

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2020(20), №3

**«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

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

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, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой
поддержке Института Гармоничного Развития
и Адаптации («ИГРА»)**

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ.....	4
ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
И.А. Горьковая, А.В. Микляева АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ С УСТОЙЧИВЫМ ПРОТИВОПРАВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	8
А.С.Рахимкулова, В.А. Розанов СВЯЗЬ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С СУБЪЕКТИВНЫМ ПЕРЕЖИВАНИЕМ СТРЕССА.....	18
Т.Н. Кильмашкина, В.В. Зарецкий СОЦИАЛЬНЫЕ НОРМЫ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ИНТЕРНЕТ-РИСКОВ И ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЙ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ.....	28
А.А. Белоусов, Т.Г. Горячева ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СДВГ.....	38
А.В. Сантимов, В.Г. Часнык, С.В. Гречаный СЕМЕЙНЫЙ АСПЕКТ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....	47
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
Е.В. Корень, Т.А. Куприянова, К.И. Пономарева, Е.А. Кузьмина ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИЧНОСТИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСТРУКТ ИЛИ КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ).....	58
Е.С. Романова, Е.В. Свистунова, Е.В. Ананьева КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДОШКОЛЬНИКАМИ, ИМЕЮЩИМИ РАЗЛИЧНЫЙ УРОВЕНЬ ПРИНЯТИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	65
Н.А. Шмойлова ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.....	76
В.В. Ряшина, В.К. Рябцев ОСВОЕНИЕ ПРОЕКТНОЙ КУЛЬТУРЫ УЧАЩИМИСЯ КАК МЕХАНИЗМ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЦИФРОВОМ ОБЩЕСТВЕ.....	89
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
Р.Ф.Гасанов, И.В. Макаров, Д.А. Емелина ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ТИКОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ.....	99
Н.В. Королева МЕТОДЫ ЭКСПРЕССИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ.....	115
В.В. Абраменкова ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВАНИЯ (ЛЕКЦИЯ).....	125
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	134

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyayeva

CHARACTER ACCENTUATIONS IN ADOLESCENTS WITH PERSISTENT ILLEGAL BEHAVIOR..... 8

A.S. Rakhimkulova, V.A. Rozanov

ASSOCIATION OF ADOLESCENTS' MENTAL HEALTH PROBLEMS WITH THE SUBJECTIVE FEELING OF STRESS..... 18

T.N. Kilmashkina, V.V. Zaretskiy

SOCIAL STANDARDS AND INFLUENCE ON THEIR INTERNET-RISKS AND ONLINE ADDICTIONS AMONG STUDENTS..... 28

A.A. Belousov, T.G. Goryacheva

FEATURES OF VOLUNTARY ATTENTION OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH ADHD..... 38

A.V. Santimov, V.G. Chasnyk, S.V. Grechanyi

FAMILY ASPECT OF CHRONIC PAIN SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS..... 47

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

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova, K.I. Ponomareva, E.A. Kuzmina

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER: PSYCHOLOGICAL CONSTRUCT OR CLINICAL REALITY (CLINICAL CASE FROM ROUTINE CHILD PSYCHIATRY PRACTICE)..... 58

E.S. Romanova, E.V. Svistunova, E.V. Ananeva

THE COMPLEX APPROACH TO CORRECTING AND DEVELOPING WORK WITH PRESCHOOL CHILDREN WHO HAVE DIFFERENT ACCEPTANCE LEVELS OF DISABLED CHILDREN..... 65

N.A. Shmoylova

FORMATION OF A VALUE ATTITUDE TO HEALTH: PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT..... 76

V.V. Ryashina, V.K. Ryabtsev

THE EXPERIENCE OF WORKING-OUT AND IMPLEMENTING A MODEL OF PROJECT AND RESEARCH WORK OF SCHOOLCHILDREN IN REMOTE MODE..... 89

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

R.F. Gasanov, I.V. Makarov, D.A. Emelina

FEATURES OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF TICOSIS DISORDERS IN CHILDREN UNDER CONDITIONS OF COMORBIDITY WITH ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME..... 99

N.V. Koroleva

METHODS OF EXPRESSIVE PSYCHOTHERAPY AS A WAY TO REDUCE PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN CHILDREN WITH SOMATIC DISEASES AND THEIR PARENTS..... 115

V.V. Abramenkova

CHILDREN'S HEALTH AND SPIRITUAL-MORAL DEVELOPMENT IN MODERN RUSSIA: CONCEPTUAL FOUNDATIONS (LECTURE)..... 125

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ). Автор более 120 научных публикаций в области обучения слепоглухих, клинико-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, в том числе глав в учебниках «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Автор книги «История обучения слепоглухих детей в России» (2015), переведенной на английский и японский языки (2017).

МАРИНА ЮРЬЕВНА ГОРОДНОВА, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Северо-западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ России, автор более 150 научных работ, в том числе (соавтор) «Практикум по семейной психотерапии», «Семейный диагноз и семейная психотерапия», «Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе», учебника (соавтор) «Возрастная психология и психотерапия». Сертифицированный практикующий гештальт-терапевт, супервизор. Автор бифокальной модели краткосрочной семейно-групповой психотерапии, модели «Обучающей супервизии». Сфера научных и практических интересов: аддиктология, психология болезни и инвалидности, теория поля в медицинской психологии и психотерапии, гештальт-терапия, групповая и семейная психотерапия, супервизия.

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

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ, психиатр, кандидат медицинских наук, психолог (EuroPsy), старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; заведующий кафедрой перинатальной психологии Института практической психологии «ИМАТОН», сопредседатель секции перинатальной психологии Российского психологического общества; официальный супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, консультант по работе в кризисных ситуациях United Nations Children's Fund и United Nations Population Fund. Автор более 250 печатных работ, в числе которых монографии, статьи, учебники. Победитель национального психологического конкурса «Золотая Психея» 2016 г.

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, член редколлегии электронных журналов «Медицинская психология в России», «Клиническая и специальная психология», заместитель президента АДПП. Круг научных интересов связан

с клинической психологией, проблемами аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов дизонтогенеза. Автор более 150 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста», учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста» (в соавторстве), хрестоматии по Методам нейропсихологической диагностики, учебника «Клиническая психология детей и подростков» (в соавторстве, соавтор монографии «Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра», автор, соавтор и редактор ряда методических рекомендаций по клинико-психологической диагностике детей и подростков.

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

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, **член Правления АДПП**. Автор более 190 научных публикаций в области аффективной патологии и пограничных психических расстройств в детско-подростковом возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования, автор (в соавторстве) монографии «Детская социальная психиатрия для непсихиатров», учебного пособия «Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков». Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

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

ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА КУПРИЯНОВА, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения клинико-патогенетических проблем детской психиатрии Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Автор и соавтор более 120 научных работ, в том числе — глав в научных руководствах. Основные направления ис-

следований — СДВГ, умственная отсталость, расстройства шизофренического спектра, расстройства артистического спектра.

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

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

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

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «НЦПЗ», президент АДПП. Автор более 250 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника

по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства и пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

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

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

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

И.А. Горьковая, А.В. Микляева

**АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ
С УСТОЙЧИВЫМ ПРОТИВОПРАВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ¹**

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

Резюме. Представлены результаты исследования частоты встречаемости акцентуаций характера у подростков с устойчивым противоправным поведением в сравнении с подростками с нормативным поведением. Показано, что ведущими являются эпилептоидный и шизоидный типы акцентуаций характера вне зависимости от поведения подростков. У подростков с устойчивым противоправным поведением статистически чаще наблюдается склонность к алкоголизации, маскулинности в отношениях, низкие показатели депрессии и социальной дизадаптации², тогда как у подростков с нормативным поведением статистически чаще обнаруживается склонность к делинквентности, слабо выраженная реакция эмансипации.

Ключевые слова: акцентуации характера, подростки с устойчивым противоправным поведением, подростки с условно нормативным поведением.

Введение. Впервые об акцентуациях личности заявил К. Леонгард [9]. По его мнению, акцентуации определяются достаточно устойчивыми чертами личности, которые составляют базис личности и могут оказывать положительное влияние на успешную адаптацию и психическое здоровье индивида или негативное, разрушительное воздействие на личность при неблагоприятных обстоятельствах. В дальнейшем А.Е. Личко при обобщении многолетнего опыта работы с подростками и юношами с девушками, которым оказывалась психолого-психиатрическая помощь, предложил авторскую классификацию акцентуаций

¹Статья подготовлена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 20-013-00437 «Социально-психологические детерминанты противоправного поведения подростков в условиях современной российской социальной действительности».

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

характера. При описании динамических характеристик акцентуаций характера автором отмечается «заострение» черт характера именно в подростковом возрасте с возможностью их сглаживания, компенсации в процессе «благоприятной» социализации и при осуществлении систематического психолого-педагогического сопровождения, с одной стороны, или декомпенсации при условии «неблагоприятной» социализации и/или переживания подростками стрессовых ситуаций, «оказавшихся ударом по месту наименьшего сопротивления данного типа», с другой стороны [10, с. 28]. Само по себе наличие акцентуаций характера не обязательно является предиктором девиантного поведения. Тем не менее, наличие акцентуаций влияет на достаточно высокую вероятность возникновения и течения транзиторных нарушений поведения, а также определяет специфику причин нарушений поведения, аффективных реакций и т. д. [22]. Встает вопрос о влиянии выраженности и типа акцентуации характера на отклоняющееся поведение. Такие исследования представляют несомненный интерес в контексте клинико-психологического анализа проявлений девиантной личности [20]. По вопросу влияния степени выраженности акцентуаций характера на девиантное поведение сегодня нет однозначного мнения. Так, одни авторы утверждают, что «подростки с высоким уровнем проявления акцентуаций не имеют склонности к отклоняющемуся поведению» [6, с. 101], тогда как другие авторы [4] относят наличие акцентуаций характера вне зависимости от уровня проявления к психологическим факторам девиантного, в частности, противоправного поведения подростков.

Результаты исследований влияния определенных типов акцентуаций характера на различные виды девиантного поведения относительно схожи. Большинство авторов отмечает, что у подростков с девиантным поведением наиболее часто встречаются эпилептоидный, гипертимный, истероидный и неустойчивый типы акцентуаций характера [11], которые являются предикторами аддиктивного поведения [16], противоправного поведения [15], детерминируют проявления агрессии и выраженную социальную дизадаптацию [14], дефекты правосознания [5], враждебность и склонность к конфронтации [13], «выраженный эгоцентризм, оппозиционность ко всему окружению, стремление к немедленному самоутверждению» у подростков с дизонтогенетическими нарушениями [12, с. 97], суицидальные тенденции с синдромом уходов и бродяжничества [2].

Программа исследования. Цель эмпирического исследования заключалась в выявлении частоты встречаемости определенных типов акцентуаций характера у подростков мужского пола с устойчивым противоправным поведением.

В исследовании приняли участие 62 подростка мужского пола в возрасте 14-17 лет, имеющие опыт неоднократного совершения правонарушений, установленных в судебном порядке (многократные кражи, угоны, акты вандализма), на момент исследования пребывающие в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа. Группу сравнения составили 73 мальчика-подростка того же возрастного диапазона с условно нормативным поведением, обучающиеся в общеобразовательных школах и не состоящие на учете в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Исследование проводилось с использованием Патохарактерологического

диагностического опросника для подростков (ПДО), разработанного Н.Я. Ивановым и А.Е. Личко [7]. Статистическая обработка результатов включала сравнительный анализ с использованием критерия Фишера.

Результаты и их обсуждение. В табл. 1 представлены результаты исследования акцентуаций характера у подростков с устойчивым противоправным поведением и условно нормативным поведением.

Таблица 1.

Акцентуации характера в выборках подростков с различными формами поведения

Тип акцентуаций характера	Подростки с устойчивым противоправным поведением (%)	Подростки с условно нормативным поведением (%)	Достоверные различия (F/p<)
гипертимный, гипертимно-неустойчивый, гипертимно-истероидный	17	10	-
шизоидный чистый и в сочетании	28	30	-
эпилептоидный чистый и в сочетании	31	27	-
циклоидный	2	6	-
лабильный	4	6	-
сенситивный, сенситивно-лабильный, психастенический	7	12	-
истероидный	2	-	-
неустойчивый	2	8	-
конформный	-	-	-
нет акцентуаций	7	-	-

Как видно из табл. 1, у подростков с противоправным и нормативным поведением нет статистически значимых различий по частоте встречаемости тех или иных видов акцентуаций характера. Вне зависимости от их поведения наиболее часто встречаются эпилептоидный (31% в выборке подростков с устойчивым противоправным поведением и 27% в группе сравнения) и шизоидный типы (28% и 30% соответственно) акцентуаций характера в чистом виде или в сочетании с другими. С большим отрывом на третьем месте по встречаемости обнаруживается гипертимный тип акцентуации характера (17% и 10%). Поведение подростков с эпилептоидным типом акцентуаций характеризуется дисфоричным фоном настроения, часто возникающим чувством напряжения и поиском разрядки посредством импульсивных агрессивных действий в виде актов вандализма, «поиска врагов» и срывания зла на них, преследования более младших и слабых детей и подростков, дерзости и сквернословия, злопамятности, стремления занимать лидерские позиции в коллективе. Для подростков с шизоидным типом акцентуаций характера основным являются сложности в сфере общения, проявляющиеся в не-

способности и/или отсутствии мотивации к контактам с другими людьми, отгороженности, замкнутости, ориентации на собственные представления, желания, потребности, увлечения без учета интересов окружающих их людей с бурными негативными реакциями при реальном или воображаемом нарушении «границ Я», вмешательстве в их деятельность и пространство.

Полученные данные перекликаются с данными, зафиксированными 30 лет назад, в соответствии с которыми для несовершеннолетних преступников характерно наличие эпилептоидного и шизоидного типов акцентуаций характера [1]. Результаты более поздних исследований показывают ту же картину. Так, по результатам обследования подростков того же возрастного диапазона, воспитывающихся в подобном же учреждении (Казенное специальное учебно-воспитательное учреждение Чувашской Республики для детей и подростков с девиантным поведением), при помощи того же методического инструментария (ПДО) получены аналогичные результаты: эпилептоидный тип акцентуации является наиболее часто встречаемым у подростков с противоправным поведением и обнаруживается у 48% обследованных подростков [18], в том числе у 33% подростков, осужденных за насильственные преступления сексуального характера и у 29% подростков, осужденных за корыстно-насильственные преступления [3]. Итак, на основании исследований разных авторов в течение последних 30 лет можно констатировать наиболее частую встречаемость эпилептоидного и шизоидного типов акцентуаций характера у несовершеннолетних с противоправным поведением, несмотря на глобальные изменения макросоциальных условий. Крайне редко встречаются истероидный и неустойчивый типы акцентуаций характера у обследованных подростков вне зависимости от направленности их поведения. Возможно, эти данные отражают частичную трансформацию черт характера подростков с устойчивым противоправным поведением и условно нормативным поведением в последние десятилетия, так как наряду с выше описанными эпилептоидным и шизоидным типами акцентуаций характера ведущими типами являлись неустойчивый и истероидный.

Обращает на себя внимание, что у 93% подростков с устойчивым противоправным поведением и у 100% подростков с условно нормативным поведением наблюдаются те или иные акцентуации характера. Полученные данные еще раз подтверждают тезис А.Е. Личко о том, что наличие или отсутствие любого типа акцентуации характера не может напрямую указывать на появление и закрепление каких-либо форм девиантного поведения. В связи с этим представляется целесообразным рассмотреть дополнительные показатели ПДО для подростков, которые представлены в табл. 2. Часть полученных данных является вполне ожидаемой. Так, склонность к алкоголизации характерна для подростков с устойчивым противоправным поведением и наблюдается у половины из них, что статистически значимо больше, чем у подростков с условно нормативным поведением ($F=6,056$, $p<0,01$). Тем не менее, практически половина (48%) подростков с условно нормативным поведением являются группой риска по склонности к употреблению спиртных напитков при суммировании показателей выраженной склонности к алкоголизации и неопределенного результата.

Таблица 2.

Дополнительные показатели ПДО для подростков

Дополнительные показатели		Подростки с устойчивым противоправным поведением (%)	Подростки с условно нормативным поведением (%)	Достоверные различия (F/p<)
конформность	низкая	17	23	-
	высокая	7	2	-
	средняя	76	75	-
негативное отношение к обследованию		9	19	-
повышенная откровенность		26	25	-
черты характера, встречающиеся при органических психопатиях		9	-	-
отражение в самооценке реакции эмансипации	слабая $e=0,1$	18	33	2,41/0,01
	умеренная $e=2,3$	63	52	-
	выраженная $e=4,5$	17	12	-
	очень сильная $e=6$	2	4	-
психологическая склонность к делинквентности	есть склонность	20	31	1,80/0,05
	не обнаруживается	80	69	1,80/0,05
черты мужественности-женственности в системе отношений	маскулинность (м)	85	73	2,10/0,05
	фемининность (ф)	15	21	-
	$m=f$	0	6	-
склонность к алкоголизации	есть склонность (+2 и более)	54	15	6,05/0,01
	неопределенность (0+1)	22	33	1,75/0,05
	отрицательный показатель	24	52	4,15/0,01
признаки вероятности формирования психопатии	нет	59	56	-
	1 признак	22	27	-
	2 признака	17	12	-
	3 и более	2	4	-
склонность к депрессии	отрицание риска	41	21	3,10/0,01
	неопределенный результаты	50	67	2,45/0,01
	высокий риск	9	12	-
социальная дезадаптация	1 показатель	18		1,82/0,05
	2 показателя	7	12	-
	3 показателя и более	5	2	-
	нет показателей	69	56	1,91/0,05

Выявляется интересный факт: у каждого третьего подростка с условно нормативным поведением склонность к делинквентному поведению статистических встречается значимо чаще по сравнению с их сверстниками с противоправным поведением ($F=1,80, p<0,05$). Вполне вероятно, что склонность к делинквентному поведению возникает и в некоторых случаях закрепляется в связи с расширением границ допустимого поведения в подростковом возрастном периоде. Делинквентное поведение зачастую расценивается самими подростками и их близким окружением как вариант проявления свободы личности или креативности в поведении, на которые они имеют право, с их точки зрения. Также оно может быть связано с недостаточной степенью осознания или отрицанием асоциального содержания целого ряда поступков, низким уровнем сформированности правосознания и ответственности за свои действия и т. д. Существенное значение имеет безнаказанность подростков, так как иногда возникают ситуации, когда педагоги не имеют возможности оказать воспитательное воздействие на поведение учащихся в школе. При этом подростки с условно нормативным поведением социализируются в условиях общепринятой культуры, в отличие от подростков с устойчивым противоправным поведением, большинство из которых росло в условиях криминальной субкультуры. И еще, меньшая встречаемость склонности к делинквентному поведению у подростков с устойчивым противоправным поведением является положительным следствием комплексной работы педагогов, психологов, воспитателей, мастеров производственного обучения с воспитанниками специального учебно-воспитательного учреждения закрытого типа. Видимо, более часто встречаемое отсутствие показателей социальной дизадаптации ($F=1,91, p<0,05$) и мужественность в отношениях ($F=2,10, p<0,05$) у подростков с устойчивым противоправным поведением по сравнению с подростками с условно нормативным поведением можно также объяснить систематическим психолого-педагогическим сопровождением с учетом гораздо больших возможностей у сотрудников, таких как наличие психологической службы с индивидуальным подходом к воспитаннику, гораздо меньшая наполняемость классов с возможностью дополнительных занятий по предметам и с учетом способностей к обучению каждого учащегося, обучение профессиям с пониманием воспитанниками возможностью самостоятельного жизнеобеспечения, четкой режим с необходимостью его соблюдать и т. д. Описываемые различия наблюдаются на фоне более часто встречаемой низкой реакции эмансипации у подростков с условно нормативным поведением, чем у их сверстников с противоправным поведением ($F=2,41, p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о замедленном темпе взросления подростков с условно нормативным поведением, их инфантилизме по сравнению с подростками с устойчивым противоправным поведением.

Вызывает тревогу факт более редко встречаемого отрицания риска депрессии у подростков с условно нормативным поведением ($F/p<3,10/0,01$) по сравнению с подростками с устойчивым противоправным поведением. При условии суммирования неопределенного результата и высокого риска депрессии 79% подростков с условно нормативным поведением и 59 % подростков с устойчивым противоправным поведением можно отнести к группе риска депрессии.

Отдельно встает вопрос об эффективности психокоррекционных мероприя-

тий по ресоциализации подростков с устойчивым противоправным поведением. О необходимости учета конкретного вида акцентуации характера и «местах наименьшего сопротивления» писал А.Е. Личко 40 лет назад [10]. В дальнейшем его идеи нашли свое подтверждение. Так, описываются разные механизмы возникновения и реализации агрессивных поведенческих актов при гипертимном типе акцентуации характера с преобладанием эмоционального компонента в сложившейся конфликтной ситуации, а также возбудимой акцентуации характера, в которой допускается достаточно большой вклад интеллектуального компонента [13]. Схожие данные получены в зарубежных исследованиях [21]. Соответственно, при гипертимном типе акцентуации характера необходимо прорабатывать техники и приемы саморегуляции, тогда как при эпилептоидном типе акцентуации характера представляется целесообразным больше акцентировать внимание на разработку тренингов по повышению жизнеспособности подростков с повышением осознания причинно-следственных связей поведения с краткосрочными и долгосрочными последствиями, а также проработку спектра возможных путей преодоления трудных жизненных ситуаций. Исследования показывают, что негативное отношение к другим, отсутствие страха, невозможность реализовать свой потенциал [17] характерны для дизадаптированных подростков, что, по нашему мнению, наиболее ярко проявляется при шизоидном типе акцентуации характера, во многом определяя их низкую жизнеспособность, так как «средовые влияния («социум», культура», «взаимоотношения»), которые могли бы благоприятствовать развитию жизнеспособности девиантных подростков, редуцируются» [8, с. 155]. Поэтому также необходимо прорабатывать при индивидуальных и групповых формах работы с подростками с противоправным поведением проблему взаимоотношений с членами семьи, окружающими сверстниками и взрослыми. Важность такой работы подчеркивается и в зарубежных исследованиях [19].

Выводы. У подавляющего большинства подростков с устойчивым противоправным поведением и у всех подростков с условно нормативным поведением наблюдаются те или иные типы акцентуаций характера, не выявляются статистически значимые различия по частоте встречаемости различных типов акцентуаций характера, ведущими являются эпилептоидный и шизоидный типы акцентуаций характера.

У подростков с устойчивым противоправным поведением статистически значимо реже встречается склонность к делинквентному поведению, меньше обнаруживаются признаки социальной дизадаптации, более часто наблюдаются черты мужественности в отношениях с окружающими по сравнению с подростками с условно нормативным поведением на фоне более часто встречаемой слабой реакции эмансипации у последних, что свидетельствует об эффективной психолого-педагогической работе сотрудников специального учебного учреждения закрытого типа с подростками с устойчивым противоправным поведением, с одной стороны, и инфантилизме у подростков с условно нормативным поведением, с другой.

Половина подростков с условно нормативным поведением является группой риска по склонности к употреблению алкоголя, и три четверти из них можно отнести к группе риска по показателю склонности к депрессии. Этот вывод необходимо дополнительно исследовать для получения более полных и достоверных данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю.М. Несовершеннолетние преступники с акцентуациями характера: учеб. пособие. М., 1993. 116 с.
2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Исследование суицидальных тенденций у подростков с синдромом уходов и бродяжничества с учетом личностных особенностей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 4. С. 4-10.
3. Вартанян Г.А., Горбатов С.В. Особенности личности и детско-родительских отношений несовершеннолетних, совершивших насильственные преступления сексуального характера // Право и психология. 2017. Т. 7. № 2. С. 106-122.
4. Вилкова А.В. Биологические и психологические факторы возникновения девиантного поведения подростков // Вопросы педагогики. 2018. № 7. С. 33-34.
5. Добряков И.В. Психологические аспекты деформации правосознания и поведения несовершеннолетних // Сб. мат-лов конф. «Деформация правосознания и поведения несовершеннолетних как субъективная причина проявления экстремизма и терроризма» / под ред. И.В. Добрякова, А.Н. Суслина. СПб.: ГБОУ «ОМЛ», 2019. С. 15-19.
6. Жданова Н.Е. Акцентуации характера как детерминанта отклоняющегося поведения в подростковом возрасте // Академический журнал Западной Сибири. 2015. № 4 (59). Т. 11. С. 100-101.
7. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методическое пособие. Серия: Выпуск 10. М.: «Фолиум», 1995. 64 с.
8. Лактионова А.И. Жизнеспособность и социальная адаптация подростков. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 236 с.
9. Леонгард К. Акцентуированные личности. М.: Феникс, 2000. 316 с.
10. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 259 с.
11. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. 304 с.
12. Лобачева Л.П. Основные аспекты формирования деструктивного поведения при психических отклонениях в подростковом возрасте // Образование и наука в России и за рубежом. 2018. № 8 (43). С. 96-99.
13. Мартынова И.Р., Ошевский Д.С. Копинг-стратегии у подростков с акцентуациями, склонных к проявлению агрессии // Психологическая наука и образование. 2013. № 3. С. 191-198.
14. Михайлова В.П., Трофимова М.В. Взаимосвязь агрессии и акцентуации характера у осужденных с разным типом девиантного поведения // Вестник Кемеровского государственного университета. 2009. № 3. С. 71-78.
15. Пуртова М.С., Новгородцева И.В. Особенности аффективно-личностного эгоцентризма подростков с девиантным поведением // Медицинское образование сегодня. 2019. № 4 (8). С. 73-84.
16. Трафимчик Ж.И. Характер и акцентуации характера как факторы развития аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Сб. науч. статей Республиканской науч.-практ. конф. с международным участием «Актуальные проблемы медицины». 4 том. Гомель: Изд-во «Гомельский государственный

медицинский университет», 2019. С. 113-117.

17. Терегулова О.А. К вопросу о психологических особенностях формирования делинквентного поведения несовершеннолетнего // Прикладная юридическая психология. 2019. № 4. С. 78-85.

18. Яковлева Т.В. Особенности проявления акцентуаций характера у подростков с девиантным поведением // Интеграция науки и производства. 2012. № 5. С. 49-51.

REFERENCES

1. Antonjan Ju.M. Nesovershennoletnie prestupniki s akcentuacijami haraktera: ucheb. posobie. M., 1993. 116 s.

2. Babarahimova S.B., Abdullaeva V.K. Issledovanie suicidal'nyh tendencij u podrostkov s sindromom uhodov i brodjazhnichestva s uchetom lichnostnyh osobennostej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019 (19). № 4. S. 4-10.

3. Vartanjan G.A., Gorbatov S.V. Osobennosti lichnosti i detsko-roditel'skih otnoshenij nesovershennoletnih, sovershivshih nasil'stven-nye prestuplenija seksual'nogo haraktera // Pravo i psihologija. 2017. T. 7. № 2. S. 106-122.

4. Vilkova A.V. Biologicheskie i psihologicheskie faktory vzniknovenija deviantnogo povedenija podrostkov // Voprosy pedagogiki. 2018. № 7. S. 33-34.

5. Dobrjakov I.V. Psihologicheskie aspekty deformacii pravosoznaniya i povedenija nesovershennoletnih // Sb. mat-lov konf. «Deformacija pravosoznaniya i povedenija nesovershennoletnih kak sub#ektivnaja prichina projavlenija jekstremizma i terrorizma» / pod red. I.V. Dobrjakova, A.N. Suslina. SPb.: GBOU «OML», 2019. S. 15-19.

6. Zhdanova N.E. Akcentuacii haraktera kak determinanta otklonjajushhe-gosja povedenija v podrostkovom vozraste // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. 2015. № 4 (59). T. 11. S. 100-101.

7. Ivanov N.Ja., Lichko A.E. Patoharakterologicheskij diagnosticheskij oprosnik dlja podrostkov. Metodicheskij posobie. Serija: Vypusk 10. M.: «Folium», 1995. 64 s.

8. Laktionova A.I. Zhiznesposobnost' i social'naja adaptacija podrostkov. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2017. 236 s.

9. Leongard K. Akcentuirovannye lichnosti. M.: Feniks, 2000. 316 s.

10. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov. L.: Medicina, 1983. 259 s.

11. Lichko A.E., Bitenskiy V.S. Podrostkovaja narkologija. L.: Medicina, 1991. 304 s.

12. Lobacheva L.P. Osnovnye aspekty formirovanija destruktivnogo po-vedenija pri psihicheskikh otklonenijah v podrostkovom vozraste // Obrazovanie i nauka v Rossii i za rubezhom. 2018. № 8 (43). S. 96-99.

13. Martynova I.R., Oshevskij D.S. Koping-strategii u podrostkov s akcentuacijami, sklonnyh k projavleniju agressii // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2013. № 3. S. 191-198.

14. Mihajlova V.P., Trofimova M.V. Vzaimosvjaz' agressii i akcentuacii haraktera u osuzhdennyh s raznym tipom deviantnogo povedenija // Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta. 2009. № 3. S. 71-78.

15. Purtova M.S., Novgorodceva I.V. Osobennosti affektivno-lichnostnogo

jegocentrizma podroستkov s deviantnym povedeniem // Medicinskoe obrazovanie segodnja. 2019. № 4 (8). S. 73-84.

16. Trafimchik Zh.I. Harakter i akcentuacii haraktera kak faktory razvitija addiktivnogo povedenija v podroستkovom vozraste // Sb. nauch. statej Respublikanskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Aktual'nye problemy mediciny». 4 tom. Gomel': Izd-vo «Gomel'skij gosudarstvennyj medicinskij universitet», 2019. S. 113-117.

17. Teregulova O.A. K voprosu o psihologicheskikh osobennostjah formirovanija delinkventnogo povedenija nesovershennoletnego // Prikladnaja juridicheskaja psihologija. 2019. № 4. S. 78-85.

18. Jakovleva T.V. Osobennosti projavlenija akcentuacij haraktera u podroستkov s deviantnym povedeniem // Integracija nauki i proizvodstva. 2012. № 5. S. 49-51.

19. Atmaca, T. (2020). An Examination of Oppositional Student Behavior Against School Norms in the Context of Erving Goffman's Theory of Stigma, International Online Journal of Educational Sciences, 12(1), 112-129.

20. Delibalt V.V., Degtyaryov A.V., Dozortseva E.G., Chirkina R.V., Dvoryanchikov N.V., Pimonov V.A., Debolsky M.G., Malkin D.A. Evaluation of cognitive functions, personality and regulatory sphere in minors with deviant and delinquent behavior within the authority of the psychological, medical and educational committee // International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education. 2017. Vol. 5. No. 2. Pp. 107-118. DOI:10.5937/IJCRSEE1702107D

21. Mancheva R. Five component model for diagnostics of deviance in behavior // Knowledge: International Journal. 2019. Vol. 35. Issue 2. Pp. 573-576.

22. Semago M.M., Semago N.Ia. The Typology of Deviant Development: A Model for Analysis and Its Use in Practice // Journal of Russian & East European Psychology. 2013. Vol. 51. Issue 2. Pp. 51-79. DOI: 10.2753/RPO1061-0405510202

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva

CHARACTER ACCENTUATIONS IN ADOLESCENTS WITH PERSISTENT ILLEGAL BEHAVIOR

Herzen State Pedagogical University of Russia (Saint Petersburg).

Summary. The article presents the results of a study aimed at analyzing frequency of character accentuations in adolescents with persistent illegal behavior in comparison with adolescents with normative behavior. The results show that the leading types of the character are epileptoid and schizoid accentuations regardless of adolescents' behavior. Adolescents with persistent illegal behavior are statistically more likely to have a tendency to alcoholism, masculinity in relationships, low rates of depression and social maladaptation, while adolescents with normative behavior are statistically more likely to have a tendency to delinquency as well as a weak emancipation reaction.

Keywords: character accentuations, adolescents with persistent illegal behavior, adolescents with normative behavior.

**СВЯЗЬ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ
С СУБЪЕКТИВНЫМ ПЕРЕЖИВАНИЕМ СТРЕССА**

¹Центр нейропсихологической коррекции (Москва), ²Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Резюме. Обследован 601 подросток в возрасте от 12 до 18 лет с использованием инструментария международного проекта SEYLE. Оценивали проявления стресса (субъективно ощущаемого и как показатель накопления внешних негативных событий жизни), выраженность депрессии и тревоги, физическое и психологическое самочувствие, индикаторы экзистенциальных переживаний, суицидальное поведение. Результаты показали, что субъективный стресс, проявляющийся в самоощущениях подростков, оказывает большее влияние на их физическое самочувствие и психическое здоровье, чем реальные негативные жизненные события, случившиеся с ними. Результаты исследования находятся в соответствии с концепцией стресса Лазаруса, основанной на признании ведущей роли когнитивной переоценки стрессовых событий, а также указывают на особую роль внутренних ощущений и переживаний у подростков как самостоятельной силы, способной провоцировать стресс.

Ключевые слова: подростки, объективный стресс, субъективный стресс, психоэмоциональный стресс, проблемы психического здоровья, суицидальное поведение подростков.

Введение. Подростковый возраст – период, имеющий особое значение с точки зрения психического здоровья. Гормональные перестройки, ускоренное и неравномерное развитие отделов головного мозга, изменение социальных ролей и формирование собственной идентичности– все это при неблагоприятном стечении обстоятельств может стать факторами риска возможных нарушений и психопатологий [1, 21]. Это подтверждают многочисленные эпидемиологические исследования, согласно которым распространенность различных нарушений психического здоровья (тревожные и депрессивные состояния, зависимости, личностные нарушения, гиперактивность, рисковое поведение) в подростковой среде может достигать 25% [1, 4, 18, 21, 22]. Анализ литературы свидетельствует, что распространенность этих проблем среди лиц в возрасте до 18 лет за последние 30-50 лет выросла, причем эта тенденция носит глобальный характер [5, 6, 9, 10, 14, 21]. Есть все основания полагать, что свой вклад в данную тенденцию вносит психосоциальный стресс, связанный с тем, как организована жизнь подростка в современном обществе потребления, ориентированном на личный успех и индивидуализм, с проблемами в семьях, школьными перегрузками, информационным стрессом и излишней вовлеченностью в интернет-контент [2, 10-12, 14, 18].

Оценка стресса часто базируется на учете т. н. негативных событий жизни (НСЖ), список которых был разработан еще Т.Н. Holmes & R.H. Rahe (Holmes and Rahe Stress Scale) [19]. Использование этой (или аналогичной) шкалы действительно дает возможность выявить степень стрессовой нагрузки, что, как

правило, коррелирует с депрессией, фрустрацией и тревогой и может сопровождаться ощущением беспомощности и безнадежности [1, 7, 9, 11, 15]. В то же время переживание стресса является субъективной характеристикой, т. к. зависит от оценки личностью тех событий, которые происходят, а также от оценки своих сил и возможностей справляться с этими событиями [14, 15, 20]. Согласно когнитивистской модели стресса Р. Лазаруса, именно восприятие ситуации как «я могу справиться с этим» или «я не могу/у меня нет сил справиться с этим» и связанные с этим эмоциональный дисбаланс, тревога и чувство неопределенности становятся фундаментальными в определении того, будет ли человек подвержен ощущению стресса или нет [20]. Эти внутренние переживания (психоэмоциональные стрессоры) могут становиться источником стресса сами по себе, причем суть биологических механизмов, разворачивающихся в организме и в нейроэндокринной системе в частности, при этом остается такой же, как и при воздействии внешних стрессовых факторов [7, 11, 17, 23]. Особенности этих субъективных ощущений у подростков относительно мало изучены, что и послужило основанием для данной работы.

