19,4%	19,5%	0,01	ЗНЗ		0,989254
19	45,3%	56%	54,7%	44%	1,70	ЗНЗ		0,090746
20	56%	52,5%	44%	47,5%	0,57	ЗНЗ		0,568321
21	64%	69,5%	36%	30,5%	0,92	ЗНЗ		0,356985
22	49%	56,8%	51%	43,2%	1,26	ЗНЗ		0,210184
23	86,3%	79%	13,7%	21%	1,60	ЗНЗ		0,111732
24	89,2%	97,5%	10,8%	2,5%	2,61	ЗЗ		0,009697
25	44,6%	43,2%	55,4%	56,8%	0,22	ЗНЗ		0,824565
26	74,8%	94%	25,2%	6%	4,29	ЗЗ		2,55305
27	49%	31,4%	51%	68,6%	2,89	ЗЗ		0,004189
28	58,3%	62%	41,7%	38%	0,58	ЗНЗ		0,560066
29	51,1%	47,5%	48,9%	52,5%	0,58	ЗНЗ		0,56459
30	54%	48,3%	46%	51,7%	0,90	ЗНЗ		0,368301
31	54%	50%	46%	50%	0,63	ЗНЗ		0,528728
32	86,3%	90%	13,7%	10%	0,86	ЗНЗ		0,39264
33	74,8%	66%	25,2%	34%	1,53	ЗНЗ		0,126479
34	92,8%	87,3%	7,2%	12,7%	1,49	ЗНЗ		0,137959
35	53,2%	50%	46,8%	50%	0,52	ЗНЗ		0,606421

Заложенная в систему обработки результатов балльная оценка была ориентирована на идеального учащегося, который *хочет, знает как и умеет* читать учебник по русскому языку. Благодаря такому подходу удалось выявить, какие трудности испытывают реципиенты обеих выборок.

В результате опроса учащихся первых и вторых классов не были обнаружены значимые различия в ответах детей на большинство вопросов (1-3, 5-8, 10, 11, 14, 16-23, 25, 28-35). Это значит, что общая, а иногда и специфическая готовность к работе с учебником в обеих выборках одинакова. Проведя качественный анализ общеучебных умений и навыков в обеих выборках, мы выявили:

1. достаточную мотивационную готовность учащихся к освоению учебника (в первом классе) и работе с ним (во втором классе);

2. недостаточную сформированность самостоятельных умений работы учащихся с учебником, ориентир на вербальную помощь учителя на фоне высокой оценки детьми своих возможностей читать и писать;

3. относительно невысокую скорость выполнения заданий, связанных с «чтением» учебника;

4. факультативное включение учебника в свою ценностно-потребностную систему.

Обобщенная картина сформированности специфических умений работы с учебником (связанных непосредственно со знаково-символической природой) в обеих выборках сложилась из следующих данных:

1. Дети владеют отдельными ориентировочными действиями, позволяющими обращать внимание на различные семиотические элементы учебника и фиксировать их как неязыковые.

2. Отношение к различным семиотическим системам учебника как элементу его информационной насыщенности у большинства детей формальное, во многом из-за неумения пользоваться данным ресурсом.

3. Трудности понимания условий заданий, закодированных разными семиотическими средствами.

Далее проанализируем вопросы, различия в количественных данных по которым оказались статистически значимыми или условно значимыми (данные приведены в табл. 2). Доля таких вопросов составила 23%.

Из ответов реципиентов стало понятно, что различным для двух выборок является основной способ работы с учебником (вопрос № 4) – в первом классе учащиеся предпочитают листать книгу, тогда как второклассники преимущественно читают ее. Оценивая разнообразие значков (условных обозначений) в учебнике (вопрос № 9), первоклассники показали большую заинтересованность в них по сравнению с второклассниками, у которых интерес к различным значкам заметно ниже. Учащиеся первых классов отмечали, что в большей степени затрудняются читать задания в учебнике самостоятельно (вопрос № 12), тогда как второклассники оценивали это умение гораздо выше. Когда учащиеся оценивали необходимость в помощи учителя при чтении учебника (вопрос № 13), в их ответах обозначилась выраженная тенденция заинтересованности в такой помощи у первоклассников – в большей степени, у второклассников – в меньшей. Что касается оценки выполнения письменных заданий (вопрос № 15), то у учащихся первых классов они вызывают большие трудности по сравнению с второклассниками. В оценке роли образца в учебной деятельности (вопрос № 24), второклассники чаще признавали его положительную роль, тогда как первоклассники демонстрировали склонность недооценивать ее. Оценка учащимися доступности чтения учебника по критерию «легко-трудно» (вопрос № 26) показала высокий процент ответов «трудно» у первоклассников; в ответах второклассников доля аналогичных выборов была значительно меньше. Наконец, значимые различия в ответах двух изученных нами групп касались умения обращать внимание на непонятные слова в учебнике (вопрос № 27): первоклассники реже, чем второклассники, встречали в тексте учебника слова, значение которых они не знали или не могли расшифровать.

Опрос показал, что реализация знаково-символической деятельности (которую мы смогли опосредованно оценить) в обеих выборках обусловливается преимущественно сформированностью у детей произвольности как базы учебной деятельности, а также опытом расшифровки поликодовой составляющей учебника. Несомненно, с расширением последнего учащиеся воспринимают знаковые элементы учебника системно, что позволяет использовать данный ресурс в соответствии с учебными целями и задачами. И вполне закономерно, что второклассники в некоторых компонентах учебной деятельности более приближены к образу «иде-

ального учащегося», чем первоклассники, хотя обе возрастные группы еще не в полной мере обучены пользоваться обозначенными ресурсами учебника.

В качестве **заключения** важно отметить, что оснащение системы образования новыми учебными технологиями, позволяющими дифференцированно оптимизировать учебную деятельность разновозрастных учащихся начального звена образования, вполне перспективно. Ведь трудности учебной деятельности (например, чтения учебника как частного ее компонента) провоцируются зачастую жесткими требованиями к результатам обучения на фоне неравномерно сформированной психологической готовности детей к их достижению. Благоприятный прогноз в этом вопросе может быть обеспечен современными учебными технологиями, разработанными на основе педагогических, психологических, психолингвистических принципов общего и специального образования и составляющими новый инструментарий специалистов сопровождения учащихся в учебной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валявко С.М., Шулекина Ю.А. Проблема смыслового восприятия текста детьми дошкольного возраста // Системная психология и социология, 2017, № 1 (21), с. 5-15.

2. Варламова О.И. Особенности ориентировочно-исследовательских действий как диагностический показатель при разграничении детей дошкольного возраста с нормальным и задержанным развитием. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - М., 2007. - 28 с.

3. Даниэльян Я.В. Современные концепции школьного учебника // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2007, Вып. 39, с. 278–281.

4. Жогла И., Туна А. Источники познания ребенка: есть ли среди них учебник? // Проблемы современного образования, 2014, № 4, с. 81-97.

5. Кравцова С.А. Развитие поисково-исследовательской деятельности младших школьников. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Тамбов, 2010. - 24 с.

6. Мартемьянова Т.Ю. Логико-дидактический подход к конструированию школьного учебника. Автореф. дисс. ... кан.пед.н. - Санкт-Петербург, 2004. - 27 с.

7. Мелентьева Ю.П. Общая теория чтения - М., Наука, 2015. - 230 с.

8. Мочалова Л.Н. Показатели сформированности анализа текста у школьников с общим недоразвитием речи // Специальное образование, 2011, №1. с. 76-83.

9. Чернявская В.Е. Лингвистика текста: поликодовость, интертекстуальность, интердискурсивность: Учебное пособие. - М.: «ЛИБРОКОМ», 2009. - 248 с.

10. Шулекина Ю.А. Современные технологии работы с учебником в инклюзивном образовании: Учебно-методическое пособие - М.: МГПУ, 2018. - 98 с.

11. Шулекина Ю.А. Современный учебный текст в свете междисциплинарных исследований // Проблемы интеграции и адаптации детей и подростков с ограниченными психофизическими возможностями в социальной среде: Сб. статей. - М., 2014, с. 30-35.

12. Шулекина Ю.А. Технологии обучения первоклассников с особыми образовательными потребностями приемам работы с учебником по русскому языку // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология, 2015, № 3 (33), с. 102-109.

13. Шулекина Ю.А. Понимание поликодовых текстов детьми дошкольного возраста // Системная психология и социология, 2018, № 1 (25), с. 36-44.

REFERENCES

1. Valjavko S.M., Shulekina Ju.A. Problema smyslovogo vosprijatija teksta det'mi doshkol'nogo vozrasta // Sistemnaja psihologija i sociologija, 2017, № 1 (21), s. 5-15.

2. Varlamova O.I. Osobennosti orientirovochno-issledovatel'skih dejstvij kak diagnosticheskij pokazatel' pri razgranichenii detej doshkol'nogo vozrasta s

normal'nym i zaderzhannym razvitiem. Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. - M., 2007.- 28 s.

3. Danijel'jan Ja.V. Sovremennye koncepcii shkol'nogo uchebnika // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena, 2007, Vyp. 39, s. 278–281.

4. Zhogla I., Tuna A. Istochniki poznanija rebenka: est' li sredi nih uchebnik? // Problemy sovremennogo obrazovanija, 2014, № 4, s. 81-97.

5. Kravcova S.A. Razvitie poiskovo-issledovatel'skoj dejatel'nosti mladshih shkol'nikov. Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. - Tambov, 2010. - 24 s.

6. Martem'janova T.Ju. Logiko-didakticheskij podhod k konstruirovaniyu shkol'nogo uchebnika. Avtoref. diss ... kan.ped.n. - Sankt-Peterburg, 2004. – 27 s.

7. Melent'eva Ju.P. Obshhaja teorija chtenija - M., Nauka, 2015. - 230 s.

8. Mochalova L.N. Pokazateli sformirovannosti analiza teksta u shkol'nikov s obshhim nedorazvitiem rechi // Special'noe obrazovanie, 2011, №1. s. 76-83.

9. Chernjavskaia V.E. Lingvistika teksta: polikodovost', intertekstual'nost', interdiskursivnost': Uchebnoe posobie. - M.: «LIBROKOM», 2009. - 248 s.

10. Shulekina Ju.A. Sovremennye tehnologii raboty s uchebnikom v inkluzivnom obrazovanii: Uchebno-metodicheskoe posobie - M.: MGPU, 2018. - 98 s.

11. Shulekina Ju.A. Sovremennij uchebnyj tekst v svete mezhdisciplinarnyh issledovanij // Problemy integracii i adaptacii detej i podrostkov s ogranichenymi psihofizicheskimi vozmozhnostjami v social'noj srede: Sb. statej. – M.: 2014, s. 30-35.

12. Shulekina Ju.A. Tehnologii obuchenija pervoklassnikov s osobymi obrazovatel'nymi potrebnoostjami priemam raboty s uchebnikom po russkomu jazyku // Vestnik Moskovskogo gorodskogo pedagogicheskogo universiteta. Serija: Pedagogika i psihologija, 2015, № 3 (33), s. 102-109.

13. Shulekina Ju.A. Ponimanie polikodovyh tekstov det'mi doshkol'nogo vozrasta // Sistemnaja psihologija i sociologija, 2018, № 1 (25),

Ju.A. Shulekina

THE RELATION OF 1ST AND 2ND GRADES STUDENTS TO WORK WITH THE TEXTBOOK: COMPARATIVE ANALYSIS

**Institute of Special Education and Complex Rehabilitation, Moscow City
Pedagogical University (Moscow).**

Summary. The article presents the results of a pedagogical survey of normally developing 1st and 2nd grades students about their attitude to the textbook and evaluation of the specifics of working with it in the educational process. A textbook on the Russian language was chosen as an auxiliary diagnostic tool. Through the survey the functional possession general and specific children's skills in reading a textbook were studied. Statistically significant differences in the formation of individual skills of working with the textbook in the claimed samples are shown.

Keywords: primary school students, primary General education, a textbook on the Russian language, polycode, sign-symbolic activity, reading.

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

**Э.Г. Эйдемиллер¹, А.Э. Тарабанов², Н.В. Александрова¹
КРАТКОСРОЧНАЯ АНАЛИТИКО-СЕТЕВАЯ ПСИХОДРАМА (КАСП)
ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ: ДЕЙСТВИЕ И НАРРАТИВ**

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург), ²Институт нейрокоммуникаций и психотерапии (Литва).

Резюме. Краткосрочная аналитико-сетевая психодрама опирается на теоретические основания нейронаук, нейропсихоанализа и акторно-сетевой теории. Психотерапевтический процесс КАСП предполагает реконсолидацию памяти и изменение автобиографического нарратива в игровом взаимодействии участников КАСП. На уровне структур мозга в процессе КАСП происходит латеральная интеграция и изменение гиппокампаально-амигдалоидных структур, лежащих в основе эксплицитной (осознаваемой) и имплицитной (неосознаваемой) памяти.

Ключевые слова: краткосрочная аналитико-сетевая психодрама, нейропсихоанализ, автобиографический нарратив, реконсолидация памяти, одушевленные и неодушевленные акторы.

Краткосрочная аналитико-сетевая психодрама (КАСП) является интегративным психотерапевтическим методом нового поколения как правопреемница краткосрочной аналитической психодрамы по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой. Сочетает в себе богатый эмпирический материал, накопленный в рамках исходной психотерапевтической парадигмы с теоретическими парадигмами нейропсихоанализа и акторно-сетевой теории [5].

КАСП продолжается 40 часов в отличие от 400-600 часов классической психодрамы Дж. Л. Морено. Мы также можем определить КАСП как психотерапию, основанную на действии (игре). Теоретической основой КАСП является нейропсихоанализ, пересматривающий наследие Зигмунда Фрейда с помощью современных нейронаук и акторно-сетевой теории Бруно Латура [1]. В теории Б. Латура повседневная жизнь людей рассматривается как гибридная реальность, взаимодействие одушевленных и неодушевленных акторов (*actor* — лат. «действующий»). Люди включены в социально-предметные единства - «ассамбляжи», например, «человека и компьютера», «семьи и телевизора» и др. Сети социальных взаимодействий являются в основе своей аналогами нейронных сетей «социально-включенного мозга».

На основе нейропсихоанализа мы можем переосмыслить важную технику групповой аналитической драмы - психоскульптурирование, когда участники группы придают протагонисту то положение тела, которое, в конечном итоге, фасилитирует выражение и осознание его личностной проблемы. Эту технику ранее использовала Вирджиния Сатир в семейной психотерапии [4].

Поскольку краткосрочная аналитико-сетевая психодрама является парадигмой действия, то и «психологическая скульптура» может быть как динами-

ческой, так и статической. Важно, что сам мозг является органом, ориентированным на действие. В КАСП нам важен интегративный потенциал мозга, который реализуется через действие. Там, где слова неадекватны психической или социальной реальности, мозг открыт для других путей выражения. Психологическая динамика эмоций и когниций, исследуемая психодрамой, отражает интегративные операции в мозге и теле, в которых динамика эмоций вовлекает значительное количество подкорковых структур мозга. В свою очередь, когниции вовлекают неокортикальные слои мозга. Реципрокное взаимодействие когниций и эмоций – одно из фундаментальных положений нейропсихоанализа. Протагонист в ходе действия психодрамы входит в состояние регрессии (управляемый психотерапевтический регресс по Э.Г. Эйдемиллеру), которое включает в себя частичное возвращение к отношениям детско-родительской привязанности и изменение на уровне нейронной пластичности. Эта регрессия включает в себя частичное уменьшение системы торможения префронтальной коры, так что информация в кортико-лимбической системе может появляться и интегрироваться. Эта информация более доступна для ориентированного на изображение правого полушария мозга, чем для лингвистического левого полушария. Психотерапевтический процесс может быть рассмотрен с точки зрения интеграции между полушариями или интеграции префронтальной коры и кортико-лимбической системы [7].

Доминирующее полушарие головного мозга (обычно левое) имеет тенденцию формировать нарративы, больше связанные с социальной активностью, чем с внутренним миром человека. Образно говоря, здесь функционирует «машина конфабуляций». Происходит фабрикация историй, которые на самом деле не вспоминаются (концепция, часто используемая в связи с «ложными воспоминаниями»). Доминирующее полушарие рационализирует и искажает внутренние реалии, чтобы соответствовать тому, что представляется «реальностью» социальной группы и социальным контекстом, то есть культурным нарративом. Не доминирующее полушарие головного мозга, обычно правое, связано с соматосенсорной системой организма, с отношениями детско-родительской привязанности и травматическими переживаниями, а также влияет на процессы регуляции организма.

Основная задача КАСП - способствовать латеральной психологической интеграции. Образно говоря, левое и правое полушария нашего мозга - связаны двумя способами:

- 1) Через мозолистое тело (*corpus callosum*) головного мозга - большую совокупность нервов, соединяющих два полушария нашего мозга;
- 2) Через соматическое тело, то есть через всю остальную часть нашего организма. Опираясь на данные современных нейронаук, можно утверждать, что то, что человек не интегрировал через мозолистое тело внутренним образом (через мозг), будет интегрировано внешним образом, через тело, возможно, в форме психосоматических симптомов, компульсий, obsessions или нерегулируемых импульсов.

Другим примером альянса акторно-сетевой теории и нейропсихоанализа в КАСП является авторская модификация техники Кьела Рудестам «Семейная

фотография» [3]. Участникам группы дается задание представить себе, что у них в руках фотоальбомы. Нужно рассмотреть фотографии и остановиться на той, которая привлечет внимание. Обычно, внимание привлекают фото, на которых участники группы сфотографированы детьми, либо подростками в окружении близких. Они могут воспроизводить семейный нарратив, запечатленный на фотографии, воображая и проигрывая его. Этот нарратив может включать в себя предметы пейзажа, интерьера, которые и являются неодушевленными акторами. «Рассматривая фото», участники психодрамы воссоздают ассамбляжи одушевленных и неодушевленных акторов и связанных с ними эмоций.

Котерапевты помогают протагонисту выбрать вспомогательные Эго для проигрывания одушевленных и неодушевленных акторов. Они также обеспечивают протагонисту безопасность во взаимодействии с ними. А протагонист коммуницирует не только с одушевленными, но и с неодушевленными акторами. Это позволяет ему осознать тревогу, которая сопровождает его на жизненном пути и участвует в создании автобиографического нарратива.

В практике КАСП участники групп часто выступали в роли домашних животных, а также неодушевленных предметов (акторов), таких как дверцы шкафов и лифтов, рулей автомобилей, деревьев и др.

Используя методологию современных нейронаук для понимания самого процесса КАСП, мы можем проследить интерференцию «пространственно-временного сознания» и «нарративного сознания». Правое полушарие - это место формирования образа тела, пространственной ориентации, формирования изображения и «основного сознания» (coreconsciousness), в то время как левое полушарие мозга, особенно область Брока, является местом сериализации (то есть создания последовательностей) – местом координации действий и языка, что проявляется в феномене «нарративного», или «повествовательного» сознания. КАСП обеспечивает координацию телесной и речевой активности через проигрывание автобиографических нарративов и совершение последовательных, имеющих символическое содержание действий [8]. В процессе психодраматизации особое значение имеют процессы консолидации/реконсолидации памяти, как эксплицитной (осознаваемой), так и имплицитной (бессознательной). Дж. Леду, нейробиолог из Нью-Йоркского университета, исследовал значительную гибкость памяти, проявляющуюся в процессе «интеграции» структур гиппокампа и миндалевидного тела, которая приводит к перемещению бессознательных воспоминаний в сознательные и созданию нового контекста для прежних неосознаваемых травматических воспоминаний (реконсолидация) [9].

КАСП, включая неодушевленных/одушевленных акторов из биографического контекста протагониста, апеллирует к гибкости его памяти, которая может быть использована для имплантации модифицированных воспоминаний (реконсолидации памяти). Реконсолидация памяти позволяет всем участникам КАСП справляться с вновь встреченными жизненными трудностями, позволив узнать в них прежние события из «театра памяти» [10], а также идентифицировать свои поведенческие паттерны, как имевшие место ранее.

Использование в КАСП двух видов коммуникаций, эмоциональной и когнитивной, вербализации и действия (игры) позволяет участникам эффективно

осознавать личностные и межличностные проблемы и корректировать их.

В КАСП психотерапевты апеллируют и к протоязыкам человека - просодии, пению, музыке, танцам, мимике, позам, рисунку (от петрографии к живописи). Стимуляция кинестетики человека создает с помощью статичных и динамичных расположений тел и их частей, одушевленных и неодушевленных акторов в пространстве основу для формирования катарсиса, «когнитивной сборки» и инсайта [6].

Нейропсихоанализ как парадигма КАСП позволяет нам расширить представление о возможностях процесса психодраматизации. Прежде всего, сам мозг является органом, ориентированным на действие, и, метафорически говоря, повседневные психодрамы регулярно происходят в «театре тела» каждого человека. Получение нового опыта содержит в себе моторный компонент. В свою очередь, движение является основой личностного роста участников психодрамы. Полушария мозга имеют, как известно, разные ориентации: левое полушарие - язык и согласованность автонарратива, правое полушарие - телесная и аффективная реальность. Межполушарный баланс в опосредованном виде лежит в основе межличностных отношений.

Психическое здоровье основывается на гармонии отношений между полушариями. Функции лингвистического полушария являются доминирующими в социуме, поскольку реальность социума основанна на согласии, и первичными являются «навыки совладания». Это совладание реализуется через связь между префронтальной корой («исполнительный мозг») и кортико-лимбической системой [11]. В КАСП воображение и реальность не противоречат друг другу и не имеют четкого разграничения. Мир КАСП соединяет мир внешних одушевленных/неодушевленных акторов и мир интериоризированных объектов. Память участников КАСП весьма пластична. Обычная память (левое полушарие мозга, продуцирующее нарративы) открыта для модификации и является конечным продуктом серии повторных интеграций. Это особенно полезно в психодраматических сценах «как это могло бы быть» (излишняя реальность). Для того чтобы в рамках КАСП произошли требуемые нейропсихологические изменения, необходим оптимальный уровень стресса.

Если эмоциональное возбуждение слишком велико, гиппокамп, который координирует кратковременную интеграцию опыта, будет избыточно активирован и это вызовет недостаточную интеграцию его содержания. Спонтанность подразумевает динамичное, сбалансированное использование левого и правого полушарий. Левое полушарие мозга в основном ориентировано на сопровождение рутинных практик (сохранение социальных норм), в то время как успешное взаимодействие с новыми проблемами включает структуры правого полушария.

КАСП обеспечивает баланс функционирования полушарий и способствует спонтанности психотерапевтического процесса. Имитационное обучение и эмпатия в КАСП обусловлены функционированием зеркальных нейронов, функция которых - «представление действия» в мозге и репрезентация поведения, наблюдаемого у других людей. В рамках психодраматизации особое значение приобретает обмен паттернами активации нейронов, когда участники обмениваются (через психодраматизацию) своими представлениями о действиях.

Эти совместные представления, а также оценка за счет функций миндалевидного тела/орбитофронтального кортекса играют функциональную роль в межличностной коммуникации. «Система внимания» мозга разделяется между двумя полушариями, но включает две отдельные поисковые системы: одну для левого и одну для правого полушария. Поисковая система лингвистического левого полушария является доминирующей и может захватить интегрированную систему внимания, мешая таким образом операциям правого полушария вызывать эмоциональные состояния и, таким образом, подрывает процесс интеграции [8]. Психотерапевтический процесс в рамках КАСП предполагает задействование телесной/ эмоциональной памяти. Режиссер (психотерапевт) психодрамы может многократно задействовать нарративную систему протагониста посредством техники монолога и других средств психодраматизации. Однако совместные действия режиссера и других участников психодрамы направлены на окончательную интеграцию эмоций, когний и сенсомоторных импульсов протагониста.

Таким образом то, что было ранее обнаружено авторами КАСП эмпирически, получило подтверждение с помощью диагностических процедур нейропсихоанализа. Интеграция основных положений нейропсихоанализа и акторно-сетевой теории служит надежным базисом развития современных аналитически-ориентированных методов психотерапии.

В качестве клинической иллюстрации рассмотрим сессию краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы.

Психотерапевтическая группа состояла из 12 участников, двух режиссеров - Э.Г. Эйдемиллера (Э.Г.), Н.В. Александровой (Н.В) и супервизора А.Э. Тарабанова. Продолжительность сеанса 2 часа. В группе участники с невротическими расстройствами, нарушениями адаптации, психосоматическими расстройствами. Четверо из них подростки от 14 до 18 лет. Формируя группу, мы исходили из опыта Карла Роджерса. Такой опыт мы называли «собирать тех, кто идет по улице». Если в группе преобладают взрослые, то подростки должны представлять собой подгруппу. Как показал наш опыт, разновозрастной состав группы существенно стимулирует групповую динамику.

Сессия № 7. 13-й час работы группы

Разминка не проводилась, участники группы сразу стали делать заявку на психодраму. Заявку участницы Агнии (А.) 30 лет проиграть ситуацию, в которой была попытка изнасилования, все участники группы поддержали. После рассказа о ситуации А. стала выбирать вспомогательные Эго (ВЭ) и строить сцену.

По инициативе режиссеров ВЭ образовали четырехугольную кабину и две дверцы, причем вспомогательные Эго должны были стоять спиной к протагонисту и насильнику, чтобы усилить замкнутость и безвыходность ситуации. Дверцы лифта захлопнулись, «насильник» стал приставать к протагонисту, она упала на колени и просила ее не трогать. А. доехала до своего этажа, закричала, дверцы лифта раскрылись и «насильник» убежал. Потом она подошла к двери своей квартиры. Но не вошла вовнутрь, а стояла на пороге в течении нескольких минут. Режиссеры обратили внимание на то, что она сгорбилась и уменьшилась в росте, побледнела. Плечи были сведены. Выражение лица растерянное.

Э.Г. Что с тобой?

А. Я...

Э.Г. Какая ты?

А. ...mmm, не знаю.

Э.Г. Что ты чувствуешь?

А. Вся сжалась...

Н.В. Тебе плохо, страшно?

А. Нет, что-то другое...

Э.Г. В дом пойдешь?

А. Не знаю, наверное...

Э.Г. У тебя ключи, или нажмешь на кнопку?

А. Нажму на кнопку...

Продолжает стоять перед дверью.

Н.В. По твоим ощущениям, сколько тебе лет?

А. Д-д-двенадцать...

Э.Г. Какая ты в 12 лет?

А. Боюсь маму. Как будто я сделала что-то плохое.

Рассказала, что мать и отец часто ругаются. Мать часто ругает дочь, что если та не будет слушаться, то будет плохой девочкой.

Э.Г. Хочешь сыграть себя в 12 лет?

А. Да.

По предложению режиссеров сняла ВЭ с роли лифта и выбрала ВЭ на роли матери и отца. Построила новую сцену.

Нажимает кнопку звонка, мать открывает двери и набрасывается на дочку: «Ты где шлялась, дрянь, почему так поздно, что молчишь, опять во что-нибудь вляпалась?» (Вспомогательные Эго играют спонтанно, либо с помощью техники перемены ролей с протагонистом).

А. Плачет и молчит.

Появляется слегка выпивший отец. Молча осматривается, садится на диван и пытается читать газету.

Мать. Ну что? Вся шайка-лейка собралась?

Девочка садится рядом с отцом, а он обнимает ее...

Мать. Вот-вот... Спелись. Сколько раз я тебе говорила (обращается к мужу), твое пьянство ни к чему хорошему не приведет - ты пьешь, а она гулянкой займется.

Девочка плачет навзрыд, отец прижимает ее к себе.

Отец. Знаешь, когда ты орешь, я молчу, боюсь девочке навредить.

Мать. (Начинает долгий диалог с мужем, который мы значительно сократили). Ага, а мне каково? Видеть твою пьяную, вечно молчащую рожу.

Отец. Я не пьяный, выпил чуть-чуть, мне жалко дочку, а тебя я боюсь, поэтому выпиваю.

В диалоге выясняются позиции родителей, жена страдает от вынужденного молчания мужа. Муж боится окриков жены и свою любовь проявляет только к дочери и то, в основном, молча.

Протагонист была глубоко эмоционально вовлечена в переживания роди-

телей, которые наладили, в конечном счете, конструктивный диалог.

В конце психодрамы А. обняла вначале отца, а затем мать. Психодрама была завершена снятием ролей и разборкой сцены. На финальной стадии психодрамы, которая называется «sharing» - фаза обмена чувствами, участники выразили поддержку А., рассказали, что подобные конфликты были в их семьях и сопереживали эмоциональному отреагированию.

Выявленный супружеский конфликт с помощью механизма триангуляции был замкнут на А., которая на протяжении своей жизни чувствовала себя виноватой в роли «неоплатного должника».

В группу она пришла, поскольку в своей жизни репродуцировала ситуацию родителей. Уместно вспомнить, что во время проигрывания ситуации в лифте эмоционально она была менее вовлечена, нежели оказавшись у дверей своей квартиры. Оказалось, что попытку изнасилования ранее она уже проигрывала в другой психодраме. Наблюдение за поведением А. перед дверью квартиры позволило нам предположить регрессию на более ранний этап онтогенеза. Мы заручились ее согласием проиграть вторую психодраму. Эта регрессия получила название «управляемый психотерапевтический регресс» по Э.Г. Эйдемиллеру.

Ранее свой метод мы называли «Краткосрочной аналитической психодрамой» по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой [2]. Нынешнее название нашего метода приведено в начале статьи.

Так называемые неодушевленные акторы влияют на нашу жизнь не менее заметно, чем одушевленные. Противопоставление в реальной жизни одушевленных и неодушевленных акторов является искусственным. Мир психотерапии хотя и представляет реальность во всем ее многообразии, также является, в известной мере, искусственным, поэтому тестирование реальности в нем с помощью психодрамы одушевленных и неодушевленных акторов является доказано эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латур Б. Пересборка социального: введение в акторно-сетевую теорию. - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. - 382 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2006. - 944 с.
3. Рудестам К. Групповая психотерапия. - СПб.: Питер Ком, 1998. - 384 с.
4. Сатир В. Психотерапия семьи. - СПб.: Речь, 2000. - 283 с.
5. Эйдемиллер Э.Г. Психоскульптурирование по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой: <https://psy.su/feed/7556/>
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. - СПб.: Питер, 2008. - 672 с.

REFERENCES

1. Latur B. Peresborka social'nogo: vvedenie v aktorno-setevuju teoriju. - M.: Izd. dom Vysshej shkoly jekonomiki, 2014. - 382 s.
2. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / pod red. B.D. Karvasarskogo. - SPb.: Piter, 2006. - 944 s.
3. Rudestam K. Gruppovaja psihoterapija. - SPb.: Piter Kom, 1998. - 384 s.

4. Satir V. Psihoterapija sem'i. - SPb.:Rech', 2000. – 283 s.
5. Eidemiller E.G. Psihoskul'pturovanie po E.G. Eidemilleru i N.V. Aleksandrovoj: <https://psy.su/feed/7556/>
6. Eidemiller E.G., Justickis V. Psihologija i psihoterapija sem'i. 4-e izd. – SPb.: Piter, 2008. – 672 s.
7. Cozolino, L. The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain - 2nd. edition. W. W. Norton & Company, Inc., 500 Fifth Avenue, New York, N.Y. 2010. 480 s.
8. Hug, E. A neuroscience perspective on psychodrama. Psychodrama: advances in theory and practice / edited by Clark Baim, Jorge Burmeister, and Manuela Maciel. – 2007, 227-239.
9. LeDoux, J. Cellular and systems reconsolidation in the hippocampus // Neuron, 2002, 36, 3: 527–538.
10. Mancia, M. Feeling the words: neuropsychanalytic understanding of memory and the unconscious. London; New York: Routledge, 2007. – 272 s.
11. Ramachandran, V. S. A Brief Tour of Human Consciousness. New York: Pearson, 2004. – 208 s.

E.G. Eidemiller¹, A.E. Tarabanov², N.V. Alexandrova¹
SHORT-TERM ANALYTICAL AND NETWORK PSYCHODRAMA (STANP)
OF CHILDREN, ADOLESCENT AND ADULTS: ACTION AND NARRATIVE

¹North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov (St.- Petersburg), ²Institute of Neurocommunications and Psychotherapy (Lithuania)

Summary. The short-term analytic-network psychodrama is based on the theoretical foundations of neuroscience, neuropsychanalysis, and actor-network theory. The psychotherapeutic process of STANP involves the reconsolidation of memory and a change in the autobiographical narrative in the game interaction of STANP participants. At the level of brain structures in the process of STANP lateral integration and change of the hippocampal-amygdaloid structures occurring that underlie explicit (conscious) and implicit (unconscious) memory occurs.

Keywords: short-term analytic network psychodrama, neuropsychanalysis, autobiographical narrative, memory reconsolidation, animate and inanimate actors.

А.А. Северный, Н.М. Иовчук

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ОТГРАНИЧЕНИЯ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)**

Ассоциация детских психиатров и психологов, ФГБНУ НЦПЗ (Москва).

Резюме. Кратко изложена история рассмотрения проблемы аутизма у детей и подростков. Указаны возможные причины современного учащения диагностики аутистических расстройств в детстве, в том числе размывания границ аутистических расстройств, гипердиагностики как главных причинных факторов, по мнению авторов. Сформулированы основные направления освещения аутистических проявлений в научной литературе. Описаны дифференциально-диагностические подходы к отделению аутизма от различных психопатологических симптомокомплексов в детско-подростковом возрасте.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, гипердиагностика, дифференциальный диагноз, детская шизофрения, депрессия, церебрально-органические расстройства.

Возрастные особенности являются объективными причинами трудностей квалификации психических расстройств у детей и подростков, а нередко - и ошибок диагностики. В отличие от патологии взрослых, психические расстройства у детей почти никогда не представляют собой завершеного, целостного психопатологического синдрома. Они рудиментарны, изменчивы, то исчезают, то появляются вновь, иногда ограничиваются одним-двумя очевидными симптомами. Несовершенный речевой контакт с ребенком (а иногда и отсутствие речевого контакта) и присущая и детям, и подросткам возрастная алекситимия (неспособность осознать и выразить свои эмоции) не всегда позволяют получить субъективные данные о переживаниях ребенка. Наконец, пожалуй, самой главной причиной трудностей выявления и правильной диагностики психических нарушений в детско-подростковой возрасте является их «маскированность», то есть скрытость, завуалированность соматическими, поведенческими или временными интеллектуальными расстройствами. Между тем, нозологический диагноз – это лишь слово, только формальный ярлык, из которого, однако, вытекает множество важнейших для развития ребенка, его актуальной социализации и его адаптации в будущем проблем: медикаментозная терапия, организация адекватной коррекционной помощи, форма и место обучения, профессиональная ориентация, возможность службы в армии, целесообразность оформления инвалидности и т. д. Ошибки диагностики небезобидны и в том, что они грубо искажают статистику, а также порождают хаос в научных исследованиях при неадекватной дифференциации групп обследуемых/больных.

Постоянно, на протяжении 30 лет, консультируя детей от 2 до 18 лет на амбулаторном приеме, мы практически ежедневно сталкиваемся с ошибками диагностики и, соответственно, с ошибками лечения, психолого-педагогического социально-образовательного сопровождения. Самыми распро-

страненными диагнозами у детей, обратившихся в последнее десятилетие за помощью, оказываются СДВГ (синдром дефицита внимания с двигательной расторможенностью) и РДА (ранний детский аутизм). При ближайшем рассмотрении эти диагнозы часто не подтверждаются, а назначенное лечение не только неэффективно, но нередко оказывает определенно негативное действие на психическое состояние, поведение и адаптацию ребенка.

Проблема аутизма в детском возрасте привлекает внимание отечественных психиатров и психологов на протяжении многих десятилетий, начиная с середины прошлого столетия [5, 6, 10, 17 и др.]. После основополагающих работ L. Kanner [24] и Н. Asperger [22] лавинообразно хлынули публикации о раннем детском аутизме [2, 4, 7 и др.]. При этом многочисленные исследования не ознаменовались существенным прогрессом в понимании проблемы аутизма [25]. В работах многих детских психиатров зазвучала явная неудовлетворенность расширительной диагностикой аутизма у детей, который «угрожал стать «большим котлом» детской психиатрии» [7]. Тем не менее, в настоящее время вновь, после длительного периода сдержанного отношения к этой проблеме, возник «аутистический бум», проявившийся огромным ростом статистических данных распространенности диагноза РДА по всему миру. Если в 40-е годы прошлого века РДА выявлялся в 4-5 случаях на 10000 детей, то теперь эти показатели увеличились в 6-10 раз - до 30-40 случаев на 10000 детского населения. Такой рост диагностики детского аутизма пытаются объяснить разными причинами: повышением доступности детской психиатрической помощи, улучшением диагностики, изменением аутоиммунных процессов, возможно, связанным с массовой вакцинацией детей первых лет жизни, глобальными цивилизационными изменениями эпохи постмодерна [9, 12-14, 19, 20].

Все эти вопросы могут быть решены только путем сравнительных международных междисциплинарных исследований при выработке единых критериев диагностики. С нашей точки зрения, основную роль в росте числа детей с диагнозом РДА играет его гипердиагностика: диагноз РДА часто ошибочно устанавливают детям с задержками развития и аутистически подобным поведением при ранних резидуально-органических поражениях ЦНС, при затяжных невротических, циклотимных и циклотимоподобных депрессиях, возникших в младенческом и младшем дошкольном возрасте, и, конечно, при ранней манифестации шизофрении. Диагноз РДА в последнем случае является или «реабилитационным» (т. е. декларируется психиатром для облегчения адаптации ребенка), или ошибочным, или результатом небрежности врача, подверженного «диагностической моде». Этому способствует и некритичное обращение к МКБ-10, где кардинальными признаками детского аутизма (F84.0) называются нарушения социального взаимодействия и качественные нарушения общения, что по сути применимо и к так называемому «органическому аутизму», и к постпроцессуальным личностным расстройствам после перенесенного раннего детского эндогенного приступа, и к клиническим проявлениям риска заболеваний шизофренического спектра в виде шизотипического диатеза [1, 8] и другим состояниям. Еще большие понятийные и диагностические проблемы в вопрос об аутизме у детей внесло введение понятий «расстройств аутистического спектра», «процессуального аутизма», «атипичного аутизма» [11, 16, 18, 22], под

которые подпадает практически вся не явно органическая и не явно невротическая психическая патология в детском возрасте, проявляющаяся в том числе нарушениями взаимодействия ребенка с окружающими.

Прежде чем перейти к частным аспектам проблемы, важно уточнить сущность понятия «аутизм» как одной из форм личностной патологии. С нашей точки зрения, аутизм как феномен не имеет прямого отношения к функции общения, а характеризует особый склад личности, основной характеристикой которого является интроверсия, т. е. преобладание внутреннего мира, фиксации на внутренних переживаниях, внутренних ценностей над внешними, погруженность в свой внутренний мир в ущерб отражению явлений окружающей жизни. Именно об этом в свое время писал, как бы предвидя возможные искажения в понимании понятия аутизма, его автор Е. Bleuler: «В довольно большой части аутизм покрывается понятием Юнга «интроверсия»; это понятие обозначает обращение внутрь либидо, которое в нормальных случаях должно искать объекты в реальном мире» [3]. Такого рода личностная структура предполагает, естественно, и ограничение вплоть до полного избегания общения с окружающими, но последнее свойство не является абсолютно обязательным для аутиста, более того, он может быть внешне даже излишне контактным без учета ситуации и содержания общения («аутизм наизнанку», «регрессивная синтонность» по Н.А. Баранову [цит. 12, с. 418]).

Очевидно, в повседневной клинической практике происходит смешение и совмещение различных по сути понятий аутизма, а именно: аутизма как феномена, описанного Е. Bleuler [3], в основе которого лежит интроверсия, по С.Г. Юнгу [23]: аутизма как врожденного личностного расстройства с очерченным симптомокомплексом в рамках перверзного развития личности, по Каннеру и Аспергеру; аутизма как симптомокомплекса в рамках различных психопатологических процессов, имеющих самостоятельное нозологическое обозначение.



Рисунок 1. Проявления аутизма.

В частности, в последнее время очень часто приходится слышать в докладах и на защитах диссертаций и видеть на страницах научных книг упоминание об аутизме как о болезни. Если с этим согласиться, то сразу придется закрыть вопрос о разграничении двух нозологических единиц и объединить их в одну нозологию - шизофрению. Как нам представляется, чтобы избежать подобного, необходимо принять как непреложное утверждение, что невозможна диагностика проявлений аутизма ни как самостоятельной нозологии, ни как симптомокомплекса в рамках какой бы то ни было нозологической единицы без верифицированных проявлений интроверсии, по С.Г. Юнгу [23].

В современных работах больше внимания уделяется аутизму Каннера, т. е. тяжелым формам РДА с грубым нарушением развития дисгармоничного или олигофреноподобного типа. При этом почти не встречается исследований более мягкой формы РДА – синдрома Аспергера. Впрочем, и L. Kanner [24], и H. Asperger [22] описывали весьма похожие клинические состояния, но сейчас считается общепринятым относить к синдрому Каннера более тяжелые, а к синдрому Аспергера – более мягкие формы аутизма без явной интеллектуальной недостаточности. Аутизм Аспергера принято идентифицировать с шизоидной психопатией (или «расстройством личности», по МКБ-10). Если аутизм Каннера следует дифференцировать с тяжелыми (прогредиентными) формами ранней детской шизофрении, то проявления аутизма Аспергера во многом клинически сходны с постпроцессуальным дефектом при легких (малопрогредиентных) формах рано начавшейся шизофрении.

Таким образом, с нашей точки зрения, которой мы и придерживаемся в дифференциальной диагностике, РДА – это врожденная особенность характера, пожизненное расстройство, для максимальной коррекции требующее многолетних усилий разнопрофильных специалистов. Под диагнозом «РДА», известным и родителям, и специалистам немедицинского профиля, во многих случаях скрывается ранняя детская шизофрения.

Ранняя детская шизофрения – процессуальное заболевание, неминуемо приводящее к более или менее тяжелому нарушению развития и оставляющее более или менее выраженный резидуальный след на всей психической структуре личности. Правильное лечение больных шизофренией детей не только ослабляет симптоматику и создает условия для коррекционной помощи, но и снижает выраженность процессуального личностного дефекта.

Действительно, и при РДА, и при ранней детской шизофрении отмечаются одни и те же расстройства: наряду с выраженной интровертированностью наблюдаются аффективные расстройства, сверхценные увлечения, необычные влечения и страхи, патологические фантазии, а главное – кататонические и регрессивные расстройства. Дифференциальная диагностика практически невозможна, если четко не обозначить сущность каждого из этих патологических состояний. Рано начавшаяся шизофрения, как и всякая другая шизофрения, развиваясь по своим эндогенным законам, имеет начало и стадии прогредиентного (т. е. прогрессирующего) течения и регрессиентного (т. е. ослабевающего) течения, иногда с полным исчезновением продуктивной симптоматики. Таким образом, для установления диагноза шизофрении важно найти начало болезни, психоз с особой симптоматикой, который возникает после более или менее продолжительного периода нормального развития ребенка, не вызывающего опасений у родителей ребенка.

Между тем, далеко не во всех случаях представляется возможным выявление раннего шизофренического приступа. Нарушение развития, нередко трактуемое как результат раннего резидуально-органического поражения ЦНС или соматического неблагополучия, в этих случаях отмечается по существу с рождения ребенка, т. е. в данном случае речь идет о врожденных формах шизофрении, описанных как и внутриутробные приступы-шубы во многих работах детских психиатров. Очевидно, что здесь дифференциальная диагностика чрез-

вычайно затруднена и должна быть основана преимущественно на особенностях динамики психопатологической симптоматики. Главным диагностическим критерием при невозможности выявить начало заболевания, является признак развития с углублением и сменой симптоматики, а также нарастанием изменений личности. При раннем детском аутизме, в отличие от ранней детской шизофрении, клиническая картина оказывается более однообразной и стабильной, ограничиваясь многие годы одними и теми же расстройствами и не усложняясь за счет присоединения симптомов другого регистра.

Разграничение раннего детского аутизма и ранней детской шизофрении имеет не столько академический интерес, сколько играет принципиальную роль в отношении терапевтической позиции врача-психиатра. Если ранняя детская шизофрения – болезнь, то ее, как и всякую другую болезнь, надо лечить и лечить своевременно. Наш многолетний клинический опыт показывает, что правильное лечение больных шизофренией детей не только ослабляет симптоматику и создает условия для коррекционной помощи и улучшения адаптации больного ребенка, но и снижает выраженность процессуального личностного дефекта. Имея документальное подтверждение РДА, родители больного шизофренией, активно поддерживаемые специалистами немедицинского профиля, часто отказываются от лечения ребенка, блуждая в поисках других методов терапии (диет, ноотропов, биодобавок и т. п.). Наконец, они все же просят начать лечение, но иногда бывает уже поздно, когда период активного течения болезни окончен и проявляется только выраженный специфический личностный дефект.

Еще более болезненным является официальное установление диагноза умственной отсталости у ребенка, больного шизофренией. Кажется, какая разница, если у ребенка все равно олигофреноподобный дефект и он представляется необучаемым. Кроме того, что надо быть честным во всем, касающемся ребенка и его родителей и лечить ребенка в соответствии с его расстройствами, встречается немало случаев, когда после окончания активного периода болезни (продолжительного психоза) ребенок оказывается способным к обучению и серьезно морально страдает из-за того, что перед ним открыта только вспомогательная школа, и тем более если он признан необучаемым.

Следующим моментом, также имеющим прямое отношение к РДА и ранней детской шизофрении, является их ошибочная диагностика как задержки развития вследствие раннего резидуально-органического поражения. И шизофрения, и РДА могут возникнуть не только у детей с ранней резидуально-органической церебральной недостаточностью, но и у детей с хромосомными заболеваниями, и у детей с тяжелыми эндокринными заболеваниями, и у детей с ДЦП. Одно другому не мешает, но зато очень мешает адекватной диагностике. Ребенок имеет все признаки раннего органического поражения ЦНС, что подтверждается и неврологическим и параклиническими обследованиями, и наличием церебрастенического синдрома или энцефалопатии. Но грубо диспропорциональное развитие, вычурные стереотипии, нелепые страхи, архаичные симптомы, регресс поведения и навыков совсем не укладываются в клинику собственно органического поражения ЦНС. Между тем ребенок по назначению сначала невролога, а затем и психиатра получает лечение ноотропами, ангиопротекторами, витаминами, аминокислота-

ми, мочегонными средствами. И это правильно, но при своевременной диагностике эндогенного заболевания или РДА на фоне очевидной резидуально-органической недостаточности в лечении ребенка невозможно обойтись без специфической психотропной терапии. Кроме того, многие препараты, которые назначаются для активизации развития (например, ноотропы со стимулирующим действием) приводят к усилению или возникновению кататонического возбуждения. Родители, полностью доверяющие врачу, мужественно соблюдают его рекомендации, и только ретроспективно удается выяснить, что обострение основного заболевания было спровоцировано именно такими ноотропами.

В последние годы, однако, все чаще и чаще отмечается и противоположная тенденция, когда задержки развития в связи с ранней резидуально-органической церебральной недостаточностью ошибочно расцениваются как РДА. Здесь видимость дефицита общения возникает в силу выраженной задержки интеллектуального развития, отсутствия или недоразвития речи, психоорганического синдрома с чрезмерной утомляемостью, истощаемостью, робостью и «бестолковостью». Такие дети либо вялы, безынициативны, требуют стимуляции, либо, что бывает значительно чаще, двигательны расторможены, не способны к целенаправленной деятельности, не концентрируют внимания даже в простой игре и взаимодействии с другими детьми. В отличие от истинных аутистов, у таких детей сохранным остается эмоциональное ядро личности: они искренне любят родителей, ласковы, стремятся к тактильному контакту, сохраняют возможность сопереживания, порой тяжело переживают неудачные попытки общения со сверстниками. Они стремятся познакомиться и поиграть с другими детьми, но из-за непонимания условий игры, невозможности полноценного речевого контакта, хаотичной двигательной активности, недержания аффекта не принимаются ими или подвергаются откровенным издевательствам. Между тем главным в дифференциальной диагностике остается все же отсутствие специфических продуктивных симптомов аутизма и, прежде всего, нелепых, вычурных кататонических расстройств.

Наконец, с проявлениями РДА внешне сходна клиническая картина ранних (наступающих в младенческом или младшем дошкольном возрасте) затяжных депрессивных состояний – невротических (обусловленных материнской депривацией, хронической психогенной травматизацией) или эндогенных (в основном в рамках циклотимоподобной шизофрении и, реже, циклотимии). В этих случаях отгороженность, «депрессивный аутизм», приостановка развития или ощутимый регресс поведения и навыков, отсутствие естественного возрастного усложнения игры или даже ее полное отсутствие нередко диагностируются как ранний детский аутизм. Не только отсутствие антидепрессивной терапии, но и активное стимулирующее лечение и избыточно интенсивная коррекционная работа с таким ребенком нередко ведут к углублению и затягиванию депрессивного состояния. В дифференциальной диагностике в этих случаях необходимо учитывать свойственный детской депрессии «пульсирующий» характер психических расстройств с чередованием «светлых» периодов с ухудшением состояния, выраженность эмоциональных проявлений, плаксивость, отдельные высказывания (конечно, при наличии речи) депрессивного содержания (идей заброшенности, ревности, неуверенности в материнской любви и, значительно реже,

собственной неполноценности). Кроме того, важным для окончательной диагностики является обязательный выход из болезненного состояния с минимальным эмоциональным изъёмом и постепенным восполнением той задержки развития, которая возникла во время депрессивного состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А.К. Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. - Рига. Т.1, 1985. - С. 224-227.
2. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера. - Ж. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова - 1974, вып. 10. - С. 1538-1542.
3. Блейлер Э. Аутистическое мышление / Пер. с нем. и предисловие д-ра Я.М. Когана. - Одесса: Полиграф, 1927. - 81 с.
4. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). — М.: Медицина, 1971. — 128 с.
5. Гиляровский В.А. Профилактика нервных и психических болезней детского возраста. - В кн.: Профилактика нервных и психических заболеваний. - М., 1928. - 197 с.
6. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. -М.: Госиздат, 1932. - 231 с.
7. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л.: Медицина, 1981. - 190 с.
8. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Автореферат дис. ... докт. мед. наук. - М., 1995. - 48 с.
9. Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А. и др. Актуальные проблемы психического здоровья детей раннего возраста // Мат-лы V Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Москва, 24-27 сентября 2013 г. - М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. - С. 3-4.
10. Озерецкий Н.И. Психопатология детского возраста. - Л.: Учпедгиз. Ленингр. отд-ние, 1938. - 328 с.
11. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство / Под ред. Н.В. Симашковой. - М.: Авторская академия, 2013. - 264 с.
12. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1. / Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - 712 с.
13. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. - М.: Изд-й дом Вида-М., 2011. - 336 с.
14. Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е. Психиатрия и искусство. - М.: Изд. дом Вида-М., 2015. - 376 с.
15. Самохвалов В.П. Психиатрия и постмодернизм: из прошлого в будущее // Неврологический вестник. - 2016, Т. XLVIII, вып.4. - С. 63-66.
- 16.20. Симашкова Н.В., Якупова Л.П., Башина В.М. Клинические и нейрофизиологические аспекты тяжелых форм аутизма у детей // Ж., невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. - 2006, Т. 106, № 7. - С. 12-19.
17. Сухарева Г.Е. Шизоидные психопатии в детском возрасте // Вопр. педо-

логии и детской психоневрологии. - М., 1925. Вып. 2. - С. 157-187.

18. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Ж. неврол. и психиатр, им. С.С. Корсакова - 2005, Т 105. - С. 4-13.

19. Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Бугрий СВ. Эволюционный патоморфоз психического онтогенеза. Часть I (Эссе) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2018 (18), № 4. - С. 110-131.

20. Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Бугрий СВ.. Эволюционный патоморфоз психического онтогенеза. Часть II (Эссе) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2019 (19), № 1. - С. 101-124.

REFERENCES

1. Anufriev A.K. Kozlovskaja G.V. Izuchenie shizotipicheskogo dizontogeneza u detej rannego vozrasta gruppy vysokogo riska po jendogennym psihozam // XI s#ezd nevropatologov, psihiatrov i nejrohirurgov Latvijskoj SSR. - Riga. T.I., 1985. - S. 224-227.

2. Bashina V.M. O sindrome rannego detskogo autizma Kanner. - Zh. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. - 1974, vyp. 10. - С 1538-1542.

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

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

5. Giljarovskij V.A. Profilaktika nervnyh i psihicheskikh boleznej detskogo vozrasta. - V kn.: Profilaktika nervnyh i psihicheskikh zabolevanij. - М., 1928.- 197 с.

6. Gurevich M.O. Psihopatologija detskogo vozrasta. - М.: Gosizdat, 1932. - 231 s.

7. Kagan V.E. Autizm u detej - L.: Medicina, 1981. - 190 s.

8. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta (klinika, jepidemiologija i voprosy abilitacii): Avtoreferat dis. ... dokt. med. nauk. - М., 1995.-48 s.

9. Kozlovskaja G.V., Ivanov M.V., Kalinina M.A. i dr. Aktual'nye problemy psihicheskogo zdorov'ja detej rannego vozrasta // Mat-ly V Mezhdunarodnogo Kongressa «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy sociarno-psihologicheskogo zdorov'ja» / Pod red. A.A. Severnogo, Ju.S. Shevchenko. Moskva, 24-27 sentjabrja 2013 g. - М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. - С 3-4.

10. Ozereckij N.I. Psihopatologija detskogo vozrasta. - L.: Uchpedgiz. Leningr. otd-nie, 1938. - 328 s.

11. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo / Pod red. N.V. Simashkovej. - М.: Avtorskaja akademija, 2013.- 264 s.

12. Rukovodstvo po psihiatrii. V 2 tomah. T.I. / Pod red. A.S. Tiganova. - М.: Medicina, 1999. -712 s.

13. Samohvalov V.P., Gil'burd O.A., Egorov V.I. Sociobiologija v psihiatrii. - М.: Izd-j dom Vida-M., 2011. - 336 s.

14. Samohvalov V.P., Kuznecov V.E. Psihiatrija i iskusstvo. М.: Izd. dom Vida-M., 2015. - 376 s.

15. Samohvalov V.P. Psihiatrija i postmodernizm: iz proshlogo v budushhee

//Nevrologicheskij vestnik. - 2016, T. XLVIII, vyp.4. - S. 63-66.

16.Simashkova N.V., Jakupova L.P., Bashina V.M. Klinicheskie i nejrofiziologicheskie aspekty tjazhelyh form autizma u detej // Zh.. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. - 2006, T. 106, № 7. - S. 12-19.

17.Suhareva G.E. Shizoidnye psihopatii v detskom vozraste // Vopr. pedagogii i detskoj psihonevrologii. - M., 1925. Vyp. 2. - S. 157-187.

18.Tiganov A.S., Bashina V.M. Sovremennye podhody k ponimaniyu autizma v detstve // Zh. nevrolog. i psihiatr. im. S.S. Korsakova - 2005, T 105. -S. 4-13.

19.Shevchenko Ju.S., Gorjunova A.V., Bugrij S.V. Jevoljucionnyj patomorfoz psihicheskogo ontogeneza. Chast' I (Jesse) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2018 (18), № 4. - S. 110-131.

20.Shevchenko Ju.S., Gorjunova A.V., Bugrij S.V.. Jevoljucionnyj patomorfoz psihicheskogo ontogeneza. Chast' II (Jesse) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2019 (19), № 1. - S. 101-124.

21.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). - Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p.

22.Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv fur Psychiatrie und Nerven Krankheiten. - 1944, 117. - Pp. 76-136.

23.C.G. Jung. Uber die zwei Arten des Denkens / Wandlungen und Symbole der Libido // Jahrbuch fur psychoanalit. und psychopathol. Forschungen, III.-1911.-S. 124.

24.Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // Nerv. Child. - 1943, № 2-3. - Pp. 217-250.

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

A.A. Severnyy, N.M. Iovchuk

DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE DELIMITATION OF AUTISM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (CLINICAL ESSAY)

Association of Child Psychiatrists and Psychologists, Research Center of Mental Health (Moscow).

Summary. A brief history of the consideration of the problem of autism in children and adolescents is stated. The possible reasons for the current increase in the diagnosis of autistic disorders in childhood, including the erosion of the boundaries of autistic disorders, overdiagnosis as the main causal factors, according to the authors, are indicated. The main directions of coverage of autistic manifestations in the scientific literature are formulated. Differential diagnostic approaches to the separation of autism from various psychopathological symptom complexes in children and adolescents are described.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, overdiagnosis, differential diagnosis, childhood schizophrenia, depression, cerebral organic disorders.