Материалы и методы. В исследовании, продолжавшемся с 2012 по 2017 гг., приняли участие учащиеся средних школ различного типа г. Одессы в возрасте от 12 до 18 лет, всего 601 человек, из них 283 мальчика и 318 девочек. Средний возраст составил 14,87 лет ($SD=1,11$ лет). Участникам исследования предлагалось заполнить опросник, разработанный для целей международного проекта SEYLE, содержащий вопросы об их физическом и эмоциональном состоянии, а также оценить, как часто они испытывают стресс [22]. Подробно все методические детали и этические моменты данного исследования описаны в предыдущей работе [8].

В рамках данного исследования нас в первую очередь интересовало субъективное восприятие стресса подростками (вопрос «Как часто вы испытываете стресс?» с вариантами ответов «Никогда или несколько раз в году»; «Ежемесячно»; «Еженедельно»; «Несколько раз в неделю»; «Большую часть дней в неделю»). Кроме того из списка стрессовых и травмирующих событий подростки выбирали те, которые фактически произошли за последние 12 месяцев (тест Holmes and Rahe Stress Scale в сокращенном варианте, всего 28 событий) [19]. Число фактически произошедших событий использовали для определения объективного уровня стресса.

В число анализируемых сопряженных показателей вошли выраженность депрессии (сумма баллов по шкале депрессии А. Бека), тревожности (сумма баллов по шкале К. Зунга) и композитный балл рискованного поведения (сумма баллов по вопросам, касающимся проявлений неоправданного риска у городских подростков) [8, 23]. Оценивали также проявления негативного взгляда на будущее (безнадежность, конструкт А. Бека) и другие субъективные ощущения, в частности, ощущение бессмысленности существования [23].

Результаты и обсуждение. Первичный анализ показал, что большинство подростков обоего пола (322 человека, 53,6%) сообщает, что они либо «никогда» не испытывают стресс, либо испытывают его «несколько раз в году», т. е. достаточно редко. В то же время число подростков, выбравших вариант ответа

«испытываю стресс практически постоянно», составило 100 человек, или 16,6%. При сопоставлении ответов об уровне стресса с числом фактически произошедших травмирующих событий за последние 12 месяцев выявлено, что по мере увеличения числа негативных событий ощущение стресса ожидаемо растет. В то же время заметно несоответствие между этими показателями. В частности, дети, которые не сообщали о травмирующих или тяжелых жизненных обстоятельствах, могли заявлять о высоких уровнях переживаемого стресса, а дети, пережившие значительное количество стрессовых событий, могли заявить, что «никогда» не испытывают стресс (рис. 1).

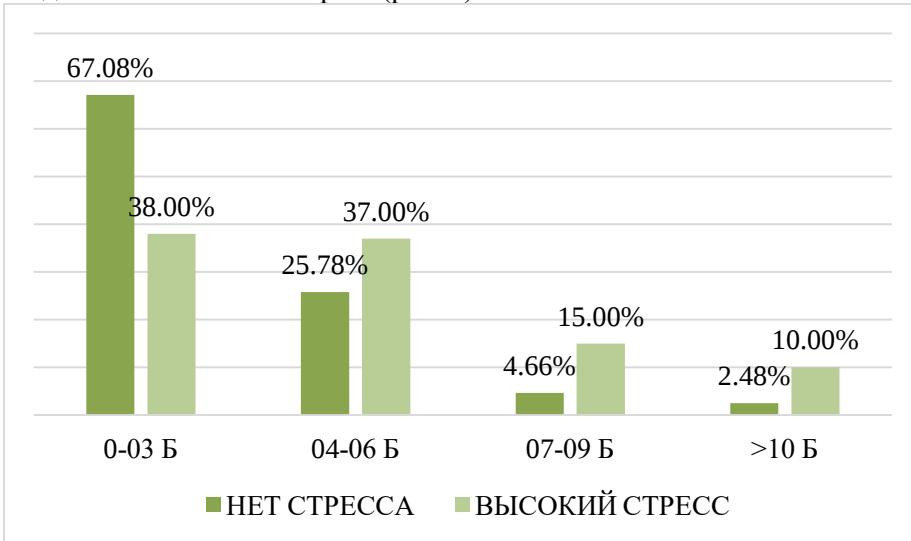


Рисунок.1. Сопоставление количества стрессовых событий и субъективного уровня стресса у испытуемых (здесь и далее группы сформированы по числу набранных баллов Б, что соответствует заявленному числу негативных событий жизни).

При сравнении ответов подростков о субъективном переживании стресса можно проследить половые и возрастные различия (табл. 1).

Таблица 1.

Половозрастной состав контрастных групп подростков с минимальным и максимальным субъективным переживанием стресса

	Не испытывают стресс				Испытывают выраженный стресс			
	Все-го	12-13 лет	14-15 лет	16-18 лет	Всего	12-13 лет	14-15 лет	16-18 лет
Мальчики	182 100%	15 8,2%	142 78,0%	25 13,7%	37 100%	1 2,7%	23 62,2%	13 35,1%
Девочки	140 100%	10 7,1%	97 69,3%	33 23,6%	63 100%	3 4,8%	48 76,2%	12 19,0%

Как видно из табл. 1, девушки-подростки чаще подвержены субъективному ощущению стресса в возрасте от 12 до 15 лет, а юноши-подростки – в возрасте

от 15 до 18 лет. У девочек показатели субъективного стресса демонстрируют меньшую зависимость от количества фактически произошедших стрессовых событий, особенно при небольшом числе событий. Выраженность субъективного стресса у девочек-подростков тем выше, чем выше их зависимость от социальных факторов, в том числе значимость для них академических достижений [3, 15], переживания о приемлемости принятым стандартам их внешности [16] и гормонально обусловленная эмоциональная нестабильность [5].

У мальчиков-подростков картина субъективных переживаний другая. Они гораздо реже склонны давать высокие субъективные оценки своим переживаниям, даже если за последний год с ними произошло более 10 стрессовых событий. Интересно, что мальчики выбирают ответ «никогда или несколько раз в году» как при небольшом количестве событий (3), так и при самом большом числе событий (более 10). Таким образом, можно предположить, что умеренное количество стрессовых событий позволяет им чувствовать себя лучше, а их недостаток выливается в повышенный субъективный уровень стресса (при числе событий 0-2 наблюдаются самые частые ответы «испытываю стресс большую часть дней в неделю»).

Субъективное восприятие подростками стресса ожидаемо ассоциировалось с самочувствием: чем выше воспринимаемый подростками стресс, тем хуже они себя чувствовали. Более того, ощущение очень хорошего и хорошего самочувствия в подавляющем большинстве характерно для подростков, не испытывающих стресс, в то время как формулировка «нормальное самочувствие» больше свойственна подросткам с высоким уровнем субъективного стресса.

Результаты оценки самочувствия как субъективной характеристики вполне логично ассоциируются со столь же субъективным ощущением стресса. Все это косвенно свидетельствует о значении субъективного, психического компонента в том, как подростки в своем сознании формируют понятие стресса, и говорит об адекватности когнитивной концепции стресса в ее современном понимании применительно к подросткам [5].

Интересным наблюдением стала корреляция между субъективно переживаемым уровнем стресса у подростков и склонностью к рисковому поведению. Так, среди детей, не испытывающих стресса, значительно больше тех, кто не склонен предпринимать рискованные действия, по сравнению с подростками, подверженными стрессу (85,7% против 39,0%). Ряд авторов полагает, что мальчики-подростки не склонны (в отличие от девочек) переживать стресс «внутри себя», но, напротив, стараются «сбросить» вызванное им эмоциональное напряжение [3, 4, 17]. В таком контексте можно предположить, что более частое участие мальчиков-подростков в рискованном поведении служит для них одним из способов адаптации к стрессу и ослабления его субъективного переживания [15]. Тем не менее доля детей, не испытывающих стресса, больше во всех группах, склонных к риску, кроме максимально рискующей группы.

Субъективный стресс ассоциирован с тревожностью и депрессией у подростков – эти показатели ожидаемо ниже у подростков, не испытывающих стресс, и выше у подростков, переживающих стресс (рис.2, 3). При этом девочки, испытывающие высокий стресс, демонстрируют значительно более высокие показатели тревожности и депрессии, чем мальчики, также испытывающие высокий стресс.



Рисунок 2. Уровни тревожности у мальчиков и девочек с разными уровнями субъективно переживаемого стресса



Рисунок 3. Уровни депрессии у мальчиков и девочек с разными уровнями субъективно переживаемого стресса

Наши данные соотносятся с данными других исследователей, которые указывают, что около 20% подростков будут испытывать подростковую депрессию, а 5% будут страдать от клинически выраженной депрессии, не достигнув зрелого возраста; еще от 10 до 15% подростков будут иметь отдельные проявления симптомов депрессии на протяжении всего подросткового периода [3, 15, 16].

Высокие уровни тресса в значительной степени влияли на способность подростков справляться с трудностями и строить отношения с другими людьми. Так, при отсутствии стресса бо́льшая часть подростков чувствует, что они могут справлять-

ся с трудностями (60,56%) и думают, что люди относятся к ним не хуже, чем к другим (66,46%). Однако при повышенном стрессе всего 16% подростков считали, что могут справиться с трудностями, и меньше половины (45%) считали, что к ним относятся не хуже, чем к другим. При этом мальчики-подростки демонстрируют менее эмоциональное восприятие действительности при отсутствии стресса (что совпадает с нашими более ранними результатами) [8, 12, 13, 17].

Аналогично ощущение беспомощности и неспособность справиться с трудностями при стрессе у девочек значительно выше, чем у мальчиков. Хотя при стрессе всего 8,11% мальчиков и 20,63% девочек считают, что не испытывают трудностей в определенной ситуации, реакции типа «не могу справиться с ситуацией гораздо больше, чем обычно» у девочек (11,11%) представлены значительно чаще, чем у мальчиков (2,70%).

Подростки, ощущающие высокий субъективный стресс, склонны чаще воспринимать свою жизнь как лишенную смысла. Это также указывает на субъективный характер депрессии и тревожности подростков, больше связанный с восприятием образа Я и занимаемого подростком места в окружающем мире. Подобное когнитивное самоощущение в сочетании с высоким уровнем депрессии может стать причиной самоповреждающего поведения и подтолкнуть подростка к суицидальной активности [4, 6-8, 12]. Наиболее остро воспринимают свою жизнь как бессмысленную подростки 14-15 лет, подверженные высоким уровням субъективного стресса: по сравнению с подростками, не ощущающими стресс, их максимальные показатели выше в 6-8 раз.

Депрессия, тревожность, ощущение бессмысленности существования имеют высокую корреляцию с суицидальностью. Поэтому мы сравнили ощущения субъективного стресса у подростков, находящихся на разных стадиях суицидального процесса (критерий Краскелла-Уолисса и Манна-Уитни) (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнение групп подростков на разных стадиях суицидальной активности (группа 1 – нет суицидальных мыслей и намерений, никогда не было суицидальных попыток; группа 2 – отмечаются суицидальные мысли и намерения; группа 3 – подростки, совершавшие суицидальные попытки)

Показатель	Группа 1 N=431 M±S	Группа 2 N=137 M±S	Группа 3 N=37, M±S	Критерий Краскелла-Уоллисса	критерий Манна-Уитни		
					Сравнение групп 1 и 2	Сравнение групп 1 и 3	Сравнение групп 2 и 3
Уровень субъективно воспринимаемого стресса	1,8±1,1	2,5±1,4	2,2±1,2	0,000000	0,000000	0,014992	0,359183
Ощущение, что не может справиться с проблемами	1,7±0,8	2,0±0,8	2,0±0,6	0,000000	0,000001	0,002392	0,904882
Затрудненность в принятии решений	1,4±0,7	1,7±0,9	1,6±0,9	0,000000	0,000002	0,049113	0,531139

Из табл. 2 видно, что субъективное восприятие подростками стресса как высокого, испытываемые при этом затруднения в принятии решений, а также ощущение невозможности справиться с проблемами ассоциированы с суицидальными мыслями и намерениями. Все эти, а также приведенные выше результаты в целом хорошо соответствуют когнитивной модели суицидального поведения подростков А. Бека, согласно которой ключевыми факторами подросткового суицида являются негативное отношение к себе, когнитивная ригидность и ошибки мышления, усиливающиеся при стрессовых ситуациях [23].

Очень часто значимые взрослые полагают, что жалобы подростков на испытываемый ими стресс являются преувеличением их эмоционального состояния, поскольку количество реальных стрессовых событий в их жизни (как и уровень ответственности за эти события) не соответствует такой степени эмоционального переживания. Однако данные нашего исследования показывают, что субъективное ощущение подростками стресса как высокого, оцениваемое по очень простым прямым вопросам, логично и непротиворечиво связано со многими более объективно измеряемыми стресс-зависимыми состояниями (депрессия, тревога, пессимизм, суицидальные мысли).

Наши данные указывают также на половозрастные различия в субъективном переживании стресса: девочки и подростки более младшего возраста подвержены более высоким уровням субъективных переживаний, чем мальчики и старшие подростки. Большая выраженность стрессовых переживаний у девочек отмечалась неоднократно, что может быть связано как с биологическими, так и с психологическими факторами [3, 15, 21-23]. Роль эстрогенов как индукторов повышенной реакции на стресс и более раннее половое созревание девочек частично объясняют наблюдаемые различия. Второе объяснение основывается на большей готовности девочек вербализировать свои проблемы и переживания, что для них является одним из наиболее приемлемых вариантов совладающего поведения [3, 16].

Несмотря на свою субъективную природу, выраженное переживание стресса, по-видимому, оказывает влияние на многие психологические процессы и порождает вполне объективные последствия. Так, обращает на себя внимание тот факт, что у подростков ухудшается физическое самочувствие, что говорит о возможном гуморальном ответе на переживаемое ощущение стресса. В то же время в данном случае связь может быть и двухсторонней, и плохое физическое самочувствие может усугублять ощущение стресса.

Изменения эмоциональных реакций у подростков, испытывающих субъективное ощущение стресса, является крайне важным для специалистов, занимающихся проблемами психического здоровья молодежи. Необходимо иметь в виду, что у таких подростков в несколько раз возрастают уровни депрессии и тревожности, обостряется ощущение бессмысленности своего существования, возникает стойкое ощущение, что они не могут справиться с трудностями, нарушается способность принимать рациональные решения, направленные на выход из создавшейся ситуации. Как показали наши данные, у них изменяются как восприятие себя, так и представления о том, как к ним относятся окружающие, в частности, появляется ощущение, что другие люди относятся к ним хуже.

Как следствие возникающих при этом затруднений в принятии решений и ощущения невозможности справиться с проблемами, у подростка могут сформироваться суицидальные переживания. Это подтверждается тем, что постоянное субъективное ощущение стресса значимо ассоциируется с появлением суицидальных мыслей и намерений.

Выводы. Таким образом, субъективное восприятие подростками своей

жизни как стрессовой ассоциировано со сниженным уровнем их психического и физического здоровья, причем это внутреннее идеаторное состояние не обязательно возникает вследствие каких-либо пережитых неприятностей, травм, потерь или конфликтных ситуаций.

Несмотря на отсутствие в жизни подростка реальных стрессовых событий, его жалобы на ощущение стресса, если таковые появляются (понятие «стресс» прочно вошло в семантику и широко используется в обыденной речи), а также описание подростком состояний, которые ассоциированы со стрессом (сниженный аппетит, нарушения сна, повышенные нервозность и раздражительность, повышенная утомляемость и т. д.) должны восприниматься серьезно как в кругу семьи, так и специалистами, которые непосредственно контактируют с подростками. Эти субъективные ощущения для подростка могут выступать в роли стрессора, они приводят к целому комплексу переживаний и появлению установок, многие из которых ассоциированы с развитием суицидальных переживаний.

Девочки раньше, чем мальчики, начинают испытывать негативные эмоции в связи с субъективным переживанием стресса, у них эти переживания более выражены и ассоциированы с более высокими уровнями симптомов депрессии и тревоги. Мальчики, даже не вербализуя свои переживания как стрессовые, могут также испытывать повышенные уровни субъективного стресса, что находит отражение в их поступках, например, в склонности к рискованному поведению.

Приведенные данные говорят о том, что субъективно ощущаемый уровень стресса является перспективной областью исследований и коррекционных воздействий, направленных на улучшение психического и соматического здоровья детей и подростков. Исходя из этого оценка выраженности стресса, основанная на учете только числа негативных жизненных событий, должна быть дополнена специальными вопросами относительно субъективных ощущений подростка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баева И.А., Семикин В.В. Безопасность образовательной среды, психологическая культура и психическое здоровье школьников // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2005. Т. 5 (12). С. 7-20.
2. Кубашичева Л.Н. Стрессоустойчивость старшеклассников как одно из средств развития психического здоровья // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. 2014. Т. 9-10. С. 171-173.
3. Осадший Ю.Ю., Крючкова М.Н., Барыкина И.Н., Баканов С.М.. Есть ли основания для различий между мужской и женской депрессией? Обзор литературы // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2019. Т. 21 (1). С.47-60.
4. Панченко С.А. Психологическое здоровье подростков в контексте их личностного развития // Известия Южного федерального университета. Технические науки. 2006. Т. 13 (68). С. 95-99.
5. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В. Дубровиной. 4-е изд. Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 176 с.
6. Рахимкулова А.С. Рисковое поведение подростков и психическое здоровье // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2016. V. 5. P. 11-18.
7. Рахимкулова А.С. Феномен рискованного поведения – попытка концептуального описания // Медицинская психология. 2016. Т.11. № 3 (43). С.37-43.
8. Рахимкулова А.В., Розанов В.А. Некоторые проявления рискованного поведения у городских подростков: биопсихосоциальная трактовка // Вопросы пси-

хического здоровья детей и подростков. 2014 (14). № 2. С.14-24.

9. Решетников М.М. Психическое здоровье населения: современные тенденции и старые проблемы // Национальный психологический журнал. 2015. Т. 1 (17). С. 9-16.

10. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков – попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28 (1). С.62-73.

11. Розанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т.23 (1). С.79-88.

12. Розанов В.А., Емяшева Ж.В., Бирон Б.В. Характеристика стрессовых событий, значимо влияющих на риск возникновения суицидальных тенденций. Гендерный аспект // Практична психологія та соціальна робота. 2012. № 2. С.62-69.

13. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков – связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем // Суицидология. 2014. Т. 5, № 3 (16). С.33-40.

14. Штемберг А.С. Социальный стресс и психологическое состояние населения России. Часть 2. 1. Россия на рубеже XX и XXI вв.: суициды как основной индикатор и последствие социально-психологического кризиса общества // Пространство и время. 2014. Т. 3 (17). С. 209-220.

15. Щербатых Ю.В. Психология стресса. М.: Эксмо, 2006. 304 с.

REFERENCES

1. Baeva I.A., Semikin V.V. Bezopasnost' obrazovatel'noj sredy, psihologicheskaja kul'tura i psihicheskoe zdorov'e shkol'nikov // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena, 2005. T. 5 (12). S. 7-20.

2. Kubashicheva L.N. Stressoustojchivost' starsheklassnikov kak odno iz sredstv razvitiya psihicheskogo zdorov'ja // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. 2014. T. 9-10. S. 171-173.

3. Osadshij Ju.Ju., Krjuchkova M.N., Barykina I.N., Bakanov S.M.. Est' li osnovanija dlja razlichij mezhdu muzhskoj i zhenskoj depressiej? Obzor literatury // Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina. 2019. T. 21 (1). S.47-60.

4. Panchenko S.A. Psihologicheskoe zdorov'e podrostkov v kontekste ih lichnostnogo razvitiya // Izvestija Juzhnogo federal'nogo universiteta. Tehnicheskie nauki. 2006. T. 13 (68). S. 95-99.

5. Psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov v kontekste psihologicheskoy sluzhby / pod red. I.V. Dubrovinoj. 4-e izd. Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2000. 176 s.

6. Rahimkulova A.S. Riskovoe povedenie podrostkov i psihicheskoe zdorov'e // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2016. V. 5. P. 11-18.

7. Rahimkulova A.S. Fenomen riskovogo povedenija – popytka konceptual'nogo opisanija // Medicinskaja psihologija. 2016. T.11. № 3 (43). S.37-43.

8. Rahimkulova A.V., Rozanov V.A. Nekotorye projavlenija riskovogo povedenija u gorodskih podrostkov: biopsihosocial'naja traktovka // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2014 (14). № 2. С.14-24.

9. Reshetnikov M.M. Psihicheskoe zdorov'e naselenija: sovremennye tendencii i starye problemy // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. 2015. Т. 1 (17). С. 9-16.

10. Rozanov V.A. Psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov – popytka obektivnoj ocenki dinamiki za poslednie desjatiletija s uchetom razlichnyh podhodov // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2018. Т. 28 (1). С.62-73.

11. Rozanov V.A. Stress i psihicheskoe zdorov'e (nejrobiologicheskie aspekty) // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2013. Т.23 (1). С.79-88.

12. Rozanov V.A., Emjasheva Zh.V., Biron B.V. Harakteristika stressovyh sobytij, znachimo vlijajushhih na risk vozniknovenija suicidal'nyh tendencij. Gendernyj aspekt // Praktichna psihologija ta social'na robota. 2012. № 2. S.62-69.
13. Rozanov V.A., Rahimkulova A.S., Uhanova A.I. Oshhushhenie bessmyslennosti sushhestvovanija u podrostkov – svjaz' s suicidal'nymi projavlenijami i psihicheskim zdorov'em // Suicidologija. 2014. T. 5, № 3 (16). S.33-40.
14. Shtemberg A.S. Social'nyj stress i psihologicheskoe sostojanie naselenija Rossii. Chast' 2. 1. Rossija na rubezhe HH i XXI vv.: suicidy kak osnovnoj indikator i posledstvie social'no-psihologicheskogo krizisa obshhestva // Prostranstvo i vremja. 2014. T. 3 (17). S. 209-220.
15. Shherbatyh Ju.V. Psihologija stressa. M.: Jeksmo, 2006. 304 s.
16. Brill S.R., Patel D.R., MacDonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics. Indian J. Pediatr. 2001; 68 (7): 597-603.
17. Campbell J., Ehler U. Acute psychosocial stress: does the emotional stress response correspond with physiological responses? // Psychoneuroendocrinology. – 2012. V. 37 (8). P.1111-1134.,
18. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering? // Early Intervention in Psychiatry. 2011. V. 5 (1). P. 6-11.
19. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale //Journal of Psychosomatic Research. 1967. V. 11 (2). P.213–218.
20. Lazarus R. S. Stress and emotion: A new synthesis. New York: Springer. 1999. 176 p.
21. Ravens-Sieberer U., Erhart M., Gosch A. et al. Mental health of children and adolescents in 12 European countries – results from the European KIDSCREEN study // Clinical Psychology and Psychotherapy. 2008. V. 15. P. 154–163.
22. Wasserman D. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial // BMC Public Health. 2010. V. 10. P. 192-206.
23. Wenzel A., Beck A.A cognitive model of suicidal behavior: theory and treatment // Applied and Preventive Psychology. 2008. V. 12. P. 189-201.

A.S. Rakhimkulova¹, V.A. Rozanov²

ASSOCIATION OF ADOLESCENTS' MENTAL HEALTH PROBLEMS WITH THE SUBJECTIVE FEELING OF STRESS

¹Center for Neuropsychological Correction (Moscow), ²Saint-Petersburg State University (Saint-Petersburg).

Summary. 601 adolescents aged 12-18 were interviewed using international SEYLE project questionnaire. Their perception of stress, accumulation of stressful negative life events, levels of anxiety and depression, somatic and psychological wellbeing, existential feelings, and suicidal thoughts were assessed. It was found out that high level of subjective stress manifested in teenagers' perceptions influences their physical and mental wellbeing more, than accumulation of negative stressful life events that happens to them. The results of the research are in accordance with Lazarus stress concept that acknowledges the leading role of cognitive evaluation of stressful events and emphasizes pivotal role of feelings and perceptions as independent factor that trigger stress.

Keywords: adolescents, objective stress, subjective stress, psycho-emotional stress, mental health problems, adolescent suicidal behavior.

СОЦИАЛЬНЫЕ НОРМЫ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ИНТЕРНЕТ-РИСКОВ И ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЙ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

¹Российский университет дружбы народов (РУДН), ²Ассоциация детских психиатров и психологов, ³ГБУ ГППЦ ДОНМ (Москва).

Резюме. Статья посвящена влиянию формирования социальных норм поведения в профилактике интернет-рисков и интернет-зависимости среди обучающихся. Рассматриваются причины интернет-аддикций и ее основные формы. Актуализируются методы профилактики интернет-рисков среди обучающихся. Приведены результаты исследования интернет-рисков среди несовершеннолетних и предпринимаемых профилактических мер в семье и образовательных учреждениях. Определены научные подходы в организации профилактической работы, связанной с интернет-рисками.

Ключевые слова: социальные нормы, интернет-зависимость, интернет-риски, аддикция, девиантное поведение, интернет-пространство, социальная anomia, сетеголизм, игромания, кибераддикция, методы профилактики интернет-зависимости.

Современные дети и подростки все больше времени проводят в сети Интернет. По данным исследования «Дети России он-лайн», осуществленного фондом развития Интернет, Центром защиты прав и интересов детей Минпросвещения РФ, каждый пятый школьник проводит в интернете более 5 часов в день, а каждый десятый опрошенный подросток отмечает, что в интернете он живет [8]. Виртуальная реальность становится значимым фактором социализации детей и подростков. К сожалению, в последнее время в сети интернет все более широкое распространение получает контент, негативно влияющий на социализацию несовершеннолетних и представляющий угрозу для их эмоционального благополучия, здоровья, социальной адаптации, даже жизни. Изменяются социальные нормы поведения среди обучающихся: школьников и студенческой молодежи. В этих условиях многократно возрастает необходимость планомерного и грамотного управления интернет-средой как фактором социализации детей и подростков [15].

В современной науке под социальной нормой поведения и деятельности людей в обществе понимается комплекс исторически сложившихся мер обязательного, пределов дозволенного, интервалов допустимого индивидуального или группового взаимодействия социальных субъектов, способов реагирования на раздражители и др. Социальные нормы являются результатом отражения в сознании и поступках отдельных людей, больших и малых групп закономерностей развития и функционирования общественных отношений. Как образцы или эталоны действия в определенных ситуациях, они представляют собой набор правил и санкций, принуждающих людей к определенному поведению в контексте принятых обществом ценностей, установленных правил поведения, регулирующих общественные отношения.

Социальные нормы соответствуют системе ценностей общества. Как правило, они закреплены в этических категориях (обычаях, традициях, ритуалах и

др.), определяющих правовую культуру людей. Дифференцируют базовые и условные нормы. Базовые - это относительно неизменные нормы, сформировавшиеся в процессе социальной эволюции, диктуемые объективными потребностями выживания и развития социума, служащие фундаментом общественной жизни. Условные нормы - это способы реагирования, принятые в конкретном обществе в какое-то определенное время. В различных эпохах и социальных системах они могут рассматриваться как асоциальные, противоправные, девиантные, патологичные [3].

Отклонения от социальной нормы, так называемые аномии, сопряжены с вредными для отдельного человека, группы людей или общества в целом последствиями. Они социально неадекватны, так как противоречат законам общественного развития на психологическом, социально-психологическом, социальном уровнях. Аномия квалифицируется как отсутствие норм, беззаконность, безнормность. Это ситуация, когда необходимые этические и юридические законы не принимаются или не работают, не выступают как руководство к действию, как регламент деятельности, не являются легитимными (законными и поддерживаемыми людьми).

Если нет понимания социальной нормы, то не имеет смысла говорить об отклонении от нее. Следовательно, девиация – это акт отклонения поведения, выходящий за рамки одной или нескольких социальных норм. Девиантное поведение охватывает широкий круг поведенческих отклонений. Многие ученые связывают девиантное поведение с нарушением не только социальных норм, но и социальных ожиданий, ценностей, социальных ролей. Так, американский социолог-функционалист Альберт Коэн определяет отклоняющееся поведение как идущее вразрез с институционализированными ожиданиями, разделяемыми и признаваемыми законными внутри социальной системы [14].

Современные информационные технологии, интернет в том числе, реализуют не только конструктивные (созидательные, развивающие, образовательные, интегрирующие и иные позитивные) функции, но и деконструктивные тенденции, провоцирующие формирование новых видов девиантного (отклоняющегося от социальной нормы) и делинквентного (правонарушающего) поведения. Среди них сетеголизм, игромания (лудомания), кибераддикция и другие виды психологической интернет-зависимости [16]. Сетеголизм – зависимость от интернета, когда человек проводит там по несколько часов, постоянно проверяя почту, общаясь в чатах и на форумах, слушая музыку, играя в игры, без сожаления тратя время и деньги на виртуальные радости. У сетеголиков наблюдаются психологическая самоизоляция (нежелание общаться с окружающими), потеря реальных внутренних ценностей и ориентиров, снижение мотивации к учебе и труду, неуравновешенность, эмоциональная холодность в отношении к близким и др.

Механизм формирования компьютерной зависимости мало чем отличается от механизма формирования игромании. Зависимость от компьютерных игр (кибераддикция), формируется постепенно, но надолго, ведь соблазн – интернет – всегда рядом. Существуют несколько видов кибераддикции: в первом случае зависимость возникает от ролевых компьютерных игр, во втором – от неролевых компьютерных игр. Первый случай более опасен, так как связан с максимальным

уходом от реальности. Играя, человек полностью ассоциирует себя с компьютерными героями, забывает о реальных проблемах, абстрагируется от действительности. Второй случай можно характеризовать как азартный. неролевые компьютерные игры связаны с целью пройти игру и выиграть. Игрок проходит уровни, набирает очки и выигрывает. Как правило, он не ассоциирует себя с игрой. *Оба типа компьютерной зависимости довольно опасны. Проводя все время за компьютерной игрой, человек расходует энергию не на созидание, а на удовлетворение.*

Некоторые признаки кибераддикции:

- постоянная тяга к компьютеру и игре;
- повышение настроения от игры;
- нежелание заниматься другими делами и другими видами досуга;
- раздражение при отрыве от компьютера;
- неспособность контролировать себя во время игры;
- отказ от домашних дел в пользу компьютера;
- фокусирование на околокомпьютерных темах в любом разговоре.

Однако далеко не все любят играть в интернете. Получать информацию из интернета нравится практически всем. Молодые люди могут просиживать в сети по 12–14 часов в сутки, читая статьи, ища картинки, смотря фильмы и сериалы, переписываясь с друзьями в социальных сетях, слушая музыку и т. д. Интернет – мир без границ, именно поэтому сетеголизм – болезнь гораздо более массовая, чем обычная кибераддикция.

Сегодня, когда выйти в интернет можно с простого смартфона, зависимость принимает новые формы. Увеличивается число людей, которые не могут обходиться без навязчивых проверок почты, статусов и новостей в социальных сетях, просмотра картинок, поиска новых игр и приложений. Фактически сетеголизм вышел сегодня на новый массовый уровень. Некоторые признаки сетеголизма:

- навязчивая потребность постоянно проверять почту;
- невозможность сидеть спокойно без навязчивых движений – мышки или телефона в руках;
- скука без интернета – вся сфера интересов сетеголика завязана на сети, без интернета ему нечем заняться;
- постепенное увеличение времени, проводимого с компьютером, планшетом, смартфоном, в ущерб другим видам деятельности.

Методами профилактики новых видов девиантных и делинквентных отклонений поведения, связанных с интернет-зависимостью, могут быть:

- формирование активной жизненной позиции;
- пропаганда здорового образа жизни, занятия спортом, физкультурой;
- чередование досуга, умственного и физического труда;
- развитие системы потребностей и ценностей человека, связанных с социальными аспектами жизнедеятельности и нацеленных на учебу, труд, саморазвитие, самообразование, самореализацию, укрепление здоровья, налаживание системы разносторонних взаимодействий с миром, природой, людьми, обществом в целом [9, 10, 11, 12, 13].

С целью изучения интернет-рисков и состояния профилактической работы в сфере обеспечения безопасности обучающихся в интернет-

пространстве Центром защиты прав и интересов детей был проведен интернет-опрос среди подростков и их родителей (законных представителей), в ходе которого выявлялась информированность подростков об интернет-рисках и опасностях общения в социальных сетях; опыт столкновения с рисками при интернет-общении. В ходе исследования также изучалась эффективность профилактической работы, проводимой в образовательных организациях.

Опросом были охвачены 108631 обучающийся трех возрастных групп (12–13 лет, 14–15 лет, 16–17 лет) и 45738 родителей из 85 субъектов РФ [1, 2, 7].

Результаты опроса позволили выявить наиболее известные для обучающихся риски. Владеют информацией:

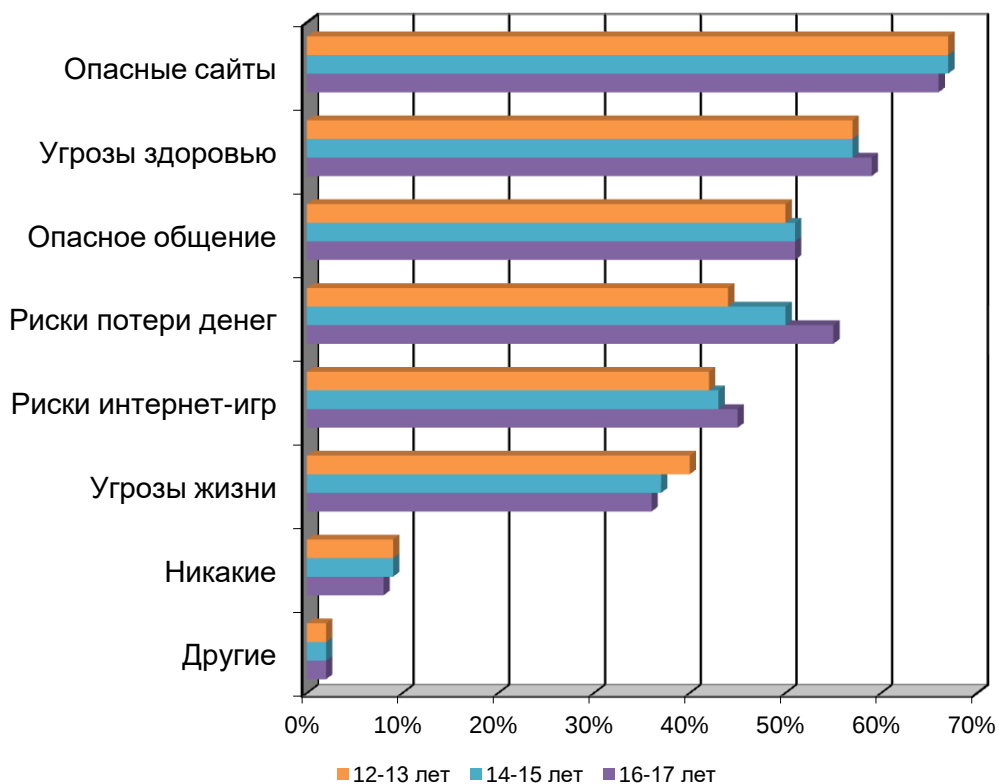
- об опасных сайтах 67% 12-13-летних, 67% 14-15-летних и 66% 16-17-летних;

- об угрозах здоровью 57%, 57% и 59% соответственно;

- об опасностях общения в социальных сетях около 50% опрошенных 12-13-летних, 51% 14-15-летних и 51% обучающихся 16–17 летнего возраста.