С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева

**ИДЕНТИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ
С УЧЕТОМ ТИПОВ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Республика Узбекистан).

Резюме. В статье представлены результаты исследования, которые позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков с учетом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать психологическую и психотерапевтическую помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования. В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи и семейных взаимоотношений в формировании гармонично развитой личности.

Ключевые слова: семья, подростки, личностные особенности, эмоциональные расстройства, суицидальное поведение, самоповреждения.

Введение. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2]. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств в силу несформированности антисуицидальных барьеров и отсутствия осознания всей ценности жизни у подрастающего поколения [8]. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти [3]. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов в настоящее время отмечается и увеличение количества завершенных суицидов как варианта реакции протеста во внутрисемейных взаимоотношениях [4]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [1]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [9]. В своих исследованиях российские и зарубежные психиатры проводят корреляционную взаимосвязь суицидальных тенденций с девиантными и делинквентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения [6, 10, 12]. Возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами [3, 11]. По мнению Н.Ю. Жуковой, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних психосоциальных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих саморазрушающее поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [7]. По данным исследований Е.А. Григоренко, для подростков с высоким суицидальным риском характерны следующие особенности характера: неуверенность, робость, отвержение

социальным окружением, чувство ненужности и никчемности; переживание несовершенства своей внешности, пассивность и беспомощность в разрешении трудных ситуаций и конфликтов в быстро меняющемся социуме [5].

Цель исследования: изучить влияние семейных взаимоотношений и стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: объектом для обследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 (F91.2). Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степени депрессивной патологии. Для диагностики параметров семейной системы применялся опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера. «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (K. Posner, D. Brent, C. Lucas, 2009) использовалась для оценки суицидальных тенденций. Шкала оценки депрессии Цунга наиболее достоверно измеряла депрессивную симптоматику подростков, а для выявления уровня тревоги был использован опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина. Для определения конституционально-личностных особенностей подростков был применен патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

Результаты исследования и обсуждение. В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. Наличие в роду хронического алкоголизма родителей и психической патологии у родственников установлено у 37% исследуемых. У них наблюдались конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия.

Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к асоциальному поведению с мелкими правонарушениями, с гедонистическими наклонностями, воспитанных в дисфункциональных семьях с деструктивным типом родительского руководства, спровоцировавшим в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внима-

ния и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологического формирования личности. Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые «группы смерти» виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр.

В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального. Согласно классификации А.Е. Личко и Э.Г. Эйдемиллера, мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования, подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией - доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%).

В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей. При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. В крайних формах это выражалось в полном пренебрежении нуждами ребенка в первичных потребностях, питании, одежде. Иногда выявлялась скрытая гипопротекция, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществлялся, но на деле отличался крайним формализмом. При этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту, был подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующую гиперпротекцию установили, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка. При этом имелись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Данный вид гиперпротекции соотносится с авторитарным стилем воспитания, родитель зачастую является непререкаемым авторитетом, его воля в семье считается законом. Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Подросткам с ранних лет внушалось, что они лучшие, одаренные, талантливые, формировалось стремление к лидерству и перфекционизму. Такие семьи мы относили к

категории потворствующей гиперпротекции. При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, которым уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими, несоразмерными вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием. О повышенной моральной ответственности можно было говорить в семьях, где родители питали слишком большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пытались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты, навязывали свое мнение, ограничивали самостоятельность, право выбора, требовали от подростка стремления к совершенству и успеху.

В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. С помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Истероидные акцентуанты характеризовались чрезмерно яркой внешностью, вульгарностью, лживостью, демонстративностью и театральностью. В структуре неустойчивых личностей на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, невозможностью создавать теплые дружеские взаимоотношения со сверстниками. Среди всех обследованных психастенический тип личности встречался в 25,5% случаев, и для этих подростков характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием тревожно-фобических расстройств. Подростки с психастеническими чертами характера были подвержены сомнениям, страхам, навязчивым воспоминаниям, у них отмечались эпизоды немотивированной тревожности, трудности социальных контактов, замкнутость и нерешительность.

Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 71% пациентов, в 29% случаев - депрессивное расстройство средней степени. Клиническая картина депрессивной патологии проявлялась снижением школьной успеваемости, ухудшением сна и отсутствием аппетита, изменениями поведения, нарушениями взаимоотношений с учителями и со сверстниками, отгороженностью от родителей и замкнутостью. Проведение теста-опросника Спилбергера-Ханина установило наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у

93% подростков. Тревога средней степени выраженности констатировалась у 56% подростков, у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги, и у 16% подростков установлена выраженная тревога.

Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска», примененная для оценки суицидальных тенденций, определила наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с планированием у 42% обследуемых, в 33% случаев подростки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки демонстративно-шантажного характера. В основном это было нанесение поверхностных ран в области сгибов руки и прием лекарственных таблеток в больших количествах. Манипулятивные суицидальные попытки были спровоцированы вследствие следующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с родителями (50% случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25%), конфликты со сверстниками (15%), личностные проблемы (10%). Большинство подростков скрывало наличие суицидальных намерений от родителей и близких, выявить их удавалось при изучении переписок в социальных сетях Интернета или при просмотре их дневниковых записей и рисунков.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование установило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуации характера подростков, с высоким уровнем личностной и ситуационной тревожности, со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции подростковых суицидов для снижения риска суицидальной готовности среди данного контингента населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Вопросы науки и образования / Научно-практический журнал. 2019. № 6 (52) март. С. 54-59.
2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков // Человеческий фактор: социальный психолог. 2019. № 1 (37). С. 196-202.
3. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью // Сборники конференций НИИ Социосфера. 2014. № 23. С.45-48.
4. Герасимчук М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: Сб. научных статей I научно-практической конференции / Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии. – СПб.: СИНЭЛ, 2016. - С. 17-20.
5. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.
6. Григорьева Д.П., Егорова В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Казанская наука. 2016. № 12. С. 151-154.
7. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к самораз-

рушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 4. С. 27-33.

REFERENCES

1. Abdullaeva V.K. Vliyanie stilej roditel'skogo vospitaniya na formirovanie suicidal'nyh tendencij u podrostkov. // Voprosy nauki i obrazovanija / Nauchno-prakticheskij zhurnal. 2019. № 6 (52) mart. S. 54-59.
2. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K. Vzaimosvjaz' lichnostnyh osobennostej i suicidal'nyh tendencij u podrostkov // Chelovecheskij faktor: social'nyj psiholog. 2019. № 1 (37). S. 196-202.
3. Babarakhimova S.B., Iskandarova Zh.M. Jemocional'nye rasstrojstva u podrostkov s komp'juternoj zavisimost'ju // Sborniki konferencij NII Sociosfera. 2014. № 23. S.45-48.
4. Gerasimchuk M.Ju. Suicidologicheskij pasport depressii // Suicidologija – aktual'nye problemy, vyzovy i sovremennye reshenija: Sb. nauchnyh statej I nauchno-prakticheskij konferencii / Associacija kognitivno-povedencheskoj psihoterapii. – SPb.: SINJeL, 2016. - S. 17-20.
5. Grigorenko E.A. Problema suicidal'nogo povedenija podrostkov (obzor literatury) // Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki. 2016. № 5. S. 40-45.
6. Grigor'eva D.P., Egorova V.N. Predstavlenija podrostkov o faktorah suicidal'nogo povedenija // Kazanskaja nauka. 2016. № 12. S. 151-154.
7. Zhukova N.Ju. Vzaimosvjaz' otnoshenija k smerti i sklonnosti k samorazrushajushhemu povedeniju u podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 4. S. 27-33.
8. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents // Journal Sciences of Europe / Praha, Czech Republic. VOL 1, No 37 (2019): pg. 7-8
9. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019): pp. 52-55
10. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. BMJ, 349: pg. 50-54.
11. Skegg K. (2005) Self-harm. The Lancet, 366(9495): pg. 147–148.
12. Wasserman D. Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Jun; 50(6): 973-82.

S.B. Babarakhimova, V.K. Abdullaeva

THE IDENTIFY SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS, TAKING INTO ACCOUNT TYPES OF FAMILY RELATIONSHIP Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan).

Summary. The article presents the results of the study, which allow to identify risk groups for suicidal readiness among this group of patients, taking into account types of family relationship, and timely provide medical, psychological and psycho-correctional assistance to parents and children, predict suicidal behavior at the earliest stages of its formation. In the prevention of teen suicides an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

Keywords: family; adolescent; personal characteristic; emotional disorders; suicide behavior; self-harm.

Е.О. Смирнова**ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К СВЕРСТНИКАМ
У ДОШКОЛЬНИКОВ, РАСТУЩИХ БЕЗ СЕМЬИ¹****Психологический институт РАО (Москва).**

Дети, живущие в закрытых детских учреждениях (детских домах и домах ребенка) представляют собой совершенно уникальный контингент. Можно было бы думать, что ребенок, воспитывающийся без родителей, предоставленный самому себе, получающий при этом хороший уход и нормальное медицинское обслуживание, обеспеченный игрушками и посещающий учебные занятия, располагает всеми возможностями для развития своей самостоятельности и активности. Однако, первое, что отмечают педагоги и психологи при исследовании таких детей - это сниженный уровень инициативности и самостоятельности, их безразличное, пассивное отношение ко всему окружающему [3].

Как было показано в исследовании С.Ю.Мещеряковой, в раннем возрасте эти дети не проявляют яркого интереса к предметам, пассивны в своей предметно-манипулятивной деятельности и, как правило, не привлекают к ней взрослых [3, глава 2]. При виде новых игрушек они чаще всего проявляют страх и желание спрятаться от новых непонятных впечатлений. Значительно позже своих семейных сверстников они начинают реагировать на положительные и отрицательные воздействия взрослого, они не чувствительны к оттенкам отношений взрослого и проявляют своеобразную эмоциональную глухоту. Дети в домах ребенка слабо различают порицания и поощрения взрослого и почти не реагируют на них. Такая нечувствительность к оценке приводит к существенной задержке в предметных действиях и в развитии речи, поскольку и то, и другое требует ориентации на взрослого как на образец и способности менять свои действия под влиянием его замечаний.

Еще большие различия наблюдаются между детьми из семьи и из детского дома в дошкольном возрасте. Прежде всего существенно различается уровень общения ребенка со взрослым. При нормальном развитии общения на протяжении дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) сменяются три формы общения, для каждой из которых характерно свое содержание коммуникативной потребности [1]. и свои мотивы. В младшем дошкольном возрасте ведущей выступает ситуативно-деловая форма общения, когда доминируют деловые мотивы общения и потребность в сотрудничестве со взрослым. К 4-5 годам складывается внеситуативно-познавательное общение, когда взрослый становится источником новых знаний и на первый план выходят познавательные мотивы общения, а вместе с ними – потребность в уважении и положительной оценке взрослого. К концу дошкольного возраста возникает внеситуативно-личностная форма общения, когда появляется стремление к сопереживанию и взаимопониманию и взрослый начинает выступать не только как партнер по игре или источник информации,

¹Доклад на Конгрессе по детской психиатрии (Москва, 25-28 сентября 2001 г.).

но и как носитель социальных и индивидуальных качеств.

Дошкольники из детского дома, как правило, не способны к внеситуативно-познавательному, а тем более личностному общению со взрослым, хотя потребность в общении с ним выражена у них даже более ярко, чем у семейных детей. Но эта потребность ограничена стремлением к физическому контакту со взрослым, к его вниманию и доброжелательности, что при нормальном развитии характерно для младенцев первого полугодия жизни. Гораздо предпочтительнее любых разговоров и любой совместной деятельности остается для них прямой физический контакт: даже 5-6-летние дети стремятся забраться на колени взрослого, обнять его, взять за руку и пр. Потребность в эмоциональном, ситуативно-личностном общении, оставшаяся неудовлетворенной в младенческом возрасте, остается главной даже у старших дошкольников. Такое искажение в развитии общения со взрослым отражается на других сферах психической жизни детей, растущих без семьи. Существенно отличаются и игры воспитанников детского дома. Игровые действия они осуществляют формально, не осмысливая и не переживая их, хотя внешний рисунок этих действий может вполне соответствовать выбранному сюжету.

Важной отличительной особенностью воспитанников детского дома является их повышенная ситуативность, которая проявляется и в поведении, и в представлениях, и в желаниях ребенка. В отличие от своих семейных сверстников, они неспособны самостоятельно выполнять правила игры, владеть своим поведением, сдерживать свои непосредственные желания. Сами эти желания, как правило, не осознаются или имеют ситуативный характер. Так, на вопрос взрослого, «Что ты больше всего любишь?» или «Что бы ты попросил у волшебника?», детдомовские дети называли какой-нибудь предмет, который находился у них перед глазами: мишку, стул, карандаш. Их желания, как правило, совпадали с конкретной ситуацией и с воспринимаемыми предметами. В отличие от этого, дошкольники того же возраста (5-6 лет) из семьи давали на те же вопросы самые разнообразные ответы, выходящие далеко за пределы ситуации и отражающие смыслы и ценности детской жизни [3, глава 4].

Столь же ситуативными и однообразными являются представления этих детей о собственной жизни и собственных действиях. Большинство воспитанников детского дома не в состоянии рассказать, чем они занимались на занятии всего полчаса тому назад, что они будут делать вечером. Их воспоминания и планы сводятся исключительно к режимным моментам: спать, гулять, есть. Такая стереотипность и однообразие представлений детей может отчасти объясняться бедностью их впечатлений или отсутствием ярких событий. Однако, как показывают исследования, это не является главным.

Специальные эксперименты показали, что дети, воспитывающиеся в условиях детского дома, не выделяют себя из коллектива. Все происходящее ребенок воспринимает не как события своего личного опыта, а отстраненно, как нечто не имеющее к нему отношения. Например, они могут не помнить какую-нибудь интересную игру, в которую играли вчера, или не заметить, что происходит на сцене театра. Один и тот же эпизод, который становится волнующим событием для ребенка из семьи, для воспитанника детского дома остается незамеченным. Невыделенность себя и неразвитость самосознания ребенка в дошкольном возрасте прояв-

ляются в эмоциональной глухоте, в отсутствии ярких переживаний и в ограниченности внутренней жизни ребенка [5]. Таким образом, как показывают исследования, дети, растущие в дефиците личностного общения со взрослыми, отличаются неразвитым самосознанием и невыделенностью себя из окружающего мира.

Но отражается ли это обстоятельство на взаимоотношениях детей? Ведь в детском доме они имеют неограниченную возможность для общения со сверстниками, для налаживания самых близких и разнообразных отношений с другими детьми. Кроме того в детском доме дети постоянно живут общей жизнью: они находятся вместе, у них общие предметы, общие занятия, единое пространство жизнедеятельности, одни и те же воспитатели. Казалось бы все это должно связывать и объединять детей. Но достаточно ли этого пространственно-временного единства для формирования психологической общности детей? Стимулирует ли они полноценное развитие детских межличностных отношений? В семье ребенок растет, как правило, в обстановке любви и внимания, испытывая не только объектное, оценочное но и личностное отношение окружающих взрослых которое характеризуется чувствительностью к потребностям ребенка и его безусловным принятием. В детском доме дети являются для взрослых скорее объектом ухода или обучения, чем полноценными субъектами собственной жизни. В то же время в детском доме, в отличие от семьи, дети с раннего возраста живут вместе со сверстниками, их связывают общая жизнь и общие переживания. Что же является более важным для развития межличностных отношений - богатый опыт общения и совместная жизнедеятельность или личностное отношение взрослого? Для ответа на этот вопрос было проведено специальное экспериментальное исследование, в котором сравнивался характер межличностных отношений дошкольников в двух выборках - у детей, растущих в семье, и воспитанников детского дома.

В качестве методов использовались: наблюдение за свободным взаимодействием детей, анализ детских конфликтов, а также две игровые методики - Лото и Строитель. Коротко остановимся на их содержании. В методике «Лото» детям предлагалось поиграть в новую интересную для них игру - заполнить карточки Зоологического лото соответствующими изображениями животных - наперегонки. Обычно дети заинтересовывались игрой и стремились поскорее ее начать. Но при распределении карточек «внезапно» обнаруживалось, что карточек не хватает: их на одну меньше, чем детей. Возникала достаточно сложная ситуация: ребятам предстояло сделать выбор - кто будет играть сначала, а кто потом. Если никто из детей не мог уступить, детям предлагалось тянуть жребий. В методике «Строитель» участвовали двое детей - сторож и строитель, которые по очереди осуществляли строительство задуманного объекта - один строил, а другой наблюдал. В ходе строительства взрослый 3 раза хвалил и 3 раза порицал строящего ребенка и его работу, обращаясь при этом к наблюдающему и пытаясь согласовать с ним свою оценку. Кроме того в группах дошкольников организовывались спортивные соревнования, где дети могли «болеть» друг за друга и поддерживать товарищей. Во всех ситуациях фиксировались следующие показатели:

- эмоциональная вовлеченность ребенка в свои действия и действия сверстника;
- реакции на успех и оценку своих действий и действий сверстника;

- просоциальность поведения ребенка (способность уступить, поделиться, помочь другому).

Данные показатели оценивались по специально разработанным шкалам.

В экспериментах участвовали две группы детей: дошкольники 4-6 лет, воспитывающиеся в семье и посещающие детский сад, и воспитанники детского дома того же возраста. Следует отметить, что выбранный детский дом считается одним из лучших в Москве, поскольку дети там материально лучше обеспечены, чем в других детских домах.

Остановимся на полученных результатах.

Результаты наблюдения за свободным взаимодействием детей, живущих в семье и в детском доме, выявили серьезные качественные и количественные отличия в поведении. В первую очередь бросается в глаза то, что для детей, растущих в детском доме, характерно равнодушное и даже пренебрежительное отношение к сверстникам. Они как бы не видят и не слышат друг друга. Если в детском саду дети достаточно активно взаимодействуют друг с другом, живо интересуются действиями сверстника, их реакцией на собственные успехи, то в детском доме дети практически не замечают не только действий сверстника, но и его очевидных и острых эмоциональных реакций. В подтверждение этого приведем несколько примеров.

Люба (5 лет) сидела на скамеечке и рисовала. К ней подошел Леша, сел рядом и толкнул Любу так, что она упала. Видимо, больно ударившись, она начала громко плакать, но ни Леша, ни кто-либо другой из детей не обратили на это никакого внимания и тем более не попытались помочь девочке или пожалеть ее. Юра (4,6 лет) на прогулке выхватил у Лены куклу и сильно толкнул ее. Она упала и стала громко плакать навзрыд. Ни один ребенок не обратил внимания на происходящее. Остальные не проявили не только сопереживания, но и никакого внимания к плачущей девочке. Вскоре Лена успокоилась, сама встала и пошла, не проявляя никаких эмоций, будто ничего не произошло.

Можно было бы привести еще множество примеров, которые иллюстрируют безразличие детей друг к другу и полное отсутствие чувствительности к переживаниям сверстника. Кроме того обращает на себя внимание тот факт, что у детей, воспитывающихся в детском доме, в отличие от семейных, нет явных предпочтений в общении. В детском саду уже в 4-5-летнем возрасте можно наблюдать устойчивые пары или небольшие группы детей, постоянно общающихся между собой. В детском доме таких предпочтений не было, дети одинаково общаются со всеми, не образуя устойчивых групп. Если в детском саду, начиная с 5 лет, уже существуют лидеры внутри группы, то в детском доме никакого явного лидера не существует; никто не выделяется из коллектива; все дети ведут себя сходным образом, никто не демонстрирует индивидуального стиля поведения.

Похожие результаты выявились и при анализе игровых методик (Лото и Строитель). Дети из детского дома были значительно меньше заинтересованы своей собственной деятельностью, чем дети из семьи. Если семейные дети сосредоточенно и с интересом выполняли данное им задание (собрать карточку Лото или построить дом) и целиком погружались в процесс работы, то воспитанники детского дома не проявили никакого интереса к порученным действи-

ям, были рассеяны и невнимательны к тому, что они делают. Показатель вовлеченности в свою деятельность был у них более чем в 2 раза ниже, чем у семейных детей (6 баллов против 14). Значительно больше привлекала их возможность общения со взрослым – они стремились подойти поближе, прикоснуться к нему, часто посматривали, смущались и пытались угодить ему. Очевидно, что взрослый интересовал их больше, чем собственные предметные действия.

Еще более разительные отличия были получены при сравнении эмоциональной вовлеченности в действия сверстника. Дошкольники из семьи, особенно в 5-летнем возрасте, проявляли яркий интерес к работе сверстника – внимательно следили за его действиями, комментировали их, давали советы, иногда даже забывая о своих задачах. Воспитанники детского дома, напротив, практически не проявляли интереса к работе сверстников – часто отвлекались, заговаривали с экспериментатором на посторонние темы. В результате, по суммарным баллам, оказалось, что вовлеченность в действия сверстника у детдомовских детей в 3 раза ниже, чем у семейных (5,4 и 15 баллов соответственно).

Интересные различия были выявлены в реакциях детей на оценку своих действий и действий сверстника. Дети из семьи были значительно больше ориентированы на оценку собственных действий – постоянно ждали оценки взрослого, а иногда даже требовали ее. Дети из детского дома, обычно не требовали оценки экспериментатором и очень слабо реагировали на нее. Оценка была для них только проявлением внимания со стороны взрослого. Для них значительно важнее было общее расположение взрослого, чем его конкретная оценка их деятельности. Дети из семьи реагировали на положительную оценку сверстника достаточно спокойно и доброжелательно, за исключением некоторых 5-летних детей, которые проявляли резко негативное отношение к работе сверстника, стараясь свести на нет все его достижения. При этом они постоянно сравнивали работу сверстника со своей.

Дети из детского дома также не были безразличны к оценке сверстника. На фоне общего равнодушия к работе другого ребенка и низкой эмоциональной вовлеченности в его действия наблюдалась относительно яркая реакция на положительную оценку действий сверстника. Даже те, кто совершенно не обращал внимания на своего партнера, очень живо откликались, когда слышали, что взрослый хвалил его. Они как правило, сразу смотрели на своего партнера, на то, что он делает, и пытались переключить на себя внимание взрослого: «Я тоже могу», «У меня тоже все хорошо». Здесь наблюдалась своеобразная ревность. Было очевидно, что они боялись потерять внимание и расположение взрослого и в сверстнике видели угрозу для себя. При этом какой-либо возрастной динамики здесь не наблюдалось – 6-летние дети реагировали на поощрение сверстника столь же ревностно, как и 5-4-летние. Согласие с положительной оценкой сверстника наблюдалось у них лишь в исключительных случаях. В отличие от этого с отрицательной оценкой сверстника они соглашались практически всегда. Воспитанники детского дома охотно подтверждали негативную оценку взрослым сверстника, не обращая особого внимания на результат его работы и не задумываясь над тем, насколько эта оценка справедлива.

В выборке семейных детей по данному показателю наблюдалась ярко выраженная возрастная динамика: если дети 4 и 5 лет, как правило, подтверждали

отрицательную оценку сверстника, то в 6 лет большинство детей не соглашалось с ней. В этом возрасте ребята становились более внимательными к настроениям и состояниям сверстников и стремились не огорчать их.

В качестве примера можно привести поведение Саши, который работал в методике «Строитель» в паре с Асей. Сначала он охотно соглашался, что у Аси ничего хорошего не получается, но заметив, что девочка сильно расстраивается и не пытается с ним спорить, стал яростно хвалить ее работу, хотя у на самом деле у Аси по-прежнему получалось все не слишком хорошо. По окончании строительства взрослый просил ребенка-наблюдателя самостоятельно оценить результат работы сверстника.

В семейной выборке наблюдались существенные различия по характеру оценки работы сверстника в зависимости от возраста детей. Если в 4-5 лет дети часто оценивали результаты сверстника отрицательно (или безразлично), то к 6 годам значительно возросло число положительных оценок. У дошкольников из детского дома такой возрастной динамики обнаружено не было. Для детей всех возрастов была характерна неадекватно острая реакция на похвалу сверстника и полное согласие с его порицаниями. У этих детей преобладали отрицательные оценки действий сверстника на протяжении всего дошкольного возраста.

Существенно различается и характер просоциального поведения в двух группах детей. У семейных детей показатель просоциального поведения несколько снижался к 5 годам и резко возрастал к 6-летнему возрасту. Для 6-летних детей просоциальное поведение было преобладающим - они практически всегда уступали карту лото или очередь играть сверстнику, не расстраиваясь и не огорчаясь при этом, что соответствует нормальной возрастной динамике развития детских межличностных отношений [2, 4]. У детей из детского дома просоциальных актов поведения практически не наблюдалось - никто из них добровольно не уступил свою очередь играть сверстнику. Лишь двое детей 6-летнего возраста отдали свою карту лото по жребию и по настоятельной просьбе взрослого. Воспитанники из детского дома (в отличие от семейных дошкольников) категорически отказываются что-либо делать в пользу сверстника; если они и отдают доставшийся им предмет, то только по просьбе взрослого, причем именно взрослому, а не сверстнику. Все это может свидетельствовать о сниженном уровне сопереживания сверстнику.

Этот факт подтвердился также при анализе поведения детей в игре «Соревнование», где дети, наблюдая соревнующихся сверстников? могли «болеть» за них, т. е. проявлять сопереживание их успехам. Сопоставление сопереживания ровесникам у дошкольников из детского сада и детского дома свидетельствует о том, что у вторых этот феномен в контактах со сверстником фактически отсутствует. Обращает на себя внимание общая сниженность всех эмоциональных проявлений во время экспериментальной игры (у воспитанников детского дома она в 10-12 раз ниже, чем у детей из детского сада). Участники игры крайне скудно выражали свои переживания как по поводу своих успехов и неудач, так и достижений сверстника. На фоне общего безразличия к сверстнику только несколько детей 5-7 лет из детского дома задержали свое внимание на игре ровесника. Однако они делали это без какой-либо эмоциональной включенности, при минимуме выразительных средств. Такое спокойное безразличие воспитанников детского дома

особенно контрастировало с яркими эмоциональными проявлениями и полной включенностью в ту же игру детей из детского сада, которые кричали, визжали, громко выкрикивали призывы, поддерживая своих друзей.

Остановимся теперь на сравнительном анализе конфликтов между детьми, воспитывающимися в семье и в детском доме [2, исследование А.Г.Рузской]. На первый взгляд можно было бы предположить, что недоброжелательность и отсутствие сопереживания сверстнику у воспитанников детского дома будет порождать большее число напряженных конфликтов. Однако наши результаты свидетельствуют, что это далеко не так. В обеих выборках было зафиксировано примерно равное количество конфликтов. Вместе с тем, конфликты между детьми в детском саду и в детском доме различаются по целому ряду параметров.

Во-первых, поводы для конфликтов с ровесниками у дошкольников из детского сада и детского дома неодинаковы. В детском саду дети ссорятся в основном из-за игры и из-за своего места в общей игре - распределение ролей, игровых предметов, планирование сюжета игры становятся поводом для конфликта. В детском доме этот повод практически отсутствует, как и совместная игра детей. Зато достаточно часто поводом для конфликта становятся бытовые проблемы - споры из-за лучшего места, конфеты, очереди накрывать стол и пр. Но главной причиной конфликта в детском доме у дошкольников всех возрастов является внимание и доброжелательность взрослого. Дети всеми силами стремятся быть поближе ко взрослому и борются за его расположение. Приведем пример такого типичного конфликта в детском доме.

Сема начинает одаривать своими игрушками взрослого, с радостью принимая его благодарность. Другие дети, увидев это, отпихивают Сему и тоже дарят взрослому игрушки. Мальчик от обиды стал кусаться и плакать, отталкивать других, требуя внимания к себе.

В детском саду подобная причина детских конфликтов вообще отсутствует. Дети борются за признание сверстников, но не за внимание взрослого.

Второе отличие заключается в значительно меньшей эмоциональной напряженности конфликтов у воспитанников детского дома. В детском саду конфликты протекают значительно живее, ярче и энергичнее: дети дерутся, громко обвиняют друг друга, яростно спорят, выражают свой протест. В детском доме эмоции детей выражены более скудно и однообразно: плач, жалобное «скуление», пассивный уход в сторону - вот наиболее характерные формы выражения их эмоций. Наиболее типичным способом выхода из конфликта для них - жалоба взрослому с целью лишний раз привлечь его внимание. В детском саду дети чаще решают конфликты силой или с посредством договора, не прибегая к помощи взрослого.

В-третьих, различается временная структура конфликта. У дошкольников из детского сада конфликт динамичен, сжат во времени, резко обозначен эмоционально. Дети быстрее «входят» в конфликт и энергичнее выходят из него. В детском доме конфликты носят более вязкий, тягучий, эмоционально уплощенный характер. Порою трудно выявить его временные границы, поскольку четкой границы между ссорой и примирением не существует.

И, наконец, еще одно существенное отличие конфликтов в детском саду и в детском доме заключается в их различной возрастной динамике. У дошколь-

ников из семьи «пик» конфликтов приходится на середину дошкольного возраста (5 лет), после чего их количество существенно сокращается [2, 4]. В детском доме количество конфликтов последовательно нарастает от 3 к 6 годам.

Итак, проведенные эксперименты и наблюдения выявили существенные различия в отношении к сверстникам у детей, воспитывающихся в семье и в детском доме, которые заключались в следующем.

1. У воспитанников детского дома, в отличие от детей, живущих в семье, наблюдалось общее безразличие к сверстникам - их действиям и переживаниям.

2. У детей из детского дома практически не наблюдалось требований оценки взрослым, и реакция на оценку своих действий была минимальной. Вместе с тем эти дети продемонстрировали достаточно резкую неадекватную и негативную реакцию на положительную оценку взрослым их товарищей.

3. Важное отличие заключается в отсутствии сопереживания ровесникам и просоциального поведения. Напомним: в семейной выборке эти характеристики появлялись уже у 4-летних детей, а к 6 годам они становились преобладающими.

4. Существенно различается характер конфликтов в двух выборках детей. В детском доме детские конфликты являются более вязкими, затяжными, эмоционально плоскими и неопределенными. Основным поводом для конфликта является не самоутверждение в игре (как у семейных детей), а расположение взрослого.

5. Еще одно важное отличие состоит в возрастной динамике. Если в семейной выборке детей от 3 к 6 годам четко прослеживалось определенное возрастное развитие отношения к сверстнику, то у детей из детского дома такой динамики обнаружено не было. Содержание общения и характер отношения к сверстникам оставался примерно одинаковым на протяжении всего дошкольного возраста.

В заключение попытаемся проанализировать эти различия и понять их природу.

Мы зафиксировали факт чрезвычайно низкой эмоциональной вовлеченности - как в свою деятельность, так и в деятельность сверстника - у воспитанников детского дома, в сравнении с семейными детьми. Выделенные показатели эмоциональной вовлеченности отражают различные стороны психической жизни ребенка. Вовлеченность в свои действия выражает общую направленность на продуктивную деятельность, стремление получить результат, т. е. реализовать себя в предметной деятельности. Наши данные свидетельствуют о том, что у детей из детского дома такого стремления нет - они безразличны как к продукту, так и к процессу предметной деятельности.

Вовлеченность в действия сверстника свидетельствует о субъективной значимости другого ребенка. Ее отсутствие у воспитанников детского дома, по-видимому, объясняется тем, что сверстник не имеет для них субъективной значимости, а остается внешним и достаточно безразличным объектом. В отличие от взрослого, который остается для них субъективным центром любой ситуации и от которого они постоянно требуют внимания и доброжелательности. Интересно, что несмотря на эти требования, воспитанники детского дома практически никогда не ждали от взрослого оценки своих конкретных действий, в отличие от семейных детей того же возраста. Требования оценки у семейных детей, по-видимому, объясняется тем, что к 5-летнему возрасту их «Я» становится

предметно-определенным: они уже хорошо осознают свои достижения и умения, которые становятся предметом оценки - как внешней, так и внутренней. В отличие от этого воспитанники детского дома еще не выделяют своих предметных достижений как проекцию своего «Я» и требуют лишь аморфного, глобального внимания и расположения к себе. Эти требования особенно ярко обнаруживаются в конфликтах таких детей, где конкуренция из-за расположения и внимания взрослого является основной причиной детских ссор и вражды.

Оценка своих качеств и умений у детей в детском саду происходит в основном через сравнение себя со сверстником. Причем это сравнение происходит и в отсутствии реального сверстника, поскольку начиная с 4-5 лет дети осознают себя через сопоставление со сверстником. Для воспитанников детского дома другой ребенок остается внешним объектом, который мешает выполнению их желаний. Они и не сравнивают себя с ним и не вступают в диалог. У этих детей не проявляется соревновательного начала в той форме, в которой оно присуще семейным детям. Для них важнее не обогнать сверстника в каких-то своих достижениях, а обратить на себя внимание взрослого.

Здесь следует обратить внимание на различие коммуникативных потребностей этих двух групп детей. Специальный анализ показал, что у дошкольников из семьи (особенно в 4-5 лет) доминируют потребности в признании сверстников и в сотрудничестве с ними, которые реализуются в совместной деятельности. Именно эти потребности порождают многочисленные острые конфликты, отстаивание своих преимуществ, соревновательное начало в отношениях детей. В детском доме эти потребности представлены минимально, как и вообще потребность в общении со сверстниками. Главной, а для многих единственной коммуникативной потребностью для детей, растущих вне семьи, остается потребность в доброжелательном внимании взрослого, которая реализуется в поисках физического контакта и непосредственной близости. Сверстник в этой связи остается в стороне от магистральных интересов ребенка, поэтому его действия, достижения и переживания для него безразличны.

Однако, наряду с этим на фоне низкой эмоциональной вовлеченности обнаружилась острая негативная реакция на похвалу взрослым сверстника. Детдомовские дошкольники стремились нивелировать достижения сверстника, противопоставляя свои «успехи» его «неудачам». У семейных детей этот феномен также проявлялся достаточно ярко, особенно в 4-5-летнем возрасте. Однако можно полагать, что эти сходные проявления имеют различную психологическую природу. В основе конкурентного, оценочного отношения детей из детского сада лежит стремление превзойти другого, показать себе и ему свои преимущества. Это проявляется в требованиях оценки, в подчеркивании своих достоинств перед ровесниками, в постоянном сравнении своих достижений и успехов других. Дети осознают и утверждают свое «Я» через сравнение со сверстниками. У детей из детского дома в этом отношении наблюдается странная картина: при отсутствии потребности в оценке ярко проявляется отрицание достижения сверстника. По-видимому, они не выделяют и не осознают каких-либо своих качеств, умений или достижений и соответственно не оценивают сами и не ищут оценки со стороны других. Поэтому они не сравнивают себя со сверстником в этом плане и не со-

ревнуются с ним. Они осознают себя главным образом через отношение к ним взрослого, которое является основной внешней опорой их самосознания (как это бывает в младенческом возрасте). Сверстник при этом является помехой, «забирающей на себя» персональное внимание взрослого. Поэтому они всеми силами борются за расположение и внимание взрослого, стремятся переключить его на себя. Причем эта «борьба» происходит в развернутом внешнем плане. Они не сравнивают себя со сверстником во внутреннем плане и не утверждают себя посредством его. При оценке же взрослым сверстника вся ситуация сравнения разворачивается во внешнем плане, в присутствии реального сверстника и взрослого, который это сравнение провоцирует. Все это может свидетельствовать о том, что у воспитанников детского дома нет того объектного, предметного отношения к сверстнику, которое в нормальных условиях возникает к 5-летнему возрасту и является основой для конкурентного отношения к другому ребенку. Однако, личностное, субъектное отношение к сверстнику, по нашим данным, у них также отсутствует. Это проявляется в их неспособности к сопереживанию, просоциальному поведению и в общем безразличии к сверстнику.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что у детей из дома ребенка и детского дома не сформирована структура самосознания как внутренний диалог («Я-другой»). Их самосознание нуждается в постоянной внешней опоре, которую дает персональное и выраженное отношение взрослого. Другой ребенок (сверстник) не является значимым партнером по совместной деятельности и участником внутреннего диалога..

Таким образом, полученные результаты показали, что формирование и развитие отношения к сверстнику зависит не только и не столько от совместной жизни детей и возможности общаться друг с другом, сколько от уровня развития сознания и самосознания ребенка. Источником нормального развития самосознания ребенка является личностное отношение взрослого на ранних этапах онтогенеза. Именно это отношение оказывается нарушенным у детей, растущих без семьи. Ввиду недостаточности общения с близкими взрослыми и отсутствия личностного отношения к себе собственное «Я» ребенка остается невыделенным и неоформленным, что тормозит и делает невозможным гармоничное отношение не только к себе, но и к другим детям. В силу этого дети, растущие без семьи, лишены внутренней личностной устойчивости, а потому остаются зависимыми от окружающих старших людей и нуждаются в постоянной внешней опоре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. - М., Педагогика, 1986.
2. Межличностные отношения от рождения до 7 лет / Ред. Е.О.Смирнова. - М.-Воронеж, 2001.
3. Психическое развитие воспитанников детского дома / Ред. И.В.Дубровина и А.Г.Рузская. - М., Педагогика, 1990.
4. Развитие общения со сверстниками / Ред. М.И. Лисина и А.Г.Рузская. - М., 1989
5. Смирнова Е.О., Лагутина А.Е. Осознание своего опыта детьми в семье и в детском доме // Вопросы психологии, 1990, № 6.

Р.Р. Халфина¹, Е.В. Сафронова¹, А.М. Сафронов²
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКЛОННОСТИ
К ДЕЛИНКВЕНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКОВ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», ²ФГБОУ
ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М.
Акмуллы» (Уфа).

Аннотация: Делинквентность детей относится к числу важнейших показателей, характеризующих экономическое, социальное и нравственное благополучие общества. В современной России состояние делинквентности школьников вызывает тревогу у народа, общественности, врачей, педагогов. В своей работе для выявления особенностей делинквентного поведения подростков мы обратились к методикам, которые первоначально показали высокий уровень тревожности, делинквентности, нарушения поведения у подростков. Повторное исследования показало заметное улучшение. Поэтому мы считаем, что коррекция имеет важное место в преодолении делинквентного поведения подростков.

Ключевые слова: подростки, психологическая коррекция, делинквентное поведение

Актуальность. Необходимость исследования социально-психологической коррекции делинквентного поведения подростков обусловлена системой факторов теоретико-методологического и практического характера [1, 3]. Количество несовершеннолетних, имеющих отклоняющиеся формы поведения, не уменьшается. Существует большое количество исследований, посвященных коррекционной, превентивной, реабилитационной тематике в педагогике и психологии. В последние годы в связи с общесистемным кризисом общества интерес к проблеме отклоняющегося поведения среди подрастающего поколения особенно возрос, что обуславливает необходимость более тщательного исследования причин, форм, динамики делинквентного поведения у подростков и поисков более эффективных мер социального контроля – превентивных, профилактических, коррекционных, реабилитационных [7, 8, 9].

В обществе происходят сложные процессы, связанные с обострением социальной ситуации в стране, которые отражаются на людях, их физическом, психическом, материально-финансовом благополучии и косвенно на всей криминогенной обстановке в целом. Особенно остро на эти изменения реагируют дети и подростки. И одним из проявлений реагирования подростков на происходящие изменения являются правонарушения. Состояние и тенденции подростковых правонарушений являются своего рода индикатором нравственного здоровья и положения подрастающего поколения [4, 5, 6].

Организация и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБПОУ «Ишимбайское специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа для девочек с девиантным поведением». В исследовании приняли участие 10 девочек в возрасте 13 лет.

Методы исследования. В ходе исследования использовались описательные методы изложения теоретических аспектов изучаемой проблемы, эмпирические методы и системный метод обобщения полученных данных. Для решения поставленных задач были использованы методики: определение склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел); диагностика враждебности (W.W. Cook, D.M. Medley); анкета делинквентности подростков. При обработке эмпирических данных использовался статистический пакет фирмы SPSS Statistics 23 для Windows 7.

В качестве коррекции делинквентного поведения применялась разработанная система тренингов

Результаты и обсуждение. В результате проведения эмпирического исследования было установлено, что у большинства девочек-подростков обследуемой группы наблюдалось отклоняющееся поведение.

По методике А.Н. Орел «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» у 70% девочек наблюдается делинквентное поведение.

По методике W.W. Cook, D.M. Medley «Диагностика враждебности» цинизм наблюдается у 20% девочек, агрессивность – у 50% детей, враждебное поведение – у 30% детей.

Согласно анкете делинквентности подростков выявлено следующее распределение уровней делинквентности: высокий у 20% обследуемых, средний – у 50% подростков, низкий – у 30% испытуемых.

Для коррекции делинквентного поведения подростков была разработана коррекционная программа, состоящая из групповых занятий на различные поучительные темы и классных часов. Занятия проводились 4 раза в неделю. Коррекционная работа была направлена на создание благоприятных условий для воспитания и развития ребенка; устранение неблагоприятного влияния со стороны ближайшего окружения; формирование у подростка положительной «Я-концепции»; повышение мотивированности обучения; коррекция поведенческих реакций; развитие способностей и нравственных личностных ориентаций.

Для выявления эффективности тренинга, направленного на коррекцию делинквентного поведения подростков, было проведено повторное исследование с использованием тех же методик. Результаты анализа склонности к проявлению отклоняющегося поведения девочек-подростков до и после коррекционной работы отражены на рис. 1.

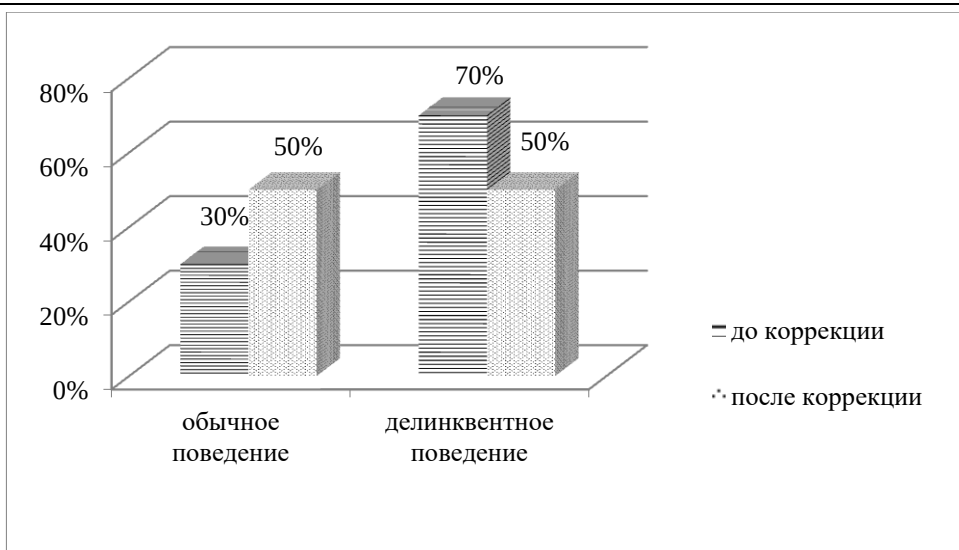


Рисунок 1. Склонность к отклоняющемуся поведению подростков до и после проведения коррекционной работы.

На рис. 1 видно, что после проведенной коррекционной работы уровень обычного поведения вырос до 50%; это значит, что в группе обычного поведения стало на 2 ребенка больше, чем до проведения коррекционной работы. Также уровень делинквентного поведения составил 50%. Повторное проведение данной методики говорит о том, что проведенная коррекционная работа является эффективной.

Результаты анализа уровня проявления делинквентного поведения подростков до и после проведенной коррекционной работы на рис. 2.

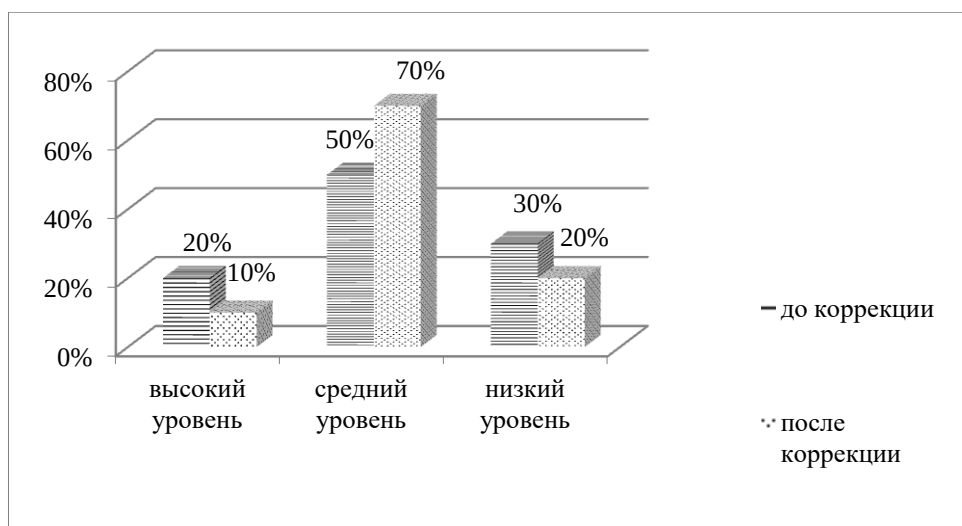


Рис. 2. Уровень делинквентного поведения подростков до и после проведения коррекционной работы.

Так, в результате коррекционной работы произошли следующие изменения: до коррекции высокий уровень делинквентности представлен у 20% подростков, после - у 10%. На начальном этапе средний уровень был выявлен у 50% девочек, после коррекции - у 70%. Низкий уровень был изначально обнаружен у 30% испытуемых, после коррекции снизился до 20%.

Выводы. При повторном тестировании высокий уровень делинквентности снизился на 10%, средний – на 20%, низкий на – 10%. Таким образом, предложенная коррекционная работа является эффективной. Об этом свидетельствуют результаты повторного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности: учебное пособие для специалистов и дилетантов. – СПб.: Речь, 2013. – 144 с.
2. Джос Ю.С., Рысина Н.Н. Характеристика взаимоотношений в семье с детьми, имеющими трудности обучения и расстройства поведения // Новые исследования. 2010. № 23. С. 38-45.
3. Коннор Д. Агрессия и антисоциальное поведение детей и подростков. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2013. – 288 с.
4. Кузнецова Н.О., Мануйлова Г.Р., Халфина Р.Р. Проявление агрессивности в юношеском возрасте в процессе межличностного общения // Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 57-3. С. 218-226.
5. Рогов Е.И., Симончик Т.В. Аддиктивное поведение подростков как отражение реалий образовательной среды // Актуальные вопросы современного образования. 2014. Т.6. С. 78-83.
6. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции: учебное пособие – М.: Московский психолого-социальный институт, 2014. – 176 с.
7. Симатова О.Б. Первичная психолого-педагогическая профилактика делинквентного поведения подростков в условиях средней общеобразовательной школы: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Иркутск, 2008. – 24 с.
8. Смирнова Т.П. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения детей. – Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 432 с.
9. Халфина Р.Р., Огуречников Д.Г., Махумутов И.С. Особенности аддиктивного поведения подростков // Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 56-7. С. 354-361.

REFERENCES

1. Breslav G.Je. Psihologicheseskaja korrakcija detskoj i podrostkovoje agressivnosti: uchebnoe posobie dlja specialistov i diletantov. – SPb.: Rech', 2013. – 144 s.
2. Dzhos Ju.S., Rysina N.N. Harakteristika vzaimootnoshenij v sem'e s det'mi, imejushhimi trudnosti obuchenija i rasstrojstva povedenija // Novye issledovanija. 2010. № 23. S. 38-45.
3. Konnor D. Agressija i antisocial'noe povedenie detej i podrostkov. – SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2013. – 288 s.
4. Kuznecova N.O., Manujlova G.R., Halfina R.R. Projavlenie agressivnosti v junosheskom vozraste v processe mezhlichnostnogo obshhenija // Problemy

sovremennogo pedagogicheskogo obrazovanija. 2017. № 57-3. S. 218-226.

5. Rogov E.I., Simonchik T.V. Addiktivnoe povedenie podrostkov kak otrazhenie realij obrazovatel'noj sredy // Aktual'nye voprosy sovremennogo obrazovanija. 2014. T.6. S. 78-83.

6. Semenjuk L.M. Psihologicheskie osobennosti agressivnogo povedenija podrostkov i uslovija ego korrekcii: uchebnoe posobie – M.: Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2014. – 176 s.

7. Simatova O.B. Pervichnaja psihologo-pedagogicheskaja profilaktika delinkventnogo povedenija podrostkov v uslovijah srednej obshheobrazovatel'noj shkoly: avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. – Irkutsk, 2008. – 24 s.

8. Smirnova T.P. Psihologicheskaja korrekcija otklonjajushhegosja povedenija detej. – Rostov n/D.: Feniks, 2014. – 432 s.

9. Halfina R.R., Ogurechnikov D.G., Mahumutov I.S. Osobennosti addiktivnogo povedenija podrostkov // Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovanija. 2017. № 56-7. S. 354-361.

R.R. Khalfina¹, E.V. Safronova¹, A.M. Safronov²
PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF ANNEALITY
TO DELINQUENT BEHAVIOR OF TEENAGERS

Bashkir state University, Bashkir state pedagogical University named after M. Akmulla" (Ufa).

Summary. Delinquency of children is one of the most important indicators characterizing the economic, social and moral well-being of society. In modern Russia, the state of delinquency of schoolchildren is of concern to the people, the public, doctors, teachers. In our work to identify the features of delinquent behavior of adolescents, we turned to methods that initially showed a high level of anxiety, delinquency, behavioral disorders in adolescents. Repeated studies have shown a marked improvement. Therefore, we believe that correction has an important place in overcoming delinquent behavior of adolescents.

Keywords: adolescents, psychological correction, delinquent behavior

Н.Ф. Гашимзаде¹, Г.Н. Мусабекова², З.Ф. Мусабеков³
ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

¹Медицинский центр «Димед», ²Центр психического здоровья Минздрава АР, ³Азербайджанский медицинский университет (Азербайджан. Баку).

Резюме. В статье рассматривается актуальность проведения нейрофизиологических исследований в психиатрической практике у детей. Цель работы: выявить закономерности на энцефалограмме у детей с расстройствами аутистического спектра. Исследование проводилось на 20 пациентах с РАС и 20 здоровых детей в возрастном диапазоне от 3 до 7 лет. Выявлены следующие закономерности: для всех изученных форм заболеваний общими являются более низкие значения спектральной плотности в альфа-полосе частот, уровень которых зависит от степени нарушения когнитивных функций, и более высокие значения спектральной плотности в бета-полосе частот, а для ряда заболеваний и в тета-полосе частот.

Ключевые слова: дети с расстройствами аутистического спектра, альфа-потенциалы на электроэнцефалограмме, характерные ритмы на электроэнцефалограмме у детей с расстройствами аутистического спектра.

Актуальность. За последние годы накоплен большой материал, касающийся исследований нейрофизиологических характеристик головного мозга здорового ребенка [1, 2, 4, 5]. Показаны изменения характера и темпов формирования независимых ритмических компонентов ЭЭГ у детей разного возраста, отражающих особенности созревания структур корково-подкоркового уровня. Однако эти данные крайне редко используются в клинической детской психиатрии. Современные научные подходы требуют жесткой стандартизации и унификации данных параклинических исследований. Поэтому нейрофизиологические исследования, показывающие диагностические информативные отличия ЭЭГ здоровых и психически больных детей весьма немногочисленны [3, 6].

Очевидно, что с помощью визуального анализа ЭЭГ невозможно оценить все многообразие изменений, происходящих в множестве частотных диапазонов в разных зонах коры головного мозга. Существует несколько методов количественного анализа ЭЭГ. Наиболее распространенным в настоящее время является метод ЭЭГ-картирования, позволяющий количественно оценить ЭЭГ-параметры в различных зонах коры. Однако отсутствие надежных границ, объединяющих разные ритмические диапазоны в соответствии с их функциональным значением, затрудняет использование стандартных частотных полос, пусть даже и разбитых на поддиапазоны. Несомненно, что использование максимально широкого спектра характеристик ЭЭГ у здоровых детей разного возраста может служить основой, на которую возможно будет накладывать рисунок биоэлектрической активности мозга у детей с нарушением психологического развития, в частности, у детей с расстройствами аутистического спектра (в дальнейшем РАС).

Цель исследования: выявить особенности нарушения закономерностей в формировании ЭЭГ и наличие патологических ЭЭГ-феноменов у детей с раз-

личными РАС.

Исследование: В результате исследования были получены количественные характеристики множества параметров ЭЭГ. Это дало возможность оценивать степень отклонений ЭЭГ от возрастной нормы у конкретного пациента, когда в большинстве случаев, ЭЭГ не содержит «патологических» форм электроактивности. Обнаружение особенностей психологического развития у детей с различными РАС позволяет использовать метод количественной ЭЭГ для дифференциальной диагностики и оценки результатов лечебно-коррекционных мероприятий. Комплекс характеристик ЭЭГ и их закономерная возрастная динамика могут быть индикатором нормального или патологически протекающего процесса.

Методы исследования. Проведена рутинная электроэнцефалография на компьютерном картированном электроэнцефалографе. Исследования проводились среди 20 здоровых детей и 20 детей с РАС в возрастном диапазоне от 3 до 7 лет. У детей с РАС были нарушены частотно-амплитудные характеристики отдельных ритмов ЭЭГ и динамика их возрастных изменений, что формировало определенный ЭЭГ-паттерн в каждой группе пациентов. Патологические с точки зрения клинической нейрофизиологии феномены не занимают ведущее место в картине нарушений ЭЭГ. Для всех изученных форм РАС общими являются более низкие значения спектральной плотности в альфа-полосе частот, уровень которых зависит от степени нарушения когнитивных функций, и более высокие значения спектральной плотности в бета-полосе частот, а для ряда РАС и в тета-полосе частот.

Таким образом:

1) У больных с РАС изменения ЭЭГ носят диссоциированный характер, отличаясь от нормы опережением или задержкой сроков формирования узкополосных ритмических компонентов ЭЭГ. Нормализация параметров ЭЭГ сопровождается улучшением клинического состояния детей. Успешность когнитивной деятельности у этих больных коррелирует с преобладанием низкочастотного компонента альфа-ритма над высокочастотным;

2) У пациентов с синдромом Ретта в стадии регресса наблюдаются сходные ЭЭГ-изменения в виде десинхронизации ЭЭГ с преимущественным выпадением компонента альфа-основного ритма во всех зонах коры. Дальнейшая динамика ЭЭГ этих больных зависит от степени вовлечения в патологический процесс коры и глубоких структур мозга.

Таблица 1.

Распределение частоты доминирующего альфа-ритма в группах детей разного возраста с аутизмом (в процентах от общего числа детей каждой возрастной группы)

Возраст	Частота ритма, Гц			
	7-8	8-9	9-10	10-11
3-5 лет	40 (11)	30(71)	30(16)	0(2)
5-7 лет	10(4)	10(40)	50(54)	30(2)

Примечание: В скобках указаны аналогичные данные для здоровых детей того же возраста.

Как видно из табл.1, у детей в возрасте 3-5 лет все диапазоны альфа-ритма были представлены примерно одинаково. По сравнению с нормой значительно увеличены низкочастотная (7-8 Гц) и высокочастотная (9-10 Гц) составляющие и значительно уменьшены компоненты 8-9 Гц. Заметный сдвиг в сторону высоких значений альфа -ритма наблюдался после 6 лет, причем по представленности сегментов 8-9 Гц и 10-11 Гц наблюдались различия с нормой.

Сравнение характера нарушений ЭЭГ у 2 групп исследуемых детей – здоровых и с РАС - с разным временем начала патологического процесса, но с одинаковой прогрессивностью заболевания, показало следующее:

1. Типологическая структура ЭЭГ нарушена значительно при более раннем начале заболевания.

2. При раннем начале процесса значительно больше выражено уменьшение индекса альфа -ритма.

3. При более позднем начале РАС изменения проявляются преимущественно в нарушении частотной структуры альфа -ритма со сдвигом в сторону высоких частот, гораздо более значительном, чем при начале заболевания в ранние сроки.

Обобщая картину нарушений ЭЭГ у пациентов с РАС, можно выделить характерные особенности. Изменения на ЭЭГ проявляются в нарушении амплитудно-частотной и типологической структуры ЭЭГ. Они резче выражены при более раннем и более прогрессивном течении процесса. В этом случае максимальные изменения касаются амплитудной структуры ЭЭГ и проявляются значительным снижением амплитуды спектральной плотности в альфа-полосе частот, особенно в диапазоне 8-9 Гц.