Информацию в образовательных организациях от педагогов и специалистов получали 40% 12-13-летних, 37% 14-15-летних и 36% 16-17-летних.

Информированность обучающихся об интернет-рисках



К сожалению, о способах вовлечения в опасные группы и сообщества подростки осведомлены в малой степени. В ходе исследования выявлено, что имеют опыт столкновения в такого рода рисками при интернет-общении подростки всех трех возрастных групп. Получали призывы:

- к агрессивному поведению 9% 12–13 летних, 12% 14-15-летних и 13% 16–17-летних);

- к незаконной деятельности 8% 12-13-летних, 8% 14-15-летних и 10% 16–17-летних);

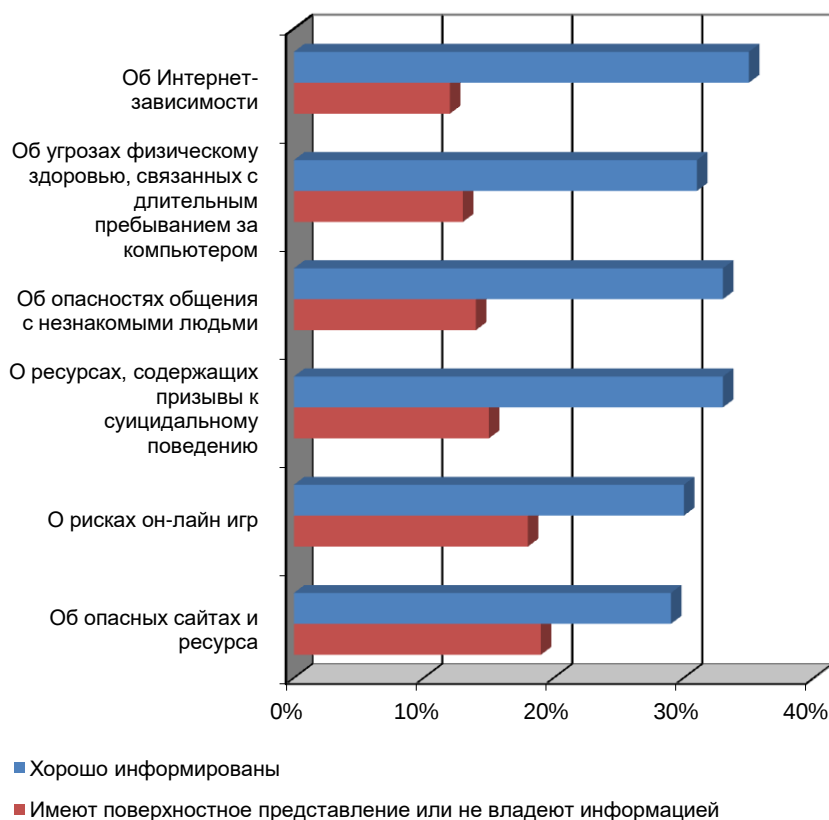
- к участию в протестных мероприятиях порядка 10-12% опрошенных.

Среди родителей (законных представителей) картина почти идентичная:

- информированность о существовании рисков оценивают как достаточную 58% или даже высокую 35%, а вот о рисках вовлечения в опасные группы и сообщества имеют представление только 12%;

- механизмы их распространения могут описать не более 4% опрошенных родителей.

Информированность родителей (законных представителей) об интернет-рисках



Оценка эффективности профилактической работы осуществлялась на основе изучения субъективных оценок ее характера и содержания участниками опроса, а также на основе изучения оценок изменений в поведении подростков под влиянием профилактической деятельности.

Изучение отношения участников опроса к профилактической работе, проводимой в образовательных организациях, показывает, что такая работа ведется сегодня достаточно активно и представлена значительным количеством разнообразных мероприятий. Однако ее формы и содержание не могут в достаточной степени обеспечить защиту несовершеннолетних от воздействия рисков интернет-общения. Что касается форм работы, то по восприятию подростков преобладающими в профилактической работе являются мероприятия информационно-инструктивного характера:

- что об интернет-рисках рассказывают педагоги, указывают 51% 12-13-летних, 48% 14-15-летних и 47% 16-17-летних обучающихся;

- что на уроках проводятся инструктажи, указывают 35% 12-13-летних, 37% 14-15-летних и 41% 16-17-летних.

Использование в образовательных организациях методов профилактической работы



По мнению родителей, наиболее эффективными мероприятиями, проводимыми в образовательных организациях, являются беседы с учителями, инструктажи на уроках и специальные занятия. Мероприятия, предполагающие субъектную позицию самих подростков (тренинги безопасного поведения, специальные обучающие занятия, социальное проектирование), отмечены в меньшей степени.

Профилактическая работа, организованная с привлечением родителей обучающихся, в основном представлена призывами к обеспечению технической услуги «родительского контроля». Около 42% родителей отмечают, что их призывают ограничить доступ детей к сети интернет, активнее контролировать сайты и ресурсы, которые используют их дети. Более 62% родителей не считают себя уверенными пользователями интернета и могут только ограничить доступ к нему и то далеко не всегда.

Как повлияли проводимые профилактические мероприятия на поведение обучающихся? Были достигнуты отдельные позитивные результаты:

- более осторожно стали относиться к информации в сети интернет 43% опрошенных 12-13 лет, 34% 14-15 лет и 31% 16-17 лет;
- делятся тревожной информацией об участии друзей в опасных интернет-группах с родителями 45% 12-13-летних, 41% 14-15-летних и 40% 16-17-летних, с педагогами 19% 12-13-летних, 15% 14-15-летних и 14% 16-17-летних.

Однако наряду с позитивными явлениями наблюдаются и негативные эффекты среди обучающихся:

- стали скрывать от родителей время работы в сети и адреса используемых ресурсов, увеличили свое время работы в сети;
- обсуждать интернет-риски с родителями и педагогами стали только 4% во всех возрастных группах.

Только от 4% до 9% обучающихся во всех возрастных группах принимают меры безопасности в социальных сетях, делятся о подозрительной информации 6% 12-13-летних, 10% 14-15-летних и 12% 16-17-летних. А в то же время добавляют в друзья незнакомых людей 76% 12-13-летних и 81% 14-15 и 16-17-летних. По запросу предоставляют личную информацию незнакомым людям 42% 12-13-летних, 40% 14-15-летних и 38% 16-17-летних. Активно ищут незнакомцев в сети и вступают в переписку 4-5% подростков во всех возрастных группах.

Выводы. Результаты опроса показывают, что возможность изменения ситуации, на наш взгляд, связана с четким определением научных подходов к организации профилактической работе, учитывающих как психологические особенности и потребности возраста, так и механизмы распространения рисков интернет-общения, а также с выстраиванием системы взаимодействия всех участников образовательного процесса в сфере профилактики интернет-рисков и интернет-аддикций.

Среди научных подходов к построению профилактической работы нам представляется наиболее продуктивным субъектный подход, предполагающий субъект-порождающее взаимодействие в образовательной среде, направленное на формирование у несовершеннолетних ресурсов устойчивости к интернет-рискам и угрозам [4, 5, 6].

Формирование ресурсов устойчивости к интернет-рискам предполагает развитие личностных качеств, обеспечивающих безопасное поведение, и специ-

альное обучение культуре нормативного и безопасного поведения как в офлайн-, так и в онлайн-среде.

Широкие возможности для активизации этих ресурсов предоставляет совместная (детей и взрослых) разработка альтернативной, позитивно ориентированной интернет-среды для детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габер И.В., Зарецкий В.В. Обеспечение психологической безопасности образовательной среды. Методические рекомендации для руководителей общеобразовательных организаций // Профилактика зависимостей. 2018. № 3 (15). С 1-49.

2. Габер И.В., Зарецкий В.В. Методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 2. С. 121-131.

3. Гилинский Я.И., Афанасьев В.С. Социология девиантного (отклоняющегося) поведения: Учебное пособие. СПб. Филиал Института социологии РАН, 1993. 167 с.

4. Зарецкий В.В. Подходы к экспертизе социальных проектов, включая социальную рекламу, направленную на пропаганду здорового образа жизни и профилактику аддиктивного поведения // Профилактика зависимостей. 2017. № 2 (10). С 158-164.

5. Игумнов С.А., Зарецкий В.В., Шамарова Е.Ю. Виртуальная среда и социальные сети как фактор влияния на аутодеструктивное поведение подростков и молодежи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 3. С. 116-128.

6. Игумнов С.А., Зарецкий В.В., Шамарова Е.Ю. Сайты аутодеструктивного содержания в русскоязычном сегменте интернет // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 4. С. 75-82.

7. Калинина Н.В. Профилактика рисков интернет-активности обучающихся: субъект-порождающее взаимодействие // Образование личности, 2017. №1. С. 12-17.

8. Калинина Н.В., Зарецкий В.В., Хыдырова А.В., Олешкевич Д.В. База данных интернет-опроса несовершеннолетних и их родителей (законных представителей) об отношении к интернет-рискам и угрозам жизни и к работе по их профилактике, реализуемой в образовательных организациях Российской Федерации по состоянию на май 2017 года. Свидетельство о регистрации базы данных RU 2018620698, 14.05.2018.

9. Кильмашкина Т.Н. Сущность социального конфликта и социального кризиса // Диагностика власти и управления: коммуникативные механизмы и двойные стандарты»: Мат-лы Всероссийской конф. с международным участием и XV Дридзеvских чтений (Москва, 29-30 октября 2015 г.) / А.В. Тихонов (отв. ред.). М.: Институт социологии РАН, 2016. С. 397-404.

10. Кильмашкина Т.Н. Социальный кризис как результат неразрешенных конфликтов // Современные проблемы безопасности и правопорядка в России: правовые и управленческие аспекты. М.: РУСАЙНС, 2016. С. 3-14.

11. Кильмашкина Т.Н. Управление социальными конфликтами: Учебник. М.: Департамент гос. службы и кадров МВД РФ, 2018. С. 200-201.

12. Кильмашкина Т.Н. Управление социальными конфликтами: Учебник. М.: Департамент гос. службы и кадров МВД РФ, 2018. С. 202-204.

13. Кильмашкина Т.Н. Формирование конфликтологической компетентности педагогов как условие формирования конфликтологической культуры подрастающего поколения // Профилактика зависимостей. 2018. № 2. С. 86-94.

14. Коэн А. Исследование проблем социальной дезорганизации и отклоняющегося поведения // Альберт Коэн. Социология сегодня. Проблемы и перспективы. Американская буржуазная социология середины XX в. / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1965. С. 519-550.

15. Мардахаев Л.В., Гречкина М.Э. Кибербуллинг и его влияние на социализацию младшего подростка // Электронный журнал «HomoCyberus». 2019. № 1(6). URL: http://journal.homocyberus.ru/Mardahaev_LV_Grechkina_ME_1_2019..

16. Психологическая зависимость от Интернета (сетеголизм). URL: <http://azbez.com/node/354>.

REFERENCES

1. Gaber I.V., Zareckij V.V. Obespechenie psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'noj sredy. Metodicheskie rekomendacii dlja rukovoditelej obshheobrazovatel'nyh organizacij // Profilaktika zavisimostej. 2018. № 3 (15). S 1-49.

2. Gaber I.V., Zareckij V.V. Metodologicheskie i teoreticheskie osnovanija obespechenija psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'no-vospitatel'noj sredy // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019 (19). № 2. S. 121-131.

3. Gilinskij Ja.I., Afanas'ev V.S. Sociologija deviantnogo (otklonjajushhegosja) povedenija: Uchebnoe posobie. SPb. Filial Instituta sociologii RAN, 1993. 167 s.

4. Zareckij V.V. Podhody k jekspertize social'nyh proektov, vključaja social'nuju reklamu, napravlennuju na propagandu zdorovogo obraza zhizni i profilaktiku addiktivnogo povedenija // Profilaktika zavisimostej. 2017. № 2 (10). S 158-164.

5. Igumnov S.A., Zareckij V.V., Shamarova E.Ju. Virtual'naja sreda i social'nye seti kak faktor vlijanija na autodestruktivnoe povedenie podrostkov i molodezhi // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 3. S. 116-128.

6. Igumnov S.A., Zareckij V.V., Shamarova E.Ju. Sajty autodestruktivnogo sodržanija v russkojazychnom segmente internet // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 4. S. 75-82.

7. Kalinina N.V. Profilaktika riskov internet-aktivnosti obučajushhihsja: sub#ektorozhdajushhee vzaimodejstvie // Obrazovanie lichnosti, 2017. №1. S. 12-17.

8. Kalinina N.V., Zareckij V.V., Hydyrova A.V., Oleshkevich D.V. Baza dannyh internet-oprosa nesovershennoletnih i ih roditelej (zakonnyh predstavitelej) ob otnoshenii k internet-riskam i ugrozam zhizni i k rabote po ih profilaktike, realizuemoj v obrazovatel'nyh organizacijah Rossijskoj Federacii po sostojaniju na maj 2017 goda. Svidetel'stvo o registracii bazy dannyh RU 2018620698, 14.05.2018.

9. Kil'mashkina T.N. Sushhnost' social'nogo konflikta i social'nogo krizisa // Diagnostika vlasti i upravlenija: kommunikativnye mehanizmy i dvojnye standarty»: Mat-ly Vserossijskoj konf. s mezhdunarodnym uchastiem i XV Dridzevskih chtenij (Moskva, 29-30 oktjabrja 2015 g.) / A.V. Tihonov (otv. red.). M.: Institut sociologii RAN, 2016. S. 397-404.

10. Kil'mashkina T.N. Social'nyj krizis kak rezul'tat nerazreshennyh konfliktov // Sovremennye problemy bezopasnosti i pravoporjadka v Rossii: pravovye i

upravlencheskie aspekty. M.: RUSAJNS, 2016. S. 3-14.

11. Kil'mashkina T.N. Upravlenie social'nymi konfliktami: Uchebnik. M.: Departament gos. sluzhby i kadrov MVD RF, 2018. S. 200-201.

12. Kil'mashkina T.N. Upravlenie social'nymi konfliktami: Uchebnik. M.: Departament gos. sluzhby i kadrov MVD RF, 2018. S. 202-204.

13. Kil'mashkina T.N. Formirovanie konfliktologicheskoy kompetentnosti pedagogov kak uslovie formirovaniya konfliktologicheskoy kul'tury podrastajushhego pokolenija // Profilaktika zavisimostej. 2018. № 2. S. 86-94.

14. Koen A. Issledovanie problem social'noj dezorganizacii i otklonjajushhegosja povedenija // Al'bert Kojen. Sociologija segodnja. Problemy i perspektivy. Amerikanskaja burzhuaznaja sociologija serediny HH v. / Per. s angl. M.: Progress, 1965. S. 519-550.

15. Mardahaev L.V., Grechkina M.Je. Kiberbulling i ego vlijanie na socializaciju mladshhego podrostka // Jelektronnyj zhurnal «HomoCyberus». 2019. № 1(6). URL: http://journal.homocyberus.ru/Mardahaev_LV_Grechkina_ME_1_2019..

16. Psihologicheskaja zavisimost' ot Interneta (setegolizm). URL: <http://azbez.com/node/354>.

T.N. Kilmashkina¹, V.V. Zaretskiy^{2,3}

SOCIAL STANDARDS AND INFLUENCE ON THEIR INTERNET-RISKS AND ONLINE ADDICTIONS AMONG STUDENTS

¹Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), ²Association of Child Psychiatrists and Psychologists, ³GBU GPPTS DONM (Moscow).

Summary. The article is devoted to the influence of the formation of social norms of behavior in the prevention of Internet risks and Internet addiction among students. The causes of Internet addictions and its main forms are considered. Methods of preventing Internet risks among students are being updated. The results of a study of Internet risks among minors and preventive measures taken in the family and educational institutions are presented. Scientific approaches to the organization of preventive work related to Internet risks are identified.

Keywords: social norms, Internet-addiction, Internet-risks, addiction, deviant behavior, Internet space, social anomie, setegolism, gambling, cyberdication, methods of preventing Internet addiction.

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СДВГ

Центр психодиагностики и психокоррекции, Медси, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва)

Резюме. В статье освещена проблема недостаточности диагностических критериев МКБ-10 для составления психокоррекционных программ детей с СДВГ. Отмечается необходимость рассмотрения внимания как мультикомпонентного психического состояния, что позволит разрабатывать стратегии работы со вниманием в целом, а не с отдельными его свойствами. Было выделено 5 основных однозначно понимаемых свойств произвольного зрительного внимания и проведен анализ их уровня развития у детей с СДВГ по сравнению с нормально развивающимися детьми. Полученные данные показали отставание у детей с СДВГ уровня концентрации, объема, устойчивости, распределения и переключения внимания, а также различия в стратегиях компенсации при выполнении заданий по сравнению с нормально развивающимися детьми.

Ключевые слова: гиперактивность, нарушение внимания, произвольное внимание, трудности обучения, нейропсихология, нарушение поведения, социальная дезадаптация.

Введение. Согласно исследованиям последних лет, задержка формирования произвольного внимания является одной из основных причин трудностей обучения учеников начальных классов. В особенности это отражается на понимании объяснений учителя с первого раза, понимании смысла прочитанных текстов и орфографии [1]. Усиленное напряжение при освоении знаний, умений и навыков и отставание в скорости их усвоения по сравнению со сверстниками отражается на мотивации к их усвоению [4]. Особенно это касается детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ), чья ситуация усугубляется импульсивностью, которая понимается как нарушение торможения в поведении, и гиперактивностью, имеющей вид избыточной двигательной активности, не соответствующей обстановке.

Следствием указанных трудностей может являться негативная, неадекватная самооценка, враждебность к окружающим и невротоподобные психопатологические расстройства, проявляющиеся в виде навязчивых действий или повышенной тревожности. В результате данных вторичных расстройств усугубляется клиническая картина, что влечет за собой социальную дезадаптацию [6]. Низкий уровень социальной зрелости, характерный для таких детей, проявляется во взаимоотношениях со сверстниками и учителями. Слабая восприимчивость к социальным ожиданиям в сочетании с импульсивностью, навязчивостью, вспыльчивостью, фамильярностью и утомляемостью ведут к негативной оценке со стороны товарищей. А отвлекаемость во время уроков, отсутствие заинтересованности, непонимание длинных объяснений, невосприимчивость как

к похвале, так и к наказаниям, ведут к постоянным упрекам учителей [4, 7].

По данным эпидемиологических исследований, СДВГ встречается примерно у 5% детей и 2.5% взрослого населения [2]. В подростковом возрасте для них в большей степени по сравнению со сверстниками характерны склонность к правонарушениям, слабая устойчивость к алкогольным и наркотическим зависимостям [4]. Нередко такие дети вступают в подростковые группировки, принимая на себя роль вестников и не задумываясь о последствиях своего поведения [5]. В некоторых работах отмечается, что 70% взрослых людей, у которых диагностировано психопатоподобное развитие личности, характеризующееся вариативными формами нарушенного поведения, имели диагноз СДВГ в детском возрасте. [3]

Высокая частота встречаемости СДВГ, трудности усвоения необходимой школьной программы, нарушения взаимоотношений со сверстниками и учителями, риски формирования делинквентного поведения, связанные с данным расстройством, создают необходимость в его своевременной диагностике и подборе наиболее эффективных программ коррекции. В соответствии с основными принципами отечественной нейропсихологической школы эффективным методом коррекции, позволяющим обеспечить нормальное функционирование пациента в обществе, является воздействие не просто на симптомы, а на центральные механизмы, которые их обуславливают. Чтобы определить эти механизмы, симптомы нарушения необходимо квалифицировать. В случае с СДВГ это означает необходимость понять, как именно нарушено внимание, т. е. какие конкретно его свойства нарушены и каков характер их взаимоотношений с отклонениями в функционировании определенных областей мозга, характерными для детей с этим расстройством.

Однако в современной российской клинической психологии нарушения внимания «констатируются» без последующей внутрифункциональной дифференциации его на отдельные качественные признаки. Современные специалисты при постановке диагноза ориентируются исключительно на констатацию наличия дефицита, ссылаясь лишь на поведенческие характеристики, указанные как критерии международных классификаций, в частности, DSM-V и МКБ-10. В то же время работа по улучшению внимания всегда ведется с конкретными его свойствами. Наиболее проработанными и многообразными являются методы, улучшающие концентрацию и устойчивость внимания, которыми подменяется само понятие внимания. Т. е. работы, направленные на улучшение внимания, в действительности направлены на те его стороны, которые ассоциируются с отвлекаемостью и истощаемостью, но не на внимание в целом.

При составлении психологических, педагогических, лечебных программ коррекции и сопровождения детей с СДВГ нарушения внимания рассматривают в некотором «общем смысле», несмотря на то что в психологии внимание долгие годы рассматривается как мультикомпонентное состояние, включающее такие характеристики, как объем, концентрация, устойчивость, распределение и переключение. Выделяются и другие свойства, но опираясь на работу

Е.М. Самущенко¹, содержащую наиболее крупный анализ классификаций свойств внимания для произвольного зрительного внимания, мы выделили 5 наиболее однозначно понимаемых свойств: концентрация, устойчивость, распределение, объем и переключаемость внимания. Мы полагаем, что простая констатация «трудностей» произвольного зрительного внимания недостаточно информативна и может быть подвержена более детальному анализу.

В современных зарубежных исследованиях с помощью методов нейровизуализации активно ведутся работы, определяющие связь активации конкретных областей мозга с той или иной характеристикой внимания. Например [16], отмечается усиленная активация правой верхнетеменной долики во время обработки одновременно нескольких зрительных элементов по сравнению с одним. А, как отмечают М. Sarter, M.J.P. Bruno [12], критически важной основой устойчивости внимания является ацетилхолиновая стимуляция коры базальными ядрами. Более подробно ознакомиться с работами, описывающими связь разных областей мозга с теми или иными свойствами внимания, можно в ряде работ [9, 10, 13, 14].

Отклонения в развитии мозгового субстрата у детей с СДВГ отмечают D. Tomasi, N.D. Volkow [15]. Они говорят о патологически повышенной связи вентральной покрышки с миндалинами, левой парагиппокампальной извилиной, правым бледным шаром, левым таламусом, правой островковой корой и о повышенной связи черной субстанции с миндалинами и островковой корой у детей с СДВГ. Также отмечают у них нарушения обратного транспорта дофамина и сниженную доступность D2/D3 рецепторов в вентральном стриатуме и хвостом ядре [11]. Отмечается замедленное развитие всех корковых зон, кроме центральной моторной у детей с СДВГ [8]. Сопоставив эти данные, мы сделали предположение, что все 5 свойств внимания у детей с СДВГ должны иметь отклонения от нормального развития.

Основная цель работы - эмпирическое исследование особенностей базовых характеристик внимания (концентрация, объем, распределение, устойчивость, переключаемость) у детей 9-11 лет, страдающих СДВГ.

Общая характеристика исследуемых групп. В экспериментальную группу вошли 25 детей, имеющих диагноз по МКБ-10 F90.0 «Нарушение активности и внимания», из них 10 в возрасте 9 лет, 11 в возрасте 10 лет и 4 в возрасте 11 лет. Основанием для включения в экспериментальную группу являлось наличие диагностических заключений, сделанных психиатрами. Все дети экспериментальной группы обследованы клиническим психологом. Отношение мальчиков и девочек в группе составило 19 и 6 человек соответственно, что соответствует данным эпидемиологических исследований о преобладании мальчиков с этим диагнозом в популяции. Контрольная группа также состояла из 25 человек. Она была сформирована по полу и возрасту в соответствии с распределением детей в экспериментальной группе и с соблюдением однородности выборок по этим показателям, чтобы исключить их влияние на результат. Основаниями для включения в контрольную группу было отсутствие в анамнезе нев-

¹Е.М. Самущенко. Психометрика основных свойств внимания : дисс. ... канд. психол. наук. Л., 1985. 193 с. : .

рологических и психиатрических заболеваний, отсутствие на момент обследования жалоб родителей и учителей на поведение ребенка и отличная либо хорошая успеваемость в школе. Далее в рисунках обозначены: группа А – дети с СДВГ, группа Б – контрольная группа.

Методики исследования. Корректурная проба (тест Бурдона), методика «Совмещение признаков» В.М. Когана, Таблицы Шульте, Методика Пьерона-Рузера. Статистическая обработка данных произведена с использованием программы SPSS Statistics 23.0.

Результаты представлены последовательно по использованным методикам.

Корректурная проба. Проанализировав график изменения скорости выполнения Корректурной пробы (рис. 1) можно отметить значительное превосходство детей контрольной группы в начале выполнения. Различия статистически значимы на уровне $p \leq 0.01$. Это говорит о серьезных трудностях выполнения задания, требующего концентрации внимания, у детей с СДВГ. Однако изменения графика к пятой минуте показывают, что истощение у детей контрольной группы в первую очередь отражается на скорости выполнения задания, в то время как у детей с СДВГ оно на скорость практически не влияет.

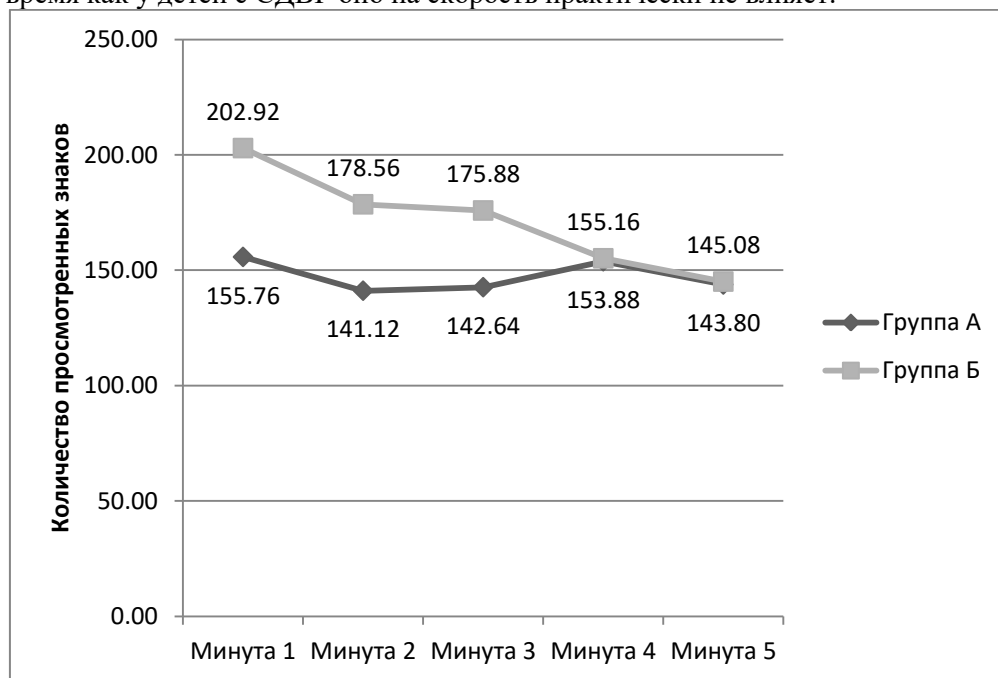


Рисунок 1. График устойчивости скорости выполнения во времени по методике «Корректурная проба» (по оси абсцисс – время, по оси ординат – количество просмотренных знаков (абсолютное число)).

График изменения продуктивности выполнения Корректурной пробы (рис. 2) демонстрирует отсутствие изменений продуктивности у контрольной группы, что, при учете предыдущего графика говорит о том, что физическое утомление не отражается на их внимании, и чтобы справиться с усталостью, они изменяют

стратегию выполнения и замедляются. Изменения концентрации внимания у детей с СДВГ к пятой минуте по сравнению с первой достоверно различаются. Статистическая значимость находится в диапазоне $p \leq 0.05$. Это говорит о сниженной устойчивости внимания детей данной группы и о том, что истощение в первую очередь у них отражается на внимании. Среднее значение коэффициента концентрации у группы СДВГ значительно ниже коэффициента концентрации группы нормы. Различия статистически значимы на уровне $p \leq 0.01$.

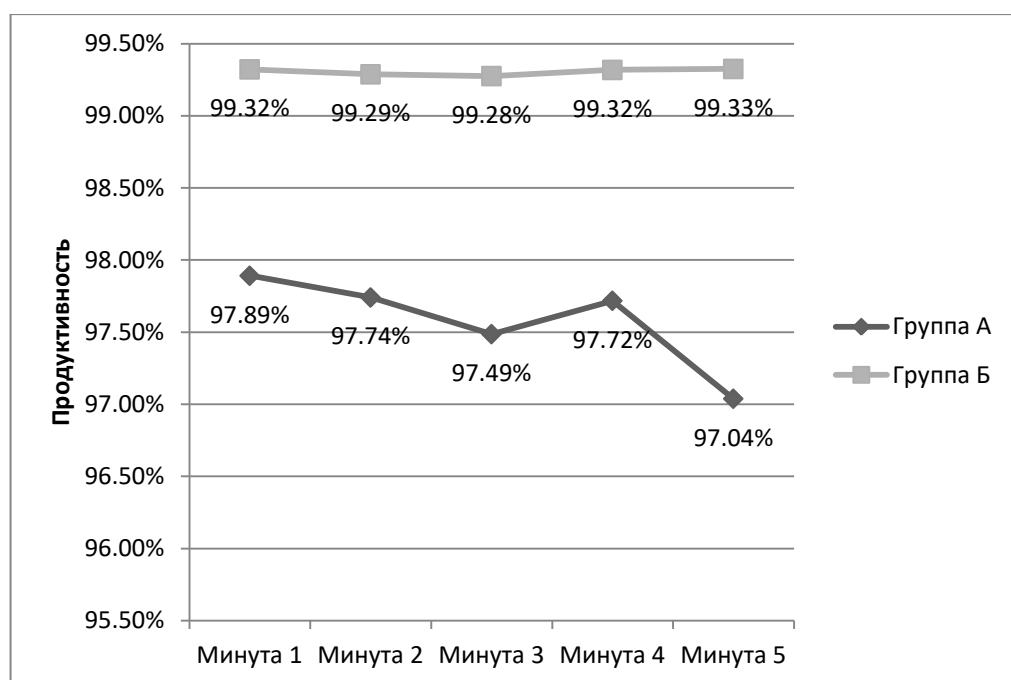


Рисунок 2. График устойчивости внимания при выполнении методики «Корректурная проба» (по оси абсцисс – время, по оси ординат – продуктивность).

Совмещение признаков. Отсутствие существенных различий временных показателей выполнения второго и третьего этапов (не требующих распределения внимания между двумя видами неавтоматизированной деятельности) у обеих групп детей может говорить о том, что вторая группа чуть более сосредоточена, а первая группа немного сильнее торопится, однако не испытывает значительных трудностей по сравнению со второй.

Таблица 1.

Результаты выполнения методики «Совмещение признаков»

Группа	Временные показатели (в сек)					Ошибки			
	В ₁	В ₂	В ₃	В ₄	Д	В ₁	В ₂	В ₃	В ₄
Группа А	54,6	82,36	97,52	225,08	45,2	0	2	4	3
Группа Б	45,4	75,8	94,04	183,16	13,32	0	1	1	3

Об этом также свидетельствует анализ кривой распределения ошибок, соответствующей «ригидно-возбудимому типу».

Когда дело касается распределения внимания на четвертом этапе выполнения методики (собственно «совмещение признаков»), скорость выполнения группы детей с СДВГ значительно ухудшается по сравнению с контрольной группой. Различия статистически значимы на уровне $p \leq 0.01$. Соответственно, основной показатель распределения внимания, которым является увеличение времени выполнения четвертого этапа по сравнению с двумя предыдущими, также имеет статистически значимые различия у обеих групп на уровне $p \leq 0.01$, что говорит о значительных трудностях распределения внимания у детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой.

Таблицы Шульте. Среднее время выполнения всех таблиц Шульте, являющееся основным показателем динамического объема внимания, у детей группы А статистически значимо больше, чем у детей группы Б (рис. 3). Различия статистически значимы на уровне $p \leq 0.01$. Это говорит о меньшем развитии такой характеристики внимания, как объем внимания у детей с СДВГ по сравнению с детьми контрольной группы.

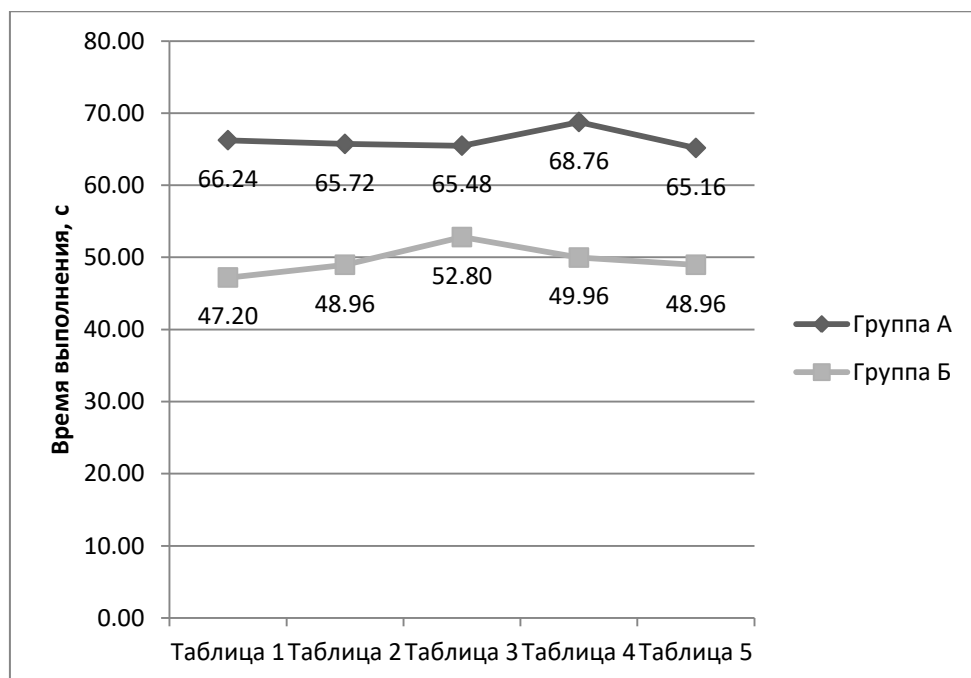


Рисунок 3. График устойчивости объема внимания по методике «Таблицы Шульте» (по оси абсцисс – номера таблиц в порядке предъявления, по оси ординат – время поиска в секундах).

Методика Пьерона-Рузера

Таблица 2. –

Результаты выполнения теста Пьерона-Рузера

Группа	Среднее количество просмотренных знаков	Среднее количество ошибок	S
Группа А	63,3	1,17	0,236376812
Группа Б	73,04	0,56	0,291266667

В соответствии с табл. 2 показатели переключаемости внимания между группами А и Б достоверно различаются в пользу контрольной группы. Статистическая значимость находится на уровне $p \leq 0,01$. Это говорит о трудностях для детей с СДВГ изменить направленность своего внимания с одних объектов на другие, а следовательно, дефиците переключаемости внимания.

На основании полученных результатов можно сформулировать следующие **выводы** по исследованию показателей внимания у детей с СДВГ.