Выводы. Включение данных количественного анализа ЭЭГ здоровых детей и пациентов с РАС в мультидисциплинарный подход позволяет существенно расширить представление об их нейробиологических механизмах. Обнаруженные особенности ЭЭГ у детей в возрасте 3-5 лет показывают, что все диапазоны альфа-ритма были по сравнению с нормой значительно увеличены: низкочастотная (7-8 Гц) и высокочастотная (9-10 Гц) составляющие и значительно уменьшены компоненты 8-9 Гц. Заметный сдвиг в сторону высоких значений альфа-ритма наблюдался после 6 лет, причем по представленности сегментов 8-9 Гц и 10-11 Гц наблюдались различия с нормой.

Указанные особенности ЭЭГ у детей с различными расстройствами психологического развития позволяют использовать метод количественной ЭЭГ для дифференциальной диагностики и оценки результатов лечебно-коррекционных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999 - 240с.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В., Горбачевская Н.Л., Кожушко Л.Ф., Якупова Л.П. Клинический и нейрофизиологический аспекты синдрома Ретта // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993. №3. С.52-56.
3. Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Кожушко Л.Ф., Башина В.М., Симашкова Н.В., Амелин С.Н. Топографическое ЭЭГ-картирование в детской психи-

атрии // Физиология человека. 1992. 18(6). С. 40-48.

REFERENCES

1. Bashina V.M. Autizm v detstve. - M.: Medicina, 1999 - 240s.
2. Bashina V.M., Simashkova N.V., Gorbachevskaja N.L., Kozhushko L.F., Jakupova L.P. Klinicheskij i nejrofiziologicheskij aspekty sindroma Retta // Zh. nevol. i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1993. №3. S.52-56.
3. Gorbachevskaja N.L., Jakupova L.P., Kozhushko L.F., Bashina V.M., Simashkova N.V., Amelin S.N. Topograficheskoe JeJeG-kartirovanie v detskoj psikiatrii // Fiziologija cheloveka. 1992. 18(6). S. 40-48.
4. Dziobek I., Köhne S. Brain imaging in autism spectrum disorders. A review. Der Nervenarzt 2011;5:564-72.
5. Gillberg C., Coleman M. The biology of the autistic syndromes. 3rd ed. London: Cambridge University Press, 2000;330 p.
6. Klauck S.M., Poustka L., Chiocchetti A. Genetics and animal modeling of autism spectrum disorders. New developments. Der Nervenarzt 2011;5:553-63.

N.F. Hashimzade¹, G.N. Musabekova², Z.F. Musabekov³
FEATURES OF EEG IN CHILDREN

WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

¹«Dimed» Medical Center, ²Mental Health Center of the Ministry of Health of the AR, ³Azerbaijan Medical University (Azerbaijan. Baku).

Summary. The article states the relevance of neurophysiological research in psychiatric practice of children. Objective: to obtain patterns identified on the electroencephalogram in children with autism spectrum disorders. The study was conducted on 20 patients with ASD and 20 healthy children in the age range from 3 to 7 years. A routine EEG was performed on a computerized electroencephalograph. Typical signs were found in children with autism spectrum disorders. For all studied forms of diseases observed lower spectral density values in the alpha frequency band, the level of which depends on the degree of cognitive impairment, and higher spectral density values in the beta frequency band, and for a number of diseases in the theta frequency band, are common.

Keywords: children with autism spectrum disorders, alpha-potentials on an electroencephalogram, characteristic rhythms on an electroencephalogram in children with autism spectrum disorders.

Н.Л. Черная, В.М. Ганузин, Г.С. Маскова, А.Т. Барабошин, Е.В. Шубина, О.Б. Дадаева
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ
ЖИЗНИ В ПЕРИОДЕ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет,
(Ярославль).

Резюме. В статье рассматриваются вопросы формирования приверженности к здоровому образу жизни у студентов медицинского университета. Проведен социологический опрос среди 100 девушек-первокурсниц в возрасте 17-18 лет. Авторами анализируется приверженность к здоровому образу жизни студентов, находящихся в периоде адаптации к обучению в ВУЗе. Полученные данные позволили выявить факторы риска и причины несоблюдения студентами здорового образа жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, студенты, правильное питание, курение, алкоголь, отношение к половой жизни, физическая активность.

Категория «качество жизни» (КЖ) является интегральной характеристикой удовлетворенности человека своей жизнью. КЖ зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, стрессов, уровня образования, способности к социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению. КЖ в значительной степени зависит от приверженности человека к здоровому образу жизни [3, 10, 11, 12, 14].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) - это поведение и мышление человека, обеспечивающие ему охрану и укрепление здоровья; индивидуальная система привычек, которая обеспечивает человеку необходимый уровень жизнедеятельности для решения задач, связанных с выполнением обязанностей и для решения личных проблем и запросов; система жизни, обеспечивающая достаточный и оптимальный обмен человека со средой и тем самым позволяющая сохранить здоровье на безопасном уровне [4, 8]. Важными факторами, которые редко учитываются при исследовании КЖ, являются метеозависимость и тип конституции [2, 13].

Изучение образа жизни студентов в современных социально-экономических условиях, является актуальной задачей, решение которой позволит не только комплексно оценить факторы риска потери здоровья и разработать научно обоснованные мероприятия по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, но и расширить возможности получения более качественного образования в ВУЗе [9, 10, 11].

Цель. Оценить приверженность к ЗОЖ девушек-студенток, обучающихся на 1-м курсе медицинского университета и находящихся в периоде адаптации к обучению.

Материалы и методы. Проведен социологический опрос 100 девушек-студенток в возрасте 17-19 лет, обучающихся на 1-м курсе медицинского университета. Оценка образа жизни (ОЖ) проводилась с помощью анкеты «Структура здорового образа жизни студенческой молодежи», разработанной Центром методического обеспечения воспитательной работы и изучения ориентации студентов на здоровый образ жизни Институтом профессионального образования Республики Беларусь [1]. Студентами оценивалась каждая из предложенных ситуаций, представлявшая для них трудности в течение первого месяца обучения в университете.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе полученных

данных установлено, что большинство анкетированных студенток-первокурсниц высоко оценило свою приверженность к ЗОЖ. На вопрос «Интересно ли Вы живете?» 63% девушек ответили - да, 12% - нет, 14% - посредственно и 11% дали другие ответы. Из увлечений в свободное от учебы время 57% студенток предпочитали музыку, 34% - спорт, 20% - литературу, 14% - компьютер, 6% - занятие с техникой и 36% дали свой ответ (танцы, просмотр фильмов, катание на велосипеде, общение с друзьями, сон и др.). 89% девушек отметили, что положительные эмоции укрепляют их здоровье.

По поводу удовлетворенности социально-психологическим климатом в ВУЗе 42% опрошенных дали положительный ответ, 47% - скорее да, чем нет, и 11% выразили неудовлетворение.

Определенный интерес представляет ответ студенток по поводу выбора профессии: 48% считают, что выбрали профессию по призванию, 47% еще точно не определились, и 5% считают, что выбрали профессию не по призванию.

Большую роль в обучении играет взаимоотношение преподавателя и студента: 59% студенток эти взаимоотношения устраивают, 36% - в чем-то устраивают, в чем-то нет, и 5% - во многом не устраивают.

Важная роль в укреплении здоровья принадлежит физической культуре, спорту и закаливанию. Опрос показал, что только 16% постоянно занимаются физкультурой и спортом, 72% занимаются от случая к случаю и 12% не занимаются совсем. При этом 66% считают, что физическая активность положительно влияет на их состояние здоровья, 23% затруднились ответить и 11% дали отрицательный ответ. Регулярно закаливанием занимаются только 4%, периодически – 24%, а 72% не занимаются вообще. 95% считают важным условием ЗОЖ соблюдение личной гигиены.

Курение и употребление алкоголя являются основными и самыми вредными привычками среди молодежи. Нами получены данные, что 84% девушек не курят, 5% курят постоянно, 11% - изредка. При этом 95% знают, что курение вредно влияет на состояние здоровья, и 99% считают «пассивное курение» также вредным.

При обсуждении употребления алкоголя (водки, вина, пива) 25,9% ответили, что употребляют один из видов алкоголя 2-4 раза в год, 40,8% - один раз в месяц, 77% девушек считают, что употребление спиртных напитков вредит здоровью. 46% опрошенных не употребляют алкогольную продукцию. Проведенное исследование свидетельствует о необходимости оказания психолого-педагогической помощи студентам-первокурсникам для устранения причин употребления алкогольной продукции в период их адаптации к обучению в университете.

Особо актуально в настоящее время среди молодежи стоит вопрос по профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ). 98% опрошенных знают об опасности употребления ПАВ, в т. ч. 29% знают в полной мере, 43% - в некоторой степени, 5% - почти не знакомы, и 23% никогда не интересовались этими вопросами. О связи ВИЧ-инфекции с наркоманией знают 84%, о поражении иммунной системы – 99% студентов. 96% девушек считают, что заразиться ВИЧ-инфекцией можно через шприцы и иглы, используемые носителями ВИЧ-инфекции, и 98% - при сексуальных контактах. 51% девушек считает, что половую жизнь можно начинать после 18-летнего возраста, 29% - с 17 лет, 6% - с 15 лет и 14% дали свои ответы. Из опрошенных первокурсниц 67% считают, что их знаний достаточно для безопасного секса, 27% знают про это практически все, 5% знают очень мало и 1% не знает и знать не хочет об этом ничего.

Свое осуждающее отношение к ранней беременности выразили 17% девушек, 71% считает, что это личное дело каждого, 9% эта проблема не волнует и 3% дали свой ответ.

Не менее важным составляющим ЗОЖ является рациональное питание. Под рациональным питанием 59% подразумевают равновесие между поступающей с пищей энергией и энергией, расходуемой человеком, иначе говоря, баланс энергии, 26% - удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и соотношении пищевых веществ, 51% - соблюдение режима питания (определенное время приема пищи и определенное количество пищи при каждом приеме). 100% девушек считают, что рациональное питание является составной частью здорового образа жизни. Нехватка времени и быстрый темп жизни студентов привели к нарушению рационального питания. 55% девушек не придерживаются никакой диеты, 19% отказались от употребления сладкого и хлебобулочных изделий, 16% используют раздельное питание, 5% отказались от мясопродуктов, и 5% увлекаются лечебным голоданием. В студенческой столовой питаются 72% девушек, 51% удовлетворены, 35% не совсем удовлетворены и 14% не удовлетворены организацией питания в столовой.

При анализе образа жизни установлены факторы, которые девушки-студентки считают значимыми для сохранения здоровья: отказ от вредных привычек – 71%, двигательная активность – 63%, благоприятный психологический климат – 41%, рациональное питание – 36%, повышение защитных сил – 21%, организация быта – 42%, снижение неблагоприятных экологических факторов – 18%, личная гигиена – 97%, правила безопасного поведения – 69%, психосексуальная культура – 43%.

Для поддержки своего здоровья студентки используют следующее: принимают витамины (58%), стараются больше бывать на свежем воздухе (58%), питаются регулярно и полноценно (52%), занимаются спортом, аэробикой, фитнесом (42%), пьют чай из целебных трав (29%), регулярно посещают врачей в профилактических целях (22%), соблюдают режим дня (18%), делают утреннюю зарядку (10%), включают в питание биодобавки (7%), делают закаливающие процедуры (15%). Значимый вклад в укрепление здоровья, вносят и профилактические прививки [15]. 46% студенток используют вакцинацию для поддержки своего здоровья.

Оценивая уровень своего здоровья, 100% девушек знают свой вес, 99% - рост, 66% - сведения о своих прививках, уровень своего артериального давления знают 37%, группу и резус-фактор крови - 67%, перенесенные в детстве заболевания – 79%, предрасположенности организма к различным видам заболеваний – 40%, хронические заболевания, имеющиеся у родителей, – 44%.

Информацию о ЗОЖ и способах улучшения здоровья студентки получают из следующих источников: программ телевидения – 39%, газетных публикаций – 3%, журнальных статей – 14%, радиопередач – 5%, консультаций врачей – 65%, разговоров с друзьями и знакомыми – 42%, разговоров с родителями – 49%, консультаций специалистов оздоровительных и спортивных центров – 41%, интернета – 71%, специализированных журналов о здоровье, книг и брошюр – 33%, в рамках специализированных курсов по месту учебы – 26%.

На вопрос «Интересует ли вас информация о здоровом образе жизни и способах улучшения здоровья?» 43% респондентов ответили «очень интересует», 46% - «немного интересует», 9% - «почти не интересует» и 2% - «совсем не интересует».

Вывод. Анализ полученных данных показал, что большинство девушек высоко оценили свою приверженность к ЗОЖ. Но только 43% респонден-

тов серьезно интересуется информацией о здоровом образе жизни и способах улучшения своего здоровья.

По поводу удовлетворенности социально-психологическим климатом в ВУЗе 89% опрошенных дали положительный и скорее положительный ответ. Опрос выявил, что 48% студенток выбрали профессию по призванию, 47% еще точно не определились, и только 5% считают, что выбрали профессию не по призванию. Данный факт свидетельствует о недостаточной работе по профессиональной ориентации с выпускниками общеобразовательных школ [5, 6, 7].

Проведенное исследование показало, что 16% будущих врачей курят. При этом 95% опрошенных знают, что курение вредно влияет на состояние здоровья, и 99% считают «пассивное курение» также вредным. Настораживает тот факт, что только 46% студенток вообще не употребляет алкогольную продукцию, а 30,8% употребляют один из видов алкоголя один раз в месяц.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить основные факторы риска потери здоровья современной молодежи и приоритетные направления по формированию приверженности к здоровому образу жизни первокурсниц – будущих врачей в периоде адаптации их к обучению в университете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкета «Структура здорового образа жизни студенческой молодежи». Центр методического обеспечения воспитательной работы и изучения ориентации студентов на здоровый образ жизни. <https://gigabaza.ru/doc/133147.html> (дата обращения: 04.01.2020).

2. Ганузин В.М. Общие представления о метеотропных реакциях, диатезах и идентичности их клинических проявлений // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон.науч. журн. 2017. Т. 5, № 1(15) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>. (дата обращения 04.01.2020).

3. Ганузин В.М., Киселева А.В. Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни подростков, обучающихся в сельской школе. «Юбилейные Сухаревские чтения». Научно-практическая конференция «Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям». - М., 2016:27-28.

4. Ганузин В.М., Романычева Е.Н., Курчина Е.Г. Деятельность отделения медико-социальной помощи поликлиники в профилактике и реабилитации детей и подростков из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016. 2: 36– 38.

5. Ганузин В.М., Черная Н.Л., Ганузина Г.С. Пути совершенствования системы врачебной профессиональной консультации подростков // Поликлиника. 2005. 1: 50-5.

6. Маскова Г.С., Черная Н.Л., Ганузин В.М., Царева И.Н. Тактика медико-социального сопровождения детей с ожирением и артериальной гипертензией с учетом оценки полиморфизма генов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16. № 5. С. 67b-68a.

7. Маскова Г.С., Ганузин В.М. Врачебная профессиональная консультация подростков с артериальной гипертензией как фактор профилактики сердечно-сосудистых нарушений у взрослых // Практическая медицина. 2017. 10 (17). 1, С. 67-70.

8. Осяк С.А., Соколова Е.В., Чистов Р.С., Яковлева Е.Н. Факторы, влияющие на здоровый образ жизни студентов // Современные проблемы науки и образования. 2014; 4. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13905> (дата

обращения 04.01.2020).

9. Пермяков О.М. Проблема формирования здорового образа жизни студентов в процессе обучения // Проблемы качества физкультурно-оздоровительной и здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций // Сб. статей 6-й Международной научно-практической конференции. — Екатеринбург, 2016. — С. 108-111.

10. Талызов С.Н. Основы здорового образа жизни студента // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. 2016. Т. 1. № 3. С. 16-21.

11. Фоменков А. Ю., Слюнченко В. М., Филин Н. С., Лебедев К. А., Семёнова В. Н. Образ жизни студентов Новосибирска // Молодой ученый. 2018. 51. С. 73-76.

12. Черная Н. Л., Ганузин В. М., Маскова Г. С., Шубина Е. В., Барабошин А. Т. Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни студентов, обучающихся на первом курсе университета // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. Т. 2 / Под ред. Н.Ф. Герасименко и др. — М.: Научная книга, 2019. - С. 110-123.

13. Черная Н.Л., Ганузин В.М. Распространенность метеочувствительности и метеотропных реакций у студентов старших курсов // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015. 3: 28-31.

14. Черная Н.Л., Ганузин В.М., Барабошин А.Т., Маскова Г.С. Гендерные различия показателей качества жизни студентов первого курса медицинского университета // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2019. 4: 10-14.

15. Чёрная Н.Л., Дадаева О.Б., Шубина Е.В., Баторшина С.Е., Ганузин В.М., Ганузина Г.С. Эффективность вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции у детей с применением пневмококковой конъюгированной 7-валентной вакцины // Педиатрическая фармакология. 2013. Т. 10. № 1. С. 6-12.

REFERENCES

1. Anketa «Struktura zdorovogo obraza zhizni studencheskoj molodezhi». Centr metodicheskogo obespechenija vospitatel'noj raboty i izuchenija orientacii studentov na zdorovyj obraz zhizni. <https://gigabaza.ru/doc/133147.html> (data obrashhenija: 04.01.2020).

2. Ganuzin V.M. Obshhie predstavlenija o meteotropnyh reakcijah, diatezah i identichnosti ih klinicheskikh projavlenij // Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: issledovanija, obuchenie, praktika: jelektron.nauch. zhurn. 2017. Т. 5, № 1(15) [Elektronnyj resurs]. — URL: <http://medpsy.ru/climp>. (data obrashhenija 04.01.2020).

3. Ganuzin V.M., Kiseleva A.V. Social'naja adaptirovannost', vegetativnaja ustojchivost' i kachestvo zhizni podrostkov, obuchajushhihsja v sel'skoj shkole. «Jubilejnye Suharevskie chtenija». Nauchno-prakticheskaja konferencija «Sluzhba psihicheskogo zdorov'ja: kachestvo poliprofessional'noj pomoshhi detjam». - М., 2016:27-28.

4. Ganuzin V.M., Romanycheva E.N., Kurchina E.G. Dejatel'nost' otdelenija mediko-social'noj pomoshhi polikliniki v profilaktike i rehabilitacii detej i podrostkov iz semej, nahodjashhihsja v trudnoj zhiznennomj situacii // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. 2016. 2: 36– 38.

5. Ganuzin V.M., Chernaja N.L., Ganuzina G.S. Puti sovershenstvovanija sistemy vrachebnoj professional'noj konsult'acii podrostkov // Poliklinika. 2005. 1: 50-5.

6. Maskova G.S., Chernaja N.L., Ganuzin V.M., Careva I.N. Taktika mediko-social'nogo soprovozhdenija detej s ozhireniem i arterial'noj gipertenziej s uchetom ocenki

polimorfizma genov // Kardiiovaskuljarnaja terapija i profilaktika. 2017. T. 16. № S. S. 67b-68a.

7. Maskova G.S., Ganuzin V.M. Vrachebnaja professional'naja konsul'tacija podrostkov s arterial'noj gipertenziej kak faktor profilaktiki serdečno-sosudistyh narusenij u vzroslyh // Praktičeskaja medicina. 2017. 10 (17). 1, S. 67-70.

8. Osjak S.A., Sokolova E.V., Chistov R.S., Jakovleva E.N. Faktory, vlijajushhie na zdorovyj obraz zhizni studentov // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2014; 4. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13905> (data obrashhenija 04.01.2020).

9. Permjakov O.M. Problema formirovanija zdorovogo obraza zhizni studentov v processe obuchenija // Problemy kachestva fizkul'turno-ozdorovitel'noj i zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti obrazovatel'nyh organizacij // Sb. statej 6-j Mezhdunarodnoj nauchno-praktičeskoj konferencii. — Ekaterinburg, 2016. — S. 108-111.

10. Talyzov S.N. Osnovy zdorovogo obraza zhizni studenta // Fizicheskaja kul'tura. Sport. Turizm. Dvigatel'naja rekreacija. 2016. T. 1. № 3. S. 16-21.

11. Fomenkov A. Ju., Sljunchenko V. M., Filin N. S., Lebedev K. A., Semjonova V. N. Obraz zhizni studentov Novosibirskaja // Molodoj uchenyj. 2018. 51. S. 73-76.

12. Chernaja N. L., Ganuzin V. M., Maskova G. S., Shubina E. V., Baraboshin A. T. Social'naja adaptirovannost', vegetativnaja ustojchivost' i kachestvo zhizni studentov, obuchajushhiesja na pervom kurse universiteta // Zdorov'e molodezhi: novye vyzovy i perspektivy. T. 2 / Pod red. N.F. Gerasimenko i dr. — M.: Nauchnaja kniga, 2019. - S. 110-123.

13. Chernaja N.L., Ganuzin V.M. Rasprostranennost' meteochuvstvitel'nosti i meteotropnyh reakcij u studentov starshih kursov // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. 2015. 3: 28-31.

14. Chernaja N.L., Ganuzin V.M., Baraboshin A.T., Maskova G.S. Gendernye razlichija pokazatelej kachestva zhizni studentov pervogo kursa medicinskogo universiteta // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. 2019. 4: 10-14.

15. Chjornaja N.L., Dadaeva O.B., Shubina E.V., Batorshina S.E., Ganuzin V.M., Ganuzina G.S. Jefferektivnost' vakcinoprofilaktiki pnevmokokkovoj infekcii u detej s primeneniem pnevmokokkovoj konjugirovannoj 7-valentnoj vakciny // Pediatričeskaja farmakologija. 2013. T. 10. № 1. S. 6-12.

**N.L. Chernaya, V.M. Ganuzin, G.S. Maskova, A.T. Baraboshin, E.V. Shubina,
O.B. Dadaeva**

STUDENT'S COMMITMENT TO A HEALTHY LIFESTYLE IN THE PERIOD OF THEIR ADAPTATION TO STUDYING AT HIGHER EDUCATION INSTITUTION

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article discusses the formation of a healthy lifestyle among university students. A sociological survey was conducted among 100 girls aged 17-18 years. The authors analyze the sample of students who are in the period of adaptation to studies at the university as well as factors that affect their commitment to a healthy lifestyle. The obtained data allowed us to identify negatively influencing factors and other causes that prevent students from leading a healthy lifestyle.

Keywords: healthy lifestyle, students, proper nutrition, smoking, alcohol, sexual relations, physical activity.

А.Н. Фоменко, С.В. Гречаный

**НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ
ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
В АСПЕКТЕ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
(ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)¹**

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

Резюме: Лечение послеродовых депрессивных (аффективных) расстройств традиционно сопряжено с рядом объективных трудностей, которые определяют низкий уровень обращаемости пациенток за специализированной психиатрической помощью и их некомплаентность. Биологические и психосоциальные изменения, которые происходят у женщины после родов, обязанности по уходу и воспитанию детей создают условия, влияющие на эффективность фармакологических вмешательств. Это обстоятельство побуждает к активному поиску немедикаментозных способов лечения аффективных послеродовых расстройств. В настоящее время одним из наиболее распространенных и изученных методов является психотерапевтическое вмешательство. Кроме того, активно используется психосоциальная интервенция, нормализация сна, физические упражнения, светотерапия, диетотерапия (омега-3 жирные кислоты, фолаты, S-аденозилметионин). Преимущества и недостатки данных методов рассмотрены в обзоре.

Ключевые слова: послеродовые аффективные расстройства (ПАР), тревожные и депрессивные расстройства у беременных, послеродовая депрессия и тревога, психотерапия и психосоциальная интервенция при послеродовой депрессии.

Актуальность. Распространенность послеродовой (постнатальной, постпартальной) депрессии (ПРД), по разным данным, варьирует от 10 до 20% [112, 131] но может достигать 30% в зависимости от критериев, используемых для диагностики [26, 153]. Однако, несмотря на высокую распространенность этих расстройств, пациентки редко обращаются за психиатрической помощью. Причиной этому, по мнению различных исследователей, являются отсутствие должного психообразования (и, как следствием, неполное понимание женщинами причин своего страдания), боязнь принимать психофармакологические средства и страх перед стигматизацией психического заболевания [86].

Вероятно поэтому отдельной рубрики, посвященной послеродовой депрессии нет ни в МКБ-10, ни в проекте МКБ-11. Существующий раздел «F53. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках» используется в пределах 6 нед. после родов, а наблюдающиеся психические нарушения рекомендуется классифицировать в других рубриках (чаще всего это F30-39 в случае, если состояние отвечает крите-

¹Начало. Окончание см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 2».

ряим депрессивного эпизода). Согласно DSM-V, использующей термин «peripartum» (перипартальный) для описания симптомов психических расстройств во время беременности или в первый месяц после родов, для постановки соответствующего диагноза также необходимо наличие критериев большого депрессивного эпизода во время беременности или в течение 4 нед. после родов [6]. Следовательно, международные классификации довольно лояльно относятся к психическим нарушениям, непосредственно проявляющимся в послеродовой период, настаивая на постановке клинического диагноза и психиатрической курации пациенток только в бесспорном случае, т. е. при наличии симптомов депрессивного расстройства в течение относительно продолжительного временного промежутка.

С другой стороны, согласно проведенным опросам, большинство женщин уверено, что в случае их обращения за психиатрической помощью в связи с симптомами послеродовой депрессии терапия будет ограничиваться лишь психофармакологическими средствами [161]. Выявлено, что только 18% матерей с ПАР обращаются к психиатрам для специализированного лечения [97]. Причиной этому, помимо вышеуказанного, является отсутствующее до недавнего времени у профессионального психиатрического сообщества единое мнение относительно причин послеродовых расстройств и адекватных методов лечения [71, 126]. В то же время показано, что и в условиях общепрофильных медицинских учреждений пациентки с ПАР, как правило, не получают необходимой помощи [56, 113].

Проблема скрининговой диагностики ПАР и курации пациенток. Важным вопросом является раннее, в том числе скрининговое выявление послеродовых психических расстройств. Считается, что в связи с тем, что в первый год после родов женщина из всех врачей чаще сталкивается с педиатром, то и обязанности по скринингу ПАР должны быть возложены на этих специалистов [15, 150]. В 2012 г. Клинический отчет Американской академии педиатрии определил форму вмешательства педиатра как «демистификацию» и рекомендует, чтобы врачи подчеркивали три жизненно важных момента при предоставлении информации родителям: «(1) вы не одиноки, (2) вы не виноваты, и (3) вам станет лучше» [38].

Актуальность проблемы немедикаментозного лечения ПАР связана, с одной стороны, с неблагоприятным влиянием большинства антидепрессантов на новорожденных и, следовательно, ограниченной возможностью использования психофармакологических средств, а, с другой стороны, с отрицательным воздействием длительно персистирующих симптомов ПАР на детско-материнские отношения и психическое развитие ребенка в первые месяцы и годы жизни [74, 116]. В многочисленных работах описано негативное влияние ПРД у матерей на эмоциональное развитие ребенка, формирование познавательных способностей и социальную адаптацию [42, 46, 48, 50, 61, 123, 134, 145]. Доказана отрицательная роль депрессивных симптомов матери на психомоторное и интеллектуальное развитие ребенка, физическую и творческую активность [77, 154]. Установлена роль материнской депрессии в возникновении ранней гиперактивности у детей, нарушений эмоционально-волевой регуляции, формировании неэффективных способов преодоления стресса [40, 59, 63, 135]. Указанные последствия проявляются до подросткового возраста [152], а в ряде работ подчеркивается, что негативный эффект ПРД может быть «каскадным» и сказывается через поколения, т. е. влияет и на внуков [107].

Общие проблемы лечения послеродовых психических расстройств.

Выбор терапевтического метода и объема вмешательства при ПАР зависит от различных факторов. Биологические и психосоциальные изменения, которые происходят в период беременности и раннего ухода за новорожденным, включая лишение сна, нарушения гормонального статуса (изменение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси), изменение межличностных отношений, могут повлиять на эффективность как фармакологических, так и психотерапевтических вмешательств [31, 75]. Эффективность вмешательств в отношении ПРД может быть низкой у пациенток, в анамнезе которых было невынашивание и осложнение в родах, поскольку клинические проявления ПРД осложняются посттравматическим стрессом и другими тревожными расстройствами [51].

Существенной проблемой также является оказание помощи пациенткам, кормящим ребенка грудью. Большинство женщин указывает на предпочтение немедикаментозных способов лечения (психосоциальная интервенция, психотерапия и др.) антидепрессантам как во время беременности, так и в послеродовом периоде, а психофармакологическая комплаентность среди этой группы весьма низкая [13, 78]. Имеются данные, согласно которым ряд пациенток с ПАР не реагирует на фармакологическое лечение и в течение длительного времени переживает остаточные симптомы депрессии. Несмотря на это многие из них очень быстро перестают принимать антидепрессанты из-за опасений неблагоприятного воздействия на детей или отказываются увеличивать дозу лекарства [38, 137].