1. У детей 9-11 лет, страдающих СДВГ, выявлено отставание в степени концентрации, устойчивости, распределении, объеме и переключаемости внимания по сравнению со сверстниками без диагноза.

2. У детей с СДВГ утомление в результате выполнения нескольких чередующихся заданий, отражающих разные свойства внимания, наступает быстрее, чем у здоровых детей, и проявляется в более сильном снижении устойчивости и концентрации внимания к концу исследования.

3. Утомление по ходу выполнения заданий у детей с СДВГ влияет в первую очередь на концентрацию внимания, в то время как здоровые дети в результате утомления замедляют деятельность, изменяя стратегию выполнения, но сохраняя при этом концентрацию на том же уровне.

Исходя из полученных данных, рекомендуется во время коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими СДВГ, использовать методики, направленные на развитие всех основных свойств внимания, уделяя достаточное количество времени каждому из них. Т. е. в дополнение к классическим упражнениям на концентрацию внимания, насыщенным дистракторами, использовать одновременную работу с несколькими объектами и переключение между способами выполнения заданиями внутри упражнений. Помимо этого рекомендуется учитывать более низкий энергетический потенциал таких детей и проводить занятия в небольших временных промежутках, давая больше времени на восстановление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмассуд Х. Причины и особенности трудностей в учебной деятельности младших школьников: этнопсихологический аспект // Вестник НовГУ. 2014. № 79. С. 85-89.

2. Войтенко В.А., Харламенкова Р.А., Ермашева М.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста // Актуальные проблемы медицины. Мат-лы ежегодной итоговой науч.-практ. конф. Гродно, 2018.

3. Гребенникова В.М., Никитина Н.И., Падылин Н.Ю. Некоторые аспекты социально-педагогического сопровождения семейного воспитания дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) в условиях

специализированного Центра // ИСОМ. 2018. Т. 10. № 3-2. С. 83–94.

4. Депутат И.С., Джос Ю.С., Старцева Л.Ф. и др. Психэмоциональные особенности детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (краткий обзор) // Журнал медико-биологических исследований. 2013. № 3. С. 45-55.

5. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения // Вопросы практической педиатрии. 2012. Т. 7, № 1. С. 54–62.

6. Правило Е.С. Патопсихологическая диагностика гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей дошкольного возраста. Учеб. пособие. Челябинск: Изд. центр ЮУрГУ, 2014. 70 с.

7. Романов А.М., Фесенко Ю.А. Особенности эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2010. Т. 5, № 3. С. 28–36.

REFERENCES

1. Almassud H. Prichiny i osobennosti trudnostej v uchebnoj dejatel'nosti mladshih shkol'nikov: jetnopsihologicheskij aspekt // Vestnik NovGU. 2014. № 79. S. 85-89.

2. Vojtenko V.A., Harlamenkova R.A., Ermasheva M.A. Sindrom deficita vnimanija i giperaktivnosti u detej doshkol'nogo vozrasta // Aktual'nye problemy mediciny. Mat-ly ezhegodnoj itogovoj nauch.-prakt. konf. Grodno, 2018.

3. Grebennikova V.M., Nikitina N.I., Padylin N.Ju. Nekotorye aspekty social'no-pedagogicheskogo soprovozhdenija semejnego vospitanija doshkol'nikov s sindromom deficita vnimanija i giperaktivnost'ju (SDVG) v uslovijah specializirovannogo Centra // ISOM. 2018. Т. 10. № 3-2. С. 83–94.

4. Deputat I.S., Dzhos Ju.S., Starceva L.F. i dr. Psihojemocional'nye osobennosti detej i podrostkov s sindromom deficita vnimanija i giperaktivnost'ju (kratkij obzor) // Zhurnal mediko-biologicheskikh issledovanij. 2013. № 3. С. 45-55.

5. Zavadenko N.N. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju: diagnostika, patogeneza, principy lechenija // Voprosy prakticheskoi pediatrii. 2012. Т. 7, № 1. С. 54–62.

6. Pravilo E.S. Patopsihologicheskaja diagnostika giperaktivnogo rasstrojstva s deficitom vnimanija u detej doshkol'nogo vozrasta. Ucheb. posobie. Cheljabinsk: Izd. centr JuUrGU, 2014. 70 s.

7. Romanov A.M., Fesenko Ju.A. Osobennosti jemocional'noj sfery detej mladshego shkol'nogo vozrasta, stradajushhих sindromom deficita vnimanija i giperaktivnosti // Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina. 2010. Т. 5, № 3. С. 28–36.

8. Attentiondeficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation / P. Shaw, K. Eckstrand, W. Sharp et al. // Proc Natl Acad Sci USA. – 2007. – V. 104, № 49. – P. 19649–19654.

9. Effects of nonspatial selective and divided visual attention on fMRI BOLD responses / R.Weerda, I. Vallines, J.P. Thomas // Experimental brain research. – 2006. – V. 173, № 4 – P. 555–563/

10. McAlonan, K. Guarding the gateway to cortex with attention in visual thal-

amus / K. McAlonan, J. Cavanaugh, R.H. Wurtz // *Nature*. – 2008. – V. 456, № 7220 – P. 391-194.

11. Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway / N.D. Volkow, G.J. Wang, J.H. Newcorn, et al. // *Mol Psychiatry*. – 2011. – V. 16, № 11. – P. 1147–1154.

12. Sarter, M. Cognitive functions of cortical acetylcholine: toward a unifying hypothesis / M. Sarter, J.P. Bruno // *Brain Res*. – 1997. – № 23. – P. 28–46.

13. Sarter, M. The cognitive neuroscience of sustained attention: where top-down meets bottom-up / M. Sarter, B. Grivens, J.P. Bruno // *Brain Research Reviews*. – 2001. – V. 35, № 2. – P. 146–160.

14. Slotnicka, S. D. Common neural substrates for the control and effects of visual attention and perceptual bistability / S. D. Slotnicka, S. Yantis // *Cognitive Brain Research*. – 2005. – V. 24, № 1. – P. 97 – 108

15. Tomasi, D. Functional connectivity of substantia nigra and ventral tegmental area: maturation during adolescence and effects of ADHD / D. Tomasi, N.D. Volkow // *Cereb Cortex*. – 2014. – V. 24, № 4. – P. 935–944.

16. Visual processing of multiple elements in the dyslexic brain: evidence for a superior parietal dysfunction / M.A. Lobier, C. Peyrin; C. Pichat, et al. // *Front Hum Neurosci*. – 2014. – № 8. – P. 479–494.

A.A. Belousov, T.G. Goryacheva

FEATURES OF VOLUNTARY ATTENTION

OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH ADHD

Center of psychodiagnostics and psychocorrection, Medsi, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow State University of Psychology and Education.

Summary. The article refers the issue of insufficiency of diagnostic criteria of ICD-10 for designing psycho-correctional programs for the children with ADHD. The necessity of considering attention as a multicomponent mental state is mentioned. That allows designing strategies of working with attention as the whole, not with its certain characteristics. Five main unambiguously understood characteristics of voluntary visual attention have been identified and the analysis of their level of development in children with ADHD comparing with normally developing children has been carried out. The obtained data show the retardation in level of concentration, volume, stability, sharing and shift of attention in children with ADHD, as well as the difference in strategies of compensation when fulfilling the tasks, comparing with normally developing children.

Keywords: hyperactivity, attention disorders, voluntary attention, learning difficulties, movement disorders, neuropsychology, behavioral disorders, social disadaptation

А.В. Сантимов, В.Г. Часнык, С.В. Гречаный

**СЕМЕЙНЫЙ АСПЕКТ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ
АРТРИТОМ**

**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» (Санкт-Петербург).**

Резюме. С целью изучения влияния семейного аспекта на выраженность хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) было обследовано 216 пациентов с диагнозом ЮИА. Всем пациентам проводилось традиционное ревматологическое обследование, с оценкой активности заболевания, психометрическая оценка болевого синдрома, анализ семейного воспитания и исследование уровня семейной сплоченности и адаптивности. Сравнение групп пациентов с хроническим болевым синдромом и без него показало статистически достоверные различия, как в семейном воспитании, так и в уровне семейной сплоченности и адаптивности, что подтверждает необходимость применения индивидуальной и семейной психотерапии в комплексном лечении ЮИА.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, ювенильный идиопатический артрит, психосоматические расстройства, семейное воспитание, семейная сплоченность и адаптивность.

Введение. Исследования различных хронических болевых синдромов у детей все чаще признают существенное влияние семейного аспекта на выраженность боли, физическое, психическое и социальное благополучие ребенка [5, 15, 24]. Данные нескольких исследований показывают, что семьи детей с хроническими болевыми синдромами функционируют менее эффективно, чем другие семьи, и что сами родители могут служить «моделями боли» для их детей [7, 19, 24]. Ювенильные артриты – гетерогенная группа артритов неустановленной этиологии, продолжительностью более 6 недель, развившихся у детей в возрасте до 16 лет [16]. ЮИА – наиболее распространенное хроническое ревматическое заболевание детского возраста. [1, 23]. Хроническая боль – один из самых частых и наиболее беспокоящих пациентов симптом ЮИА. По данным различных исследований, от 40% до 86% пациентов с диагнозом ЮИА, предъявляют жалобы на боли в суставах во время визитов к ревматологу [8, 10, 21]. Хроническим болевым синдромом (ХБС) в педиатрии называют длительно существующую боль, сохраняющуюся более 3 месяцев, или рецидивирующие боли, которые возникают как минимум трижды в течение 3 месяцев [25]. Связать ХБС при ЮИА исключительно с активностью артрита не представляется возможным [3, 12]. На выраженность боли у детей с ЮИА влияет широкий спектр психосоциальных характеристик, включая эмоциональные расстройства, ежедневный стресс, изменения настроения и применяемые детьми копинг-стратегии [20, 22]. Родители и особенности семейного окружения также оказывают существенное влияние на выраженность боли у детей с ЮИА. Эти особенности включают природу семейных взаимоотношений (например, семейную гармонию или конфликты), родительские психологические расстройства, отношение родителей к боли ребенка и се-

мейный анамнез боли [15, 17]. Протективные родительские реакции могут приводить к снижению физической и социальной активности у ребенка, так же как и к менее позитивному настроению. Тогда как отвлекающие родительские реакции, напротив, могут быть ассоциированы с улучшением физической и социальной активности у ребенка [6]. Knafl K, et al. в 2015 г. выполнили метаанализ исследований с 2000 по 2014 гг., изучающих взаимосвязи особенностей семейной системы с психологическим, поведенческим и физическим благополучием ребенка с ЮИА. Была доказана взаимосвязь между наличием тревожно-депрессивных расстройств у родителей и психологическим благополучием детей с ЮИА, было показано, что конфликтные семейные взаимоотношения отрицательно влияют на психологическое состояние ребенка с ЮИА [9]. Несмотря на общее понимание психосоматической природы ревматических заболеваний, представления о роли психических и семейных факторов в происхождении алгических проявлений ЮИА являются неполными и недостаточно учитываются при лечении этих расстройств. [3, 11, 13]. На сегодняшний день всесторонне изучены психосоматические аспекты при ревматоидном артрите и других ревматических заболеваниях взрослых, тогда как психоэмоциональным особенностям детей с ЮИА посвящены лишь единичные работы, а исследований, изучающих семейные аспекты ХБС у детей с ЮИА, в доступных русскоязычных источниках нам не встретилось.

Цель исследования – изучение влияния семейного воспитания и уровня семейной сплоченности и адаптивности у пациентов с ЮИА на наличие или отсутствие ХБС.

Материал исследования. В исследование включались пациенты, находящиеся на стационарном обследовании в педиатрическом отделении № 3 Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

Критерии включения: установленный диагноз ЮИА, возраст от 2 лет до 17 лет 11 месяцев, согласие самих пациентов и их родителей.

Критерии исключения: исключение диагноза ЮИА, возраст младше 2 лет, отказ пациентов или их родителей от участия в исследовании.

В исследование было включено 216 пациентов в возрасте от 2 лет 1 месяца до 17 лет 10 месяцев. Среди обследованных было 150 девочек и 66 мальчиков, что соответствует литературным данным о гендерных особенностях в распространенности ЮИА [1, 16]. 74 пациента проходили стационарное обследование и лечение в связи с обострением ЮИА, то есть находились в активной фазе заболевания, причем ХБС наблюдался только у 29 из них. У 142 пациентов признаков активности заболевания на момент включения в исследование выявлено не было. Из них 60 пациентов проходили плановое обследование, находясь в ремиссии заболевания, как медикаментозной, так и безмедикаментозной, в том числе у них не отмечалось ХБС. Остальные 82 пациента с ранее установленным диагнозом ЮИА госпитализировались с подозрением на обострение ЮИА в связи с жалобами на артралгии, однако обострение ЮИА у них исключалось, а боли в суставах объяснялись сопутствующим невоспалительным ХБС, так как в ходе обследования у данных пациентов была зарегистрирована неактивная фаза ЮИА. Неактивная фаза болезни устанавливалась в случае отсутствия активного синовита, увеита, при нормальных показателях скорости оседания эритроцитов

(СОЭ) и сывороточной концентрации С-реактивного белка (СРБ), а также при отсутствии проявлений болезни согласно общей оценке врача по «Визуальной аналоговой шкале» (ВАШ).

Методы исследования.

1. Проводилось ревматологическое обследование с оценкой врачом активности заболевания, включающей в себя подсчет числа суставов с активным артритом, числа суставов с нарушением функции (ограничением движений), оценку лабораторных показателей СОЭ, СРБ.

2. Пациенты и их родители заполняли ВАШ оценки пациентом (родителем) общего состояния здоровья ребенка и отдельно болевого синдрома.

3. Для оценки интенсивности болевого синдрома, степени и уровня социальной дизадаптации, класса хронической боли использовался опросник Ван Корффа.

4. Проводилась оценка индекса слов-дескрипторов и суммарного болевого ранга, сенсорных и аффективных компонентов боли с помощью болевого опросника Мак-Гилла.

5. Исследование уровня семейной сплоченности и адаптивности проводилось с помощью методики FACES-III, основанной на круговой модели Д. Олсона [14]. Согласно методике FACES-III самооценочный опросник дает представление о том, какой члены семьи воспринимают свою семью в настоящий момент (реальная оценка) и какой они хотели бы ее видеть (идеальная оценка). Количественная выраженность расхождения между реальной и идеальной семьями определяет степень удовлетворенности существующей семейной ситуацией. Чем больше это расхождение, тем выше неудовлетворенность существующим положением дел. Если различие имеет знак «+», то имеется стремление к большей сплоченности или гибкости; если различие со знаком «-», то отмечается тенденция к большей разобщенности и структурированности.

6. Исследование типов воспитания проводилось с помощью методики «Анализ семейного воспитания» (АСВ), предложенной Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким [4].

7. Для статистической обработки результатов использовались методы непараметрической статистики (критерий U Манна-Уитни). Результаты оценивались как статистически значимые при уровне вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов, включенных в исследование было 74 пациента с ЮИА в активной фазе заболевания, тогда как большую часть составили пациенты с ЮИА в неактивной фазе болезни (с артритом в анамнезе, но без объективных признаков активности заболевания на момент исследования) – 142 пациента. Среди всех обследованных было 111 пациентов с ХБС, 105 – без ХБС. Опросник FACES-III заполняли родители всех 216 пациентов, включенных в исследование. Кроме того, 145 пациентов школьного возраста заполнили опросник FACES-III самостоятельно. В табл. 1 представлены результаты исследования уровня сплоченности на основании оценки семьи пациентами-школьниками (145 человек). Из таблицы видно, что из 79 пациентов с разделенным типом семейных взаимоотношений достоверно преобладали пациенты с ХБС (52 чел., 56,5%, $\chi^2=7,911$, $p=0,005$).

Таблица 1.

Уровень сплоченности на основании оценки семьи пациентами-школьниками

Уровни сплоченности по методике FACES III	Всего (n=145)	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
		Нет (n=53)	Есть (n=92)	
Разобщенный	36 чел.	13 чел.	23 чел.	$\chi^2=2,778$ p=0,096
	100,0%	36,1%	63,9%	
	24,8%	24,5%	25,0%	
Разделенный	79 чел.	27 чел.	52 чел.	$\chi^2=7,911$ p=0,005*
	100,0%	34,2%	65,8%	
	54,5%	50,9%	56,5%	
Связанный	29 чел.	12 чел.	17 чел.	$\chi^2=0,862$ p=0,352
	100,0%	41,4%	58,6%	
	20,0%	22,6%	18,5%	
Сцепленный	1 чел.	1 чел.	-	Статистические параметры не определены
	100,0%	100,0%	0,0%	
	0,7%	1,9%	-	
Всего	145 чел.	53 чел.	92 чел.	$\chi^2=0,167$ p=0,683
	100,0%	36,6%	63,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Результаты исследования уровня семейной сплоченности на основании оценки семьи родителями (216 человек) представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Уровень семейной сплоченности на основании оценки семьи родителями

Уровни сплоченности по методике FACES III	Всего (n=216)	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
		Нет (n=105)	Есть (n=111)	
Разобщенный	22 чел.	8 чел.	14 чел.	$\chi^2=1,636$ p=0,201
	100,0%	36,4%	63,6%	
	10,2%	7,6%	12,6%	
Разделенный	120 чел.	55 чел.	65 чел.	$\chi^2=0,833$ p=0,361
	100,0%	45,8%	54,2%	
	55,6%	52,4%	58,6%	
Связанный	71 чел.	42 чел.	29 чел.	$\chi^2=2,380$ p=0,123
	100,0%	59,2%	40,8%	
	32,9%	40,0%	26,1%	
Сцепленный	3 чел.	-	3 чел.	Статистические параметры не определены
	100,0%	0,0%	100,0%	
	1,4%	0,0%	2,7%	
Всего	216 чел.	105 чел.	111 чел.	$\chi^2=0,167$ p=0,683
	100,0%	48,6%	51,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Таким образом, согласно родительской оценке количество пациентов с различным уровнем семейной сплоченности при ХБС и без него достоверно не различались.

В табл. 3 представлены результаты исследования уровня семейной адаптации на основании оценки пациентами-школьниками (145 человек).

Таблица 3.

Уровень семейной адаптации на основании оценки пациентами-школьниками

Уровни адаптивности по методике FACES-III	Всего (n=145)	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
		Нет (n=53)	Есть (n=92)	
Ригидный	4 чел.	2	2	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	100,0%	50,0%	50,0%	
	2,8%	3,8%	2,2%	
Структурный	28 чел.	13	15	$\chi^2=0,143$ p=0,705
	100,0%	46,4%	53,6%	
	19,3%	24,5%	16,3%	
Гибкий	45 чел.	8	37	$\chi^2=18,689$ p=0,0001*
	100,0%	17,8%	82,2%	
	31,0%	15,1%	40,2%	
Хаотичный	68 чел.	30	38	$\chi^2=0,941$ p=0,332
	100,0%	44,1%	55,9%	
	46,9%	56,6%	41,3%	
Всего	145 чел.	53 чел.	92 чел.	$\chi^2=0,167$ p=0,683
	100,0%	36,6%	63,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Из таблицы видно, что среди пациентов с гибким типом семейной адаптации достоверно чаще встречались пациенты с ХБС ($\chi^2=18,689$, p=0,0001).

Результаты исследования уровня семейной адаптации на основании оценки семьи родителями (216 человек) представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Уровень семейной адаптации на основании оценки семьи родителями

Уровни сплоченности по методике FACES-III	Всего (n=216)	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
		Нет (n=105)	Есть (n=111)	
Ригидный	2 чел.	2	0	Статистические параметры не определены
	100,0%	100,0%	0,0%	
	0,9%	1,9%	0,0%	
Структурный	18 чел.	9	9	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	100,0%	50,0%	50,0%	
	8,3%	8,6%	8,1%	
Гибкий	62 чел.	27	35	$\chi^2=1,032$ p=0,310
	100,0%	43,5%	56,5%	
	28,7%	25,7%	31,5%	
Хаотичный	134 чел.	67	67	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	100,0%	50,0%	50,0%	
	62,0%	63,8%	60,4%	
Всего	216 чел.	105 чел.	111 чел.	$\chi^2=0,167$ p=0,683
	100,0%	48,6%	51,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Из представленной таблицы видно, что согласно родительской оценке количество пациентов с различным уровнем семейной сплоченности при ХБС и без него достоверно не различались.

Согласно методике FACES-III, в зависимости от сочетания 4-х типов сплоченности и 4-х типов адаптивности ($4 \times 4 = 16$ разных сочетаний), каждый из которых относится либо к умеренному (сбалансированному), либо к крайнему (экстремальному) типам, можно говорить о 4-х функциональных, 8-ми полуфункциональных и 4-х дисфункциональных уровнях семьи.

В табл. 5 представлена распространенность разных видов функционирования семьи на основании оценки семьи родителями (216 человек).

Таблица 5.

Распространенность разных видов функционирования семьи на основании оценки семьи родителями

Уровни сплоченности по методике FACES-III	Всего (n=216)	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
		Нет (n=105)	Есть (n=111)	
Функциональная	65	30	35	$\chi^2=0,385$ p=0,535
	100,0%	46,2%	53,8%	
	30,1%	28,6%	31,5%	
Полуфункциональная	146	73	73	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	100,0%	50,0%	50,0%	
	67,6%	69,5%	65,8%	
Дисфункциональная	5	2	3	$\chi^2=0,200$ p=0,655
	100,0%	40,0%	60,0%	
	2,3%	1,9%	2,7%	
Всего	216	105	111	$\chi^2=0,167$ p=0,683
	100,0%	48,6%	51,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Из таблицы видно, что по данным родительской оценки достоверных различий в уровне функционирования семьи между детьми с ХБС и без него не выявлено.

В табл. 6 представлена распространенность разных видов функционирования семьи на основании оценки семьи пациентами-школьниками (145 человек). Таким образом, согласно оценке семьи пациентами среди семей с нормальным функционированием оказалось достоверно больше тех, где есть ребенок с ХБС ($\chi^2=11,077$, p=0,001), что согласуется с ранее полученными данными на примере выборки из 56 детей с ЮИА в исследовании Ross CK, et al. [18], показавшими, что семейная гармония связана с более высоким уровнем боли у ребенка. Роль семенной гармонии оказалась для авторов неожиданной и противоречила первоначальной гипотезе исследования. Авторы предположили, что высокая семенная гармония приводит к повышенному реагированию на болевое поведение ребенка, служит укреплению болевого поведения и более частым жалобам на боли у детей.

Таблица 6.

Распространенность разных видов функционирования семьи на основании оценки семьи пациентами-школьниками

Уровни сплоченности по методике FACES-III	Всего (n=145)	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
		Нет (n=53)	Есть (n=92)	
Функциональная	52	14	38	$\chi^2=11,077$ p=0,001*
	100,0%	26,9%	73,1%	
	35,9%	26,4%	41,3%	
Полуфункциональная	88	37	51	$\chi^2=2,227$ p=0,136
	100,0%	42,0%	58,0%	
	60,7%	69,8%	55,4%	
Дисфункциональная	5	2	3	$\chi^2=0,200$ p=0,655
	100,0%	40,0%	60,0%	
	3,4%	3,8%	3,3%	
Всего	145	53	92	$\chi^2=0,167$ p=0,683
	100,0%	36,6%	63,4%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

В табл/ 7 приведены средние показатели шкал семейной сплоченности и семейной адаптивности (реальной и идеальной) согласно их оценке пациентами и их родителями.

Таким образом, при статистическом равенстве средних значений (медиан) семейной сплоченности и адаптации (реальной и идеальной), оцениваемой пациентами, в 2-х группах (с ХБС и без него), достоверно выше оказалась характеристика «Идеальной семейной сплоченности» семей без ХБС (соответственно больше и разница). То есть дети с ХБС не стремились к большему семейному сплочению по сравнению с детьми без ХБС.

Родители детей с ХБС воспринимали свою семью как менее сплоченную по сравнению с семьями детей без ХБС. В этой же группе достоверно выше по сравнению с семьями без ХБС разница между реальной и идеальной сплоченностью, т. е. выше по сравнению с относительно здоровыми семьями уровень семейной неудовлетворенностью и запрос на большее семейное сплочение.

Родители всех 216 пациентов заполняли опросник АСВ, позволяющий выявить данные о наличии или отсутствии основных воспитательных характеристик. Согласно указанной методике наличие или отсутствие той или иной воспитательной характеристики у конкретного пациента устанавливалось исходя из суммы баллов, которая должна превышать установленный диагностический порог. Таким образом, можно говорить о наличии в семье этого пациента определенного воспитательного «крена», или «перекоса в воспитании» в ту или иную сторону.

Таблица 7.

Средние показатели шкал семейной сплоченности и семейной адаптивности (реальной и идеальной) согласно их оценке пациентами и их родителями

	Хронический болевой синдром, медиана, квартили Me [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни
	Нет (n=52) Всего – 53	Есть (n=92) Пропущено – 19 Всего – 111	
Семейная сплоченность реальная (оценка детьми)	35,00 [31,50; 37,00]	34,50 [31,25; 37,00]	p=0,559
Семейная адаптация реальная (оценка детьми)	30,00 [24,00; 34,00]	28,00 [25,00; 31,00]	p=0,311
Семейная сплоченность идеальная (оценка детьми)	38,00 [36,00; 40,50]	37,00 [33,00; 40,00]	p=0,019*
Различие реальной и идеальной семейной сплоченности (оценка детьми)	2,00 [1,00; 7,00]	2,00 [0,00; 5,00]	p=0,085*
Семейная адаптация идеальная (оценка детьми)	33,00 [29,50; 37,50]	32,00 [28,00; 35,00]	p=0,116
Различие реальной и идеальной семейной адаптации (оценка детьми)	3,00 [0,00; 7,00]	3,00 [0,00; 6,75]	p=0,598
Семейная сплоченность реальная (оценка родителями)	37,00 [35,00; 39,00]	36,00 [34,00; 38,00]	p=0,095*
Семейная адаптация реальная (оценка родителями)	31,00 [28,00; 34,00]	30,00 [27,00; 33,00]	p=0,365
Семейная сплоченность идеальная (оценка родителями)	38,00 [36,50; 40,00]	38,00 [37,00; 40,00]	p=0,562
Различие реальной и идеальной семейной сплоченности (оценка родителями)	1,00 [0,00; 3,00]	2,00 [0,00; 5,00]	p=0,032*
Семейная адаптация идеальная (оценка родителями)	28,00 [32,00; 36,00]	32,00 [29,00; 36,00]	p=0,694
Различие реальной и идеальной семейной адаптации (оценка родителями)	1,00 [-1,00; 4,00]	1,00 [0,00; 5,00]	p=0,409
Различие оценки семейной сплоченности детьми и родителями	- 2,00 [- 5,50; 1,00]	- 0,50 [- 6,00; 2,00]	p=0,349
Различие оценки семейной адаптации детьми и родителями	- 1,00 [- 5,00; 2,00]	- 2,00 [- 5,00; 2,00]	p=0,702

Результаты показали, что в семье пациентов с хроническим болевым синдромом такие отклонения встречались чаще. Из 20 выявляемых по тесту характеристик 16 были представлены чаще у пациентов с ХБС. При этом у детей с ХБС статистически достоверно чаще встречались такие типы воспитания, как гиперпротекция ($\chi^2=6,422$, $p=0,011$), потворство ($\chi^2=4,122$, $p=0,042$), недостаточность требований-обязанностей ($\chi^2=4,568$, $p=0,033$), воспитательная неуверенность родителей ($\chi^2=4,741$, $p=0,029$) и боязнь утраты ребенка ($\chi^2=12,448$, $p=0,0001$).

Производился также количественный расчет негармоничных (патологизирующих) типов семейного воспитания. Согласно методике АСВ, выделяются 6 их типов: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение, жестокое обращение, гипопротекция. В нашем исследовании были выявлены 3 типа патологизирующего воспитания: потворствующая гиперпротекция (16 человек), доминирующая гиперпротекция (4 человека) и сочетание потворствующая+доминирующая гиперпротекция (2 человека). Среди пациентов с потворствующей гиперпротекцией достоверно преобладали пациенты с ХБС ($\chi^2=9,000$, $p=0,003$).

Выводы.

1. Среди семей с нормальным функционированием достоверно больше тех, где есть ребенок с ХБС.

2. Среди пациентов с разделенным типом семейной сплоченности и пациентов с гибким типом семейной адаптации достоверно чаще встречаются пациенты с ХБС.

3. Родители детей с ХБС воспринимают свою семью как менее сплоченную по сравнению с семьями детей без ХБС, тогда как сами дети с ХБС не стремятся к большему семейному сплочению по сравнению с детьми без ХБС.

4. У пациентов с ХБС достоверно чаще встречаются такие типы родительской воспитательной позиции, как гиперпротекция, потворство, недостаточность требований к детям по выполнению ими своих обязанностей, воспитательная неуверенность родителей и боязнь утраты ребенка и достоверно преобладает такая суммарная характеристика воспитательной родительской позиции, как потворствующая гиперпротекция, что определяет уровень патологизирующего воспитания.

5. В комплексном лечении ЮИА необходимо применение индивидуальной и семейной психотерапии, а также проведение психообразовательных программ с пациентами и их родителями, в том числе с целью лечения и профилактики формирования ХБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Алексеева Е.И., Бзарова Т.М. и др. Протокол ведения пациентов с ювенильным артритом // Вопросы современной педиатрии. 2013. 12. С. 37–56.

2. Сантимов А.В., Трещевская А.А., Гречаный С.В. Психотерапевтический подход к лечению пациентов с хроническим болевым синдромом в практике детского ревматолога // Педиатр. 2017. Т.8. № S1. С. М.285-М286.

3. Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В. Психометрическая оценка хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите //

Педиатр. 2019. Т. 10. № 3. С. 25–30.

4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е. СПб: Речь, 2006, 352 с.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Alekseeva E.I., Bzarova T.M. i dr. Protokol vedenija pacientov s juvenil'nym artritom // Voprosy sovremennoj pediatrii. 2013. 12. S. 37–56.

2. Santimov A.V., Treshhevskaja A.A., Grechanyj S.V. Psihoterapevticheskij podhod k lecheniju pacientov s hronicheskim bolevym sindromom v praktike detskogo revmatologa // Pediatr. 2017. T.8. № S1. S. M.285-M286.

3. Santimov A.V., Chasnyk V.G., Grechanyj S.V. Psihometricheskaja ocenka hronicheskogo bolevogo sindroma pri juvenil'nom idiopaticeskom artrite // Pediatr. 2019. Т. 10. № 3. С. 25–30.

4. Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. Semejnyj diagnoz i semejnaja psihoterapija. Uchebnoe posobie dlja vrachej i psihologov. Izd. 2-e. Spb: Rech', 2006, 352 с.

5. Claar R, Simons L, Logan D. Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. Pain. 2008;138:172–179.

6. Connolly, T. (2005). Family functioning and hope in children with juvenile rheumatoid arthritis. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30,245-250. doi:10.1097/00005721-200507000-00008

7. Conte PM, Walco GA, Kimura Y. Temperament and stress response in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2003;48(10):2923–30

8. Hagglund KJ, Schopp LM, Alberts KR, et al. Predicting pain among children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1995;8:36–42.

9. Knafl K, Leeman J, Havill NL, Crandell JL, Sandelowski M. The Contribution of Parent and Family Variables to the Well-Being of Youth With Arthritis. *J Fam Nurs*. 2015 Nov;21(4):579–616. doi: 10.1177/1074840715601475. Epub 2015 Aug 29.

10. Lovell DJ, Walco GA. Pain associated with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatr Clin North Am*. 1989;36(4):1015–27.

11. Margetic B, Aukst-Margetic B, Bilic E, et al. Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *Eur Psychiatry* 2005;20:274–6.

12. Malleson PN, Oen K, Cabral DA, et al. Predictors of pain in children with established juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004;51(2):222–7.

13. Memari AH, Chamanara E, Ziaee V, Kordi R, Raeeskarami SR. Behavioral Problems in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Controlled Study to Examine the Risk of Psychopathology in a Chronic Pediatric Disorder. *Int J Chronic Dis*. 2016;2016:5726236. doi: 10.1155/2016/5726236. Epub 2016 Aug 30.

14. Olson, D., Portner, J., & Lavée, Y. FACES III: Family adaptability and cohesion and adaptability scales. In D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.), *Family inventories* (rev. ed.). 1985, pp. 1–40.

15. Peterson CC, Palermo TM. Parental reinforcement of recurrent pain: the moderating impact of child depression and anxiety on functional disability. *J Pediatr*

Psychol 2004;29: 331–41.

16. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet. 2007 Mar 3;369(9563):767–78.

17. Reid GJ, McGrath PJ, Lang BA. Parent-child interactions among children with juvenile fibromyalgia, arthritis, and healthy controls. Pain 2005;113:201–10.

18. Ross CK, Lavigne JV, Hayford JR, et al. Psychological factors affecting reported pain in juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr Psychol 1993;18:561–73.

19. Schanberg LE, Keefe FJ, Lefebvre JC, et al. Social context of pain in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: parental pain history and family environment. Clin J Pain 1998;14:107–15.

20. Schanberg LE, Anthony KK, Gil KM, Lefebvre JC, Kredich DW, Macharoni LM. Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. Pediatrics 2001;108:E47.

21. Sherry DD, Bohnsack J, Salmonson K, et al. Painless juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr 1990;116:921–3.

22. Stinson JN, Luca NJ, Jibb LA. Assessment and management of pain in juvenile idiopathic arthritis. Pain Res Manag 2012;17:391–6.

23. Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. Joint Bone Spine 2014;81(2):112–17.

24. Walker LS, Zeman JL. Parental responses to child illness behavior. J Pediatr Psychol 1992;17:49–71.

25. Weiss JE, Luca NJ, Boneparth A, Stinson J. Assessment and management of pain in juvenile idiopathic arthritis. Paediatr Drugs. 2014 Dec;16(6):473–81.

A.V. Santimov, V.G. Chasnyk, S.V. Grechanyi

FAMILY ASPECT OF CHRONIC PAIN SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

St.-Petersburg State Pediatric Medical University Ministry of Health of the Russian Federation (St.-Petersburg).

Summary. In order to study the influence of the family aspect on the severity of chronic pain syndrome in juvenile idiopathic arthritis (JIA), 216 patients with a diagnosis of JIA were examined. All patients underwent traditional rheumatology examination, with assessment of disease activity, psychometric assessment of pain syndrome, analysis of family education and study of the level of family cohesion and adaptability. Comparison of groups of patients with chronic pain syndrome and without it showed statistically significant differences, both in family education and in the level of family cohesion and adaptability, which confirms the need for the use of individual and family psychotherapy in the complex treatment of JIA.

Keywords: chronic pain syndrome, juvenile idiopathic arthritis, psychosomatic disorders, family education, family cohesion and adaptability.

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

**Е.В. Корень, Т.А. Куприянова, К.И. Пономарева, Е.А. Кузьмина
ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИЧНОСТИ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСТРУКТ ИЛИ КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ
(НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ)**

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

Резюме. В работе показана возрастающая актуальность распознавания и изучения «диссоциативного расстройства идентичности» на примере клинического случая из детской психиатрической практики.

Ключевые слова: диссоциативное расстройство идентичности, расстройство множественной личности, дети и подростки, психические расстройства.

Постмодернистская реальность привносит свои акценты в классические каноны детской психиатрии [1], к которым можно отнести все более широкое распространение в последние годы таких клинико-социальных феноменов, как стремление к самоповреждению, расстройства пищевого поведения, недовольство внешностью, пограничная личностная дезорганизация, проблемы гендерной идентичности и т. д. К ярким примерам подобного «дрейфа» психиатрии, с опорой на психоаналитически ориентированную концепцию нарушений так называемого «селфа» («self») [9, 10], можно отнести резко возросшее за последние несколько лет число обращений за помощью детей и подростков с различными психическими расстройствами, у которых, помимо основных клинических проявлений, выявляются жалобы на болезненно переживаемое присутствие внутри себя разного рода «сущностей». Данная констелляция клинических признаков в той или иной степени соответствует критериям «диссоциативного расстройства идентичности» (ДРИ) по DSM-5 [4] или диагностической рубрике F44.81 - «расстройство множественной личности» по МКБ – 10 [2]. Примечательно, что указанные симптомы могут сохраняться и после купирования психопатологических проявлений основного расстройства.

Считается, что первое описание случая «множественных личностей» было представлено Парацельсом еще в 1646 г. В XIX веке «раздвоение», или «двойное сознание» (исторический предшественник ДРИ) часто описывалось как состояние лунализма, и предполагалось, что пациенты в такие моменты «переключаются» между нормальным сознанием и «сомнамбулическим состоянием» [13]. В 1905 г. Morton Prince выпустил первую, потом многократно переиздававшуюся монографию по этой проблематике под названием «Диссоциация личности» [12].

Сам термин «диссоциативное расстройство идентичности» (ДРИ) впервые появился в DSM-4 как замена менее удачного - «расстройство множественной личности» [5], но уже в DSM-11 при описании диагностической подрубрики «истерический невроз – диссоциативный тип» указывается, что расстройство

включает симптомы «амнезии, сомнамбулизма, fugи и множественной личности» с возможным возникновением альтер-личностей в состоянии сознания или идентичности пациента [6].

Первоначально ДРИ считался относительно редко встречающимся в практике расстройством, но, начиная с 80-х годов, число диагностированных случаев резко возросло до показателя заболеваемости 0,01%. [3]. Согласно данным Международного общества по изучению травмы и диссоциации, текущая распространенность ДРИ составляет от 1 до 3% среди населения в целом и от 1 до 5% у стационарных больных в Европе и Северной Америке [11]. Однако до последнего времени доминировало мнение, что диагностика данного расстройства у детей чрезвычайно редка. После ряда исследований детского ДРИ, проведенных на рубеже 80-90-х годов, помимо непрекращающихся споров о содержательных характеристиках и диагностических критериях необходимым условием для постановки диагноза считается наличие психотравмы или жестокого обращения с ребенком в возрасте от 3 до 6 лет. [14].

В финальной версии в скором времени планирующейся к имплементации МКБ-11 в подразделе «диссоциативные расстройства» выделены: собственно ДРИ (код 6B84) и частичное ДРИ (код 6B85). Подтип частичного ДРИ представлен как нарушение идентичности, при котором существуют два или более различных состояний личности (диссоциативных идентичностей), наличие которых ассоциируется с выраженными нарушениями непрерывности в восприятии себя (sense of self) и чувства осознанности собственных действий (agency). Каждое состояние личности имеет свой собственный паттерн переживаний, восприятия, осмысления (conceiving) и отношения к себе, телу и окружающей среде. Одно состояние личности является доминирующим и, как правило, функционирует в повседневной жизни, но в него вторгаются одно или несколько недоминантных состояний личности (диссоциативные вторжения). Эти вторжения могут быть когнитивными, аффективными, перцептивными, моторными или поведенческими. Они воспринимаются как мешающие функционированию доминирующего состояния личности и обычно вызывают отвращение как аверсивный раздражитель. Недоминантные состояния личности не принимают на себя исполнительный контроль над сознанием и функционированием индивида, но могут наблюдаться случайные, ограниченные по времени эпизоды, в которых отдельное состояние личности берет на себя исполнительный контроль для участия в ограниченных моделях поведения, например, в ответ на экстремальные эмоциональные состояния или во время эпизодов самоповреждения или воспроизведения травмирующих воспоминаний. Другие психические, поведенческие расстройства или расстройства нервного развития не могут лучше объяснить эти симптомы; симптомы не связаны с прямым воздействием веществ или лекарств на ЦНС, включая синдромы отмены, и не связаны с заболеванием нервной системы или расстройством сна и бодрствования. Симптомы приводят к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной и других важных сферах деятельности [7].

Как показывает наш опыт консультирования данной категории больных, это расстройство практически не распознается детскими психиатрами в рутин-

ной практике, больные безуспешно лечатся большими дозами антипсихотиков и, актуализируя основы классического клинического подхода, требуют дифференциальной диагностики с бредом, галлюцинациями, психическими автоматизмами (вплоть до исключения синдрома Кандинского-Клерамбо), симптомами «двойника» в рамках деперсонализационных расстройств, а также отграничения от таких условно клинико-психопатологических феноменов, как «воображаемые друзья» и чрезмерная склонность к фантазированию. В настоящее время число таких больных в детском стационаре по нашей предварительной оценке может достигать до 10-15% от общего числа больных. Следует также отметить, что дети и подростки с подобными жалобами «в чистом виде», без коморбидной симптоматики, к нам за помощью обращаются крайне редко.

Вкупе с этим указанные проблемы часто сопровождаются усиливающим диагностические трудности наличием признаков так называемой пограничной личностной дезорганизации (также определяемой в современных классификационных системах через нарушения «селфа»), которая сама по себе имеет недостаточно четко очерченные клинические границы, и со всей очевидностью требуют особых подходов к курации, что указывает на все возрастающую актуальность проблемы распознавания данного симптомокомплекса и дальнейшего изучения такой группы больных.

В качестве примера приводим одно из наших клинических наблюдений:

Из анамнеза. Больная Б., 2003 г.р. (16,5 лет), студентка 1 курса кулинарного колледжа, госпитализирована в детскую клинику Московского НИИ психиатрии в январе 2020 г. с жалобами на сниженное настроение, тревогу, «голод», нарушения сна.

Наследственность психопатологически не отягощена. Семья полная, благополучная. Роды и раннее развитие происходили без особенностей. В детстве была достаточно активным, послушным, но живым ребенком, быстро адаптировалась и с удовольствием ходила в детский сад, стремилась к общению, но устойчивой дружбы с детьми не складывалось. Летом перед школой жила у бабушки в деревне, рядом сверстников не было, «не с кем было контактировать». Придумала себе «друга», который с ней разговаривал, играл. По возвращении домой он вскоре исчез. Рассказала об этом родителям, но те отреагировали на это достаточно негативно. После этого с родителями стала менее откровенной, но добрые отношения в семье сохранялись. В 7 лет пошла в школу, была подготовлена, адаптировалась быстро. Училась хорошо, с программой справлялась. Оставалась такой же активной, живой, но держалась несколько в стороне от ребят, имела лишь одну подругу. В 12-13 лет (6-7 класс) родители постепенно обратили внимание, что девочка изменилась, стала раздражительной, грубой, могла вспылить, поссориться или заплакать. Снизилась успеваемость, не хотела идти в школу. Ухудшилось настроение. В 8 классе участились истерики, во время которых кричала, что всех ненавидит. Начала наносить поверхностные порезы на бедра, говорила, что делает это «чтобы успокоиться». Случайно родители узнали, что девочка общается по интернету с людьми из организации «Синий кит», выполняет их задания, и резко, с помощью полиции, прекратили эти контакты. Однако настроение у девочки оста-

валась сниженным, практически ни с кем не общалась, в том числе, и с родителями. Оставалась раздражительной, грубой, часто плакала. Изредка продолжала наносить себе порезы на руки, бедра. Родители считали, что это особенности проявления «подросткового возраста» и не придавали этому большого значения даже тогда, когда девочка рассказала им про «два голоса», которые якобы слышит уже в течение 2-х лет, и они иногда заставляют ее что-то делать. Через несколько месяцев родные стали замечать некоторые странности и нелепости в ее поведении, говорить ей об этом, но сама девочка этого якобы не помнила. И только после этого она рассказала им о «второй личности». Однако до настоящего времени родители не уверены в правдивости ее слов, считая, что «она может это придумывать». Несмотря на плохое самочувствие, смогла закончить 9 классов с хорошими оценками и поступить в кулинарный колледж. После этого сама настояла на консультации у психиатра, легко согласилась на стационарное обследование.

Психический статус при поступлении. Послушно идет в кабинет, при этом на лице появляется легкая улыбка. В контакт вступает довольно быстро. Беседует охотно. Внешне ухожена, опрятна. Поза свободная, но однообразная. Глазной контакт хороший, внимательно смотрит на врача. Выражение лица и глаз грустное, иногда глаза краснеют, появляются слезы, но не плачет. Мимика однообразная, во время ответов часто и много жестикулирует. Вопросы слушает внимательно, отвечает в плане вопроса, подробно. Словарный запас достаточный. Голос тихий, мало модулированный. Жалуется на сниженное настроение, «голоса», нарушения сна - долго не может заснуть, сон поверхностный, бывают кошмары, иногда не сразу может понять, где сон, а где явь. Рассказывает, что настроение стало снижаться «уже давно», в 5-6 классе, в 8 классе появились апатия, нежелание учиться. Перестала общаться с одноклассниками, «стало неинтересно»; наличие буллинга отрицает. Стало труднее учиться, и снизилась успеваемость. «Осталась одна, не с кем было общаться». Контакта с родителями также не было - «только про учебу говорят, им на меня нет времени». Тогда в интернете нашла человека, который стал с ней переписываться, сначала просто на разные темы. Затем стал ей рекомендовать слушать определенную музыку, которая была «очень тяжелая». После прослушивания музыки нарастали раздражение, вспыльчивость, кричала и ссорилась с родителями, одноклассниками. Не сразу узнала, что это организация «Синий кит». Затем этот человек стал давать задания. Сначала они были интересные, появился азарт - «а что будет дальше». В одном из заданий надо было порезать себя, что и сделала на бедрах. В последствие делала это несколько раз, чтобы «снять напряжение». «Это стало какой-то зависимостью». Потом об этом узнали родители, и «все прекратилось», чему была сама рада. Примерно тогда же появились два «голоса», один мужской, более грубый, второй - похож на собственный голос, «но это не мой голос, чужой, и он какой-то не человеческий, а вообще я сейчас не уверена, что это были голоса». Чаще всего они комментировали ее действия, критиковали внешность, затем появились императивные послы - «порезь себя». «Я пыталась сопротивляться, но это только усиливало тревогу и портилось настроение». Роди-

телям подробности не рассказывала, «они мне не верят». Непродолжительное время спустя начала ощущать «как голос в голове превратился в другую личность», которая не похожа на нее, грубая, злая, холодная, по имени Андрей. При этом вдруг вспоминает, что что-то похожее было в детстве, когда придумывала себе друзей в деревне. Потом это прошло и вновь появилось сейчас. Эта личность – Андрей – находится внутри, пытается доминировать, подчинить, бывает недоволен, если девочка поступает по-своему, «тогда он кричит», но отличает это от галлюцинаций – «он всегда со мной, были оклики на улице редко – это другое». Иногда он «выходит», и тогда она ведет себя не как она, а как будто эта другая личность. Он занимает ее тело, мысли, совершает действия и говорит не она, а он, только ее голосом. Не всегда помнит, как что-либо сделала, считает, что это делала не она, а «другая личность». Приводит пример, когда друзья и родные стали замечать некоторые нелепости в ее поведении, например, кому-то звонила, писала, отправляла СМС, но сама девочка этого не помнила. Когда слышала от родителей или приятелей об этом, удивлялась и до сих пор не верит, что она могла так сказать или написать – «это на меня совсем не похоже, я другая». Огорчена, что родители не до конца верят, что ей бывает плохо, считают, что она «может придумывать», чтобы как-то объяснить свои нелепые поступки. С одной стороны, хотела бы избавиться от этой личности, но четкого желания и уверенности в этом нет, есть сомнения – «он меня раньше защищал». Суицидальных тенденций нет.



Рисунок больной.

Заключение психолога: на первый план выходят особенности мышления в виде его аффективности, нечеткости, использования латентных, малосодержательных признаков, своеобразия суждений. Также обращают на себя внимание особенности эмоционально-личностной сферы: тревожность, наличие депрессивных тенденций, наличие множественных страхов, низкая социальная активность, нестабильная самооценка, демонстративность. Продуктивность опосредованного запоминания снижена

В первые дни в отделении держалась одна, общалась мало. На терапии флувоксамином до 150 мг/с и галоперидолом (до 1 мг/с в каплях) примерно через неделю пребывания стал выравниваться фон настроения, заметно уменьшилась тревожность, прекратились жалобы на подавленность и тоску. Начала много и охотно общаться со сверстниками в отделении, любила быть в центре внимания. Охотно разговаривала с врачом, сама проявляла активность. В общении проявилась некоторая демонстративность: через несколько минут разговора начинала предъявлять все больше жалоб разного плана, объективно не выявляемых. Говорила об этом легко, без труда переключалась на другие темы. Поначалу с некоторым удивлением признавала, что «Андрей» ни разу «не выходил», хотя «он всегда со мной».

С родителями девочки (в основном с матерью) регулярно проводилась индивидуальная психосоциальная работа, направленная, в первую очередь, на повышение родительской компетентности, ответственности, понимание и принятие того, что девочка действительно испытывает страдания, не придумывая их с целью привлечения внимания, и нуждается в заботе и внимании. Лишь после нескольких бесед мать начала понимать те проблемы, которые есть у дочери, отец сохранял более ригидную позицию, но принимал необходимость лечения. Это совпало с тем, что девочка отметила улучшение отношений с родителями и полное исчезновение «Андрея» на третьей неделе пребывания в стационаре.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует коморбидное сочетание клинически выраженных проявлений депрессивного расстройства и ДРИ. На наличие симптомов ДРИ указывают авersiveный характер переживаний «посторонней личности», особенно усиливавшихся при попытках ее доминирования, со стремлением избавиться от нее, с активным обращением за помощью, а также нарушение чувства непрерывности «Я», сопровождающееся подтвержденными эпизодами амнезии. Отсутствие прямой корреляции с терапевтической редукцией депрессивной симптоматики не позволяет расценивать симптомы ДРИ как структурный компонент депрессии. При этом они приносят явный дискомфорт и субъективное страдание пациентке, включая переживание «непонимания» со стороны родителей.

Помимо любопытной трансформации описываемых больной «голосов» в другую личность, заставляющей усомниться в их изначальной принадлежности к обманам восприятия и напоминающей нам как специалистам в сфере психического здоровья детей о возрастных трудностях субъективной оценки переживаний даже в подростковом возрасте, одной из особенностей состояния, на наш взгляд, является формирование ДРИ-симптомокомплекса при отсутствии указаний на психотравму и жестокое обращение в раннем детстве, что позволяет гипотезировать не только наличие преципитирующего механизма повышения уязвимости к психотравмирующим воздействиям при депрессии, но и предположить ее непосредственное негативное влияние на базовые структуры самосознания и целостность «Я-концепции» по типу формирования так называемой «лоскутной идентичности» [8].

В любом случае можно говорить о развернутой картине проявлений ДРИ, позволяющих говорить о ней как о клинической реальности, требующей особого внимания специалистов и указывающей на необходимость разработки соответствующих специфических подходов к курации и индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ помощи таким пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Актуальные вопросы классификации в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 1. С.27-34.

2. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Мега-Про, 2010. 132 с.

REFERENCES

1. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Aktual'nye voprosy klassifikacii v detskoj psihiatrii v perspektive prinjatija MKB-11 // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 1. S.27-34.

2. Churkin A.A., Martjushov A.N. Prakticheskoe rukovodstvo po primeneniju MKB-10 v psihiatrii i narkologii. M.: Mega-Pro, 2010. 132 s.

3. Boon S., Draijer N. Diagnosing dissociative disorders in The Netherlands: a pilot study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders // The American Journal of Psychiatry. 1991. 148 (4). Pp. 458–462.

4. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5(TM). American Psychiatric Publishing; 5th Edition (October 4, 2013). 443 pp.

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV). American Psychiatric Association. 1995. Washington, DC: APA.

6. «Hysterical Neurosis» // Diagnostic and statistical manual of mental disorders second edition.. American Psychiatric Association. Washington, D.C. 1968. P. 40.

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

8. Keupp H., Ahbe T., Gmur W. Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek, Rowohlt, 2006. 240 S..

9. Kohut H. The restoration of the self. Chicago, IL: University of Chicago Press. 1977. 368 pp.

10. The Kohut H. Seminars on Self Psychology and Psychotherapy With Adolescents and Young Adults. Miriam Elson. 1987. 336 pp.

11. Paris J. Review-Essay: Dissociative Symptoms, Dissociative Disorders, and Cultural Psychiatry // Transcultural Psychiatry. 1996.33 (1). Pp. 55–68.

12. Prince M. The Dissociation of a Personality: A Biographical Study in Abnormal Psychology. Longmans, Green, and Company. 1905. 575 pp.

13. Rieber R.W. The duality of the brain and the multiplicity of minds: can you have it both ways // History of Psychiatry. 2002. 13 (49 Pt 1). Pp. 3–17.

14. Sadock B.J., Sadock V.A. «Dissociative disorders — Dissociative identity disorder» /Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. Pp. 299–300.

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova, K.I. Ponomareva, E.A. Kuzmina
DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER:

PSYCHOLOGICAL CONSTRUCT OR CLINICAL REALITY
(CLINICAL CASE FROM ROUTINE CHILD PSYCHIATRY PRACTICE)

Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky (Moscow).

Summary. This paper is focused on the increasing importance of recognition and studying of Dissociative Identity Disorder in the routine child psychiatric practice and submitted relevant clinical case.

Keywords: dissociative identity disorder, multiple personality disorder, children and adolescents, mental disorders

Е.С. Романова, Е.В. Свистунова, Е.В. Ананьева
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННО-
РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДОШКОЛЬНИКАМИ, ИМЕЮЩИМИ
РАЗЛИЧНЫЙ УРОВЕНЬ ПРИНЯТИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
Московский городской педагогический университет (Москва).

Резюме. В статье рассматриваются результаты разработки и апробации комплексной коррекционно–развивающей программы по работе с дошкольниками, имеющими различный уровень принятия и понимания индивидуальных особенностей развития детей с ОВЗ. В ее основу положен эко–поведенческий подход, который позволяет построить модели взаимодействия дошкольников с учетом всех видов деятельности между детьми с разным статусом здоровья. Представлена разработка критериальной основы для оценки уровня принятия дошкольниками сверстников с ОВЗ. Предложена трехкомпонентная структура моделирования ситуации взаимодействия детей со сверстниками с ОВЗ.

Ключевые слова: дошкольники, дети с ОВЗ, комплексный подход, моделирование ситуаций взаимодействия, уровень принятия детей с ОВЗ, организация коррекционно – развивающей работы.

В отечественных и зарубежных исследованиях большое внимание уделяется вопросам формирования установок у дошкольников на принятие сверстников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях инклюзивного образования. Гораздо меньше работ, которые изучают эти проблемы у детей, посещающих обычные дошкольные учреждения. В них отмечается, что дошкольники плохо ориентируются в особенностях детей с ОВЗ и не всегда понимают связанные с этим ограничения, стараются избегать активного взаимодействия.

В рамках оказания поддержки и обеспечения равных возможностей детей и удовлетворения их индивидуальных потребностей во всех аспектах учебной, игровой и трудовой деятельности наиболее эффективным зарекомендовал себя комплексный подход, основанный на построении моделей поддерживающей образовательной среды. Особое внимание в нем уделяется побуждению участников образовательного процесса выбирать такие виды поддержки дошкольников с ОВЗ, чтобы дети могли успешно ориентироваться как в текущей ситуации, так и в условиях дальнейшего школьного обучения [1].

Эко–поведенческий подход учитывает многокомпонентность образовательной среды и предполагает наблюдение за поведением детей в естественных условиях с минимальным вмешательством в их обычную деятельность с целью тщательного изучения элементов поведения и факторов, важных для эффективного взаимодействия детей с разным статусом здоровья [4]. Различные аспекты развития детей встроены в иерархию ближайших отношений со сверстниками и педагогами, которые в свою очередь входят в более крупные системы, такие как группа и образовательное учреждение со своими правилами и законами (рис. 1).



Рисунок 1. Модель взаимодействия участников образовательного процесса, встроенная в пространство дошкольной группы.

Развитие ребенка происходит через взаимодействие, подразумевающее непосредственное общение в процессе различных видов деятельности всех участников образовательного процесса и влияние физической среды [2, 3]. Под физической средой понимается как непосредственное физическое пространство, окружающее детей, так и программа образования и развития, задающая определенные правила, которые влияют на поведение детей [5].

Использование предложенного эко-поведенческого подхода позволяет построить модели взаимодействия дошкольников с учетом всех видов деятельности между детьми с разным статусом здоровья, учесть количество детей в группе и их вовлеченность в свободную игровую деятельность, а также в совместные мероприятия, организованные педагогом [6, 7, 8].

Таким образом, можно выделить три направления моделирования ситуаций взаимодействия дошкольников и формирования у них установок на принятие сверстников с ОВЗ в специально организованной среде.

В процессе повседневной деятельности моделирование ситуаций взаимодействия дошкольников с разным статусом здоровья осуществляется с помощью педагогов, которые разрабатывают игровые модели и подбирают ситуации, реально имеющие место в группе. Через решение игровых задач дети учатся пробовать всевозможные сценарии поведения, обсуждать их и выбирать оптимальные варианты.

В процессе подготовки детей к школьному обучению моделирование ситуаций взаимодействия дошкольников подразумевает возможность создания условий качественного взаимодействия всех участников образовательного процесса независимо от статуса здоровья. Как правило, дошкольники, с которыми проводится такая работа, в дальнейшем показывают более высокие достижения во взаимодействии со сверстниками, социальную компетентность в целом [5, 8].

Во время свободной игровой деятельности моделирование ситуаций взаимодействия позволяет дошкольникам применять всевозможные варианты поведенческих реакций, вести диалог, обсуждать решения, ставить себя на место другого, на практике познавая ограничения, которые испытывают дети с ОВЗ. Игровые модели выстраиваются в соответствии с интересами и возможностями детей, учитывая их возрастные особенности. Педагог задает начало игры и дает возможность детям самостоятельно развивать сюжет, наблюдая и при необходимости корректируя их действия.

Цель исследования: разработка технологии коррекционно-развивающей работы с дошкольниками, имеющими разный уровень принятия сверстников с ОВЗ.

Выборка исследования: 65 дошкольников с нормативным развитием (38 девочек и 27 мальчиков), посещающих ДОУ г. Москвы. Средний возраст - $6,5 \pm 0,3$ лет.

Дизайн исследования: коррекционно-развивающая работа проводилась с сентября 2019 по март 2020 г. в три этапа. В ней принимали участие воспитатели ДОУ (6 человек), педагоги психологического центра (3 человека). В качестве разработчиков и модераторов выступили психологи ИПССО МГПУ (6 человек).

На первом этапе были получены результаты диагностики уровня принятия детьми сверстников с ОВЗ, понимания ими ОВЗ сверстников, изучения убеждений дошкольников о психологических особенностях детей с ОВЗ и возможности взаимодействия с ними. Для диагностики использовался полифункциональный комплекс методик

На втором этапе была проведена коррекционно-развивающая работа, направленная на повышение уровня принятия дошкольниками сверстников с ОВЗ и осведомленности об особенностях нарушений их здоровья. В ее основу легла программа моделирования ситуаций взаимодействия в специально организованной среде.

На третьем этапе проводилась проверка эффективности коррекционной программы. Основной акцент был сделан на выявление динамики взаимоотношений дошкольников со сверстниками с ОВЗ.

Для оценки достижений дошкольниками определенного уровня принятия сверстников с ОВЗ была разработана критериальная основа в виде матрицы (табл. 1).

Таблица 1.

Матрица для определения различных уровней принятия дошкольниками сверстников с ОВЗ

Критерий (признак)	Рубрикатор (инструкция по оцениванию)	Дескриптор (описание достижений)	Уровень достижений
Понимание индивидуальных особенностей развития детей с ОВЗ	Ребенку предлагается на картинке найти изображение детей с нарушениями развития и дать описательную характеристику особенностей этих детей.	Ребенок может различать на картинке детей с разными нарушениями.	Минимальный
		Ребенок понимает индивидуальные особенности развития детей с ОВЗ, может их перечислить и правильно назвать само нарушение.	Достаточный
		Ребенок может правильно назвать	Высокий

		само нарушение и правильно указать характерные черты, отличающие этого ребенка от норматипичных детей и детей с другими нарушениями.	
Принятие ограниченных возможностей детей с ОВЗ	Ребенку дают описания игровых, трудовых, учебных ситуаций и предлагают ответить на вопросы, насколько сверстник с ОВЗ сможет выполнить предложенные действия.	Ребенок не менее, чем в 50% случаев дает правильные ответы, но не может дать развернутое объяснение.	Минимальный
		Ребенок не менее, чем в 80% случаев дает правильные ответы и может обосновать свою позицию, используя наводящие вопросы.	Достаточный
		Ребенок дает правильные развернутые ответы на все вопросы. Может приводить аргументы в защиту своей позиции.	Высокий
Построение взаимодействия с детьми с ОВЗ с учетом их ограничений	Ребенку предлагается описание проблемной ситуации, для решения которой он должен взаимодействовать со сверстниками, имеющими разный статус здоровья.	Ребенок для решения проблемы предполагает, что он займет активную позицию, а сверстник с ОВЗ – пассивную и дает этому объяснение.	Минимальный
		Ребенок предполагает, что сверстник с ОВЗ может активно участвовать в совместном решении проблемы, но не всегда может обосновать условия взаимодействия с ним.	Достаточный
		Ребенок предлагает условия взаимодействия со сверстниками для решения предложенных задач с учетом ограничений по здоровью.	Высокий
Готовность оказывать помощь и поддержку детям с ОВЗ	Ребенку предлагается принять участие в ролевой игре, сценарий которой подразумевает оказание помощи и поддержки сверстникам с ОВЗ в разных ситуациях.	Ребенок оказывает поддержку сверстникам с ОВЗ в случае под-сказок со стороны ведущего.	Минимальный
		Ребенок оказывает минимально необходимую поддержку сверстникам с ОВЗ в случае, когда те испытывают затруднения.	Достаточный
		Ребенок отслеживает игровую ситуацию, старается не создавать условий, при которых сверстник с ОВЗ не может принять участие в игре. В случае возникновения затруднений проявляет инициативу, чтобы оказать помощь и поддержку детям с ОВЗ.	Высокий
Готовность вовлечения детей с ОВЗ	Ребенку предлагается описание (или картинка) ситуации, для которой он	Ребенок ограничивается тем, что предполагает возможность включения сверстника с ОВЗ в совме-	Минимальный

в совместную игровую, трудовую и учебную деятельность	должен предложить, как в этом случае организовать взаимодействие детей с разным статусом здоровья.	стную деятельность.	
		Ребенок выражает уверенность, что сверстник с ОВЗ может участвовать в предложенной деятельности, но не всегда может обосновать условия взаимодействия.	Достаточный
		Ребенок ищет организационные решения для предоставления равных возможностей участия в предложенной деятельности любого сверстника с учетом его статуса здоровья.	Высокий

Данная матрица использовалась для определения у дошкольников различных уровней принятия детей с ОВЗ как на первом этапе исследования, так и для проверки эффективности проведенной коррекционной работы.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты определения понимания дошкольниками особенностей детей с ОВЗ представлены на рис. 2.

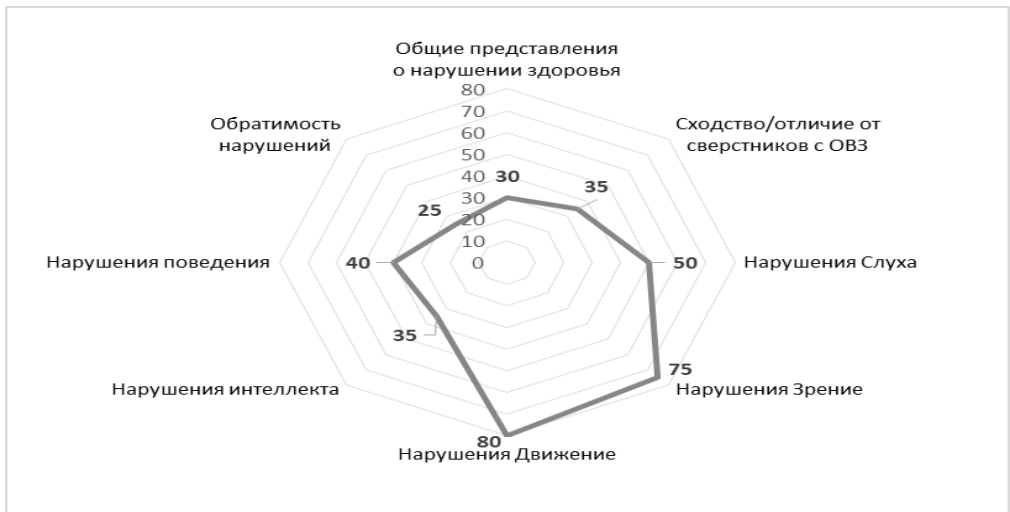


Рисунок 2. Анализ результатов определения понимания дошкольниками особенностей детей с ОВЗ.

Количественный анализ результатов полуструктурированного интервью позволил определить процент верных ответов по каждому вопросу от их общего числа. Особенности детей с нарушениями движения и сенсорными нарушениями раскрывались дошкольниками достаточно полно. Наименьшее понимание ограничений здоровья касалось нарушений поведения и интеллекта.

Качественный анализ результатов показал, что большие затруднения вызвали вопросы о том, как дети понимают ограниченные возможности здоровья, а также сходство и различие детей с ОВЗ и здоровых сверстников. Большинство детей считало, что ребенок может иметь ограничения здоровья, но не могло

уточнить какие. Несколько детей указали внешние признаки: «ездит в инвалидной коляске», «ничего не видит, носит очки».

На вопрос о сходстве детей с ОВЗ и здоровых сверстников большинство детей говорило о том, что «мы все дети», «мы любим играть», «мы ходим в детский сад» и т. п. На вопрос об отличиях большинство детей не могло сформулировать ответ.

На вопрос о том, могут ли у ребенка пройти нарушения здоровья, большинство детей ответило утвердительно, их просто хорошо нужно лечить.

Анализ ответов детей показал необходимость определения степени их осведомленности о разного рода нарушениях здоровья. Результаты представлены на рис. 3.

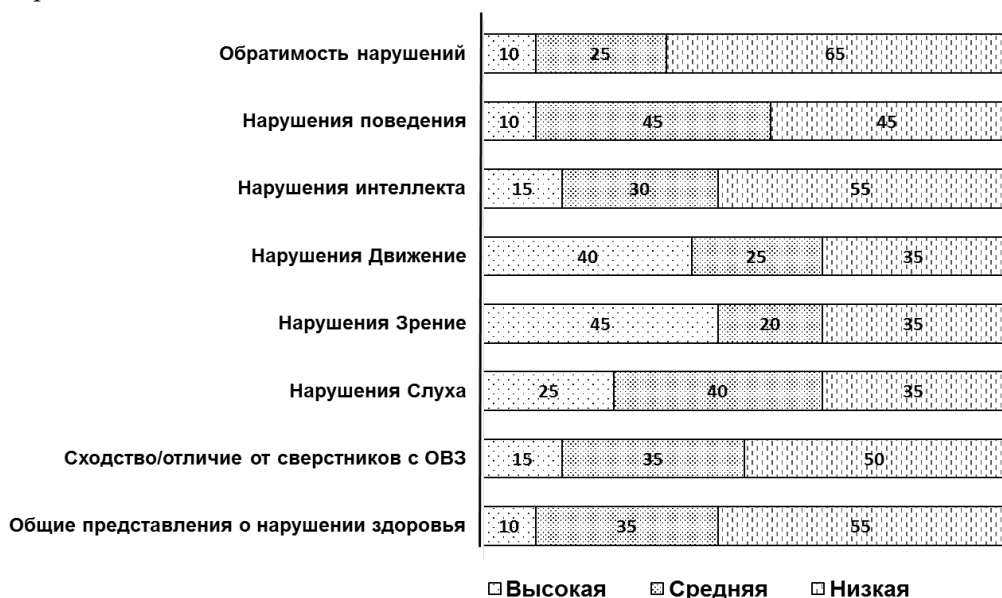


Рисунок 3. Степень осведомленности о психологических особенностях детей с ОВЗ.

Таким образом, большинство детей показало низкий уровень осведомленности о психологических особенностях детей с ОВЗ. Дети хуже всего распознавали нарушения поведения и интеллекта. Степень осведомленности о нарушениях, которые требуют дополнительных атрибутов (например, очки или коляска), была высокой.

С учетом полученных результатов была подготовлена комплексная программа моделирования ситуаций взаимодействия в специально организованной среде.

При моделировании ситуаций взаимодействия дошкольников использовался эко-поведенческий подход, позволяющий учесть все виды деятельности между детьми с разным статусом здоровья, количество детей в группе и их вовлеченность в образовательную деятельность, организованную педагогом.

Цель программы: обучение разнообразным сценариям поведения при взаимодействии детей с разным статусом здоровья.

Задачи:

1. Разработка игровых проблемных ситуаций дошкольников во время учебной деятельности.

2. Обучение приемам взаимодействия дошкольников между собой.

3. Закрепление навыков оптимального взаимодействия детей между собой.

Прослеживая связь наблюдаемого поведения во время взаимодействий дошкольников с физической средой и участниками образовательного процесса, были выявлены факторы, поддерживающие или препятствующие их взаимодействию (табл. 2).

Таблица 2.

Факторы, влияющие на взаимодействие дошкольников в процессе совместной образовательной деятельности

Факторы, поддерживающие взаимодействие	Факторы, препятствующие взаимодействию
Создание мини-групп с участием одного ребенка с ОВЗ и 3-4 нормативных детей.	Создание в одном помещении учебных групп, в которые входят либо дети с ОВЗ, либо нормативно развивающиеся дети.
Установление единых правил поведения для всех участников образовательного процесса.	Установление дифференцированных правил поведения для участников образовательного процесса.
Минимальное вмешательство педагога в процесс взаимодействия между детьми, но при постоянном контроле выполнения образовательной деятельности.	Постоянный контроль и коррекция взаимодействия детей между собой в процессе обучения.
Привлечение родителей к активизации взаимодействия нормативных детей и их сверстников с ОВЗ.	Информирование родителей об особенностях взаимодействия нормативных детей со сверстниками с ОВЗ без включения их в практическую деятельность.

Моделирование ситуаций взаимодействия детей со сверстниками с ОВЗ строилось с учетом трехкомпонентной структуры:

1) *стремление к взаимодействию*, которое является неотъемлемой частью поведения ребенка и присутствует у него перманентно;

2) *цель взаимодействия* может задаваться взрослым, самим ребенком или лидером из числа сверстников;

3) *поведенческие паттерны* при взаимодействии со сверстниками могут согласовываться со взрослым (или осуществляться с его помощью) или применяться ребенком по его усмотрению.

Таким образом, было предложено четыре варианта моделей организации взаимодействия детей для формирования принятия ими сверстников с ОВЗ.

1. Цель взаимодействия задается детьми, уровень принятия сверстников с ОВЗ высокий. Присутствует стремление детей к контактам в выбранной ими форме с учетом понимания психологических особенностей сверстников с ОВЗ. Дети самостоятельно согласовывают действия, что обеспечивает устойчивость

взаимодействия. (Применяется во время свободной игры детей, взрослый участник образовательного процесса берет роль наблюдателя).