Особенности применения антидепрессантов при лечении ПРД. В связи с тем, что согласно DSM-IV и V ПРД соответствует критериям депрессивного эпизода [6], ряд авторов в качестве средств первой линии терапии рассматривают антидепрессанты, и, прежде всего, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [14, 19, 114]. Причем эмпирические исследования подтверждают использование СИОЗС в качестве средств первой линии терапии не только при послеродовых депрессиях, но и при послеродовых тревожных расстройствах [93]. В то же время показано, что ПРД связана с нарушением функционирования различных нейромедиаторных систем (ГАМК-, норадреналин-, серотонин-, глутаматэргических) [28, 49, 90, 103] а также и стероидов, пептидных гормонов и генетических разновидностей этих систем [22].

Отмечая способность СИОЗС облегчать симптомы депрессии и тревоги в период беременности и после родов [79], ряд исследований поднимает вопрос их относительного риска для развивающегося ребенка, поскольку указанные средства могут проникать через плаценту и выявляются в грудном молоке [18, 54, 55, 57, 92, 115, 124, 130]. В частности, приводятся данные, что циталопрам и сертралин наиболее безопасны и лучше всего изучены как средства, используемые во время беременности [93]. Однако есть данные, что циталопрам и флуоксетин следует избегать во время грудного вскармливания, поскольку, передаваясь новорожденному через грудное молоко, могут вызвать ряд неблагоприятных последствий [132]. Также не до конца ясно, как долго следует принимать СИОЗС и почему некоторые пациентки, используя их в период беременности, перестают ощущать их клиническое действие после родов [102].

Более того, систематические обзоры показывают, что современные фарма-

кологические средства не столь эффективны для женщин в послеродовом периоде [23, 102, 136]. Существует мнение, что лечение ПРД по сравнению с большим депрессивным эпизодом более длительное и требует больших доз лекарственных препаратов [68]. Возможно, это связано с низким уровнем эстрогенов у женщин после родов [11]. Вообще показано, что эффективность антидепрессантов во многом зависит от уровня половых гормонов, причем как у женщин, так и у мужчин [118, 160]. Установлено, в частности, что в постменопаузе эффективность СИОЗС возрастает, если пациентка одновременно принимает гормональную терапию [118, 149]. Подобная связь существует и у мужчин, и, по данным метаанализа, состояние депрессивных пациентов мужского пола облегчается, если их лечение сочетает в себе антидепрессанты и тестостерон [160]. Назначение эстрадиола и андрогенов в качестве вспомогательной терапии продемонстрировало преимущественную эффективность при лечении депрессии у женщин и мужчин с гипогонадией [80, 160]. Учитывая, что после родов уровень половых гормонов у женщин снижен, то одновременное назначение антидепрессанта и эстрадиола представляется обоснованным и эффективным [1, 104].

В то же время есть данные о том, что медикаменты и психотерапия одинаково эффективны в отношении симптомов депрессии после родов [158]. Модели ПРД на животных показывают, что СИОЗС могут воздействовать на мозг матери, редуцируя поведенческие эффекты повторного стресса, увеличивая синаптическую плотность в префронтальной коре и прилежащем ядре, увеличивая число незрелых нейронов, но не синаптическую пластичность в гиппокампе [53, 65, 125]. Это указывает на специфические для тех или иных структур мозга эффекты СИОЗС. Фактически исследования мозга при лечении тревожных расстройств и большого депрессивного эпизода показывают, что как медикаменты, так и некоторые формы психотерапии одинаково регулируют нейронную активацию областей мозга, играющих ключевую роль в послеродовых депрессивных расстройствах, таких как префронтальная кора, гиппокамп и миндалевидное тело [64, 88].

Нефармакологические методы терапии ПАР. Учитывая, что эффективность психофармакотерапии при лечении послеродовых расстройств в литературе оценивается неоднозначно, целесообразно рассмотреть роль нефармакологических методов терапии ПАР [23, 96]. Эти методы включают в себя: различные методы психотерапии, формирование эффективных «родительских навыков» и повышение родительской самооценки, диетотерапия и др. [106, 140, 142]. Выбор конкретных терапевтических методик, как и схема сочетания отдельных методов лечения депрессии и тревоги в послеродовом периоде должны быть индивидуальными. Успех лечения часто зависит от сочетанного применения различных средств (фармакология, психотерапия, диета и др.) [79].

Психотерапия. Когнитивная поведенческая терапия (КПТ). КПТ в настоящее время признана «золотым стандартом» в лечении ряда психических заболеваний, включая депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные и др. расстройства. Мета-анализ 40 рандомизированных и квазирандомизированных контролируемых исследований, оценивающих эффективность КПТ для лечения психических расстройств во время беременности и в течение первого года жизни

ни после родов, продемонстрировал значительное снижение депрессивных симптомов у пациенток по сравнению с контролем. Метод оказался действенным и в отношении профилактики расстройств: у пациенток, получивших КПТ, отмечались более редкие депрессивные эпизоды. В профилактических целях индивидуальные сеансы КПТ демонстрировали лучшие результаты по сравнению с групповыми вмешательствами [140]. Однако, сочетанное использование медикаментов и КПТ с целью профилактики было более действенным по отношению к монотерапии лекарствами, групповой терапии, межличностной психотерапии и КПТ (данные представлены в порядке уменьшения эффективности) [9].

Методика КПТ при лечении послеродовых расстройств показала свою результативность и в он-лайн режиме. В одном из последних исследований было показано, что симптомы, измеренные по Эдинбургской шкале ПРД (EPDS), при он-лайн КПТ в среднем снизились на 6,24 балла, в то время как в контрольной группе пациенток, ожидающих терапии, указанные значения уменьшились лишь на 2,42. Причем клинически значимый эффект при этом поддерживался на протяжении 4 нед., участницы продемонстрировали снижение постнатальной тревоги, общего и родительского стресса, увеличение показателей качества жизни [128].

Есть также данные о положительном влиянии КПТ не только на симптомы депрессии, но и на нормализацию отношений в системе «мать-ребенок». Методика, осуществляемая в режиме группового вмешательства с участием профессионалов и других матерей, положительно влияла на формирование стратегий проблем-разрешающего поведения [72, 108, 143]. Среди 34 пациенток с ПРД, прошедших 9-недельную групповую терапию, 80% показали клинически значимое улучшение как в отношении симптомов расстройства, так и в отношении взаимоотношения матерей с младенцами и улучшения качества взаимодействий с партнером. Это подтверждает действенность краткосрочной групповой КПТ женщин с психическими расстройствами после родов в аспекте внутрисемейных отношений - методики, менее ресурсоемкой по сравнению с индивидуальной психотерапией [87]. Имеются также результаты позитивного влияния групповой КПТ на тревожные расстройства перинатального периода [133].

Индивидуальная КПТ, внедренная в программу «домашних посещений» женщин после родов, может предотвратить развитие ПРД [148]. В данном случае акцент делается на домашнем режиме проведения КПТ по сравнению с работой со специалистами в учреждениях [3].

Когнитивная поведенческая терапия, основанная на осознанности. В последнее время все более популярным лечением депрессии становится когнитивная поведенческая терапия, основанная на осознанности (MBCT- Mindfulness-based cognitive behavioral therapy), интегрирующая практику фокусировки, децентрализации, принятия и безоценочности [16, 128]. Подход «осознанности» подчеркивает простоту восприятия своих чувств и мыслей, что позволяет пациенту уйти от деструктивных моделей мышления, создать пространство для самоанализа и прийти к когнитивным изменениям [7]. В настоящее время «Канадская сеть расстройств настроения и тревоги» (CANMAT – Canadian Network for Mood and Anxiety Disorders) рекомендует MBCT в качестве второй линии лечения острого большого депрессивного расстройства и первой линии терапии для профилакти-

ки рецидивов [122]. Из-за отсутствия глобальных исследований эффективности в послеродовом периоде у матерей, кормящих грудью, МВСТ пока является средством третьей линии [91]. Тем не менее, отдельные клинические наблюдения свидетельствуют о положительном влиянии рассматриваемой методики на психическое состояние женщин в период беременности и после родов [34, 37, 98, 128, 151]. Так показано, что 8 сеансов МВСТ у беременных женщин, чье состояние отвечало критериям большого депрессивного расстройства, значительно снизились показатели рецидива симптомов через 6 месяцев после родов по сравнению с обычным лечением [154]. В другом исследовании была оценена возможность 8-недельного вмешательства МВСТ в качестве вспомогательного лечения послеродовой депрессии и тревоги. Результаты выявили снижение остроты депрессивных и тревожных симптомов, продемонстрировав таким образом потенциал МВСТ как дополнительного метода терапии [137].

Межличностная психотерапия. Межличностная психотерапия (МП) – это ограниченное по времени поддерживающее лечение, которое способно повлиять на выраженность депрессивных симптомов, сосредоточив пациента на текущих или недавних жизненных событиях и межличностных трудностях. МП является средством, помогающим пациенту использовать социальную поддержку и использовать эффективные стратегии решения проблем [157]. Успех МП в лечении большой депрессии позволил адаптировать методику для лечения других заболеваний, включая ПРД [10, 34]. Рандомизированное контролируемое исследование упрощенного варианта методики МП (Brief Interpersonal Psychotherapy, IPT-B) для лечения перинатальной депрессии показало, что на протяжении 6 мес. после родов у пациенток улучшалось социальное функционирование и значительно снижались проявления депрессивных симптомов во время беременности и в послеродовом периоде [62]. Есть мета-анализы, указывающие на превосходство МП над КПТ в лечении перинатальной депрессии. Показано, что МП приводит к более выраженному снижению симптомов не только по сравнению с контрольными группами [9, 141], но и занятиями в групповом формате [141].

Исследовалась сравнительная эффективность влияния на детско-материнские взаимоотношения таких методов, как МП, КПТ, поддержка со стороны других матерей (психотерапевтическая группа), терапия детско-материнского взаимодействия и массаж [87]. Было показано, что при дородовой депрессии МП, КПТ и массаж оказывают большее влияние на качество воспитания (мать становится более понимающей и внимательной к младенцу) и развитие ребенка (мать корректирует свое поведение). При ПРД использование методик детско-материнского взаимодействия и поддержки психотерапевтической группы привело к более ощутимым результатам на качество воспитания (у матери формировалось чувство родительской компетентности). Тем не менее было выявлено, что МП незначительно влияет на формирование детско-материнской привязанности, а КПТ – на уровень родительского стресса. Таким образом, сделан вывод об индивидуальной приемлемости тех или иных видов психотерапии.

Психосоциальная интервенция (ПИ). ПИ в какой-то степени тоже можно отнести к психотерапевтическому вмешательству. Основное ее отличие заклю-

чается в том, что она проводится не столько психотерапевтом, сколько врачами других специальностей, психологами или даже близкими людьми. В одном из обзоров указано, что индивидуальные домашние визиты акушерок или патронажных медсестер в послеродовом периоде, поддержка по телефону и психотерапия рассматриваются как перспективные методы сокращения числа случаев ПРД [32]. Кокрейновский обзор психологических и психосоциальных вмешательств при послеродовой депрессии показал, что по сравнению с обычным уходом они приводят к 30%-ному снижению относительного риска депрессивной симптоматики [30]. Метаанализ 17 исследований, сравнивающий психологическое вмешательство, начатое в послеродовом периоде, с контрольной группой и группой, получающей активное лечение, продемонстрировал преимущества психологического вмешательства по сравнению с группой контроля [24]. Социальная поддержка – это один из корректируемых факторов, который может снизить тяжесть и продолжительность ПАР за счет коррекции у матери чувства безнадежности и изоляции [73]. Многие пациенты с депрессией стремятся избегать решения повседневных задач, встречаться и общаться с людьми, которые им были приятны в прошлом. У матерей в послеродовом периоде это обычно распространяется на сферу ухода за ребенком. Предполагается, что если мать наряду с заботой о ребенке сможет заняться каким-либо другим приятным для нее делом, то это поможет снизить симптомы депрессии [95].

Грудное кормление, тактильный контакт и массаж. В последнее время проведено немало исследований, подтверждающих взаимосвязь настроения матери в послеродовом периоде и разнообразие используемых ею способов взаимодействия с младенцем. Матери и младенцы проводят большую часть своего времени вместе, занимаясь различной деятельностью, например, кормлением, перемещением или игрой, которые связаны с физическим контактом. Тактильные ощущения, которые женщины получают от своих детей, регулируют почти все материнские поведенческие и физиологические процессы [144], включая патологические состояния – тревогу и депрессию. Описано, что тревожные и подавленные женщины реже и менее ласково прикасаются к своим младенцам по сравнению со здоровыми матерями [43, 69]. Они раньше прекращают кормить детей грудью, что усугубляет их тревожные и депрессивные переживания [33, 47, 159]. Отмеченные наблюдения подтверждаются лабораторными экспериментами: при отрыве крыс от их помета или ситуации дистантного взаимодействия у животного уже в течение первых 4 часов отмечены тревожные паттерны в поведении [89, 100].

В качестве протективного фактора сохранения психического здоровья матери, способствующего ослаблению уровня послеродового стресса, традиционно рассматривалось грудное вскармливание [76]. Однако большинство исследований, посвященных влиянию грудного вскармливания на состояние женщины, не учитывает роль тактильного контакта с грудным ребенком и времени, в течение которого этот контакт происходит [82].

Выявлено, что тактильное воздействие ребенка на мать, даже не связанное с кормлением, также позитивно влияет на психический статус женщины. В специальном исследовании показано, что беспокойство родильниц одинаково

уменьшалось как после грудного вскармливания, так и после простого удержания младенца на коленях [67]. Тревога у матери значительно снижается после поглаживания ею младенца [41]. Обнаружено, что прикосновения при использовании «кенгуру»/слинга, потенциально уменьшают тревогу и депрессивные симптомы у матерей [8]. В целом обнаружено, что т. н. «несосательные тактильные ощущения» матери, получаемые от младенца, скорее всего опосредуются нейрохимическими механизмами, оптимально сопряженными с эмоциональным состоянием женщины.

Предполагается, что массажная терапия действует на модуляцию оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники и нейротрансмиссию. Нейроэндокринный эффект этого метода подтверждается снижением саливации и уровня кортизола в моче, увеличением уровня серотонина и дофамина в моче после лечения массажем [44]. Выявлено, что сочетание терапии массажа с групповой межличностной психотерапией у женщин с перинатальной депрессией в большей степени снижает уровень депрессивной симптоматики и гормонов стресса (кортизол) по сравнению с только групповой психотерапией [45].

Светотерапия. Учитывая хронобиологические аспекты формирования аффективных расстройств терапию ярким светом в настоящее время рассматривают как эффективный метод лечения как сезонной, так и большой депрессии [58]. Исключение составляют некоторые случаи, когда яркая светотерапия может спровоцировать развитие фазы мании при биполярных расстройствах [58, 139]. Применение светового лечения при перинатальных аффективных расстройствах выявило положительные результаты [39, 117, 156]. Так, пациентки, которые получали светотерапию в течение 5 недель, сообщили о значительном сокращении депрессивных симптомов и имели более высокую вероятность ремиссии по сравнению с женщинами, которые получали плацебо [156]. Имеются результаты небольшого исследования влияния световой терапии на постнатальную депрессию, проведенного на 15 женщинах. Участницам назначали 30 минут 10 000 люкс яркого света или 600 люкс тускло-лучевого плацебо в течение 6 недель по утрам. Обе группы испытали значительное улучшение по сравнению с исходным уровнем, без различий в терапевтическом ответе [21].

Физические упражнения. Депрессия традиционно рассматривалась как состояние, несовместимое с физической нагрузкой, которая может привести к усилению чувства подавленности, усталости, витальных переживаний («тяжесть в теле»). Однако ПРД отличается рядом особенностей, таких как отсутствие в типичных случаях признаков витальности, неглубокий уровень психического и двигательного торможения и др., определяющих возможность использования физических упражнений в качестве дополнительного лечебного средства. Поскольку фактором риска формирования ПРД является беспокойство по поводу происшедших во время беременности телесных изменений [138], физическая активность рассматривается в качестве эффективной стратегии для ослабления симптомов депрессии [36]. Несколько исследований показало, что аэробные упражнения уменьшают послеродовые депрессивные симптомы [81, 105]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что регулярные физические упражнения связаны с уменьшением риска депрессивных симптомов

[146]. Но дизайн исследований по влиянию физических упражнений на ПРД, как правило, сложен, так как включает в себя ряд спорных вопросов, касающихся адекватного «дозирования» нагрузок (тип, интенсивность и продолжительность) и условий контроля результатов исследования [83].

8-недельная программа «мать и ребенок», включающая в себя помимо прочего физические упражнения, была связана с более низкими показателями скрининговой шкалы (EPDS) в группе вмешательства в конце исследования [111]. В 3 исследованиях обнаружено, что женщины, выполняющие физические упражнения, сообщили о значительно большем снижении депрессивных симптомов по сравнению с женщинами, не придерживающимися данных рекомендаций [5, 25, 66]. В большинстве источников литературы сообщается, что включение некоторой физической активности помимо повседневных дел, например, короткая прогулка с ребенком или без него на регулярной основе может быть эффективным инструментом облегчения симптомов депрессии.

Сон. Нарушения сна и субъективно плохое качество сна относятся к симптомам, наиболее часто проявляющимся в структуре различных депрессивных состояний [35]. Они имеют особое значение для ПРД, поскольку в отличие от классической депрессии являются объективно обусловленными. Их причинами может быть дефицит сна, связанный с вынужденными ночными пробуждениями по причине несформированного режима сна-бодрствования у младенца, ночными кормлениями и др. Есть данные о том, что нарушение сна – независимый фактор риска развития ПРД (в отличие от послеродовых тревожных расстройств и послеродового психоза), а его профилактика представляет собой материально незатратный способ предотвращения депрессии [84, 127]. Независимо от темперамента младенца, матери, которые спят меньше 4 часов между полуночью и ранним утром и которые дремлют менее 1 часа в день, подвергаются повышенному риску развития депрессии в период через 3 месяца после родов [60].

Диетотерапия. Показано, что низкий уровень омега-3 во время беременности приводит к большей частоте депрессии у женщин после родов [94]. Кроме того, низкие уровни фолата на сроке 26-28 недель гестации с высокой степенью вероятности прогнозируют антенатальное депрессивное расстройство [17]. В настоящее время применение пищевых добавок во время беременности и в послеродовом периоде, таких как омега-3 и фолиевая кислота считается средством профилактики антенатальных и послеродовых депрессивных состояний [29, 99, 129], что, помимо прочего, доказано на модели депрессивноподобного состояния у животных [4]. Рабочая группа по жирной кислоте «Омега-3», действующая на базе американской психиатрической ассоциации, рекомендует пациентам с расстройством настроения потреблять 1 г сочетания EPA (Eicosapentaenoic Acid, эйкозапентаеновая кислота) и DHA (Docosahexaenoic Acid, докозагексаеновая кислота) ежедневно. И есть рекомендации, что дозу можно увеличить до 9 г EPA+DHA ежедневно при расстройствах настроения. При этом использование более 3 г ежедневно должно контролироваться клиницистом из-за риска возможных кровотечений [52].

Омега-3 жирные кислоты являются необходимыми для здоровья беременных и кормящих женщин [70, 97]. Однако мета-анализы, демонстрируя стати-

стически значимое антидепрессивное действие омега-3 жирных кислот при расстройствах настроения в целом, все же указывают, что данные средства чаще были дополнительным лечением, а не монотерапией [52, 109, 147].

Многие исследования сообщают о взаимосвязи недостатка фолиевой кислоты и повышенного риска формирования депрессии [77, 110, 155]. Так, низкий уровень фолатов в крови ассоциировался со слабым ответом на антидепрессанты при лечении большой депрессии [119], а более высокие уровни, соответственно, с лучшим ответом [2]. Есть данные о том, что добавление фолатов к лечению антидепрессантами приводит к более эффективным терапевтическим результатам [20, 121]. В отношении влияния потребления фолатов во время беременности на развитие ПРД имеются противоречивые результаты [101]. Но в целом указанное средство предлагается в качестве дополнительного для профилактики и лечения ПАР [27].

Часть исследований сообщает, что действие S-аденозилметионин (S-adenosyl L-methionine-SAMe) в дозах 200-1600 мг в день, значительно более эффективно, чем плацебо и эквивалентно трициклическим антидепрессантам при лечении депрессии [120]. Также показано, что SAMe совместно с антидепрессантами демонстрируют лучшие терапевтические результаты [85, 120]. В контролируемом исследовании, посвященном влиянию SAMe на симптомы ПРД, отмечено значительное их снижение по сравнению с плацебо [12].

A.N. Fomenko, S.V. Grechany

NON-DRUG METHODS OF TREATMENT OF POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS IN THE ASPECT OF PRESERVING CHILDREN'S MENTAL HEALTH (LITERATURE REVIEW)²

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

Summary. Treatment of postpartum depressive (affective) disorders is traditionally associated with a number of objective difficulties, which determine the low level of referral of patients for specialized psychiatric care and their lack of compliance. Biological and psychosocial changes that occur in women after childbirth, responsibilities for the care and upbringing of children create conditions that affect the effectiveness of pharmacological interventions. This circumstance encourages an active search for non-drug methods of treating affective postpartum disorders. Currently, one of the most common and studied methods is psychotherapeutic intervention. In addition, psycho-social intervention, normalization of sleep, exercise, light therapy, diet therapy (omega-3 fatty acids, folates, S-adenosylmethionine) are actively used. The advantages and disadvantages of these methods are discussed in the review.

Keywords: postpartum affective disorders, anxiety and depressive disorders in pregnant women, postpartum depression and anxiety, psychotherapy and psychosocial intervention in postpartum depression.

²Beginning part. Final part see «Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2020 (20). № 2».

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА³

Новосибирский государственный университет (Новосибирск)

Резюме. В статье представлен библиографический анализ роли семейных факторов в развитии детей с нервно-психическими нарушениями и расстройствами аутистического спектра. Проведен сравнительный анализ конструктивных и деструктивных форм взаимодействия в семье с точки зрения ресурсного подхода. Описана саногенная роль семьи в течении и прогнозе нервно-психического расстройства у ребенка, обозначены направления психологической работы с семьей, а также подчеркнута важность комплексного подхода в сопровождении таких семей.

Ключевые слова: семья, нервно-психические расстройства, расстройства аутистического спектра, биопсихосоциальная модель, системный подход, саногенная роль семьи, «здоровые» и «патологические» семьи, ресурсный подход, комплексный подход.

Исследование семейных факторов в рассмотрении общей картины нервно-психических расстройств у детей является составляющей биопсихосоциальной модели и системного подхода в области медицины и клинической психологии, широко распространенными как за рубежом [39, 41, 50], так и в отечественной практике [10, 23, 25, 29, 32, 33]. На сегодняшний день большинство исследователей отмечает, что терапия психических заболеваний без активного участия семьи является неэффективной [7, 23, 30, 32, 33]. Современные научные представления предполагают, что адекватные семейные отношения могут положительно влиять на возможности социальной адаптации больного, сократить количество рецидивов заболевания, а также способствовать повышению медикаментозной комплаентности пациента, в то время как неблагоприятные семейные взаимоотношения приводят к обратному эффекту [6, 7, 32]. В семьях детей с хроническими нервно-психическими расстройствами важным в рассмотрении проблемы внутрисемейных отношений является как устранение дисфункции, так и выявление и развитие сильных ресурсных зон функционирования семьи, способных смягчить тяжесть нарушений и повысить социальную адаптацию ребенка [17, 19, 32, 33].

Итак, основной **целью** библиографического анализа проблемы функционирования семей, воспитывающих детей с хроническими нервно-психическими расстройствами и расстройствами аутистического спектра (РАС), было стремление через сопоставление конструктивных и деструктивных форм взаимодействия в семье показать саногенную роль семьи в течении и прогнозе нарушений у ребенка, обозначить направления психологической работы с семьей, а также подчеркнуть важность комплексного подхода в сопровождении таких семей.

В данной статье рассмотрение семейных факторов в динамике нервно-психического расстройства у ребенка осуществляется с позиции ресурсного подхода. Ресурсная модель в своей основе не игнорирует патологию и дисфункцию,

³Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 18-013-00925)

но делает упор на сильных сторонах семьи и каждого человека. Фокус психокоррекционных и терапевтических воздействий смещается с устранения «неполадок» в семейной системе на развитие компетентности членов семьи. В рамках ресурсной модели задача психологической работы с родителями – это выявление и развитие индивидуальных ресурсов членов этих семей, внутрисемейных ресурсов, а также ресурсов, лежащих за границами семейной системы [7, 16, 33].

Поиск семейных ресурсов для оптимизации комплекса реабилитационных и реабилитационных мероприятий осуществляется через оказание информационной и психологической поддержки и сопровождения семье, а также через установление альянса и партнерских отношений с семьей, которая ближе знает больного. Эффективность найденных семей приемов, методов, подходов весьма уникальна и в большой мере связана с особенностями конкретной семьи, конкретного больного, с течением его заболевания [33].

Общие характеристики динамики семейной системы, имеющей детей с нервно-психическими расстройствами.

В данной работе с помощью метода библиографического анализа мы предприняли попытку описать динамические характеристики семьи при наиболее часто встречающихся нервно-психических расстройствах у ребенка: неврозах, психосоматических расстройствах, при ситуативных нарушениях поведения на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте и при шизофрении, а также РАС.

Анализ работ авторов позволяет выделить некоторые общие характеристики семей, имеющих детей с психопатологией. Результаты эмпирических исследований показывают, что такие семьи в среднем характеризуются более тесными детско-родительскими союзами, слиянием и размытостью межличностных границ, конфликтными супружескими взаимоотношениями и более ригидными адаптационными возможностями [13, 25, 32, 36]. В то же время многие гипотезы о наличии строго определенных качеств, характеризующих патологические семьи, не подтвердились, что привело к формированию нового подхода, рассматривающего дисфункциональные паттерны взаимодействия в семье не в качестве причины развития заболевания, а с позиции фактора хронификации и учащения рецидивов [38].

С позиции вышеописанного подхода важно подчеркнуть, что родственники больных – это люди, обремененные необходимостью ухода за тяжело больным членом семьи, подвергающиеся систематической психологической и физической нагрузке и нуждающиеся в психологической поддержке, сопровождении и информировании [2, 6, 28, 33].

Нередко переживания острого кризиса у родителей после постановки диагноза схожи с симптомами посттравматического стрессового расстройства и переживанием горя, утраты: разрушение прежних представлений о ребенке, о себе, об окружающем мире и своем месте в нем, крах представлений о будущем, чувство вины и беспомощности. Многие родители проходят через те же фазы: шока, отрицания, гнева, пересмотра ценностей и т. д. Некоторые семьи застревают в состоянии «хронического горя». Необходимо учитывать, что, даже приняв реальность, родитель будет «раниться» вновь и вновь, так как существуют кризисные стадии, связанные с новыми травмирующими обстоятельствами, избежать которых невозможно. Речь идет о негативном отношении общества к инвалидам, о невозможности отдать ребенка в школу, сад, об ограничении

социальных контактов со сверстниками, о трудностях пубертатного периода, о невозможности профессиональной самореализации, и организации личной, семейной жизни. В этих случаях для максимально продуктивной помощи ребенку включение в реабилитационную работу психологического сопровождения родителей становится остро необходимым [7, 12, 14, 44].

Здоровые члены семей, имеющих ребенка с нервно-психическими расстройствами, зачастую испытывают чувство стыда, вину перед социальным окружением, неудовлетворенность своей семейной жизнью, фрустрирующие состояния нервно-психического напряжения, тревоги - все это приводит к тому, что структура и отношения в таких семьях весьма неустойчивы [33]. Переживаемые состояния связаны с рядом объективных факторов. Проблемы, связанные с рождением и воспитанием ребенка с ограниченными возможностями, неизбежно накладывают ограничения на материальную, профессиональную, социальную, эмоциональную стороны жизни родителей. Имеются ввиду рост финансового бремени и временных затрат, связанных с заботой о ребенке; размывающее границы семьи неизбежное взаимодействие с медицинскими и образовательными учреждениями; снижение гибкости в распределении внутрисемейных ролей, проведении досуга, профессиональном продвижении, необходимости прекращать трудовую деятельность [6, 8, 31, 43].