2. Цель взаимодействия задается детьми, уровень принятия сверстников с ОВЗ достаточный. Стремление к сотрудничеству у детей выражено ярко, но отсутствует понимание психологических особенностей сверстников с ОВЗ, поэтому требуется организационный ресурс взрослых участников образовательного процесса. (Применяется в игровой и трудовой деятельности для информирования детей об особенностях сверстников с ОВЗ и формирования навыков взаимодействия с ними).

3. Цель взаимодействия задается взрослым, уровень принятия детьми сверстников с ОВЗ низкий. Основанием взаимодействия служит стремление детей к сотрудничеству, но недостаток опыта общения со сверстниками, имеющими разный статус здоровья, требует помощи взрослого в согласовании действий при осуществлении взаимодействия. (Применяется в специально организованной игровой, трудовой и учебной деятельности для решения задач отработки навыков взаимодействия с детьми с ОВЗ и принятия их индивидуально-психологических особенностей).

4. Цель взаимодействия задается взрослым, уровень принятия детьми сверстников с ОВЗ низкий. Учитывается желание детей взаимодействовать со сверстниками с ОВЗ. Основная задача педагога организовать процесс взаимодействия таким образом, чтобы дети достигли поставленной цели. (Часто применяется во время учебной деятельности при подготовке к школьному обучению).

Предложенные модели специально организованных условий налаживания взаимодействия детей с разным статусом здоровья позволяют обозначить основные направления развития их навыков и умений в этом направлении.

Коррекционная программа проводилась на протяжении 7 мес. Всего 14 занятий. Часть дошкольников, принимающих участие в программе (12 девочек и 10 мальчиков), посещали занятия по подготовке к школьному обучению на базе психологического центра. На этих занятиях присутствовали дети с ОВЗ (2 ребенка с нарушением слуха, 1 ребенок с нарушением зрения, 2 ребенка с нарушением ОДА, 1 ребенок с синдромом Дауна).

По завершении комплексной коррекционно-развивающей работы была проведена проверка ее эффективности.

Метод наблюдения за поведением детей позволил составить предварительное представление о том, как они переносят усвоенные паттерны поведения в практику реальных взаимоотношений со сверстниками, имеющими ограничения здоровья.

Необходимо отметить, что в нашем исследовании не было зафиксировано случаев, когда дети демонстрировали резко отрицательное отношение к взаимодействию со сверстниками с ОВЗ. Возможно, условия проведения занятий с детьми и (или) подбор диагностического инструментария не позволил выявить весь диапазон реакций дошкольников. Этот вопрос требует дополнительного изучения.

Повторное проведение полуструктурированного интервью, позволило опрелелить динамику понимания дошкольниками различных видов ограничения здоровья. Количественный анализ результатов представлен на рис. 4.

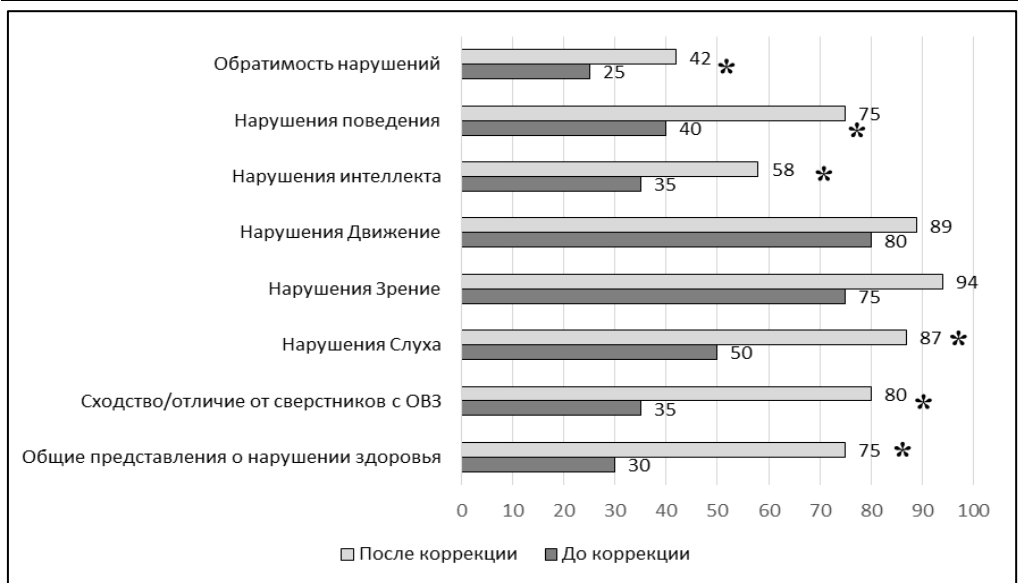


Рисунок 4. Изменение понимания дошкольниками особенностей детей с ОВЗ до и после коррекции (в%); * $p < 0,001$.

Сравнительный анализ результатов до и после коррекции показал значимые изменения понимания дошкольниками специфики ключевых особенностей проявления нарушений здоровья у сверстников. В ответах детей появилось больше деталей и пояснений, касающихся конкретных нарушений, понимания поведения детей с ОВЗ в разных ситуациях.

Определение степени осведомленности дошкольников о разного рода нарушениях здоровья повысилось до высокого и достаточного уровня (рис. 5).

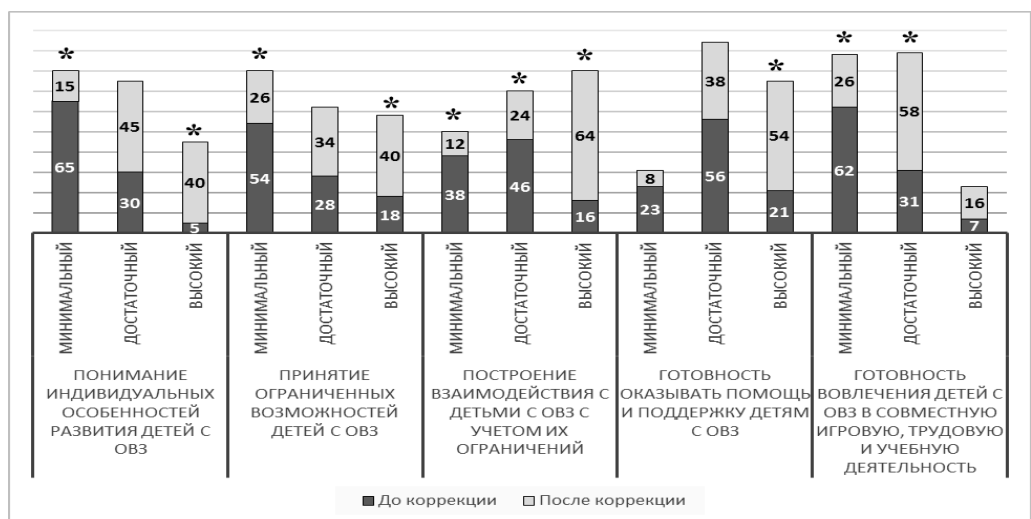


Рисунок 5. Различные уровни принятия дошкольниками сверстников с ОВЗ до и после коррекции (в%); * $p < 0,001$.

Заключение. Апробация комплексной коррекционной программы для дошкольников, имеющих разный уровень принятия и понимания индивидуальных особенностей развития детей с ОВЗ, показала ее эффективность.

Разработанная критериальная основа оценки развития признаков принятия дошкольниками сверстников с ОВЗ, позволила:

- получать оперативную информацию для анализа и планирования коррекционно-развивающей деятельности;
- выстраивать индивидуальную траекторию развития для каждого ребенка по принятию и конструктивному взаимодействию с детьми, имеющими разный статус здоровья;
- использовать многообразие подходов и инструментов коррекционно-развивающей работы;
- привлекать дошкольников к рефлексии при оценивании себя и своих сверстников с ОВЗ;
- отслеживать прогресс каждого ребенка в формировании принятия детей с ОВЗ и оказывать ему содействие в этом процессе.

Большинство детей, участвующих в коррекционных занятиях, достигло высокого и достаточного уровня осведомленности о психологических особенностях сверстников с ОВЗ, повысило уровень компетенций, относящихся к взаимодействию с ними.

Проведенное исследование дало возможность наметить пути дальнейшей работы с дошкольниками по формированию устойчивых навыков взаимодействия со сверстниками с ОВЗ:

- Провести мониторинг каналов получения детьми информации о сверстниках с ОВЗ и особенностях взаимодействия с ними. Полученные результаты учесть при доработке коррекционной программы.
- Разработать и провести семинары и мастер–классы для педагогов и родителей дошкольников с целью повышения их информированности об особенностях взаимодействия детей с разным статусом здоровья.
- Привлечь родителей к активизации взаимодействия норматипичных детей и их сверстников с ОВЗ в рамках специальных мероприятий (спортивных, образовательных, развлекательных).
- Доработать модель организации взаимодействия детей с разным статусом здоровья в условиях инклюзивной образовательной среды и внедрить ее в систему дошкольного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1.Вакуленко О.В. Формирование гуманных отношений к сверстникам у детей дошкольного возраста. Учебно-методическое пособие. Шадринск, 2002. 52 с.

2.Карabanова О.А. Организация развивающей предметно-пространственной среды в соответствии с ФГОС ДО. М.: Федеральный институт развития образования, 2014.

3.Самсонова Е.В., Дмитриева Т.П., Сабельникова С.И., Семаго Н.Я., Семаго М.М., Аркелян А.С. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учре-

ждениях. Методические рекомендации – М., 2012. 251 с.

REFERENCES

1. Vakulenko O.V. Formirovanie gumannyh otnoshenij k sverstnikam u detej doshkol'nogo vozrasta. Uchebno-metodicheskoe posobie. Shadrinsk, 2002. 52 s.
2. Karabanova O.A. Organizacija razvivajushhej predmetno-prostranstvennoj sredy v sootvetstvii s FGOS DO. M.: Federal'nyj institut razvitiya obrazovaniya, 2014.
3. Samsonova E.V., Dmitrieva T.P., Sabel'nikova S.I., Semago N.Ja., Semago M.M., Arkeljan A.S. Organizacija special'nyh obrazovatel'nyh uslovij dlja detej s ogranichenymi vozmozhnostjami zdorov'ja v obshheobrazovatel'nyh uchrezhdenijah. Metodicheskie rekomendacii – М., 2012. 251 s.
4. Brown JG., Hemmeter ML. & Pretti-Frontczak K. (2005). Blended practices for teaching young children in inclusive settings. Baltimore: Paul H. Brookes.
5. Buhs ES, Ladd GW, Herald SL. Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? Journal of Educational Psychology. 2006; 98: 1–13.
6. Downer JT, Booren LM, Lima OK, Luckner AE, Pianta RC. The Individualized Classroom Assessment Scoring System (inCLASS): Preliminary reliability and validity of a system for observing preschoolers' competence in classroom interaction. Early Childhood Research Quarterly. 2010; 25: 1–16.
7. Konold TR, Pianta RC. Empirically-derived, person-oriented patterns of school readiness in typically-developing children: Description and prediction to first-grade achievement. Applied Developmental Science. 2005; 9: 174–187.
8. Ladd GW. Children's peer relationships and social competence: A century of progress. NewHaven, CT: YaleUniversityPress; 2005.

E.S. Romanova, E.V. Svistunova, E.V. Ananeva

THE COMPLEX APPROACH TO CORRECTING AND DEVELOPING WORK WITH PRESCHOOL CHILDREN WHO HAVE DIFFERENT ACCEPTANCE LEVELS OF DISABLED CHILDREN

Moscow City Pedagogical University (Moscow).

Summary: The article describes building of complex correcting and developing work with preschool children who have different acceptance levels. It also shows understanding of individual peculiarities of development of disabled children. It is based on eco behavioural approach, that helps to build all kinds of interaction models between preschool children with different health status. The article deals with development of criterial basement for estimation of acceptance level of disabled preschool children by their peers. It offers a 3-component structure to model interaction between disabled preschool children and their peers.

Keywords: preschool children, disabled children, complex approach, interaction modelling, acceptance level of disabled children, building of correcting and developing work.

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный педагогический университет» (Барнаул).

Резюме. Представлены результаты психолого-педагогического эксперимента, направленного на формирование ценностного отношения к здоровью у учащихся лица. Показано, что развитие трех структурных компонентов ценности здоровья в сознании личности – значения, субъективного смысла и чувственной ткани – приводит к увеличению значимости здоровья в системе ценностей учащихся, способствует тому, что ценностное отношение к здоровью становится действенным регулятором поведения и деятельности субъекта. Разработанная программа по формированию ценностного отношения к здоровью может быть использована в учебных заведениях любого типа, ставящих своей целью формирование ценностного отношения к здоровью личности.

Ключевые слова: ценностное отношение к здоровью, психологическая структура сознания, значение, смысл, чувственная ткань.

Введение. В число приоритетных жизненных ценностей на протяжении многих лет неизменно входит здоровье [11]. Однако статистика указывает на высокие показатели смертности среди взрослого населения. Так, согласно данным американского Института показателей и оценки здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation), средняя продолжительность здоровой жизни с 1999 по 2013 гг. в России составила 58,9 лет для мужчин и 66,6 лет для женщин. По этому показателю Россия занимает 107 место среди 180 стран мира. Как отмечают специалисты-медики, основной причиной смертности россиян является нездоровый образ жизни, вследствие чего развиваются гипертоническая болезнь, ожирение, алкоголизм. Исходя из этого, на наш взгляд, уместно говорить об отношении к здоровью как ценности, о формировании такого отношения к здоровью, которое позволяло бы иметь хорошее самочувствие и благодаря этому максимально полно реализовывать свой потенциал. Изучению формирования ценностного отношения к здоровью посвящены многочисленные работы [3, 4, 9, 13, 16, 17, 22, 25, 27 и др.].

Стоит отметить, что подавляющее большинство исследований направлено на формирование ценностного отношения к здоровью таким образом, что личность выступает как объект психолого-педагогического воздействия; ценностное отношение к здоровью в данном случае формируется как внешний стимул. Исследований же, в которых личность самостоятельно формирует ценностное отношение к здоровью, то есть выступает субъектом собственной деятельности путем развития ценности здоровья на трех уровнях сознания (значения, смысла, чувственной ткани), в результате чего ценность здоровья становится высоко значимой, наполняется личностным смыслом и проецируется в окружающую действительность, в психологической науке не проводилось.

Таким образом, существует противоречие между необходимостью формирования ценностного отношения к здоровью, при котором ценность здоровья присутствует в сознании личности на трех уровнях, и недостаточной разработанностью этой проблемы. В связи с этим **проблема исследования** состоит в развитии ценности здоровья на уровне сознания личности с целью формирования ценностного отношения к здоровью как внутреннего регулятора поведения личности.

Не отрицая важности внешнего воздействия на субъекта путем создания благоприятных условий для формирования ценностного отношения к здоровью, мы считаем, опираясь на взгляды Л.С. Выготского, что лишь те ценности становятся истинными, которые интериоризируются (присваиваются) личностью, и только тогда становятся его личными, внутренними убеждениями. В связи с этим развитие ценности здоровья на трех уровнях сознания через социальную деятельность приводит к тому, что ценностное отношение к здоровью выступает как внутренний способ мышления и приобретает для него субъективный смысл [3].

В соответствии с нашими представлениями ценностное отношение к здоровью – это отношение к здоровью как к ценности субъективной, т. е. присутствующей на уровне психологии личности. Под ценностным отношением к здоровью мы понимаем сложное системное образование, выполняющее функцию сохранения и укрепления здоровья, в основе которого лежит высокая субъективная значимость здоровья и осознание его как психологического средства саморазвития личности [27]. Таким образом, здоровье рассматривается нами как личностная ценность, лежащая в основе реализации человеком его жизненных задач.

В русле развиваемого нами подхода [11], личностные ценности присутствуют в сознании личности на уровне объективного значения, субъективного смысла и чувственной ткани. Данное положение опирается на представления А.Н. Леонтьева [15] о базовой психологической структуре сознания (образа), в состав которой входят одноименные компоненты. При этом проведенный анализ показывает, что в массовой исследовательской практике психологов ценности чаще всего изучаются только со своей внешней «назывной» стороны, то есть со стороны представленности в сознании лишь в форме значения. По сути, исследования ценностей, проводимые психологами, являются в своем большинстве, скорее, социологическими, чем собственно психологическими, а исследуются в них, скорее, не личностные ценности, а ценностные ориентации как ориентации субъекта на те или иные ценности [2; 12, 13, 17, 18].

В своей работе мы исходили из того, что лишь те ценности становятся «истинными» (собственно личностными, субъективными, индивидуальными), которые интериоризируются и присваиваются субъектом, становясь полноценными составляющими его сознания, входят в его структуру не только на уровне объективных значений, но и субъективных смыслов и чувственных образов. Именно такие ценности, становясь внутренним достоянием личности, ложатся в основу ее убеждений и имеют «выходы» в поведение личности, осуществляя его регуляцию.

В соответствии с изложенными выше представлениями, нами была разработана модель представленности ценности здоровья в психологической структуре сознания (рис. 1).

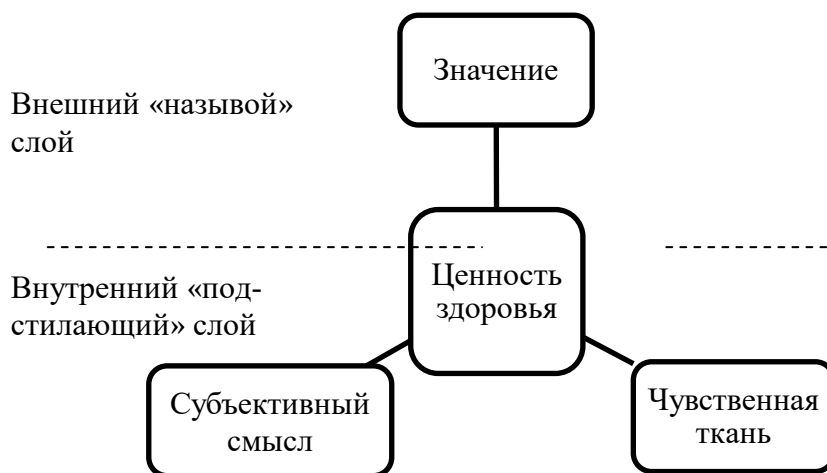


Рисунок 1. Ценность здоровья в психологической структуре сознания.

Согласно А.Н. Леонтьеву, «чувственная ткань – чувственный состав конкретных образов реальности, актуально воспринимаемой или всплывающей в памяти, относимой к будущему или только воображаемой» [15]. По отношению к ценности здоровья, чувственная ткань – это конкретные образы, связанные с хорошим здоровьем, всплывающие в памяти или воображении учащихся. Чувственная ткань – необходимый, но не решающий «момент» сознания. Благодаря чувственному содержанию сознания мир выступает для субъекта как существующий не в сознании, а вне его сознания – как объективное «поле» и объект его деятельности, в том числе по поддержанию и укреплению своего здоровья. Обогащаясь, чувственные образы приобретают новое качество, свою означенность.

Значения являются вторым важнейшим «пластом» человеческого сознания и, соответственно, еще одним уровнем, на котором существуют ценности в сознании личности и, в частности, ценность здоровья. Согласно А.Н. Леонтьеву, «значения преломляют мир в сознании человека... в значениях представлена преобразованная и свернутая в материи языка идеальная форма существования предметного мира, его свойств, связей и отношений, раскрытой совокупной общественной практикой» [15].

По отношению к нашему исследованию, значения – выработанные в культуре общие знания и опыт людей в области сохранения здоровья, нормы поведения с целью сохранения здоровья независимо от индивидуально-личностного отношения к ним отдельного человека. Поэтому здоровье может быть значимой для личности ценностью, но не иметь при этом субъективного смысла, а, следовательно не стать действенным регулятором его поведения и деятельности. Для этого в структуру сознания здоровье как ценность должно входить и на уровне личностного смысла.

Согласно А.Н. Леонтьеву, «личностный смысл отражает субъективную значимость тех или иных событий, явлений действительности к интересам, потребно-

стям, мотивам человека. Он создает пристрастность человеческого сознания» [15].

В контексте нашего исследования личностный смысл – субъективное значение здоровья, которое оно приобретает для отдельного человека. Личностный смысл создает пристрастность человеческого сознания, что, в конечном счете приводит к формированию собственно ценностного отношения к своему здоровью.

Анализ работ по проблеме исследования [3, 10, 25 и др.] позволяет сделать вывод о том, что формирование отношения к здоровью как к ценности оставалось преимущественно на уровне внешнего стимула, представленного в сознании в виде объективных значений – присвоения знаний и опыта других людей о заботе и укреплении собственного здоровья. Конечно, результаты подобной просветительской работы имеют большое значение для формирования ценностного отношения к здоровью, т. к. согласно основному генетическому закону развития высших психических функций, сформулированных Л.С. Выготским, «нет ничего внутри, чего не было бы вовне» [7]. Однако у многих учащихся после такой работы здоровье так и оставалось на уровне внешней, «назывной» ценности, не нашедшей своей деятельностной реализации. При этом исследований, направленных на формирование ценностного отношения к здоровью путем насыщения ценности здоровья внутренним живым содержанием – «подстилающим» слоем субъективных смыслов и чувственных образов, в исследованиях практически не представлено. В то время как только подобная работа и способна превратить ценность здоровья не только в значимый (что понимается всеми), но и действенный (чем обладает далеко не каждый) регулятор собственных действий и поступков, психологическое средство саморазвития личности.

Проведенное нами исследование выполнено в логике обучающего эксперимента, **цель** которого заключалась в формировании у учащихся лица ценностного отношения к здоровью, посредством:

а) развития представлений о здоровом образе жизни человека, стремящегося к саморазвитию и самосовершенствованию, рассматривающего здоровье в качестве необходимого ресурса для полноценной самореализации (передача учащимся знаний и опыта в области заботы о собственном здоровье через усвоение ими системы значений);

б) формирования знаний и выработки индивидуальных умений о способах сохранения и укрепления собственного здоровья (наполнение полученных учащимися знаний личностными смыслами);

в) формирования активного образа жизни, направленного на сохранение и укрепление своего здоровья (обогащение чувственных представлений учащихся, связанных со здоровьем и здоровым образом жизни).

Таким образом, наша работа была направлена на развитие не только «внешних», но и «внутренних» структурных компонентов ценностного отношения к здоровью.

В основу исследования положена **гипотеза** о том, что развитие структурных компонентов ценностного отношения к здоровью связано с повышением значимости здоровья в системе ценностей, ростом показателей психологического благополучия и уровня самоактуализации, а также с превращением ценностного отношения к здоровью в действенный регулятор поведения и деятельности субъекта.

Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено на базе КГБОУ «Алтайский краевой педагогический лицей-интернат». Выборку составили учащиеся 10 класса в возрасте 15-17 лет, средний возраст 16 лет, в количестве 56 человек. (N=56). Случайным образом данная выборка была поделена на две равные группы – экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ). Продолжительность эксперимента 2 месяца.

В исследовании использованы: методика диагностики системы ценностей KVS-3 [11], анкеты «Ваш образ жизни», «Субъективная оценка здоровья», «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья», методика «Ценность здоровья в психологической структуре сознания» [27].

В качестве метода математико-статистического анализа результатов использован критерия χ^2 Пирсона, корреляционный анализ Спирмена, качественная обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Перед началом основной части исследования в экспериментальной группе (ЭГ) и контрольной группе (КГ) с помощью методики «Ценность здоровья в психологической структуре сознания» (Н.А. Шмойлова) была проведена диагностика представленности ценности здоровья в сознании личности на уровне чувственной ткани, значения и личностного смысла (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты констатирующего этапа эксперимента

	Чувственная ткань	Значение	Смысл	χ^2	P
ЭГ	21,4%	60,7%	28,6%	21,86	0,000003
КГ	14,3%	68,0%	32,1%	38,29	0,000001
χ^2	1,41	0,41	0,20		
P	0,234	0,519	0,653		

Результаты диагностики показали, что на констатирующем этапе эксперимента ценность здоровья представлена на уровне значения – у 60,7% испытуемых в ЭГ и 68% в КГ ($p>0,10$), на уровне чувственной ткани – 21,4% и 14,3%, соответственно ($p>0,10$) и, наконец, на уровне личностного смысла – у 28,6% и 32,1%, соответственно ($p>0,10$). Таким образом, критерий χ^2 Пирсона не выявил значимых различий между выборками до начала основной части эксперимента: ЭГ и КГ оказались уравновешены по релевантным для исследования показателям – представленности ценности здоровья в сознании учащихся на уровне чувственной ткани, значения и личностного смысла.

Наряду с этим диагностика показала, что как в ЭГ ($p\leq 3\cdot 10^{-5}$), так и в КГ ($p\leq 10^{-5}$) преобладающим (причем, существенно) в присвоенности ценности здоровья был уровень знака или значений, т. е. внешний, «назывной» уровень, в то время как степень представленности ценности здоровья в сознании учащихся на уровне личностного смысла и чувственной ткани выражена весьма слабо. Таким образом, на предварительной стадии исследования ценность здоровья не обеспечена для испытуемых ЭГ и КГ внутренним «подстилающим» слоем субъективных смыслов и чувственных образов, поэтому можно сделать вывод о том, что данная ценность входит в сознание подростков лишь частично.

На основном этапе эксперимента в ЭГ была реализована программа,

направленная на формирование у учащихся ценностного отношения к здоровью. Отличительной особенностью разработанной нами психолого-педагогической модели (рис. 2) является то, что она нацелена не только на формирование общих представлений студентов о ведении здорового образа жизни, но и на обогащение их внутреннего ценностного мира чувственным и потребностно-эмоциональным содержанием, связанным со здоровьем.

Таким образом, говоря о формировании ценностного отношения к здоровью, мы, согласно описанной выше теоретической схеме, в качестве целевых ориентиров своей программы выбрали три сопряженные формы существования ценности здоровья в сознании учащихся – уровень объективных значений, субъективных смыслов и чувственной ткани образа. На рис. 2 представлены возможные стратегии формирования ценностного отношения, использованные нами в работе. Дадим их более подробные описания.



Рисунок 2. Психолого-педагогическая модель формирования ценностного отношения к здоровью.

Значение здоровья в жизни человека. Для формирования у студентов представлений о здоровом образе жизни для участников эксперимента была прочитана серия лекций (20 акад. часов) в форме бесед, на которых затрагивались следующие вопросы: общие подходы к пониманию здоровья, понятие ценности, здоровье как ценность, основы сохранения и укрепления здоровья и др. Кроме этого участникам ЭГ были представлены результаты выполненных нами эмпирических исследований [13; 27], подтверждающих взаимосвязь ценностного отношения к здоровью с развитием внутреннего потенциала личности. Таким образом, основная цель лекционных занятий заключалась в том, чтобы дать учащимся общие знания и представления в области сохранения и укрепления здоровья, накопленном людьми опыте в этой сфере. Овладевая этими знаниями и представлениями, человек, безусловно, будет стремиться к заботе о собственном здоровье. Однако это стремление так может и остаться для субъекта в виде намерения и не дойдет до своей деятельностной реализации, так как даже самые полные и де-

тальные представления о ведении здорового образа жизни, могут не иметь для него субъективного смысла. Поэтому кроме информированности участников ЭГ о вопросах здоровья и здорового образа жизни мы видели свою задачу также и в том, чтобы наполнить полученные представления и субъективной окраской, потребностно-эмоциональным отношением субъекта к своему здоровью.

Личностный смысл ценности здоровья. Для достижения этой цели с участниками ЭГ был проведен цикл практических занятий, которые включали обсуждение биографий известных политиков, публичных людей, в чьи интересы входит забота о своем здоровье. Наряду с этим с учащимися обсуждалась статистика заболеваемости среди тех, кто занимается профилактикой заболеваемости. Особый акцент при этом был сделан на доведении до учащихся информации о том, как известные персоны отмечают важность занятий спортом, правильное питание, полноценный и активный отдых для достижения успеха в своей профессиональной деятельности. Далее нами был проведен цикл бесед с подростками с целью формирования субъективной значимости ценности здоровья для них самих. Эти беседы проводились как во фронтальном, так и в индивидуальном порядке.

Чувственная ткань ценности здоровья. Для наполнения ценности здоровья чувственным содержанием с участниками ЭГ были проведены упражнения «Мое отношение к здоровью» и «Ассоциации».

В ходе упражнения «Мое отношение к здоровью» учащиеся на предлагаемые фразы исследователя должны были дать описание той картинки, которая возникала в их сознании в ответ на услышанную фразу, максимально используя воображение и придавая чувственную окраску возникающему образу.

В упражнении «Ассоциации» учащимся необходимо было поставить себя на место какой-либо известной личности современности и охарактеризовать этого человека с позиции его отношения к своему здоровью. Учащимся нужно постараться вжиться в роль известного человека и отрефлексировать свои ощущения, эмоции и представления, связанные со здоровьем и его ценности для себя.

На заключительном этапе эксперимента в ЭГ и КГ была проведена повторная диагностика представленности ценности здоровья в структуре сознания учащихся (на уровне значения, смысла и чувственной ткани), выявлено место здоровья в системе ценностей учащихся, проведено корреляционное исследование выраженности трех структурных компонентов ценности здоровья в сознании учащихся с показателями самоактуализации и психологического благополучия личности.

Ценность здоровья в структуре сознания. С помощью методики «Ценность здоровья в психологической структуре сознания» (Н.А. Шмойлова) выявлена представленность ценности здоровья в сознании учащихся ЭГ и КГ после проведенного эксперимента (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты контрольного этапа эксперимента

	Чувственная ткань	Значение	Смысл	χ^2	p
ЭГ	77,7%	96,3%	92,6%	0,78	0,38
КГ	22,2%	71,4%	51,9%	27,89	0,000001
χ^2	30,83	0,00	11,46		
P	0,000001	1,00	0,0007		

На контрольном этапе эксперимента ценность здоровья представлена на уровне значения – у 96,3% испытуемых в ЭГ и 71,4% в КГ ($p>0,10$), на уровне чувственной ткани – 77,7% и 22,2%, соответственно ($p\leq 0,10^{-5}$), на уровне личностного смысла – у 92,6% и 51,9%, соответственно ($p\leq 0,0007$). Т. е. χ^2 -критерий К. Пирсона не выявил значимых различий между ЭГ и КГ по степени представленности ценности здоровья в сознании учащихся на уровне общеупотребимых значений, однако показал значимые различия между ЭГ и КГ в присвоении ценности здоровья на уровне чувственной ткани и субъективных смыслов. Таким образом, экспериментальное воздействие существенно обогатило ценностный мир учащихся ЭГ внутренним содержанием, относящимся к здоровью и связанным с ведением здорового образа жизни.

Кроме этого, финальная диагностика показала, что в ЭГ ценность здоровья в сознании учащихся стала проявляться более гармонично, т. е. без выраженности того или иного ценностного слоя (значения, смысла, чувственной ткани) ($p>0,05$), тогда как в КГ ($p\leq 10^{-5}$) все также существенно преобладающим остался внешний, «назывной» уровень ценностного отношения к здоровью при низкой выраженности личностного смысла и чувственной ткани. Таким образом, экспериментальное исследование, наполнив ценностное отношение учащихся ЭГ к здоровью субъективным содержанием, привело также к гармонизации внутренних структурных компонентов ценностного отношения к здоровью в этой группе.

Между ЭГ и КГ можно обнаружить также качественные различия в содержании представлений о здоровье. Так, для подростков КГ хорошее здоровье – это «возможность не ходить в аптеки», «не тратить деньги на лекарства» и др., т. е. образ здоровья в сознании этих подростков преимущественно окрашен общекультурными значениями (96,3%) и связан с воспоминаниями о когда-то перенесенных недугах, прочитанных статьях о тяжелых болезнях и т. п. При этом лишь незначительная часть подростков КГ (22,2%) переживала положительные эмоции, связанные с хорошим самочувствием, а чуть больше половины из них (51,9%) вкладывало личностный смысл в ценность здоровья. Так, субъективная значимость здоровья для подростков КГ в большей степени заключалась в признании здоровья в качестве ресурса для «успешной жизнедеятельности» или «профессиональной реализации». Однако этот образ можно считать, скорее, только формирующимся, зарождающимся, т. к. подросткам не хватало убежденности в собственных желаниях и жизненных устремлениях.

В ЭГ при работе с методикой «Ассоциации» в описании здоровья мы встречаем бóльшую яркость образов не только в количественном (77,7%), но и в качественном отношении. Подростки ЭГ связывали здоровье с «чувством радости, заполняющем все тело», «щекочущим чувством в груди от ощущения своего тела здоровым», «эмоциями, получаемыми от того, что здоровый человек способен к максимальным достижениям», и др. Например, один из подростков даже мысленно изобразил следующую картину, связанную с прекрасным здоровьем: «каждое утро, просыпаясь, я ощущаю прилив энергии, чувствую радость от того, что я способен многое успеть... вечером я ощущаю, что мой день был насыщенным и интересным... мое самочувствие дарит мне колоссальные возможности, я наслаждаюсь полноценной, активной жизнью».

Несмотря на то что в обеих группах ценность здоровья представлена в сознании учащихся на уровне значений («крепок телом – богат и делом», «будет здоровье – будет и все остальное» и др.), в КГ ответственность за свое здоровье нередко перекладывалась с себя на других людей или внешние обстоятельства, а ассоциации содержали негативные оттенки («здоровье зависит не только от меня», «плохая экология», «недостаточная политика государства в области здоровья» и др.), тогда как ЭГ были характерны более позитивные описания, в которых прослеживалась ответственность за себя и собственное здоровье («здоровье дарит прекрасное самочувствие», «здоровая жизнь наполнена в большей степени положительными эмоциями», «политика государства направлена на здоровое поколение», «в современном обществе человек обязан быть здоровым для того, чтобы максимально реализоваться в профессии» и др.).

В ходе упражнения «Ассоциации» испытуемым предлагалось дать характеристику какой-либо известной личности с точки зрения ее отношения к здоровью. Подростки КГ отметили, что известные люди имеют возможность «иметь хороших врачей, диетологов и т. д.», «заниматься в фешенебельных спортивных клубах», «ездить отдыхать на море» и др. Некоторые из них с большим трудом смогли отразить свои ощущения в ходе данного упражнения. В ЭГ акцент делался на решающем значении здоровья для самореализации. Подростки ЭГ, наоборот, отмечали, что именно «благодаря заботе о собственном здоровье известные люди смогли добиться успеха в профессиональной деятельности», известные люди «очень жизнерадостны», «ощущают внутреннюю свободу», «желание заниматься своим здоровьем», прежде всего «для отличного самочувствия» и для того, чтобы «добиться больших успехов» и т. д. У некоторых участников ЭГ данное упражнение вызвало большой интерес и огромное количество ассоциаций и чувственных образов. Например, один подросток рассказал, что, когда он прочитал интервью с Т. Роббинсом¹, его взгляд на ценность здоровья кардинально изменился. Так, после слов Т. Роббинса, о том, что, изменив лишь порядок бытийных ценностей и поставив здоровье на первое место, человек меняет свою жизнь навсегда, достижения становятся более реальными, подросток сказал: «Теперь я по-новому воспринимаю ценность здоровья, чувствуя себя здоровым, я многое смогу, как другие успешные личности».