Однако важно отметить, что члены семьи, ухаживающие за ребенком, могут относиться к собственной роли не только как к тяжелому бремени, приносящему страдания, но и как к вызову, с которым можно справиться, укрепляя и развивая личностные качества, что является наиболее благоприятным с точки зрения развития и дальнейшего нахождения преимуществ в собственной роли [5, 6].

Стресс в семье, связанный с наличием нервно-психического расстройства у одного из детей, отражается и на здоровых детях в таких семьях. Ощущение психологического комфорта у здоровых детей в значительной степени связано с выраженностью нарушений сибса, так как это влияет на то, приходится ли здоровому ребенку приспосабливаться в течение ограниченного времени или практически постоянно [27]. Чрезмерное вовлечение здоровых детей в уход за нуждающимся сиблингом приносит вред их социальным проявлениям себя, однако при условии обсуждения с ними информации о нарушениях здоровья сиблинга, сохранении ресурсного потенциала матери, здоровой семейной атмосферы со справедливым распределением как внимания и любви, так и обязанностей для каждого из детей, отмечается довольно хорошая приспособляемость к жизни [27, 48, 49].

Принимая во внимание вышесказанное, можно говорить о конструктивных и деструктивных тенденциях развития семей, имеющих ребенка с нервно-психическим расстройством. Деструктивный вариант развития семейной системы в случае появления ребенка с нервно-психическим расстройством характеризуется тем, что снятие напряжения и неудовлетворенности, возникших в результате нервно-психического расстройства одного из членов семьи, происходит за счет отчуждения семьи от больного, отказа от ответственности за него, за счет нарастания конфликтов как внутри семьи, так и с социальным окружением, стремления к изоляции [11, 13, 33].

В качестве конструктивных факторов развития семейной системы являются хорошее знание членов семьи личностных особенностей индивида с нервно-

психическими расстройствами, способность и готовность находить значительные резервы усиления влияния на него. Это семья, в которой организация помощи индивиду с нарушениями стала основной целью, мобилизовала и сплотила всех. Характерной чертой конструктивной семьи являются открытость коммуникаций внутри семьи, хороший контакт и взаимодействие с социальным окружением [11, 13, 33]. Также важно отметить, что родители в таких семьях не просто преодолевают, трудятся, не сдаются, а при этом живут полноценной счастливой жизнью, посвящают время творческой самореализации, верят, надеются, радуются, мечтают, гордятся своим ребенком [5, 22].

Характеристики динамики семейной системы, имеющей детей с РАС

Согласно данному в литературе определению, РАС - это широкий круг расстройств, сопряженных с аномальным поведением, характеризующихся качественными нарушениями социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, стереотипными паттернами поведения, интересов и активности [16]. РАС является сложным расстройством, которое характеризуется заметной гетерогенностью внутри подгрупп РАС [37, 46].

Основная задача коррекционно-развивающей работы с детьми с РАС – это адаптация их к жизни в социуме. При этом создание определенного семейного фона является значимым фактором, способствующим адаптивному к жизни в обществе ребенка с РАС [18].

Вопреки распространенному мнению о том, что аутичные дети не способны на проявление родственных чувств к своим близким и не отличают собственных родителей от посторонних людей, результаты эмпирических исследований свидетельствуют об обратном. Большинство детей с аутизмом в присутствии знакомых и близких людей проявляют большую социальную направленность, чем с незнакомыми людьми. Они предпочитают общество матери обществу незнакомого человека и прибегают к её помощи при изучении окружающего мира [18, 24].

Формирование надежной привязанности между ребенком с РАС и значимым окружением, прежде всего матерью, является важной составляющей в его развитии. Надежная привязанность в отношениях, а также чуткость со стороны значимого лица в значительной степени способствует распознаванию и удовлетворению потребностей ребенка, с одной стороны, и повышают способность ребенка успешно адаптироваться к новым условиям, с другой [3, 4, 21].

Следует отметить, что различные врожденные нарушения в развитии младенцев, в том числе и РАС, могут усложнять процесс распознавания матерью сигналов младенца, и тогда ей необходима специальная помощь в процессе подстройки к младенцу [1, 18, 26]. Препятствия в развитии надежной привязанности могут лежать и во внутреннем мире матери, это может быть связано с ее травматическим опытом, личностными особенностями, эмоциональным состоянием, конфликтами в супружеской сфере [4, 9, 25]. В литературе наряду с привязанностью и чуткостью описывается также такое важное качество во взаимодействии с ребенком с РАС, как материнская проницательность, то есть способность «смотреть на вещи с точки зрения ребенка» [34]. Проницательность включает в себя понимание мотивов, которые лежат в основе поведения ребенка, целостное восприятие личности ребенка, принятие его вызывающего поведения и открытость к восприятию новой информации о ребенке. Связь между проницательно-

стью/принятием и привязанностью также может быть результатом воздействия детей на матерей. Возможно, легче проявлять проницательность и принятие в отношении ребенка, который демонстрирует надежную привязанность. Несмотря на то что у детей с РАС могут быть трудности в отношениях с родителями, материнская проницательность и принятие возможны и, как представляется, играют важную роль в формировании чувства безопасности у детей [42, 45]. Опыт израильских ученых, организующих помощь детям с РАС через работу с семьей, показывает, что проницательность родителей связана с надежной привязанностью детей и способствует их развитию. Центры помощи детям с РАС в этих случаях создают условия, в которых родители понимают и принимают своих детей, общество также принимает таких детей и их семьи, что, безусловно, способствует развитию детей и улучшению качества их жизни [20, 42, 45].

Как показали результаты исследований, на социальную адаптированность родителей оказывает влияние возраст ребенка с РАС. Менее социально адаптированы родители, дети которых находятся в возрасте от 0 до 3 лет, а также родители, дети которых старше 7 лет. Это объясняется в первом случае тем, что родители испытывают сильнейший стресс при появлении в семье ребенка с особенностями развития и еще не адаптировались к возникающим трудностям, а в другом случае тем, что родители испытывают стресс, когда видят, что их ребенок взро­стет и серьезно отстает в развитии от своих сверстников. В более старшем возрасте социальная активность родителей снижается в связи с тем, что с ростом ребенка становится все сложнее в уходе за ним, особенно если происходит нарушение его психического, интеллектуального и физического функционирования. На общее социальное здоровье родителей влияет и то, посещает ли он учебные учреждения и имеют ли родители помощника по хозяйству и уходу за ребенком. Факт посещения ребенком учебных заведений и наличие у родителей возможности прибегнуть к помощи родственников или наемного персонала в уходе за ребенком и ведении хозяйства позволяет освободить время для творческой самореализации, что существенно повышает показатели социально-психологического здоровья родителей [5].

Говоря об общих характеристиках семей, воспитывающих «особых детей», имеющих РАС, в качестве основного фактора можно выделить тревогу родителей, обусловленную неопределенностью в отношении динамики развития заболевания и будущего своего ребенка [11, 12, 14, 16, 18]. Напряженностью своих переживаний семья, в которой растет ребенок с аутизмом, выделяется даже на фоне семей, имеющих детей с другими тяжелыми нарушениями развития [11]. Непредсказуемость в поведении аутичного ребенка, низкий уровень информированности общества о проблеме детского аутизма и связанные с этим проблемы могут привести к постепенной социальной изоляции таких семей. В результате сильнее всего страдает область семейного досуга [11].

Важное внимание в вопросе сохранения ресурсного потенциала семьи уделяется сохранению здоровья других детей в семье. В ходе исследований были выделены факторы риска поведенческих и эмоциональных проблем у братьев и сестер детей с РАС: мужской пол; неполная семья; ребенок с РАС - старший из детей; низкий семейный доход; ребенок с поведенческими проблемами, типичными для РАС, и сиблинг с расширенным аутистическим фенотипом [49]. Анализируя рабо-

ты по аутизму, исследователи показали, что у сиблингов аутичного ребенка могут возникать чувство дискомфорта, ущербности и другие эмоциональные расстройства, но в большинстве случаев у них развивается более глубокое человеческое понимание людей и проблем инвалидности, в них больше сострадания, и они лучше следят за состоянием своего собственного здоровья, чем их сверстники [35].

Общие характеристики семейного окружения и специфика построения взаимоотношений внутри семьи, описанные для общей группы детей с нервно-психическими расстройствами, применимы и к семьям детей с РАС. Таким образом, можно сказать, что создание определенного семейного фона является значимым фактором, способствующим адаптивному к социуму ребенка с РАС.

Практические рекомендации по поддержке семей детей с нервно-психическими расстройствами

Достижение оптимального качества жизни для членов семьи в ситуации нервно-психического заболевания у ребенка и есть основная цель совместной работы с семьей. Семейная психотерапия в данном случае направлена на эмоциональную поддержку и сопровождение в процессе принятия диагноза, актуализацию ресурсов членов семьи и семейных ресурсов для его прохождения [7]. Психотерапия семьи, имеющей ребенка с нервно-психическими расстройствами, должна учитывать разворачивающийся процесс принятия факта болезни и ограниченных возможностей ребенка и следовать ему. Итогом проработки всех стадий горя в связи с утратой представления о здоровом ребенке должно стать принятие, предполагающее осознание ограничений, которые касаются собственной жизни и жизни ребенка, и осознание собственного отношения к этим ограничениям. При работе с семьей следует обращать внимание на то, что члены семьи могут быть на разных стадиях принятия тяжелого диагноза ребенка, и это может затруднять объединение семейных ресурсов по преодолению семейного стресса [7, 12, 14, 44].

Простившись с неоправданными надеждами, оплакав несостоявшуюся жизнь в том виде, о которой мечтали, родители начинают выстраивать новое поведение, спокойно переживая реальные ограничения. Их жизнь и жизнь их ребенка значительно отличается от жизни родителей и жизни условно здоровых детей, но она наполнена соответствующими реальности смыслами и действиями [5, 7, 22]. Несмотря на оптимальное прохождение всех стадий принятия тяжелого диагноза, на пути воспитания и взросления ребенка родители будут сталкиваться с феноменом ретравматизации, который сопровождает кризисы семьи. Родители вновь и вновь будут сталкиваться с новыми ограничениями, что потребует от них повторяющейся работы по их принятию [7, 11, 12, 14, 16, 19]. Родителям, воспитывающим ребенка с РАС, наряду с вышесказанным в большей степени необходима помощь в формировании таких личностных качеств, как чуткость и проницательность, способствующих взаимодействию с ребенком [42, 45]. Также родителям детей с РАС необходима эмоциональная и психологическая поддержка специалистов в работе с тревогой, связанной с будущим ребенка и с их собственными жизненными перспективами [11, 12, 14, 16, 19].

В заключение можно сказать, что успешная социализация ребенка с нервно-психическим нарушением возможна лишь при сохранении и улучшении качества жизни членов семьи в соответствие с ситуацией. Помочь таким детям можно, лишь одновременно помогая их семьям, а это возможно через установ-

ление альянса с родителями и другими родственниками, принятие их индивидуального уникального опыта, поддержание их активной жизненной позиции. В свою очередь работа с вышеописанными семьями подразумевает комплексный подход, сочетающий информирование, обучение и эмоциональную поддержку.

Выводы

1. Мероприятия по повышению показателей социально-психологической адаптации ребенка с нервно-психическими нарушениями могут быть эффективными исходя из понимания потребностей не только больного ребенка, но и его родителей, закономерностей семейного функционирования, особенностей семей с больным ребенком, особенностей взаимодействия с ребенком.

2. Семья с момента рождения ребенка с нервно-психическими расстройствами переживает серьезный стресс и по мере его взросления преодолевает целый ряд семейных кризисов, обусловленных как возрастными особенностями развития ребенка, так и трудностями выстраивания внутрисемейных взаимоотношений, возрастными кризисами членов семьи.

3. Деструктивный вариант развития семейной системы характеризуется тем, что снятие напряжения и неудовлетворенности, возникших в результате нервно-психического расстройства одного из членов семьи, происходит за счет отчуждения семьи от больного, отказа от ответственности за него, за счет нарастания конфликтов как внутри семьи, так и с социальным окружением, стремления к изоляции.

4. Конструктивными факторами развития семейной системы являются семейная сплоченность и открытость коммуникаций внутри семьи, хороший контакт и взаимодействие с социальным окружением, знание членов семьи личностных особенностей индивида с нервно-психическими расстройствами, способность и готовность находить значительные резервы усиления влияния на него. Родители в таких семьях живут полноценной жизнью, посвящают время творческой самореализации, верят, надеются, радуются, мечтают, гордятся своим ребенком.

5. В отношении родителей детей с РАС можно выделить повышенную тревогу и напряженность, обусловленные неопределенностью в динамике развития заболевания и будущего своего ребенка. Специфическими особенностями детско-родительских отношений детей с РАС является сложность в формировании привязанности и понимании потребностей ребенка ввиду его особенностей, преодолению чего в значительной степени способствуют такие качества родителей, как чуткость и проницательность.

6. Динамика развития ребенка будет зависеть от показателей психологического благополучия всей семьи, принятия родителями информации о заболевании ребенка, адекватного восприятия заболевания на всех этапах развития ребенка и способности справляться с возрастными и семейными кризисами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Н.Н. Взаимодействие матери и ребенка раннего возраста с поддержкой речевого развития // Психологическая наука и образование. 2019. Т. 24. № 2. С. 19-28.

2. Богдашина О.Б. Модели организации комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра на Западе // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 4. (53). С. 27—34.

-
3. Боулби Дж. Привязанность. - М.: Академический проект, 2003.- 447с.
 4. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. - М.: Когито-Центр, 2014. - 319 с.
 5. Власова Д.Е., Козлова Н.В. Факторы, способствующие сохранению социально-психологического здоровья родителей, воспитывающих детей с особенностями развития // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 1. С. 20-27.
 6. Гетманенко Я.А., Трусова А.В. Эволюция представлений о роли ближайшего окружения в развитии и течении шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 1. С. 48-63.
 7. Городнова М.Ю. Психотерапия семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2. С. 67-74.
 8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. - М.: Медпрактика, 2007. - 179 с.
 9. Дорошева Е.А., Грабельникова У.С., Колупаева С.Г. Особенности восприятия стрессовых факторов и совладания с ними у матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра // Reflexio. 2018. Т. 11, № 2. С. 43–62
 10. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Выбор стратегий и оценка эффективности в системе психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. – М.: Изд.: МГППУ, 2016. - С. 222-239.
 11. Керре Н.О. Особенности социального окружения детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития. № 4 (31). 2010 http://psyjournals.ru/files/74779/autism_2010_4_kerre.pdf (дата обращения 29.07.2019 г.)
 12. Костина И.А. Консультирование родителей детей с аутизмом // Детский аутизм: исследования и практика. 2008. № 4. С. 333-344.
 13. Красильникова Е.Д. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2012 (12). № 2. С. 29-36.
 14. Магомед-Эминов М.Ш. Психология уцелевшего // Вестник Московского унив.-та. Сер. 14. Психология. 2005. № 3. С. 3-17.
 15. Мамохина У.А. Особенности речи при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 24-33.
 16. Микаэлян Л. Психологическая работа с родителями «особых» детей: ресурсная модель // Консультативная психология и психотерапия. 2006. № 2. С. 147-169.
 17. Мотовилин О.Г. Взаимосвязь детско-родительских отношений и течения сахарного диабета 1 типа // Психология телесности: теоретические и практические исследования. ПГПУ (Пенза). 2008. <http://psyjournals.ru/psytelesnost/issue/30446.shtml> (дата обращения: 29.07.2019 г.)
 18. Никольская О.С. Аутизм лечится общением // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 4 (53). С. 35-38.
 19. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. - М.: Полиграф сервис, 2003. – 232 с.
-

20. Первушина О.Н. Аутизм: достаточно ли работы с поведением? // *Reflexio*. 2018. Т. 11, № 2. С. 5–24.

21. Пиаже, Ж. Избранные психологические труды / [пер. с фр.]. - М.: Промсвещение, 1969. - 659 с.

22. Подоплелова О.Н. Психологическая помощь родителям детей с тяжелыми психическими или органическими расстройствами // *Аутизм и нарушения развития*. 2008. № 4. С. 60–63.

23. Северный А.А., Иовчук Н.М. Организация междисциплинарного взаимодействия в психокоррекционной помощи детям и подросткам // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2018 (18). №4. С. 35-40.

24. Селигман М. Обычные семьи, особые дети. – М.: Теревинф, 2007. 368 с.

25. Симоненко И.А. Системно-генетическая модель психотерапии ребенка с психосоматическим расстройством: дисс. ... докт. психол. наук: 19.00.04. - СПб., 2015.- 490 с.

26. Узель Д. Работа с родителями аутичных детей // *Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками* / Под ред. Дж. Циантиса и др. – М.: Когито-Центр, 2006.

27. Федотова Э.Л. Самоощущение ребенка, имеющего сиблинга с аутизмом // *Детский аутизм: исследования и практика*. Изд.: Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков. 2008. С. 144–185.

28. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // *Московский психотерапевтический журнал*. 1993. № 1. С. 77-112.

29. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // *Социальная психология и общество*. 2017. Т. 8. № 4. С. 8—31.

30. Шевченко Ю.С. Комплексная многоуровневая терапия детей с синдромами раннего детского аутизма: концепция и практика (лекция) // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2016 (16). № 4. С. 71-80.

31. Шипицина Л.М. «необучаемый» ребенок в семье и обществе. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.

32. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. - СПб.: Речь, 2012. - 207 с.

33. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. - СПб.: Питер, 2002. — 656 с.

REFERENCES

1. Avdeeva N.N. Vzaimodejstvie materi i rebenka rannego vozrasta s zaderzhkoj rechevogo razvitiya // *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie*. 2019. Т. 24. № 2. S. 19-28.

2. Bogdashina O.B. Modeli organizacii kompleksnoj pomoshhi detjam s rasstrojstvami autisticheskogo spektra na Zapade // *Autizm i narushenija razvitiya*. 2016. Т. 14. № 4. (53). S. 27—34.

3. Boulbi Dzh. Privjazannost'. - М.: Akademicheskij proekt, 2003.- 447s.

4. Brish K.H. Terapija narushenij privjazannosti: Ot teorii k praktike. - М.: Kogito-Centr, 2014. - 319 s.

5. Vlasova D.E., Kozlova N.V. Faktory, sposobstvujushhie sohraneniju social'no-psihologicheskogo zdorov'ja roditelej, vospityvajushhih detej s osobennostjami razvitiya // *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*. 2019 (19). № 1. S. 20-27.

6. Getmanenko Ja.A., Trusova A.V. Jevoljucija predstavljenij o roli blizhajshego okruzhenija v razvitii i techenii shizofrenii // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2019. T. 27. № 1. S. 48-63.
7. Gorodnova M.Ju. Psihoterapija sem'i rebenka s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 2. S. 67-74.
8. Gurovich I.Ja., Shmukler A.B. Praktikum po psihosocial'nomu lecheniju i psihosocial'noj rehabilitacii psihicheski bol'nyh. - M.: Medpraktika, 2007. - 179 s.
9. Dorosheva E.A., Grabel'nikova U.C., Kolupaeva S.G. Osobennosti vosprijatija stressovyh faktorov i sovladanija s nimi u materej, vospityvajushhih detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Reflexio. 2018. T. 11, № 2. S. 43–62
10. Isaeva E.R., Muhitova Ju.V. Vybory strategij i ocenka jeffektivnosti v sisteme psihosocial'noj rehabilitacii: sovremennoe sostojanie problemy // Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy. – M.: Izd.: MGPPU, 2016. - S. 222-239.
11. Kerre N.O. Osobennosti social'nogo okruzhenija detej s autizmom // Autizm i narushenija razvitija. № 4 (31). 2010
http://psyjournals.ru/files/74779/autism_2010_4_kerre.pdf (data obrashhenija 29.07.2019 g.)
12. Kostina I.A. Konsul'tirovanie roditel'ej detej s autizmom // Detskij autizm: issledovanija i praktika. 2008. № 4. S. 333-344.
13. Krasil'nikova E.D. Psihologicheskie osobennosti semej, vospityvajushhih detej s razlichnymi variantami narushenija psihicheskogo zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2012 (12). № 2. S. 29-36.
14. Magomed-Jeminov M.Sh. Psihologija ucelevshego // Vestnik Moskovskogo univ.-ta. Ser. 14. Psihologija. 2005. № 3. S. 3-17.
15. Mamohina U.A. Osobennosti rechi pri rasstrojstvah autisticheskogo spektra // Autizm i narushenija razvitija. 2017. T. 15. № 3. S. 24-33.
16. Mikajeljan L. Psihologicheskaja rabota s roditel'jami «osobyh» detej: resursnaja model' // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2006. № 2. S. 147-169.
17. Motovilin O.G. Vzaimosvjaz' detsko-roditel'skih otnoshenij i techenija saharnogo diabeta 1 tipa // Psihologija telesnosti: teoreticheskie i prakticheskie issledovanija. PGPU (Penza). 2008.
<http://psyjournals.ru/psytelesnost/issue/30446.shtml> (data obrashhenija: 29.07.2019 g.)
18. Nikol'skaja O.S. Autizm lechitsja obshheniem // Autizm i narushenija razvitija. 2016. T. 14. № 4 (53). S. 35-38.
19. Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. i dr. Autizm: vozrastnye osobennosti i psihologicheskaja pomoshh'. - M.: Poligraf servis, 2003. – 232 s.
20. Pervushina O.N. Autizm: dostatochno li raboty s povedeniem? // Reflexio. 2018. T. 11, № 2. S. 5–24.
21. Piazhe, Zh. Izbrannye psihologicheskie trudy / [per. s fr.. - M.: Prosveshhenie, 1969. - 659 s.
22. Podoplelova O.N. Psihologicheskaja pomoshh' roditel'jam detej s tjazhelymi psihicheskimi ili organicheskimi rasstrojstvami // Autizm i narushenija razvitija. 2008. № 4. S. 60–63.
23. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Organizacija mezhdisciplinarnogo

vzaimodejstviya v psihokorrekcionnoj pomoshhi detjam i podrostkam // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). №4. S. 35-40.

24. Seligman M. Obychnye sem'i, osoby deti. – M.: Terevinf, 2007. 368 s.

25. Simonenko I.A. Sistemno-geneticheskaja model' psihoterapii rebenka s psichosomaticeskim rasstrojstvom: diss. ... dokt. psihol. nauk: 19.00.04. - SPb., 2015.- 490 s.

26. Uzel' D. Rabota s roditeljami autichnyh detej // Rabota s roditeljami: Psihoanaliticheskaja psihoterapija s det'mi i podrostkami / Pod red. Dzh. Ciantisa i dr. – M.: Kogito-Centr, 2006.

27. Fedotova Je.L. Samooshhushhenie rebenka, imejushhego siblinga s autizmom // Detskij autizm: issledovanija i praktika. Izd.:Centr psihologo-mediko-social'nogo soprovozhdenija detej i podrostkov. 2008. S. 144–185.

28. Holmogorova A.B. Psihoterapija shizofrenii za rubezhom // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 1993. № 1. S. 77-112.

29. Holmogorova A.B., Rychkova O.V. 40 let biopsichosocial'noj modeli: chto novogo? // Social'naja psihologija i obshhestvo. 2017. T. 8. № 4. S. 8—31.

30. Shevchenko Ju.S. Kompleksnaja mnogourovnevaja terapija detej s sindromami rannego detskogo autizma: koncepcija i praktika (lekcija) // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016 (16). № 4. S. 71-80.

31. Shipicina L.M. «neobuchaemyj» rebenok v sem'e i obshhestve. – SPb.: Rech', 2005. – 477 s.

32. Jejdemiller Je.G., . Medvedev S.Je. Analitiko-sistemnaja semejnaja psihoterapija pri shizofrenii. - SPb.: Rech', 2012. - 207 s.

33. Jejdemiller Je. G., Justickis V. Psihologija i psihoterapija sem'i. 3-e izd. - SPb.: Piter, 2002. — 656 s.

34. Ainsworth, M. D. S. (1969). Maternal sensitivity scales. Retrieved December 15, 2007, from <http://www.psy. sunysb.edu/ewaters/senscoop.htm> (датаобращения: 29.07.2019 г.)(дата обращения: 29.07.2019 г.)

35. Baron-Cohen S., Bolton P. Autism: The Facts. Oxford University Press, 1993.

36. Bowen M. A Family Concept of Schizophrenia // The Etiology of Schizophrenia / D.D. Jackson (ed.). Oxford, England: Basic Books, 1960. P. 346—372. doi:org/10.1037/10605-01214 (датаобращения: 29.07.2019 г.)

37. Brian J., Doyle-Thomas K.A.R., Baribeau. D., Anagnostou E. Novel mechanisms and treatment approaches in autism spectrum disorder. Discoverymedicine, 22(119), 2016, cc. 47—54.

38. Brown G., Birley J. Crises and life changes and the onset of schizophrenia // Journal of Health and Social Behavior. 1968. Vol. 9 (3). P. 203—219. doi:10.2307/2948405 (дата обращения: 29.07.2019 г.)

39. Ciompi L. Auf demWegzueinemkohärentenmultidimensionalenKrankheits — und Therapieverständnis der Schizophrenie: KonvergierendeneueKonzepte // Bewältigung der Schizophrenie / H. Brenner, W. Böker (Hrsg.). Bern, 1986. P. 51—52.

40. Doane J. Family Interaction and Communication Deviance in Disturbed and Normal Families // Family Process. 2004. Vol. 17 (3). P. 357-376. doi:10.1111/j.1545-5300.1978.00357.x (датаобращения: 29.07.2019 г.)

41. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model // The American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535—544.33.

42. Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, E., & Etzion-Carasso, A. (2002). Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38, 534–542.
43. Maurin J., Boyd C. Burden of mental illness on the family: a critical review // *Archives of Psychiatric Nursing*. 1990. Vol. 4 (2). P. 99—107. doi:10.1016/0883-9417(90)90016-E (дата обращения: 29.07.2019 г.)
44. Munday P., Sigman M. Specifying the Nature of the Social Impairment of Autism // Ed. 7. by G. Dawson – N.Y. – L.; The Guilford press, 1989
45. Oppenheim D., Koren-Karie N., Dolev S., Yirmiya N. Maternal Insightfulness and Resolution of the Diagnosis Are Associated With Secure Attachment in Preschoolers With Autism Spectrum Disorders // *Child Development*. 2009. Vol. 80 (2). P. 519
46. Ruzich E., Allison C., Smith P., Ring H., Auyeung B., Baron-Cohen S. (2016) 'The Autism-Spectrum Quotient in Siblings of People with Autism.' *Autism Research*, 2016, e-pub: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aur.1651/pdf> (дата обращения: 29.07.2019 г.)
47. Siegel B., Silverstein S. What about me?: Growing up with a developmentally disabled sibling. New York: Plenum. 1994.
48. Simeonsson R.J., Bailey D.B. Siblings of handicapped children In J. J. Gallagher, W. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons*. Baltimore: Brookes. 1986.
49. Walton K.M. 'Risk Factors for Behavioral and Emotional Difficulties in Siblings of Children With Autism Spectrum Disorder.' *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 2016, e-pub: <http://www.aaid-djournals.org/doi/10.1352/1944-7558-121.6.533> (дата обращения: 29.07.2019 г.)
50. Wilson B. A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A. *Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press, 2013. 456 p.

O.V. Kiseleva

THE ROLE OF FAMILY FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS AND AUTISM SPECTRUM DISORDERS⁴

Novosibirsk State University (Novosibirsk).

Summary. The article presents a bibliographic analysis of the role of family factors in the development of children with neuropsychiatric disorders and autism spectrum disorders. A comparative analysis of the constructive and destructive forms of interaction in family from the perspective of the resource approach is carried out. The sanogenic role of the family in the course and prognosis of neuropsychiatric disorder in the child is described, the directions of psychological work with the family are indicated, and the importance of an integrated approach in accompanying such families is emphasized.

Keywords: family, neuropsychiatric disorders, autism spectrum disorders, biopsychosocial model, systematic approach, sanogenic role of the family, "healthy" and "pathological" families, resource approach, integrated approach.

⁴This work was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project № 18-013-00925).

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА
НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ¹**

Оренбургский государственный медицинский университет (Оренбург).

Резюме. Определение психометрической надежности международного опросника неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ- WHOACEIQ) в настоящее время является главным содержанием деятельности ВОЗ, направленной на международное распространение опросника для исследования насилия над детьми в мире и разработке мер противодействия ему. Представлен обзор данных научной литературы последних лет, освещающих результаты этой деятельности.

Ключевые слова: насилие в детстве, пренебрежение в детстве, неблагоприятный детский опыт, опросники.

Введение. Жестокое обращение с детьми – сложное социальное явление, отдельные стороны которого изучаются разными науками (социологией, психологией, медициной, уголовным и семейным правом). В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала определение понятия «насилие над детьми» (childabuse), отождествив его с понятием «жестокое обращение в детстве» (maltreatment in childhood) [2]. Согласно указанному определению разработана научная терминология, которая описывает четыре основных вида жестокого обращения с детьми: пренебрежение, физическое насилие, сексуальное насилие и эмоциональное, или психологическое насилие.

Пренебрежение (neglect) -это неспособность обеспечить основные потребности ребенка. Пренебрежение может быть физическим, образовательным, медицинским или эмоциональным.

Физическое пренебрежение-это самый распространенный вид запущенности, проявляющийся в неспособности удовлетворить основные потребности ребенка в пище, жилье и одежде, не связанный с нехваткой финансовых ресурсов. Физическая запущенность включает в себя также недостаточный родительский контроль, отказ от ребенка, изгнание из дома, и отказ от беглеца, который хочет вернуться домой.

Педагогическая запущенность является вторым наиболее частым видом безнадзорности и включает в себя невозможность организовать адекватное обучение ребенка в средней школе, в том числе неспособность записать ребенка в школу или попустительство к хроническим прогулам, а также отсутствие обучения для детей с особыми образовательными потребностями.

Медицинское пренебрежение включает в себя отказ, невыполнение или задержку в выполнении необходимой медицинской помощи (как профилактического плана, так и ургентного характера).

¹Начало. Окончание см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2020 (20), № 2.

Эмоциональное пренебрежение, которое, как эмоциональное насилие, трудно доказуемо, включает в себя заметное невнимание к потребности ребенка в любви, отказ или непредставление необходимой психологической поддержки, или хроническое (например, избиение матери) или экстремальное (убийство) супружеское насилие в присутствии ребенка.

Физическое насилие может варьироваться от незначительных синяков до убийства ребенка и может быть однократным или систематическим. Физическое насилие включает в себя наказание, которое не соответствует возрасту ребенка, его физическому развитию, состоянию здоровья, интеллектуальному или эмоциональному состоянию. Обычные дисциплинарные меры не требуют медицинского лечения, они не оставляют физических следов, таких как рубцы и синяки. К тяжелым формам физического насилия относятся: избиение ребенка (удары кулаками или пинками по телу или голове), прижигание, угроза ножом или огнестрельным оружием. К умеренным формам: удары руками по ягодицам, подзатыльники, пощечины, вырывание или выстригание клочьев волос, встряхивание, обливание холодной водой, угрозы с замахиванием кулаком или тяжелым предметом, болезненное щипание, выкручивание уха, требования к ребенку стоять на коленях или длительно стоять в неудобной позе, принуждение к вкладыванию в рот острого перца, соли, пищевой соды [2].

Сексуальное насилие подразумевает целый комплекс форм поведения, используемыми взрослыми для сексуального возбуждения или удовлетворения: тактильные формы орально-генитального, генитального или анального контактов с ребенком (например, ласки гениталий ребенка), или несоприкасающиеся формы (например, эксгибиционизм, вуайеризм), а также половой акт (например, половое сношение, изнасилование, мужеложство), и коммерческую эксплуатацию детей посредством проституции или производства порнографической продукции. Сексуальные потребности посягающего лица могут быть удовлетворены и без применения физического или психического насилия к детям. Взрослый, основываясь на возрастной неосведомленности ребенка и отсутствии у него осознанного понимания значения и характера совершаемых действий, может добиться достижения своих низменных целей другими способами (например: путем уговоров, обещаний, дарения подарков и др.) [1].

Эмоциональное насилие включает в себя отказ взрослых обеспечить надлежащую психологическую поддержку детей и создание неблагоприятной эмоциональной среды, которая вызывает или может вызвать серьезные поведенческие, когнитивные, эмоциональные или психические расстройства. Данная форма может проявляться вербальными действиями, направленными на эмоциональное здоровье и развитие ребенка: запреты на действия, на перемещения ребенка, очернение, осмеяние, угрозы, принижение, дискриминацию, неприятие и другие нефизические формы враждебного обращения. Эмоциональное насилие часто сосуществует с другими формами жестокого обращения. Последствия такого насилия длительное время могут протекать скрытно, проявляясь во взрослом возрасте склонностью повторять неблагоприятный опыт и предрасположенностью попадать в неблагоприятные ситуации (victimization) [5].

Существует взаимосвязь последствий жестокого обращения и возрастного

периода жизни [28]. Период младенчества и раннего детства – наиболее уязвимый для возникновения тяжелых последствий жестокого обращения в диапазоне от нарушения нейробиологического развития и созревания головного мозга до смертельных исходов. Основной формой физического насилия в этот период являются удары по голове и телу, сопровождающиеся черепно-мозговыми травмами, повреждениями внутренних органов, переломами; чрезмерно энергичные потрясывание за конечности или плечи, вызывающие скрытые внутричерепные или внутриглазные кровотечения без признаков внешних травм («battered child syndrome», синдром избитого ребенка) [31].

Последствия пренебрежения или недобросовестного ухода так же драматичны. Несоблюдение норм ухода приводит к нарушению режима питания, регулярного сна, что проявляется значительным отставанием в физическом развитии, проявлениями депривационной карликовости. Последствия эмоционального пренебрежения проявляются поведенческими признаками задержки психического развития: отсутствие улыбки, отсутствие мимической экспрессии, наличие выражения отвращения во взгляде, использование самостимулирующих действий, нетерпимость к изменениям в привычной обстановке, низкий уровень активности.

У детей дошкольного и раннего школьного возраста, подвергшихся жестокому обращению, были обнаружены нарушения интеллектуального и речевого развития без признаков неврологических нарушений. [32]. Однако в других исследованиях не обнаружено различий в интеллектуальном и когнитивном функционировании, языковых навыках или вербальных способностях. Когнитивный дефицит, возможно, вызван влиянием физического насилия на способности к обработке социальной информации, измененные результаты которой приводят к хроническому агрессивному поведению, склонностью к поиску социальных провокаций [15]. В частности, исследования электропотенциалов головного мозга у детей с психотравмирующим опытом показывают картины нервной активации во время выполнения задач, требующих исполнительных функций, аналогичные наблюдающимся закономерностям у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [3].

Первые попытки суицидов и членовредительства среди детей, перенесших жестокое обращение, появляются в возрасте 7-12 лет [16]. Также дети этого возраста обнаруживают повышенный уровень депрессии, безнадежности и низкой самооценки. Данный возрастной период уязвим к воздействию факторов эмоционального насилия: третирование, терроризирование и запугивание ребенка (например, постоянное умаление ребенка или уничтожение любимого объекта).

С наступлением полового созревания увеличиваются риски сексуального насилия, набирая максимальную выраженность в подростковый период. Темпы сексуального насилия в 1,5-3 раза выше среди девочек, чем мальчиков [35]. Насилие, особенно сексуальное, в этом возрасте может привести к побегам из дома. Сексуальное надругательство также способствует проявлению депрессивных и шизофреноподобных расстройств и приводит до трети пострадавших подростков к совершению суицидальных действий [8]. Жертвы насилия могут быть более уязвимыми к сексуальной распущенности и риску подростковой беременности [13].

У взрослых жестокое обращение в детстве является причиной психологи-

ческих нарушений (беспомощность, низкая самооценка, чувство вины, стыд), поведенческих и эмоциональных расстройств: тревожности, депрессии, суицидального поведения, посттравматических стрессовых расстройств, наркологических заболеваний, трудностей в близких или интимных отношениях, диссоциативных (травматических) амнезий, диссоциативного расстройства идентичности, пограничного расстройства личности, антисоциального расстройства личности, соматизации и других медицинских проблем, компульсивной и беспорядочной сексуальной активности, переживания. [28]. В целом существуют три научных модели, объясняющих взаимосвязь между воздействием детских переживаний на здоровье взрослых [34, 38]. Биологическая теория подтверждает, что ранние невзгоды и психотравмы вызывают системную нейроэндокринную дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, лимбической систем, нарушают функции ретикулярной формации и межполушарного взаимодействия в коре больших полушарий приводящие впоследствии к стойким морфологическим изменениям. Психологическая теория считает, что ранние болезненные переживания формируют стойкий дистресс и устойчивое состояние аллостаза как потребности физиологического ущерба, приписывая к таковому психосоматические заболевания.

В научном обзоре, опубликованном в «Lancet» в 2017 г. [22] авторы сообщают, что в общей сложности существуют 11 621 публикаций, отражающих результаты исследований распространенности и последствий неблагоприятного детского опыта, из них 2334 имеют размеры полноценных научных статей. По материалам 37 статей, использовавшихся в итоге, авторы (табл. 1) представляют сводную информацию о 253 719 участниках исследований в США, Великобритании, Финляндии, Канаде, Китае, Новой Зеландии, Филиппинах, Саудовской Аравии, странах Европы – Албании, Латвии, Литве, Македонии, России, Румынии, Турции, Черногории.

Диагностика психотравм детского возраста. Для выявления случаев и оценки интенсивности воздействия жестокого обращения и пренебрежения в детстве был разработан ряд инструментов, предназначенных для использования во взрослом периоде жизни. Одним из наиболее широко используемых инструментов является опросник детских травмирующих переживаний – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), разработанный D.P. Bernstein с соавторами [9]. Эта методика прошла значимое психометрическое апробирование как в клинических, так и в общих популяциях. Оригинальный CTQ содержал 70 пунктов. Однако позже он был сокращен до краткой формы из 28 элементов (CTQ-SF), которая также была психометрически подтверждена.

Сопоставимым по количеству исследований, направленных на определение психометрической значимости, достоверности и надежности результатов, является опросник детского опыта запущенности и жестокого обращения (Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire (CECA-Q) [11-12]. Опросник включает разделы, посвященные потере родителей (смерть родителей, разлуку на 1 год или более из-за переезда и постоянного проживания родителей в другом месте в возрасте ребенка до 17 лет), оценку родительского ухода и психологического, физического и сексуального насилия со стороны родителей.

Таблица 1.

Распространенность отдаленных последствий неблагоприятного детского опыта

Проявления отдаленных последствий	Абс. кол-во человек
Курение	152 830;
Сердечно-сосудистые заболевания	123 663
Депрессии	104 672
Последствия тяжелых форм употребления алкоголя	84 904
Проблемы, связанные с лишней массой тела	84 840
Респираторные заболевания	72 050
Употребление наркотиков с тяжелыми последствиями	42 816
Проблемы с бытовым употреблением алкоголя	33 992
Ранняя половая жизнь	38 259
Тревога	38 092
Использование наркотиков по ситуации, без формирования зависимости	30 101
Насилие со стороны партнеров	27 935
Насилие со стороны окружающих	25 119
Суицидальные мысли, тенденции, попытки	24 858
Сниженный уровень удовлетворенности жизнью	17 675
Всего:	253 719

«Хронологический опросник жестокого обращения и злоупотребления в детстве» (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) [33] был специально создан для проведения исследований, изучающих взаимосвязь типа и длительности воздействия. Особенностью MACE и основной причиной его разработки является потенциальная способность инструмента определять периоды детства, в которые происходило воздействие факторов жестокого обращения.

Международный опросник неблагоприятного детского опыта и его модификации. В 80-х годах XX века Винсент Фелитти, директор Кайзеровского центра контроля и профилактики заболеваний (Сан-Диего, США) (далее Кайзеровский центр) обратил внимание на высокий отказ (около 50%) от дальнейшего участия в программе снижения веса именно тех клиентов, кто успешно терял лишний вес. При тактичном и детальном собеседовании (n 286) с участниками, покинувшими программу, было выявлено, что пациенты неосознанно используют ожирение, как форму защиты от нежелательного сексуального внимания или как щит от физического нападения. Также для этих пациентов была характерна высокая распространенность воспоминаний о перенесенном в детстве сексуальном или физическом насилии. В связи со свойственным тому времени общественным запретом на обсуждение сексуального насилия в детстве или детских суицидов это было неожиданно и потребовало качественных научных исследований. Исследование В. Фелитти и Р. Анда было первым, разрушившим социальное и психологическое табу на возможность откровенных раз-

говоров о насилии, пренебрежении или нарушенных внутрисемейных отношениях в детстве как со стороны взрослых пациентов, так и врачей [4]. Для подтверждения предположения о взаимосвязи детских психотравмирующих событий и здоровья взрослых был разработан опросник неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure, ACE). Методика изучения неблагоприятных событий детства объединила несколько групп факторов: физическое насилие (ФН), психологическое насилие (ПН), сексуальное насилие (СН), психологическое пренебрежение (ПП), физическое пренебрежение (ФП), серьезные нарушения внутрисемейных отношений (СНВО): партнерское насилие над матерью или сиблингами (ПНМС), психические расстройства членов семьи (ПРЧС), употребление ими психоактивных веществ (УЧСПАВ), развод или разлука с родителями (РРР), тюремное заключение родителей (ТЗР), чем отличалась от предыдущих исследований, которые были сосредоточены на отдельных видах жесткого обращения, преимущественно сексуального насилия, и связанных с ними психопатологических расстройствах [7]. В последующем предложенная методика оценки неблагоприятных событий детства позволила исследователям структурировать весь спектр тяжелых и болезненных переживаний, связанных с детским возрастом, и определить 3 основных группы вредоносных факторов: злоупотребление, пренебрежение, внутрисемейная дисфункция, в целом выделив неблагоприятный детский опыт (НДО) (Adversive Childhood Experience, ACE) как термин, описывающий все выше перечисленное [16-19]. Полученные результаты оказались беспрецедентными. Из 26 000 постоянных клиентов Кайзеровского центра, 17337 человек, обратившихся за всесторонним медицинским обследованием, имели опыт болезненных детских переживаний и воспитывались в условиях насилия (ЭН – 10%, ФН – 26%, СН – 21%) и пренебрежения (ЭП – 15%, ФП – 10%) или в условиях серьезных нарушений внутрисемейных отношений (ПНМС – 13%, ПРЧС – 20%, РРР – 24%, ТЗР – 6%) [10].

Также исследовательская группа установила, что указанные психотравмирующие факторы сосуществовали в повседневной жизни ребенка. Была использована простая система подсчета баллов неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposurescore, ACE-score), суммирующая каждый балл за указанное психотравмирующее обстоятельство. Результаты показали, что только 33% не указали неблагоприятных событий детства, одно событие было указано у 25%, от 2 до 4 – у 25%, переживание 4 и более случаев психотравм вспомнили 17% респондентов [19].

Массив исследований, принявший форму федеральных в США, а позднее - международных (WHO Adversive Childhood Experience Study), выявил доказанные взаимосвязи НДО и онкологических заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний, хронических обструктивных заболеваний легких, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (эрозивный гастрит, неспецифический язвенный колит), неврологических нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата [10, 29]. Дальнейшие исследования обнаружили, что увеличение баллов оценки ACE-score увеличивает шансы употребления табака в 2 раза, алкоголя в 7 раз, внутривенного использования наркотиков в 10 раз, попыток совершить суициды в 12 раз. [16, 17].

Таблица 2.

Сравнительная характеристика методик оценки неблагоприятного детского опыта

Название методики	Цель исследования (ЦИ); Целевая аудитория (ЦА); Источники данных (ИД)	Дизайн опросника Типы НДО	Оценка и представление результатов	Разработка и апробирование	Дополнительная информация
Оригинальный опросник неблагоприятного детского опыта. Adverse Childhood Experience (ACE), разработанный американским медицинским профилактическим центром Kaiser Permanente (National Center for Injury Prevention and Control, 1995г)	ЦИ: скрининг; ЦА: взрослые; ИД: самоотчеты.	28 вопросов, 10 групп в соответствии с типами НДО: ФН, ПН, СН, ЭП, ФП, УЧСПАВ, ПРЧС, ПНМС, РРР, ТЗР.	Суммарный индекс (СИ): 0-10 баллов; группы: 0,2-3, > 4	Разработана на основе: шкала тактики конфликтов (Conflict Tactics Scale), опросник детских травмирующих переживаний - Childhood Trauma Questionnaire; опросник последствий сексуального насилия в детстве Уайта Wyatt (sexual abuse)	Демографическая характеристика, история жизни, сопутствующие состояния и расстройства.
Международный опросник неблагоприятного детского опыта ВОЗ (WHOACE-International Questionnaire), разработан ВОЗ и Кайзеровским центром	ЦИ: Распространение и планирование программ международного сравнения распространенности неблагоприятного детского опыта ЦА: взрослые; ИД: самоотчеты.	28 вопросов, 10 групп в соответствии с типами НДО: ФН, ПН, СН, ЭП, ФП, УЧСПАВ, ПРЧС, ПНМС, РРР, ТЗР.	СИ 0-13 баллов	Модификация BRFSS, добавлены вопросы для международного приращения. Проведены испытания в 6 странах, в настоящее время проходит проверки надежности и валидности.	Демографическая характеристика, история жизни, сопутствующие состояния и расстройства.
Обследование факторов рискованного поведения на государственном уровне Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS)	ЦИ: обзор мер государственной политики в отношении противодействия распространению рискованного поведения. ЦА: взрослые; ИД: самоотчеты.	11 вопросов, 8 групп ФН, ПН, СН, УЧСПАВ, ПРЧС, ПНМС, РРР, ТЗР	СИ: 0,1,2,3,4, >5	Модификация оригинального опросника ACE по результатам факторного анализа	Демографическая характеристика, история жизни, сопутствующие состояния и расстройства.

В США существует более 10 модификаций опросников неблагоприятного детского опыта, разработанных на базе оригинального опросника неблагоприятных событий детства, разработанного для Кайзеровского центра контроля и профилактики заболеваний. В табл. 2 приводится сравнительная характеристика трех методик, наиболее широко используемых для выявления событий жесткого обращения, пренебрежения, нарушенных внутрисемейных отношений детства [10].

Таким образом, Международный опросник неблагоприятного детского

опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ) является модифицированной версией оригинального опросника НДО, разработанной в 1995 г в Кайзеровском центре. Помимо основных 10 факторов НДО, в Международный опросник добавлены 3 группы факторов, определяющих насилие, исходящее от группы лиц - на микросоциальном уровне, издевательства со стороны сверстников (буллинг В), свидетельство насилия в микрогруппе (коллективное насилие КН) и на общественном уровне, включающего войны, политические, этнические конфликты, насильственные действия организованных преступных формирований – общественное насилие (ОН) [36].

Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire - WHOACE-IQ) представлен следующей структурой (см. Приложение). Вопросы к респондентам имеют свой номер и закодированы в 6 групп: 1) демографическая (персональная) информация, (код С – Corequestion); 2) настоящая семья (код М – Marriagequestion); 3) взаимоотношения с родителями/опекунами (код Р – Parents/guardian-question); 4) проблемы семейного окружения (код F – Familyquestion); 5) злоупотребление детским периодом жизни (код А – Abusequestion); 6) насилие (применение дополнительной силы) (код V – Violence). Согласно разработчикам, дизайн опросника предполагает перекрестное распределение вопросов на 13 категорий, имеющих непосредственное отношение к неблагоприятному детскому опыту: физическое насилие (А3, А4); эмоциональное насилие (А1, А2); сексуальное насилие (А5, А6, А7, А8); употребление ПАВ родителями и опекунами (F1); криминальное поведение родителей и опекунов (F3); хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов (F2); партнерское внутрисемейное/домашнее насилие (F6, F7, F8); развод, разлука, смерть родителей (F4, F5); эмоциональное пренебрежение (P1, P2); физическое пренебрежение/пренебрежение основными потребностями (P3, P4, P5); буллинг, издевательства со стороны сверстников (V1, V2, V3.); коллективное насилие (V4, V5, V6); общественное насилие (V7, V8, V9, V10). В преамбуле сформулирован запрос «Когда вам не было 18 лет...». В настоящем исследовании используется частотный подход учета указанных категорий НДО (много раз - 1 балл, было несколько раз – 2 балла, однажды – 3 балла, никогда – 4 балла; вопросы, отражающие проблемы семейного окружения (F1-F5) предполагают ответ «да» - 1 балл, ответ «нет» - 2 балла; к вопросам категории «Эмоциональное пренебрежение» (P1, P2) применена 5-балльная шкала с обратным значением.

Международный опросник НДО признан как эффективный инструмент изучения потенциальной распространенности стандартизированных факторов неблагоприятных событий детства. В рамках работы ВОЗ по валидации WHOACEIQ, происходит накопление научных данных о сходствах и различиях результатов изучения психометрических свойств ACE –IQ, продиктованными этнокультуральными, социальными, экономическими нормами в разных странах [6, 7, 14, 21, 24-27, 38]. Масса исследований подтвердила хорошую валидность контента WHOACEIQ, достоверную внутреннюю согласованность, удовлетворительную тест–ретестовую надежность и семантическую эквивалентность. Согласно этому, все ключевые эле-

менты WHOACEIQ являются очень важными и делают информацию, полученную с помощью международного опросника НДО дискретной и независимой, несмотря на то что рассматривается некоторое множество факторов [21].

В исследовании 2014 г. [20] проведенном с модификацией оригинальной Кайзеровской модели ACE, авторы предлагают 3-факторную модель опросника, включающую факторы «Бытовая дисфункция», «Физическое/эмоциональное насилие», «Сексуальное насилие». Изучение межфакторной корреляции позволяет делать вывод о связи всех 3 факторов в направлениях «Бытовая дисфункция-Сексуальное насилие»; «Сексуальное насилие-Физическое/эмоциональное насилие» и предположить наличие дополнительного фактора НДО более высокого порядка. Так же, по мнению исследователей [37], высокая чувствительность и информативность в отношении выявления эпизодов НДО, факторов физического, сексуального, эмоционального насилия в связи с их особым, интрузивным, значением для респондентов, определяющимся болезненным погружением в воспоминания и опасением предполагаемых последствий раскрытия, делает эти пункты опросника нежелательными для включения в инструменты быстрого скрининга НДО. В связи с этим, авторы предлагают 2-позиционную модель опросника НДО, состоящую из фактора «Употребление ПАВ домочадцами» и фактора «Эмоциональное насилие». Валидность данной модели была подтверждена результатами регрессионного анализа, который продемонстрировал эквивалентные исходы здоровья у пациентов, НДО которых выявлялся с помощью оригинальной и двухмерной моделями.

В исследовании 2018 г. [23] использована оценка детских переживаний, объединившая элементы WHOACEIQ с элементами опросника виктимизации подростков. Предложена модель с 4 связанными факторами: «Жестокое обращение», «Дисфункция домочадцев», «Дисфункция общины», «Дисфункция сверстников». Модель показала надежность тест-ретестирования, конвергентную и прогностическую валидность и позволяет оценить кумулятивное травматическое влияние раннего опыта виктимизации и беспомощности перед лицом преднамеренных эмоциональных или физических угроз или фактического вреда со стороны других.

E.A. Katan

PURPOSE OF INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES TO IDENTIFY PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE²

Orenburg State Medical University (Orenburg).

Summary. Data on long-term clinical consequences in the field of mental health associated with child abuse are presented. The definitions of the main forms of abuse in childhood are given and the basic psychometric techniques for adult retrospective assessment of prevalence, severity and combination of psychotraumatic childhood events are reviewed.

Keywords: child abuse, childneglect, adverse childhood experience, questionnaire.

²Beginning part. Final part. see: Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov, 2020 (20), № 2.

НЕКРОЛОГ**ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМИРНОВА****01.11.1947 - 03.02.2020**

Внезапно оборвался жизненный путь Елены Олеговны Смирновой. Глубокий исследователь и знаток дошкольного детства, мудрый наставник, она была полна планов и намерений. Встречи, интервью, участие в разных мероприятиях громоздились в ежедневнике, ряд начатых и подготовленных работ ждали публикации. И сделанного ею было столько, что хватило бы на не одну жизнь.

Елена Олеговна Смирнова - доктор психологических наук, профессор кафедры дошкольной педагогики и психологии факультета «Психология образования» МГППУ. Свой научный путь по окончании психологического фа-

культета МГУ она начала в 1973 году в Психологическом институте Российской академии образования. В лаборатории изучения психологии детей раннего и дошкольного возраста М.И. Лисиной уже тогда она глубоко заинтересовалась становлением общения детей, чему были посвящены первые научные работы и ее кандидатская диссертация. Она не раз обращалась к проблеме психического развития детей с тяжелой депривацией общения и путям реабилитации таких детей в семье, к роли родительского отношения в развитии ребенка.

Елена Олеговна – продолжатель научной школы Лисиной М.И. Она разработала собственную концепцию раннего возраста, по которой готовят психологов всей страны. В течение ряда лет являлась руководителем лаборатории психического развития дошкольников в Психологическом институте РАО. Под ее руководством была разработана емкая комплексная диагностика развития детей раннего возраста и инновационная комплексная программа воспитания и развития детей раннего возраста «Первые шаги», направленная на поддержку становления личности ребенка.

Широта и глубина охвата различной проблематики детства в научных интересах поражают. Е.О. Смирнова - одна из крупнейших исследователей таких объемных проблем, как становление воли и произвольности в раннем и дошкольном детстве, развитие самосознания, становление детской инициативы в различных условиях, отношения детей со взрослыми, родителями и сверстниками,

особенности личностного развития детей с проблемами в общении, особенно-сти детской субкультуры, риски информационного пространства и др.

Огромной частью жизни и активности Елены Олеговны стал феномен детской игры и игрушки и утверждение права детей на игру. Продолжая дела З.М. Богуславской по созданию музея игрушек, она объединила уникальную группу единомышленников – Центр психолого-педагогической экспертизы игр и игрушек, не имеющий аналогов в России, где была создана богатая структурированная коллекция современных игрушек в их психологической классификации. Под ее руководством была разработана научно обоснованная концепция и методика оценки игровой продукции для детей, а также оценка игровой среды.

Елена Олеговна была невероятно убежденной, гибкой и творческой. Принципиальное значение детской игры она готова была отстаивать в научном сообществе, в дискуссиях с практиками, на уровне рабочих групп парламента и правительства. Под ее руководством была создана и успешно реализуется магистерская программа «Игра и детство», где право ребенка на игру стало предметом подготовки специалистов. Елена Олеговна участвовала в разработке Федерального государственного образовательного стандарта, куда внесла значительную часть, посвященную требованиям к организации времени и пространства для детской игры, а также к компетенции педагогов по ее поддержанию и развитию.

С именем Елены Олеговны связано современное состояние детской психологии в России и в мире. Она - автор фундаментальных учебников: «Детская психология», «Психология ребенка», «Психология и педагогика игры», «Развивающая предметно-пространственная среда», «Организация игровой деятельности» и других научных трудов, публикаций, выступлений на русском и английском языках. Она была членом редакционных советов журналов «Психологическая наука и образование», «Современное дошкольное образование», «Современная зарубежная психология». Будучи членом Редколлегии журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» с момента его образования, на протяжении 20 лет Е.О. Смирнова принимала самое активное участие в ее работе, постоянно публиковала на страницах журнала свои основополагающие труды по наиболее актуальным проблемам психологии развития детей дошкольного возраста.

Работы Елены Олеговны любят и ценят в России и за рубежом. Стиль ее изложения, по меткому слову одной из коллег, «легкий, воздушный» – так она читала лекции, благодаря чему студенты влюблялись в детскую психологию. Так же она писала книги и учебники, и это окрыляло студентов, давало опору в изучении сложного материала. Ее учебники стали настольными книгами для студентов психологов и педагогов, а многочисленные популярные книги – для родителей.

Талантливый исследователь, весомый ученый, уважаемый педагог, Елена Олеговна всегда с удовольствием играла – с детьми, на занятиях со студентами, на сцене. Она из тех редких людей, которые чувствуют эстетику игры и эмоционально заражают ею других. Она и в работу привносила игру: даже формальные вещи делались красиво и искренне. В людях Елена Олеговна тоже умела увидеть красоту, поддержать талант и способности учеников, принять и понять каждого.

Елена Олеговна была невероятно активным, творческим, отзывчивым и открытым человеком, ее любили и такой будут помнить всегда коллеги и ученики.

Сотрудники,

Редколлегия журнала «Психическое здоровье детей и подростков»

**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 в Word'e.**

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 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 16.03.2020 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