Ценностное отношение к здоровью. Следующим этапом работы стало изучение сформированности ценностного отношения к здоровью учащихся (табл. 3).

Таблица 3.

Ценностное отношение к здоровью в ЭГ и КГ

	Уровни ценностного отношения		
Группа	Низкий	Средний	Высокий
ЭГ	0	53,6	46,4
КГ	37,0	48,1	14,9
χ^2	-	0,29	16,19
P	-	0,58	0,0005

¹Т. Роббинс – американский писатель, бизнес-тренер, пропагандист здорового образа жизни. В 2007 г. журнал «Forbes» поместил его в список «100 самых влиятельных знаменитостей».

С помощью используемых методик [11; 27] установлено, что в ЭГ были получены преимущественно высокий и средний уровни ценностного отношения к здоровью, в то время, как на этапе констатирующего эксперимента у учащихся ЭГ был диагностирован преимущественно средний (53,6 %) и низкий (28,6) уровни. То есть подростки ЭГ включали «здоровье» в перечень наиболее значимых жизненных ценностей, указывали, что обладают глубокими знаниями в области сохранения и укрепления здоровья (анкета «Знания о способах сохранения и укрепления здоровья»). Свое здоровье подростки ЭГ оценивали преимущественно как прекрасное, либо хорошее и отмечали, что проблемы со здоровьем возникают у них крайне редко. Данная категория учащихся проявляет высокую активность, направленную на сохранение собственного здоровья – они рационально питаются, правильно планируют режим дня, ведут в целом здоровый образ жизни (анкета «Ваш образ жизни»). Полученные данные свидетельствуют о том, что в результате реализации программы по формированию ценностного отношения к здоровью произошло развитие трех сопряженных форм существования ценности здоровья в сознании учащихся – уровня объективных значений, субъективных смыслов и чувственной ткани образа. В результате чего произошло насыщение ценности здоровья внутренним живым содержанием – «подстилающим» слоем субъективных смыслов и чувственных образов ценности здоровья. Это привело к тому, что ценность здоровья стала не только значимым (что понимается всеми), но и действенным (чем обладает далеко не каждый) регулятором собственных действий и поступков.

Выводы.

1. Реализованная программа по формированию ценностного отношения к здоровью направлена на развитие у учащихся трех структурных компонентов представленности ценности здоровья в сознании личности – объективных значений (развитие представлений о здоровом образе жизни, о здоровье как важнейшем условии самореализации), субъективных смыслов (формирование знаний о способах сохранения и укрепления здоровья, индивидуальных умений в этой области), обогащение чувственных представлений учащихся (формирование привычки к активному образу жизни, направленного на сохранение и укрепление здоровья).

2. Развитие структурных компонентов ценностного отношения к здоровью – объективных значений, субъективных смыслов и чувственных представлений, связанных со здоровьем и здоровым образом жизни, привело к увеличению значимости здоровья в системе ценностей учащихся, более ответственному отношению к своему здоровью, способствовало повышению показателей психологического благополучия и уровня самоактуализации личности.

3. Главным итогом нашей практической работы является то, что в результате развития структурных компонентов ценности здоровья в сознании личности, здоровье стало более значимой для субъекта ценностью, ценность здоровья насытилась внутренним живым содержанием – «подстилающим» слоем субъективных смыслов и чувственных образов, в результате чего она выступила в роли действенного регулятора поведения и деятельности субъекта в области заботы о собственном здоровье и ведении здорового образа жизни.

4. Разработанная и внедренная программа по формированию ценностного отношения к здоровью может быть использована в учебных заведениях, ставящих своей целью развитие личности учащихся и рассматривающих здоровье в качестве важнейшего ресурса самореализации личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
2. Алексеева В.Г. Ценностные ориентации как фактор жизнедеятельности и развития личности // Психологический журнал. 1984. № 5. Т. 5. С. 63-70.
3. Белинская Т.В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза: автореферат ... канд. психол. наук. Калуга, 2005. 23 с.
4. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
5. Василюк Ф.Е. Психотехника выбора // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл, 1997. С. 284-314.
6. Василюк Ф.Е. Структура образа // Вопросы психологии. 1993. № 5. С. 5-19.
7. Выготский Л.С. Проблема развития и распада высших психических функций // Проблемы дефектологии. М.: Смысл, 1995. С. 404-418.
8. Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест. М.: РПА, 1995. – 52 с.
9. Данилова М.В., Рыкман Л.В. Психэмоциональное благополучие и особенности саморазвития подростков с разным семейным статусом // Психологическая наука и образование. 2018. Том 23. № 5. С. 40–50.
10. Иванова М.Г., Портнова А.Г. Здоровье как предмет исследования в психологии // Психологическая наука и образование. 2006. № 3. С. 99–102.
11. Каширский Д.В. Психология личностных ценностей: дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2014. 550 с.
12. Каширский Д.В., Сабельникова Н.В. Ценность здоровья в фокусе психологического анализа // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. 2018. №2. С. 19-24.
13. Каширский Д.В., Шмойлова Н.А. Здоровье в системе ценностей самоактуализирующейся личности // Личность как предмет классической и неклассической психологии: XIII межд. чтения памяти Л.С. Выготского (Москва, 13-17 ноября 2012 г.) / под ред. В.Т. Кудрявцева: Т. 1. М.: РГГУ, 2012. С. 18-23.
14. Коваль Н.А. Духовность в системе профессионального становления специалиста: дис. ... д-ра психол. наук: М., 1997. 464 с.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1977. 303 с.
16. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Досумова С.Ш., Рзаева Ф.Р., Бобров В.В. Переживания в учебной деятельности и их связь с психологическим благополучием // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 6. С. 55–66.
17. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 487 с.
18. Леонтьев Д.А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // Вопросы философии. 1996. № 3. С. 15-26.
19. Маслоу А. Психология бытия. М.: «Рефл-бук»–К.: «Ваклер», 1997. 304 с.
20. Олпорт Г. Становление личности. М., 2002. 462 с.
21. Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудмэн П. Опыты психологии самопознания. М., 1993. 240 с.

22. Психология здоровья: Учебник для ВУЗов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Изд-во С-Петербургского университета, 2000. 504 с.

23. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 2001. 354 с.

24. Рудкевич Л.А., Рыбалко Е.Ф. Возрастная динамика самореализации творческой личности // Психологическое проблемы самореализации личности / Под ред. О.Г. Кукосяна. СПб: Изд-во СПбГУ. 504 с.

25. Сухомлинова Е. Н. Формирование ценностного отношения к здоровью у старших школьников: дисс. ... канд. психол. наук: Сочи, 2012. 197 с.

26. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95-121.

27. Шмойлова Н.А., Каширский Д.В. Ценностное отношение к здоровью и саморазвитие личности // Психология и психотехника. 2020. № 1. С. 10 - 20.

REFERECES

1. Abul'hanova-Slavskaia K.A. Strategija zhizni. M.: Mysl', 1991. 299 s.

2. Alekseeva V.G. Cennostnye orientacii kak faktor zhiznedejatel'nosti i razvitiia lichnosti // Psihologicheskij zhurnal. 1984. № 5. T. 5. S. 63-70.

3. Belinskaja T.V. Psihologicheskie sostavljajushhie razvitiia cennostnogo otnoshenija k zdorov'ju u studentov pedagogicheskogo vuza: avtoreferat ... kand. psihol. nauk. Kaluga, 2005. 23 s.

4. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti. M.: Mysl', 1988. 301 s.

5. Vasiljuk F.E. Psihotehnika vybora // Psihologija s chelovecheskim licom: gumanisticheskaja perspektiva v postsovetsoj psihologii / Pod red. D.A. Leont'eva, V.G. Shhur. M.: Smysl, 1997. S. 284-314.

6. Vasiljuk F.E. Struktura obraza // Voprosy psihologii. 1993. № 5. S. 5-19.

7. Vygotskij L.S. Problema razvitiia i raspada vysshih psihicheskikh funkcij // Problemy defektologii. M.: Smysl, 1995. S. 404-418.

8. Gozman L.Ja., Kroz M.V., Latinskaja M.V. Samoaktualizacionnyj test. M.: RPA, 1995. – 52 s.

9. Danilova M.V., Rykman L.V. Psihojemocional'noe blagopoluchie i osobennosti samorazvitiia podrostkov s raznym semejnym statusom // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2018. Tom 23. № 5. S. 40–50.

10. Ivanova M.G., Portnova A.G. Zdorov'e kak predmet issledovanija v psihologii // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2006. № 3. S. 99–102.

11. Kashirskij D.V. Psihologija lichnostnyh cennostej: diss. ... d-ra psihol. nauk. M., 2014. 550 с.

12. Kashirskij D.V., Sabel'nikova N.V. Cennost' zdorov'ja v fokuse psihologicheskogo analiza // Vestnik psihologii i pedagogiki Altajskogo gosudarstvennogo universiteta. 2018. №2. S. 19-24.

13. Kashirskij D.V., Shmojlova N.A. Zdorov'e v sisteme cennostej samoaktualizirujushhejsja lichnosti // Lichnost' kak predmet klassicheskoj i neklassicheskoj psihologii: XIII mezhd. chtenija pamjati L.S. Vygotskogo (Moskva, 13-17 nojabrja 2012 g.) / pod red. V.T. Kudrjavceva: T. 1. M.: RGGU, 2012. S. 18-23.

14. Koval' N.A. Duhovnost' v sisteme professional'nogo stanovlenija specialista:

dis. ... d-ra psihol. nauk: M., 1997. 464 c.

15. Leont'ev A.N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. M.: Politizdat, 1977. 303 s.

16. Leont'ev D.A., Osin E.N., Dosumova S.Sh., Rzaeva F.R., Bobrov V.V. Perezhivaniya v uchebnoj dejatel'nosti i ih svyaz' s psihologicheskim blagopoluchiem // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2018. T. 23. № 6. S. 55–66.

17. Leont'ev D.A. Psihologija smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj real'nosti. M.: Smysl, 2003. 487 s.

18. Leont'ev D.A. Cennost' kak mezhdisciplinarnoe ponjatie: opyt mnogomernoj rekonstrukcii // Voprosy filosofii. 1996. № 3. S. 15-26.

19. Maslou A. Psihologija bytija. M.: «Refl-buk»–K.: «Vakler», 1997. 304 s.

20. Olport G. Stanovlenie lichnosti. M., 2002. 462 s.

21. Perlz F., Hefferlin R., Gudmjen P. Opyty psihologii samopoznaniya. M., 1993. 240 s.

22. Psihologija zdorov'ja: Uchebnik dlja VUZov / Pod red. G.S. Nikiforova. – SPb.: Izd-vo S-Peterburgskogo universiteta, 2000. 504 s.

23. Rodzhers K. Vzglyad na psihoterapiju. Stanovlenie cheloveka. M., 2001. 354 s.

24. Rudkevich L.A., Rybalko E.F. Vozrastnaja dinamika samorealizacii tvorcheskoj lichnosti // Psihologicheskoe problemy samorealizacii lichnosti / Pod red. O.G. Kukosjana. SPb: Izd-vo SPbGU. 504 s.

25. Suhomlinova E. N. Formirovanie cennostnogo otnoshenija k zdorov'ju u starshih shkol'nikov: diss. ... kand. psihol. nauk: Sochi, 2012. 197 s.

26. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psihologicheskoe blagopoluchie lichnosti // Psihologicheskaja diagnostika. 2005. № 3. S. 95-121.

27. Shmojlova N.A., Kashirskij D.V. Cennostnoe otnoshenie k zdorov'ju i samorazvitie lichnosti // Psihologija i psihotekhnika. 2020. № 1. S. 10 - 20.

N.A. Shmojlova

FORMATION OF A VALUE ATTITUDE TO HEALTH: PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT

Altai State Pedagogical University (Barnaul).

Summary. the results of a psychological and pedagogical experiment aimed at forming a value attitude to health among Lyceum students are presented. It is shown that three structural components of the health value in the minds of the individual – meaning, subjective meaning and sense of the fabric, increases the importance of health in the value system of pupils, contributes to the fact that the value attitude to health is becoming an effective regulator of behavior and activity of the subject. The developed program for the formation of a value attitude to health can be used in educational institutions of any type that aim to form a value attitude to personal health.

Keywords: value attitude to health, psychological structure of consciousness, meaning, sense, sensory tissue.

ОСВОЕНИЕ ПРОЕКТНОЙ КУЛЬТУРЫ УЧАЩИМИСЯ КАК МЕХАНИЗМ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЦИФРОВОМ ОБЩЕСТВЕ¹

ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования» (Москва).

Резюме. В статье описаны возможности организации и сопровождения проектной и исследовательской работы школьников в дистанционном режиме на примере работы образовательного интернет-ресурса «School-projects.ru». Разработка дистанционных форматов обеспечения рефлексии, коммуникации и кооперации между детьми, родителями, учителями, экспертами и профессионалами в различных областях позволяет в виртуальном пространстве построить условия для складывания детско-взрослой образовательной общности как принципиального условия развития ребенка и социализации без угроз для его психологического здоровья. Инструментами такого рода образовательной практики являются: проектная мастерская; банк проектов учащихся разных ступеней по различным тематическим направлениям; форма дистанционного консультирования учащихся и родителей в ходе реализации проекта; проведение конкурса проектных работ в дистанционной форме как способ организации коммуникации учащегося с экспертным сообществом; организация сетевых направлений проектной работы.

Ключевые слова: социализация детей и подростков, проектная культура, цифровое общество, рефлексия, коммуникация, ученическое проектирование, детско-взрослая общность, экспертиза, дистанционная форма, образовательный интернет-ресурс, сетевой проект.

Сегодня ученическое проектирование – это особая, по сути своей инновационная образовательная технология, с помощью которой можно решать сложнейшие задачи развития детей. Самый общий антропологический смысл освоения проектной культуры можно обозначить как обретение способности к построению пространства для своей уникальной собственной деятельности. Освоение проектной культуры является важнейшим механизмом социализации, позволяющим подрастающему поколению входить в современную социальную жизнь с минимальным риском для психологического здоровья современного человека.

В эпоху развития цифровой экономики, виртуальной реальности, сетевых пространств появляются совершенно новые возможности для реализации именно собственного дела. Соответственно возрастает значение статуса «субъекта собственной деятельности», а также нравственно-этических оснований разворачивания его активности. Поясним. Если становление субъекта собственных

¹Материал подготовлен в рамках госзадания ФГБНУ «ИИДСВ РАО» по проекту №073-00032-20-00 «Разработка современной концепции комплексной профилактики агрессивного поведения в образовательной среде и ее научно-методическое обеспечение, организация деятельности психологической службы, включая апробацию и подготовку к внедрению».

действий является значимым результатом индивидуального развития и обеспечивает эффективность процессов социализации (понимаемых как способность встраиваться в существующую систему производственных и социальных отношений), то становление субъекта собственной деятельности – это совершенно иной уровень индивидуального развития, влияющий на социокультурные процессы. Ядром такого становления оказываются прежде всего процессы воспитания. В то же время исследования И.В. Габер, С.А. Игумнова, показывают [1, 5], что стихийный характер вхождения современного ребенка в цифровое пространство означает не столько его социализацию и кажущуюся самостоятельность, сколько риски для психологического (ценностные дезориентации) и психического (формирование зависимостей, асоциального поведения, нарушений эмоциональной сферы) здоровья.

В ходе освоения проектной деятельности были выделены основные линии развития человека: личностная позиция, субъектность и рефлексивность [3, 4, 8]. В этом плане вхождение в коллективную проектную деятельность, разработка собственных проектов, реализация или участие в масштабных культурно-образовательных проектах – все это является ресурсом для процессов воспитания и социализации. Другими словами, в образовательном процессе важно, чтобы у ребенка не только складывались представления о добре и зле, о нормах поведения, формировалась позитивная перспектива, но также чрезвычайно важно, чтобы уже в ходе проектирования ребенок активно включался в процессы изменения себя и окружающего мира.

Более чем 20-летний опыт организации ученического проектирования показал, что базовым условием его эффективной организации является детско-взрослая образовательная общность [2, 3, 6, 7, 8]. Основными ее участниками являются: ребенок, его сверстники, педагоги, родители, ученые, эксперты и специалисты из разных областей. Отметим, что пространство жизни такой общности нельзя свести к классно-урочной системе. Поэтому важной задачей развития ресурса освоения проектной деятельности являлось формирование детско-взрослого сообщества, в том числе и на основе современных информационных технологий.

Поясним данный тезис. Во-первых, проектная работа является синтезом движения сразу в нескольких направлениях. Первое направление – это анализ проблемы, которая решается в проекте, разработка замысла, программирование и сценарирование, развитие ситуации и так далее. Второе направление – это план действий по практической реализации проекта. Здесь важно, с одной стороны, сформировать особые умения, позволяющие ребенку создать конкретный продукт, с другой – сформировать команду единомышленников, которые вместе двигаются для достижения цели проекта. Третье направление – это способ связи промышливания с практической реализацией. Здесь основным инструментом является рефлексивная коммуникация по отношению к тому, что промышливается и что реально удастся сделать.

В наших исследованиях [3, 7, 8] было установлено, что от того, каким образом организован этот уровень, зависят глубина и степень освоения проектной культуры учащимся. Именно на этом уровне наиболее востребованы позиции

педагога, знающего взрослого, эксперта, поскольку в ходе рефлексивных дискуссий могут быть выявлены основные помехи и затруднения проектной работы учащихся.

Во-вторых, общее движение в ходе проектной деятельности можно представить в следующей логике: «анализ проблемы – построение замысла – организация работы – получение продуктов проектной деятельности – использование данных продуктов в образовательном и социокультурном контексте – рефлексия». Отметим, что рефлексия является сквозным процессом, то есть рефлексивный анализ проводится на каждом этапе движения проекта, а также по отношению к проектной деятельности в целом. Такая логика позволяет ребенку увидеть то, как благодаря его работе изменяется социальная ситуация. Соответственно, работа на каждом этапе связана с тем, как ребенок понимает то, что необходимо сделать; насколько у него сформированы способности для реализации отдельных интеллектуальных и практических действий, какими ресурсами он обладает. Последнее связано с тем, что, привлекая друзей и сверстников к своему проекту, он имеет возможность получить более масштабные и значимые результаты. Например, экологическая инициатива одного ребенка по сбору батареек даст гораздо больший результат, если к проекту будет привлечен весь класс.

Сформулированные выше теоретические и методические идеи были положены авторами в основу разработки образовательного интернет-ресурса «Школьные-проекты.рф» (<https://school-projects.ru/>) [7]. Модель построения дистанционной системы освоения проектной культуры учащимися включает следующие основные элементы.

1. Проектная мастерская.
2. Банк проектов учащихся разных ступеней по различным тематическим направлениям.
3. Форма дистанционного консультирования учащихся и родителей в ходе реализации проекта.
4. Проведение конкурса проектных работ в дистанционной форме как способ организации коммуникации учащегося с экспертным сообществом (дистанционная экспертиза разработок).
5. Организация сетевых направлений проектной работы.

Кратко опишем, как работает каждый элемент инфраструктуры при дистанционной организации ученического проектирования.

1. Проектная мастерская.

Проектная мастерская – по сути это комплекс, который предусматривает возможность интерактивной связи и поддержки ребенка. Ее стержнем является краткая рабочая тетрадь для учащегося, в которой представлено, что необходимо сделать в ходе каждого этапа проекта. Устройство рабочей тетради предполагает индивидуальную самонастройку. Можно выбрать уровень сложности разработки проекта. Так, в мастерской представлены уровни: начальный, развивающий, системный, стратегический, прорывной. Для каждого уровня разработаны страницы: «Начало проекта», «Замысел проекта», «Реализация проекта», «Результаты проекта», «Рефлексия проекта».

Учащийся в ходе работы над проектом индивидуально или вместе с роди-

телем может разобрать вопросы и комментарии к организации работы на данном этапе и, соответственно, сформулировать свои представления. На каждой странице предусмотрена кнопка помощи, нажав которую, учащийся может сформулировать вопрос относительно проблемы, с которой он столкнулся, и адресовать его педагогу или эксперту, помогающему ему в проекте. На странице можно выстроить рефлексию прохождения учащимся каждого этапа. Размышления над этапом и сформулированные учащимся предложения фиксируются как его история работы на данной странице и могут использоваться для его дальнейшего анализа своего хода движения: первые идеи, с чего начиналось размышление, - как развивалось и чем завершилось понимание прохождения этого этапа. На странице также предусмотрена возможность для комментария эксперта или педагога, который курирует данную проектную работу и помогает учащемуся.

На этапе формирования команды проекта разработчик может включить в состав команды своих сверстников или значимых взрослых, которые будут иметь доступ к разрабатываемым материалам по каждому этапу, а также смогут написать свои предложения и комментарии по прохождению конкретного этапа.

2. Банк проектов учащихся разных ступеней по различным тематическим направлениям.

Данный инфраструктурный элемент дистанционного освоения проектной деятельности представлен архивом работ Всероссийского конкурса проектных и исследовательских работ учащихся «Горизонты открытий» с 2014 г. по 2020 г. Конкурс проводится на портале «Школьные-проекты.рф» с 2014 г., и все шаги дистанционного этапа – подача и модерация заявок, экспертиза работ, публикация результатов – проводятся также с помощью указанного ресурса.

Архив конкурса является важным методическим инструментом, поскольку учащийся может посмотреть работы за период последних 6 лет, которые были созданы в той же области. Такой анализ позволяет, с одной стороны, посмотреть на технологические решения, которые уже были представлены, с другой – дает возможность сформулировать, какой аспект проблемы не был решен, и в проектной или исследовательской работе будет осуществлена попытка его решения. Тем самым, учащийся попадает в культурное пространство, в котором уже предпринимались попытки решения данной проблемы на уровне школьных проектных и исследовательских работ. Особую роль этот банк играет для развивающего уровня проектирования, поскольку позволяет сравнить свою работу с работами сверстников и старших ровесников как перспективой развития своего собственного проекта или исследования.

Если учащийся вел работу над проектом не один год и принимал участие в конкурсах, то это позволяет ему рефлексивно проанализировать его движение в целом за несколько лет и зафиксировать шаги своего собственного развития.

Например, движение одной из участниц было следующим. В первый год участвуя в конкурсе «Горизонты открытий», она представила работу по теме «Красота Карельского полуострова». Во второй год работа была связана с исследованием петроглифов на Карельском полуострове. На третий год – обсуждался проект разведения ценных пород рыбы в фермерском хозяйстве на Ка-

рельском полуострове. Очевидно, что здесь выстраивается движение от фиксации и описания внешней красоты природы Карелии к развитию исследовательской позиции учащегося и ее дальнейшее развитие в ходе соучастия в предпринимательском проекте.

К работе с банком проектов успешно могут присоединиться родители, помогая ребенку найти позитивные ходы реализации собственного проекта на основе представленных работ.

3. Форма дистанционного консультирования учащихся и родителей в ходе реализации проекта.

Конкретная работа ребенка в пространстве собственного размышления и практической реализации проекта часто приводит к ситуациям, которые для него могут казаться неразрешимыми. В этом смысле дистанционное консультирование – это возможность организации рефлексивной работы как по пониманию того, что хочет сделать ребенок, так и экспертизе имеющихся у него средств и способов организации практической работы. Другими словами, основная задача дистанционного консультирования – это помочь ребенку сформировать средства понимания, а также помочь в освоении средств практической реализации, где ребенку могут быть объяснены отдельные тонкости конкретных действий. Например, вырезания, склеивания, видеомонтажа, анкетирования и так далее.

4. Проведение конкурса проектных работ в дистанционной форме как способ организации коммуникации учащегося с экспертным сообществом (дистанционная экспертиза разработок).

Замысел конкурса проектных и исследовательских работ «Горизонты открытий» позволяет учащемуся понять и представить свою работу в более широком социокультурном контексте. Важным элементом конкурса являются критерии оценки проектных и исследовательских работ, с которыми учащийся может познакомиться вместе со своими родителями, педагогами и научными консультантами. Знакомство с критериями формирует особый тип средств самоанализа собственной деятельности. Так, например, по критерию «Анализ проблемы» у учащегося формируется представление о том, что существует формальное или общепринятое обозначение проблемы (например, «проблема экологии», «проблема здоровья»). Однако в конкретной ситуации разработки своего собственного проекта ребенок должен увидеть, как эта проблема затрагивает его ближайшее окружение и его лично, и перейти от фиксации проблемы к формированию своего собственного личностного и деятельностного отношения к проблеме: что я могу сделать? какую часть проблемы я могу решить? за что я возьму ответственность? Такое движение от формально-назывного к личностно-ответственному и деятельностному отношению по сути дела приоткрывает для ребенка горизонт его участия в решении многих социокультурных проблем современного общества [2].

Отметим также, что масштаб работы и результатов, направленных на решение проблемы, будет зависеть от того, насколько учащимся удастся сорганизоваться со сверстниками и взрослыми.

Другим существенным элементом конкурса является возможность представить себя и свое дело (свой проект), в первую очередь, широкому кругу

сверстников и попытаться найти среди них единомышленников. В очном режиме данная процедура реализуется с помощью стендовой выставки, в ходе которой учащиеся делают доклад перед своими ровесниками. В дистанционном режиме такой формой выступает видеоконференция на платформе «Zoom» (или любом другом удобном ресурсе), большое значение в которой имеет организация вопросов на понимание, которые сверстники разработчику могут задать, а квалифицированные эксперты прокомментировать смысл задаваемых вопросов в контексте проделанной работы.

Отметим еще одно достоинство дистанционной формы конкурса. Как правило, в традиционных конкурсах проектных работ эксперты выбирают лучшую работу, но не имеют возможности дать развернутый комментарий для каждого участника. Такие развернутые комментарии с вопросами и ответами в очных форматах, как правило, невозможны, поскольку это существенно увеличивает время заслушивания выступлений участников очных туров. Содержательный разговор с экспертами должен длиться не менее 20-30 минут. В этом случае, учащийся получает не столько оценку своей работы, сколько объемное ее понимание и перспективу дальнейшего развития. В дистанционной форме у экспертов есть возможность сформулировать свои экспертные комментарии, которые направлены как на оценку самой работы, так и на возможности ее поддержки, то есть комментарии для педагогов, научных руководителей и родителей, которые сопровождают проектную деятельность учащегося.

В рамках конкурса «Горизонты открытий» на дистанционном этапе участник получает комментарий от трех независимых экспертов, а также имеет возможность в дистанционной форме подать апелляцию, дополнительно обосновав или раскрыв ключевые идеи своей работы. На основе поданной апелляции работа получает дополнительную экспертизу от участников апелляционной комиссии.

5. Организация сетевых направлений проектной работы.

Следующим важным элементом конкурса является организация дистанционной работы учащихся по формированию сетевого направления проектной и исследовательской работы.

Способ формирования сетевого направления связан с тем, чтобы построить общую целостную рамку, в которой отдельные работы учащихся начинают играть значимую роль либо как образцы, которые могут быть распространены и использованы другими участниками, либо как значимые элементы целостной работы (например, если речь идет о мониторинге экологической ситуации в различных регионах). В рамках конкурса формируются рабочие группы, которые в ходе командной работы подготавливают сообщения о сетевом направлении, представляют его в формате видеоконференции широкому сообществу участников конференции, в которое входят дети, родители, учителя, эксперты из различных областей. В дальнейшем на портале «Школьные-проекты.рф» формируется страница сетевых направлений, где размещаются как уже представленные на конкурсе работы, так и работы, которые могут быть сделаны в течение всего учебного года. Разработчики сетевых проектов в рамках «Проектной мастерской» или с использованием любых социальных сетей могут сформировать группы и обсуждать в них идеи, инициативы и ход реализации

сетевого направления.

За период проведения Всероссийского конкурса проектных и исследовательских работ учащихся «Горизонты открытий» на портале «Школьные-проекты.рф» с 2014 по 2020 гг. в нем приняло участие 1948 работ учащихся 1-11 классов, то есть в среднем по 278 работ в год. Отметим, что участников при этом гораздо больше, поскольку ежегодно половина работ, поданных на конкурс, выполнена коллективами.

География конкурса - Москва, Санкт-Петербург, Архангельская, Брянская, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Волгоградская, Иркутская, Калининградская, Калужская, Курская, Ленинградская, Липецкая, Магаданская, Московская, Муромская, Новосибирская, Омская, Пензенская, Смоленская, Тульская, Тюменская, Ярославская области, Краснодарский край, Красноярский край, Пермский край, Ставропольский край, Республика Крым, Республика Башкортостан, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Республика Саха (Якутия), Республика Хакасия, а также Могилевская область Республики Беларусь. Экспертами конкурса ежегодно являются 30-50 специалистов – педагоги высшей категории, подготовившие победителей всероссийских конкурсов проектных и исследовательских работ и предметных олимпиад, преподаватели вузов, сотрудники Российской академии образования, доктора и кандидаты наук, предприниматели.

Тематические секции, в которые подают работы участники Всероссийского конкурса проектных и исследовательских работ учащихся «Горизонты открытий», следующие.

1–4 классы.

1.«О мужестве, о доблести, о славе...» (работы военной и патриотической направленности).

2.«Хочу всё знать» (работы из разных областей знаний).

3.«Культурное наследие России» (работы по истории, литературе, искусству, традициям народов России, декоративно-прикладному творчеству).

4.«Если хочешь быть здоров...» (работы по экологии, здоровому образу жизни, спортивным увлечениям и лучшим традициям отечественного спорта).

5. «Изобретаем и моделируем» (техническое творчество, конструирование, макеты и модели, изобретательские идеи, новые игры).

6. Теле-радио-мультимедиа (школьные телевизионные проекты, проекты радиопередач, мультимедийные проекты).

5–11 классы

1.«Гуманитарные проекты: «Память сердца» (исследования в области истории, проекты военной и патриотической направленности).

2.«Гуманитарные проекты: «Человек и мир» (философия, искусство, культурология, психология)

3.Гуманитарные проекты: «Как слово наше отзовется...» (проектные и исследовательские работы в области литературоведения, лингвистики и журналистики).

4.Гуманитарные проекты: «Красота спасет мир» (прикладные художественные, музыкальные, театральные, дизайнерские и другие арт-проекты).

5. «Перекрестки поликультурного мира» (работы различной направленности).

сти на иностранных языках; принимаются работы на английском, немецком, французском, итальянском языках).

6.«Чтения имени С.А. Калабалина: «Социальные проекты «Мы – дети России» (проектные работы, направленные на улучшение жизни детей и взрослых).

7.«Проектируем здоровую среду: «Школа – территория здоровья» (спорт, здоровый образ жизни, медицина, экология).

8.«Чтения имени А.А. Леманского: «На пути к великим открытиям» (проектные и исследовательские работы физико-математической и естественнонаучной направленности).

9.«Чтения имени А.А. Леманского: «Гениальный конструктор» (технические проекты и изобретения, тренажеры, игры и программы).

10. «Теле-радио-мультимедиа» (школьные телевизионные проекты, проекты радиопередач, мультимедийные проекты).

Тематические направления сетевых проектов, формирующихся в ходе очного тура Всероссийского конкурса проектных и исследовательских работ учащихся «Горизонты открытий» и продолжающиеся на портале «Школьные-проекты.рф», следующие:

«Мы в ответе за окружающий мир» - экологическая инициатива»;

«Космическая перспектива» - техническое творчество»;

«Здоровье – стратегический потенциал страны»;

«Социальные проекты - делаем жизнь лучше»;

«Школьная академия искусств – эстетика будущего: арт-проекты»;

«Сетевой альманах «Читающая Россия»;

«Культурное и природное наследие - разрабатываем маршруты»;

«История – гуманитарный проект: портреты эпохи».

Проектная деятельность по своей сути является развитой формой рефлексивной деятельности. В своих различных формах она предусматривает достаточно широкий спектр рефлексивных режимов работы. Это и анализ проблемной ситуации, и анализ средств и способов, которые освоены и используются в практической деятельности, это и рефлексия оснований своего целеполагания, а также мощный пласт анализа получаемых результатов, образовательных и социокультурных последствий. Другими словами, участие в проектной деятельности и ее освоение – это своего рода «просаливание» рефлексивностью. Рефлексивные режимы работы в проекте обеспечивают связь между планом идеальных представлений ученика и планом практической реализацией деятельности.

Как любая деятельность, проектная деятельность предполагает волевое усилие человека, его концентрацию и самоорганизацию для достижения желаемых результатов. При этом эффективность деятельности всегда зависит от того количества ресурсов, которые в ней задействуются. Таким образом, освоение проектирования всегда связано с освоением способов кооперации с другими людьми. Данная ситуация предполагает, что необходимо осваивать эффективные способы коммуникации с другими, соорганизации и кооперации. Тем самым даже в простейших формах проектной работы развивается установка на сотрудничество, чрезвычайно значимая для процессов социализации. Важно отметить при этом, что в отличие от искусственной ситуации психологического

тренинга в данном случае развитие сотрудничества и коммуникации идет в ходе реальной целенаправленной работы над проектом, решением конкретной практической проблемы.

В этой связи, разработка дистанционных форматов обеспечения рефлексии, коммуникации и кооперации между детьми, родителями, учителями, экспертами и профессионалами в различных областях позволяет в виртуальном пространстве построить условия для складывания детско-взрослой образовательной общности как принципиального условия развития ребенка. Тем не менее подчеркнем, что полноценный образовательный процесс должен предусматривать возможность очной встречи и общения участников.

ЛИТЕРАТУРА

1.Габер И.В., Зарецкий В.В. Методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019.(19). № 2. С. 121-131.

2.Зарецкий В.В. Подходы к экспертизе социальных проектов, включая социальную рекламу, направленную на пропаганду здорового образа жизни и профилактику аддиктивного поведения // Профилактика зависимостей. Учебно-методический электронный журнал. 2017. № 2 (10). С. 158-164.

3.Зверев С.М., Рябцев В.К., Ряшина В.В. Антропологическое прочтение проектной деятельности // Преподаватель – XXI век. 2017. № 4 (2). С. 48-59.

4.Исаев Е.И., Слободчиков В.И. Основы психологической антропологии. Т. 1. «Психология человека. Введение в психологию субъективности». Т. 2. «Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе». Т. 3. «Психология образования человека. Становление субъектности в образовательных процессах». М.: Изд. ПСТГУ, 2013.

5.Игумнов С.А., Зарецкий В.В., Шамарова Е.Ю. Виртуальная среда и социальные сети как фактор влияния на аутодеструктивное поведение подростков и молодежи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 3. С. 116-128.

6.Ряшина В.В. Подготовка экспертов для конкурсов проектных, исследовательских и творческих работ учащихся // Профилактика зависимостей. Учебно-методический электронный журнал. 2016. № 4. С. 159-168.

7.Рябцев В.К., Ряшина В.В. Конкурс «Горизонты открытий-2017»: открывая себя, открывая другого, открывая новые перспективы развития нашей страны // Профилактика зависимостей. Учебно-методический электронный журнал. 2017. № 3 (11). С. 45-51.

8.Рябцев В.К., Ряшина В.В., Зверев С.М. Антропопрактика проектной деятельности как компонент воспитания в современной социокультурной ситуации // Социальная педагогика в России. 2019. № 3. С. 23-34.

REFERENCES

1.Gaber I.V., Zareckij V.V. Metodologicheskie i teoreticheskie osnovanija obespechenija psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'no-vospitatel'noj sredy. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019.(19). № 2. S. 121-131.

2.Zareckij V.V. Podhody k jekspertize social'nyh proektov, vkljuchaja social'nuju reklamu, napravlennuju na propagandu zdorovogo obraza zhizni i

profilaktiku addiktivnogo povedenija // Profilaktika zavisimostej. Uchebno-metodicheskij elektronnyj zhurnal. 2017. № 2 (10). S. 158-164.

3.Zverev S.M., Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Antropologicheskoe prochtenie proektnoj dejatel'nosti // Prepodavatel' – XXI vek. 2017. № 4 (2). S. 48-59.

4.Isaev E.I., Slobodchikov V.I. Osnovy psihologicheskoy antropologii. T. 1. «Psihologija cheloveka. Vvedenie v psihologiju sub#ektivnosti». T. 2. «Psihologija razvitija cheloveka. Razvitie sub#ektivnoj real'nosti v ontogeneze». T. 3. «Psihologija obrazovaniya cheloveka. Stanovlenie sub#ektivnosti v obrazovatel'nyh processah». M.: Izd. PSTGU, 2013.

5.Igumnov S.A., Zareckij V.V., Shamarova E.Ju. Virtual'naja sreda i social'nye seti kak faktor vlijaniya na autodestruktivnoe povedenie podrostkov i molodezhi // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 3. S. 116-128.

6.Rjashina V.V. Podgotovka jekspertov dlja konkursov proektnyh, issledovatel'skih i tvorcheskikh rabot uchashhihsja // Profilaktika zavisimostej. Uchebno-metodicheskij elektronnyj zhurnal. 2016. № 4. S. 159-168.

7.Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Konkurs «Gorizonty otkrytij-2017»: otkryvaja sebja, otkryvaja drugogo, otkryvaja novye perspektivy razvitija nashej strany // Profilaktika zavisimostej. Uchebno-metodicheskij elektronnyj zhurnal. 2017. № 3 (11). S. 45-51.

8.Rjabcev V.K., Rjashina V.V., Zverev S.M. Antropopraktika proektnoj dejatel'nosti kak komponent vospitaniya v sovremennoj sociokul'turnoj situacii // Social'naja pedagogika v Rossii. 2019. № 3. S. 23-34.

V.V. Ryashina, V.K. Ryabtsev

THE EXPERIENCE OF WORKING-OUT AND IMPLEMENTING A MODEL OF PROJECT AND RESEARCH WORK OF SCHOOLCHILDREN IN REMOTE MODE

Institute of Study of Childhood, Family and Education of the Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. The article describes the possibilities of organizing and supporting project and research work of schoolchildren in remote mode on the example of the educational internet source «School-projects.ru». The development of remote formats for providing reflection, communication and cooperation between children, parents, teachers, experts and professionals in various fields allows one to build conditions in virtual space for the formation of a child-adult educational community as a fundamental condition for the development of a child. The tools of this kind of educational practice are: project workshop; bank of school projects in various thematic areas; remote consultation of schoolchildren and parents during the project implementation; competition of project works in remote form as a way of organizing communication between the participants and the expert community; organization of network areas of project work.

Keywords: reflection, communication, school projects, child-adult community, expertise, remote mode, educational internet source, network project.

Р.Ф.Гасанов¹, И.В. Макаров^{1,2}, Д.А. Емелина¹
ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ТИКОЗНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ
С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

¹НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, ²СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье обзорного характера проанализированы этиологические факторы, патогенетические механизмы тикозных расстройств и синдрома дефицита внимания. Высказана гипотеза о том, что в ряде случаев сопутствующие заболевания могут складываться в картину симптомокомплекса, в которой тикозные расстройства могут либо выступать в качестве одного из симптомов СДВГ (и тогда требуется прицельное исследование на предмет выделения особого подтипа расстройства), либо представляться одним из проявлений гиперкинетических расстройств, где импульсивность, дефицит внимания и гиперактивность необходимо относить к симптомам основного заболевания, а не считать сопутствующим.

Ключевые слова: тикозное расстройство, синдром Туретта, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, этиология, патогенез.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) считают одним из заболеваний, которое включает широкий спектр коморбидных состояний, выступающих на первый план по мере взросления ребенка и по мере ослабления, адаптации основных симптомов СДВГ занимающих все более и более ведущую роль в нарушении социальной адаптации. К одним из наиболее часто встречаемых коморбидных состояний при СДВГ относят тикозные расстройства (ТР) и синдром Туретта (СТ), иначе называемые гиперкинетическими.

Распространенность хронических тиков в детской популяции незначительно уступает распространенности СДВГ. Так, если СДВГ обнаруживается в 5–12% у детского населения [47], хронические тики встречаются у 3–4% населения [57]. В России на примере Московского региона тики диагностируются у 6% детей, СТ у 0,1% [3]. А СДВГ при ТР диагностируется у 20–50% пациентов, при СТ еще у 79% [61].

Этиология. Как генетические, так и резидуально-органические (в иностранной литературе «экологические») факторы играют роль в этиологии СДВГ. Среди этиологических факторов обоих расстройств некоторыми авторами были выделены перинатальные вредности, где раннее воздействие неблагоприятных факторов во время беременности в большей степени связано с ТР, а воздействие на более поздней стадии, при рождении или в раннем неонатальном периоде связывают с развитием СДВГ [1, 5], в их числе прием алкоголя во время беременности, курение [40], недоношенность и низкий вес плода [27]. J.A. O'Rourke et al. [50], сообщая о более ранних исследованиях пациентов с коморбидностью СДВГ и ТР, отметили, что наблюдается увеличение частоты

СДВГ у родственников пробандов с ТР, связанное, вероятно, с повышенным наследственным риском. S.E. Stewart et al. [71] в свое исследование включили родственников четырех разных групп пациентов (сочетание СДВГ и СТ в сравнении с пациентами, страдающими только ТР и только СДВГ, сравнивая с группой здоровых) и обнаружили, что сопутствующие диагнозы СДВГ и ТР обнаруживались у родственников пациентов во всех случаях. Данное исследование явилось основанием для предположения, что существует повышенный генетический риск коморбидных СДВГ и СТ.

Большее количество исследований генетических предиктов ТР относится к СТ. Ранние исследования сегрегации предполагали аутосомно-доминантную передачу одного гена при СТ [51] и были сосредоточены либо на традиционном анализе сцепления, либо на картировании хромосомных нарушений [69]. Однако поздние исследования сегрегации предложили более сложную модель наследования, включающую множественные гены, и убедительно показали, что модель однородного единственного доминантного гена больше не работает [68]. Так, в ходе изучения вариантов, основанных на схеме «случай-контроль» в очень больших выборках, прежде представлявшееся многообещающим, в крупном исследовании GWAS (проект исследования больших ассоциаций генома), обнаружилось, что ни один локус не достиг порога значимости для всего генома [59]. Более того, сами факторы окружающей среды (такие как пре- и перинатальные вредности), взаимодействия генов с окружающей средой и вероятная генетическая гетерогенность усложняют задачу выявления этиологии СТ [25].

Бурное развитие геномных технологий, включая микроматричный хромосомный анализ и секвенирование следующего поколения, способствовало возобновлению интереса к изучению родословных семей с множественным влиянием для поиска редких вариантов больших эффектов, вариантов, которые не были бы отражены в исследованиях GWAS и фокусируются на малых эффектах общих однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) [68]. Микромассивы также использовались для изучения вариаций числа копий *de novo* (CNV) с использованием обоих родителей и пациента с СТ; выявление мутаций *de novo*, возможно лежащих в основе СТ. Эти исследования установили, что в развитии СТ участвуют гены, формирующие гистаминергические и серотонинергические пути биохимических преобразований [19, 45], а также гены, участвующие в стимулировании роста дендритов [31]. Таким образом, в настоящее время признано, что СТ, является результатом сложного и гетерогенного наследования, в котором значительная роль принадлежит факторам перинатального и раннего постнатального периода [25]. Риск развития и СДВГ, и ТР связан с ранним воздействием определенных неблагоприятных перинатальных состояний, и одновременное возникновение этих двух нарушений также предполагает общий генетический фон (табл. 1).

Патогенез. Структурно-морфологические аномалии. Объемные МРТ-исследования, используемые для выявления нейроанатомических (особенно подкорковых) изменений СТ, сильно различаются, включая изменения в базальных ганглиях (хвостатое ядро, путамен), коре и белом веществе мозга, а также в таламусе и мозжечке.

Генетические маркеры СДВГ и ТР, включая СТ

Генетические маркеры	СДВГ	ТР, СТ
Дофаминовая нейротрансмиссерная система	DRD4 , DRD5 , DAT1/SLC6A3 , DBH , DDC [84]	DRD4 [26], DRD2 [12, 37], DAT1/SLC6A3 [12, 83], DBH [12]
Норадренергическая нейротрансмиссерная система	NET1/SLC6A2 , ADRA2A , ADRA2C [84]	ADRA2A [82]
Серотониновая нейротрансмиссерная система	SLC6A4 , HTR1B , HTR2A , TPH2 [84]	HTR1A [36], HTR2C [13], SLC6A4 , 5-HTTLPR [45], TPH2 [44]
Факторы нейрональной пластичности	SNAP25 , BDNF , NGF , NTF3 , NTF4/5 , GDNF [84], IMMP2L [18], SLITRK1 [31]	SLITRK1 [32], IMMP2L [52]

В базальных ганглиях, образующих дорзальный стриатум, а именно в путамен и хвостом ядре, во многих исследованиях обнаружены структурно-морфологические изменения у детей с БР. В 2003 г. B.S. Peterson et al. [54] выявили умеренное уменьшение объема базальных ганглиев в группе из 150 пациентов с ТС. В исследовании близнецов обнаружено снижение объема правой части хвостатого ядра [28], а продольным исследованием было продемонстрировано, что объем хвостатого ядра в детстве изменялся обратно пропорционально тяжести тика в зрелом возрасте [11]. Напротив, исследование, использующее более строгие критерии исключения, не продемонстрировало каких-либо изменений объема хвостатого ядра, но выявило увеличение объема путамен с двух сторон у мальчиков с СТ [58]. Этот результат был также подтвержден с использованием метода воксель-базированной морфометрии [33]. Сообщалось об асимметрии путамен без каких-либо изменений в абсолютных объемах, но результаты были неоднозначными и, возможно, зависели от пола [64]. Методом диффузионной тензорной визуализации (DTI) в некоторых работах были выявлены микроструктурные изменения в путамен по сравнению со здоровыми обследуемыми [38]. В дальнейшем была выявлена корреляция между параметрами диффузии и тяжестью тика у пациентов с СТ [48]. У пациентов с СДВГ также была обнаружена достоверная асимметрия базальных ганглиев в сторону снижения объема справа [73]. Представляет интерес исследование H.S. Singer et al. [64], в котором МРТ-исследование базальных ганглиев и боковых желудочков проводилось у детей с ТР и СДВГ, как в сочетании, так и отдельными нозологическими группами. Авторы обнаружили, что в группе детей с СДВГ в условиях коморбидности с СТ отмечалось достоверное снижение объема левой части хвостатого ядра.

У детей с ТР отмечают изменения в префронтальных и теменно-затылочные областях [53], в нижней лобной, сенсомоторной и передней поясной извилинах [46], в правой лобной области [20] и в глубоком левом фронтальном белом веществе [35]. E.R. Sowell et al. [66] обнаружили истончение коркового вещества в лобных и теменных долях, особенно в сенсомоторной коре, подчеркнув, что степень ис-

тончения коррелирует с тяжестью тика. В исследовании у взрослых с СТ способность сдерживать тиковые проявления коррелировала с увеличением сенсомоторного объема коры [15]. А в исследовании Y. Worbe et al. [81], оценивающем подгруппы пациентов с ТР (пациенты с простыми тиками, сложными тиками и обсессивно-компульсивными симптомами), обнаружена корреляция между локализацией кортикального истончения и клиническими симптомами.

В одном обширном исследовании, где анализировалось 159 структурных изображений МРТ детей с СДВГ из общедоступного набора данных MRI ADHD-200, предприняли попытку выделения наиболее общих морфологических изменений для данной группы пациентов с разделением их на подгруппы, включая невнимательный подтип СДВГ и смешанный [56]. Особенности, характерные для каждого подтипа СДВГ, авторам исследования не удалось выявить, хотя для большинства случаев были отмечены изменения в лобной доле: изменения площади поверхности верхней лобной доли и средней площади поверхности всего коркового вещества. В предыдущем исследовании сообщалось, что у детей с СДВГ отмечалось замедление созревания коры в среднем на 3 года по сравнению со здоровыми сверстниками [16]. Так S.M. Wolosin et al. [79] пишут о снижении общего объема мозга и общего объема коры более чем на 7% и 8% соответственно, где уменьшение объема наблюдалось по всей коре со значительным уменьшением всех четырех долей с двух сторон. И прежде всего исследователи выделяют уменьшение префронтальных и прецентральных областей коры при СДВГ [75].

Кроме того, были обнаружены объемные изменения в мозолистом теле у больных с ТР, свидетельствующие о нарушении межполушарных связей, структурные и функциональные изменения связей между левой и правой областями двигательной коры [55]. Эти данные согласуются с исследованием S.R. Jackson et al. [30], которое методом диффузно-взвешенной визуализации выявило микроструктурные изменения в мозолистом теле и в белом веществе мозга. Методы нейровизуализации также позволили обнаружить структурно-морфологические особенности мозолистого тела у детей и подростков с СДВГ. В частности, S. Schnoebelen, M. Semrud-Clikeman, S.R. Pliszka [60] в большой выборке из 280 человек установили, что симптомы СДВГ коррелируют с толщиной мозолистого тела. Анатомические аномалии мозолистого тела у детей с СДВГ выявлялись и ранее, в том числе и в тех случаях, когда СДВГ сочетается с ТР [9].

Исследования морфологических особенностей таламических структур дали противоречивые результаты: в одном исследовании у мальчиков с СТ было обнаружено увеличение левого гемиталамуса [37], во втором - было показано двустороннее снижение объема, а также микроструктурные изменения, основанные на изменениях фракционной анизотропии с использованием DTI [38]. Еще одно исследование, в котором использовалась методика автоматической вычислительной анатомии, не показало различий в размере таламуса между небольшой группой пациентов с СТ и здоровыми [76]. Изменения таламуса выявлялись и у детей с СДВГ. Примечательно одно исследование, в котором обнаружена связь аномалии таламических структур с клиническими признаками СДВГ: незначительные региональные изменения в правой боковой и левой задней таламических поверхностях коррелировали с выраженной гиперактивностью, тогда как

обширные региональные изменения в правой медиальной поверхности таламуса были связаны с невнимательностью [29].

Исходя из роли дофамина и известных изменений структуры мозга при ТР, было постулировано, что в большей степени именно средний мозг и периаквадуктальное серое вещество могут быть вовлечены в патогенез СТ [14]. Эта гипотеза подтверждается морфометрией на основе вокселей [21], демонстрирующей увеличение серого вещества среднего мозга у взрослых пациентов с СТ по сравнению с контрольной группой (табл. 2).

Таблица 2.

Основные области головного мозга, вовлеченные в патогенез тикозных расстройств и синдрома дефицита внимания

Области головного мозга	ТР	СДВГ
Nuclei basales	[28, 33, 38, 54, 58, 64]	[73, 64]
Cortex prefrontalis	[53]	[75]
Lobus frontalis	[20, 35, 66]	[75]
Lobus parietalis, Regio occipitalis	[53, 66]	
Gyrus frontalis inferior	[46]	[56]
Primary somatosensory cortex	[15, 46, 66]	
Cortex cingularis anterior	[46]	
Corpus callosum	[9, 55]	[9, 30, 60]
Thalamus	[37, 38]	[29]

Патогенетические модели дисфункции головного мозга. Патогенетическая модель формирования тикозного гиперкинеза в целом и СТ в частности впервые была представлена H.S. Singer и K. Harris в 2006 г. [62]. В центре модели описывается дисфункция кортико-стриально-таламо-кортикальных функциональных контуров, где формирование гиперкинеза в исследованиях выглядит следующим образом. За секунды до появления тика осуществляется активизация в дополнительной моторной области (часть сенсомоторной коры, лежащая по обе стороны от центральной борозды), первичной вентральной моторной и первичной сенсомоторной коре, а также в парietальном оперкулум и передней поясной извилине. Затем следует активизация передней поясной извилины, путамен, инсулы, миндалин мозга, мозжечка и экстрастриатно-зрительной коры. И, далее, в момент реализации тикозного гиперкинеза активизируются таламус, центральный оперкулум, первичная двигательная, соматосенсорная кора, а также мозжечок [49].

Цепи, связанные с префронтальной корой, реализующие состояние дисфункции при СДВГ, включают в себя те же области головного мозга, что и при формировании гиперкинезов: дорсальные фронто-стриатальные, орбито-фронто-стриатальные (раньше были «стриальные») и лобно-мозжечковые контуры. Дорсальную лобно-стриатальную (то же самое) схему связывают с когнитивным контролем, орбито-фронто-стриатальные функциональные контуры - с обработкой системы вознаграждения исполнительных функций, а фронто-мозжечковые контуры вовлечены в формирование периода моторного выполнения двигательного акта (также как при гиперкинезе). Нейробиологическая дисфункция любой из

этих цепей может привести к появлению симптомов СДВГ из-за нарушения поведенческого контроля в результате дефицитарности функций в самой префронтальной коры либо дисфункции функциональных цепей, передающих информацию в префронтальную кору, что, в свою очередь, приводит к снижению уровня сигнализации для осуществления функции контроля [17].

В классических моделях двигательных расстройств базальные ганглии, как полагают, влияют на поведение, изменяя возбудимость коры посредством взаимодействия «прямого» (striatum - globus pallidus interna (GPi)) и мультисинаптического «непрямого» (striatum - globus pallidus externa (GPe)) путей в субталамическое ядро [6]. Согласно этой модели развитие гиперкинетических расстройств обусловлено результатом повышенной возбудимости коры в результате уменьшения возбуждающего эффекта прямого пути либо увеличения косвенного ингибирующего эффекта. Поскольку этот подход прямого/непрямого пути не учитывал специфику тиков, были разработаны другие гипотезы, которые рассматривают базальные ганглии как выполняющие процесс выбора действия, то есть сфокусированное облегчение выбранных движений и подавление конкурирующих двигательных моделей. В этой системе тики рассматриваются как очаговая аномалия возбуждения в стриатум, которая вызывает ошибочное торможение группы нейронов в GPi и, в свою очередь, дезингибирование кортикальных нейронов [42].

Префронтальная кора (ПФК) и базальные ганглии играют важную роль для регуляции двигательной функции и поведения посредством рабочей памяти. ПФК получает сенсорный и мнемонический вход высшего порядка от ассоциативных кортикальных слоев и, в свою очередь, осуществляет тормозной контроль над двигательными функциями через соединения с хвостатым ядром. Хвостатое ядро проецируется на бледный шар, который обеспечивает обратную связь с ПФК и премоторной корой через ядра таламуса [41]. Следовательно, данные о меньшем ПФУ и размере хвостатого у детей с СДВГ предполагают наличие меньшего количества кортико-стриатальных волокон, связывающих эти две области. Кроме того, меньшие области передней каллозальной области и уменьшенный паллидарный объем при СДВГ подразумевают меньшую межполушарную связность в ПФК, а также уменьшенную паллидарную обратную связь с корой [24]. Эти данные во многом объясняют заинтересованность таламо-паллидарных путей в патогенезе СДВГ и ТР, а также их частую коморбидность.

Дисфункция нейротрансмиттерных систем. Традиционно тиковые гиперкинезы связывают с дисфункцией, прежде всего, дофаминовой системы. В одном из исследований действительно обнаружена положительная корреляция активизации черной субстанции и вентрального сегмента с тяжестью тика, где более высокая тяжесть тика коррелировала с более медленным выполнением когнитивных задач независимо от сопутствующих симптомов обсессивно-компульсивного расстройства и СДВГ [10]. Однако одной лишь дофаминовой системой нельзя объяснить как патогенез тиковых гиперкинезов, так и СДВГ.

Многочисленные нейротрансмиттеры (дофамин, глутамат, ГАМК, серотонин, ацетилхолин, норадреналин и др.) вовлечены в осуществление функции кортико-стриатально-таламо-кортикальных контуров, участвуют в передаче информации через цепи CSTC, и каждый из них был предложен в качестве потенциаль-

ного патофизиологического механизма [63]. Доказательства дисфункции дофаминовой системы при ТР, полученные с помощью различных протоколов позиционно-эмиссионных методов визуализации [80], анализа цереброспинальной жидкости [65] и патологоанатомических исследований [83]. Одна из гипотез заключается в том, что либо гиперактивный переносчик дофамина, либо центральная функциональная аномалия приводят к изменению фазового высвобождения дофамина, что далее ведет к формированию гиперреактивной спайк-зависимой дофаминергической системы [80]. Эта дофаминергическая тонико-фазовая гипотеза гиперфункции дофаминовой системы включает в себя заинтересованность как коркового вещества, так и стриатум. И хотя в большинстве исследований, связанных с нейротрансмиттерами, основное внимание уделялось стриатум, некоторые исследователи поддерживали идею внестриатальной дофаминергической дисфункции, приводя данные ПЭТ о снижении потенциалов связывания корковых рецепторов и повышенного высвобождения дофамина [70], а также выявленные после смерти корковые дофаминергические аномалии [83].

Однако вероятнее вовлечение нескольких нейротрансмиттерных систем в патогенез ТР. Так, D.F. Wong et al. [80] объясняют вовлечение серотониновой системы в патогенез ТР изменением модулирующего эффекта серотонина или, точнее, сочетанием пониженных уровней переносчика серотонина и повышенного связывания с рецептором серотонина 2A. Кроме того, в исследованиях с использованием метода ПЭТ обнаружено нарушение метаболизма триптофана в корковых и подкорковых областях [63, 80]. Дисфункция системы метаболизма норадреналина у детей с ТР отмечалась многими авторами [4, 7], и во всех случаях в сторону гипofункции. При СДВГ также наблюдается дисфункция дофаминергической и норадренергической систем по типу гипо- и гиперфункции. Система же обмена триптофана у детей с СДВГ тесно связана с обменом катехоламинов, осуществляя роль модулятора активности катехоламинергических систем [2].

Имеются данные и о заинтересованности глутаматной, ГАМК-ергической и холинергической систем в патогенезе ТР: K. Harris, H.S. Singer сообщают о важной роли глутамата в кортико-стриарных цепях в патогенезе СТ, где данный нейротрансмиттер активно взаимодействует с системой дофамина [23]. В мировой литературе представлено также несколько работ, подтверждающих возможную роль глутаматергической системы, включая результаты семейных генетических исследований, и снижение уровня глутамата в организме пациентов с тикозными гиперкинезами [8, 72]. Заинтересованность глутаматной системы была подтверждена и у пациентов с СДВГ: методом протонной магнитно-резонансная спектроскопия S. Maltezos et al. показали низкие концентрации глутамата и его метаболита в базальных ганглиях и дорсолатеральной префронтальной коре [39]. В других исследованиях отмечается повышение уровня глутамата в стриатум и передней поясной извилине [43], что соответствует гиподофаминергической гипотезе СДВГ с низким уровнем либо тонического, либо фазного дофамина: снижение высвобождения дофамина в стриатум приводит к активизации NMDA и AMPA рецепторов, что, в свою очередь, приводит к увеличению глутаматергического выхода в стриатум, а также к повышению уровня глутаматного сигнала [77].

Об изменении холинергической нейротрансмиссии при ТР свидетельствует снижение количества холинергических интернейронов в стриатум, описанное в некоторых исследованиях [34]. В последние десятилетия все больше литературных данных появляется о роли центральной никотиновой холинергической системы в формировании специфических когнитивных дефицитов у детей с СДВГ [78]. Однако в патогенезе и тикозных гиперкинезов и СДВГ глутаматная и холинергическая системы осуществляют свои механизмы через дофаминовую и норадренергическую системы.

Заключение. Основным дефицитарным фактором в патогенезе и СДВГ, и ТР, включая СТ, является недостаток функции торможения, которая в свою очередь связана с дефицитом исполнительной функции, реализуемой, прежде всего, фронто-стриарной и фронто-париетальной функциональной сетями. В патогенезе обоих расстройств нарушение в проведении сигнала в кортико-стриатально-таламических функциональных контурах приводят к растормаживанию базальных ганглиев, в результате чего снижается способность фронтальной коры к ингибированию подкоркового возбуждения. В патогенез обоих расстройств включаются префронтальная кора, нижняя лобная извилина, сенсомоторная кора, передняя часть поясной извилины, задняя часть поясной извилины, базальные ганглии и мозжечок. Морфологические изменения, обнаруженные у детей с СДВГ и ТР, связывают с неблагоприятными ранними (при ТР) и поздними (при СДВГ) перинатальными, а также ранними неонатальными вредностями (при СДВГ).

Однако с возрастом у пациентов и с СДВГ, и с ТР способность к компенсации недостатка ингибирования возбуждения снижается (получилось, что способность к компенсации снижается... а дальше написано «развивается ремиссия» - какое-то противоречие, что-то надо поменять). Многие авторы связывают это с тем, что префронтальная кора в детском возрасте претерпевает определенные нейроанатомические изменения, подходящие для сложной когнитивной обработки в виде уменьшения синаптической и нейрональной плотности, роста дендритов и увеличения объема белого вещества [74], в результате чего у пациентов постепенно развивается состояние ремиссии. Так Т. Spencer et.al. сообщают, что среди пациентов с ТР, начиная с 4 лет в 65% случаев наступала ремиссия тиков, ремиссия СДВГ отмечалась лишь в 20% случаев [67]. Однако в тех случаях, когда сохраняются во взрослом возрасте и ТР, и симптомы СДВГ, поведенческие нарушения, нарушение социальной адаптации более выражены, чем при одном из двух сопутствующих расстройств [22].

Единые этиологические факторы, подобные патогенетические механизмы ТР и СДВГ на первый взгляд складываются в картину симптомокомплекса, в которой ТР в ряде случаев могут либо выступать в качестве одного из симптомов СДВГ (и тогда требуется прицельное исследование на предмет выделения особого подтипа расстройства), либо одним из проявлений гиперкинетических расстройств, где импульсивность, дефицит внимания и гиперактивность необходимо относить к симптомам основного заболевания, а не считать сопутствующим. И этот вопрос, с нашей точки зрения, не просто теоретический, поскольку связан с поиском способов медикаментозной коррекции состояний с учетом как симптомов гиперкинетических расстройств, так и СДВГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасанов Р.Ф. Современные представления об этиологии синдрома дефицита внимания // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2010. № 1. С. 4–10.

2. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Роль моноаминов у детей с гиперкинетическим расстройством // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т.117. № 11, вып. 2. С. 88-91.

3. Зыков В.П. Лечение заболеваний нервной системы у детей. - М.: Триада-Х, 2009. 414 с.

4. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Веремеев А.В. Состояние обмена норадреналина у детей с тикозными гиперкинезами // Бюллетень сибирской медицины. 2009. № 1 (2). С. 87-90.

REFERENCES

1. Gasanov R.F. Sovremennyye predstavleniya ob jetiologii sindroma deficita vnimanija // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. 2010. № 1. S. 4–10.

2. Gasanov R.F., Makarov I.V. Rol' monoaminov u detej s giperkineticheskim rasstrojstvom // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2017. T.117. № 11, vyp. 2. S. 80-83.

3. Zykov V.P. Lechenie zabolevanij nervnoj sistemy u detej. M.: Triada-H, 2009. 414 s.

4. Fedoseeva I.F., Poponnikova T.V., Veremeev A.V. Sostojanie obmena noradrenalina u detej s tikozyymi giperkinezami // Bjulleten' sibirskoj mediciny. 2009. № 1 (2). S. 87-90.

5. Abdulkadir M., Tischfield J.A., King R.A., Fernandez T.V., Brown LW, Cheon K.A., Coffey B.J., de Bruijn S.F., Elzerman L., Garcia-Delgar B. Pre- and perinatal complications in relation to Tourette syndrome and co-occurring obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. J Psychiatr Res. 2016 Nov;82:126-35. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.07.017.

6. Albin R.L., Young A.B., Penney J.B. The functional anatomy of basal ganglia disorders. Trends Neurosci. 1989 Oct;12(10):366-75. doi: 10.1016/0166-2236(89)90074-x.

7. Baker G.B., Bornstein R.A., Douglass A.B., Carroll A., King G. Urinary excretion of metabolites of norepinephrine in Tourette's syndrome. Mol Chem Neuropathol. 1990 Dec;13(3):225-32. doi:10.1007/bf03159925.

8. Barr C.L., Wigg K.G., Pakstis A.J., Kurlan R., Pauls D., Kidd K.K., Tsui L.C., Sandor P. Genome scan for linkage to Gilles de la Tourette syndrome. Am J Med Genet. 1999 Aug 20;88(4):437-45. doi:10.1002/(sici)1096-8628(19990820)88:4<437::aid-ajmg24>3.0.co;2-e.

9. Baumgardner T.I., Singer S., Denckla M., Rubin M.A., Abrams M.T., Colli M.J., Reiss A.L. Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder. Neurology. 1996 Aug;47(2):477-82.

doi:10.1212/wnl.47.2.477.

10. Baym C.L., Corbett B.A., Wright S.B., Bunge S.A. Neural correlates of tic severity and cognitive control in children with Tourette syndrome. *Brain*. 2008 Jan;131(Pt 1):165-79. doi: 10.1093/brain/awm278.

11. Bloch M.H., Leckman J.F., Zhu H., Peterson B.S. Caudate volumes in childhood predict symptom severity in adults with Tourette syndrome. *Neurology*. 2005 Oct 25;65(8):1253-8. doi: 10.1212/01.wnl.0000180957.98702.69.

12. Comings, D. E., Wu, S., Chiu, C., Ring, R. H., Gade, R., Ahn, C., et al. (1996). Polygenic inheritance of Tourette syndrome, stuttering, attention deficit hyperactivity, conduct, and oppositional defiant disorder: the additive and subtractive effect of the three dopaminergic genes—DRD2, D beta H, and DAT1. *Am J Med Genet*. 1996 May 31;67(3):264-88. doi: 10.1002/(SICI)1096-8628(19960531)67:3<264::AID-AJMG4>3.0.CO;2-N.

13. Dehning S., Müller N., Matz J., Bender A., Kerle I., Benninghoff J., Musil R., Spellmann I., Bondy B., Möller H.J., Riedel M., Zill P. A genetic variant of HTR2C may play a role in the manifestation of Tourette syndrome. *Psychiatr Genet*. 2010 Feb;20(1):35-8. doi: 10.1097/YPG.0b013e32833511ce.

14. Devinsky O. Neuroanatomy of Gilles de la Tourette's syndrome. Possible midbrain involvement. *Arch Neurol*. 1983 Aug;40(8):508-14. doi: 10.1001/archneur.1983.04210070048013.

15. Draganski B., Martino D., Cavanna A.E., Hutton C., Orth M., Robertson M.M., Critchley H.D., Frackowiak R.S. Multispectral brain morphometry in Tourette syndrome persisting into adulthood. *Brain*. 2010 Dec;133(Pt 12):3661-75. doi: 10.1093/brain/awq300.

16. Durston S. A review of the biological bases of ADHD: what have we learned from imaging studies? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2003;9(3):184-95. doi: 10.1002/mrdd.10079.

17. Durston S., van Belle J., de Zeeuw P. Differentiating frontostriatal and fronto-cerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2011 Jun 15;69(12):1178-84. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.07.037.

18. Elia J., Gai X., Xie H.M., Perin J.C., Geiger E., Glessner J.T., D'arcy M., deBerardinis R., Frackelton E., Kim C., Lantieri F., Muganga B.M., Wang L., Takeda T., Rappaport E.F., Grant S.F., Berrettini W., Devoto M., Shaikh T.H., Hakonarson H., White P.S. Rare structural variants found in attention-deficit hyperactivity disorder are preferentially associated with neurodevelopmental genes. *Mol Psychiatry*. 2010 Jun;15(6):637-46. doi: 10.1038/mp.2009.57.

19. Fernandez T.V., Sanders S.J., Yurkiewicz I.R., Ercan-Sencicek A.G., Kim Y.S., Fishman D.O., Raubeson M.J., Song Y., Yasuno K., Ho W.S., Bilguvar K., Glessner J., Chu S.H., Leckman J.F., King R.A., Gilbert D.L., Heiman G.A., Tischfield J.A., Hoekstra P.J., Devlin B., Hakonarson H., Mane S.M., Gunel M., State M.W. Rare copy number variants in Tourette syndrome disrupt genes in histaminergic pathways and overlap with autism. *Biol Psychiatry*. 2012 Mar 1;71(5):392-402. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.09.034.

20. Fredericksen K.A., Cutting L.E., Kates W.R., Mostofsky S.H., Singer H.S., Cooper K.L., Lanham D.C., Denckla M.B., Kaufmann W.E. Disproportionate increases of white matter in right frontal lobe in Tourette syndrome. *Neurology*. 2002 Jan 8;58(1):85-9. doi: 10.1212/wnl.58.1.85.
21. Garraux G., Goldfine A., Bohlhalter S., Lerner A., Hanakawa T., Hallett M. Increased midbrain gray matter in Tourette's syndrome. *Ann Neurol*. 2006 Feb;59(2):381-5. doi: 10.1002/ana.20765.
22. Haddad A.D., Umoh G., Bhatia V., Robertson M.M. Adults with Tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Oct;120(4):299-307. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01398.x.
23. Harris K., Singer H.S. Tic disorders: neural circuits, neurochemistry, and neuroimmunology. *J Child Neurol*. 2006 Aug;21(8):678-89. doi: 10.1177/08830738060210080901.
24. Himmelstein J., Schulz K.P., Newcorn J.H., Halperin J.M. The neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Front Biosci*. 2000 Apr 1;5:D461-78. doi: 10.2741/himelste.
25. Hoekstra P.J., Dietrich A., Edwards M.J., Elamin I., Martino D. Environmental factors in Tourette syndrome. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Jul;37(6):1040-9. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.10.010.
26. Huang Y., Liu X., Li T., Guo L., Ma X., Yuan G., Peng R. Transmission disequilibrium test of DRD4 exon III 48bp variant number tandem repeat polymorphism and tic disorder. *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi*. 2002 Apr;19(2):100-3.
27. Hyde T.M., Aaronson B.A., Randolph C., Rickler K.C., Weinberger D.R. Relationship of birth weight to the phenotypic expression of Gilles de la Tourette's syndrome in monozygotic twins. *Neurology*. 1992 Mar;42(3 Pt 1):652-8. doi: 10.1212/wnl.42.3.652.
28. Hyde T.M., Stacey M.E., Coppola R., Handel S.F., Rickler K.C., Weinberger D.R. Cerebral morphometric abnormalities in Tourette's syndrome: a quantitative MRI study of monozygotic twins. *Neurology*. 1995 Jun;45(6):1176-82. doi: 10.1212/wnl.45.6.1176.
29. Ivanov I., Bansal R., Hao X., Zhu H., Kellendonk C., Miller L., Sanchez-Pena J., Miller A.M., Chakravarty M.M., Klahr K., Durkin K., Greenhill L.L., Peterson B.S. Morphological abnormalities of the thalamus in youths with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2010 Apr;167(4):397-408. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030398.
30. Jackson S.R., Parkinson A., Jung J., Ryan S.E., Morgan P.S., Hollis C., Jackson G.M. Compensatory neural reorganization in Tourette syndrome. *Curr Biol*. 2011 Apr 12;21(7):580-5. doi: 10.1016/j.cub.2011.02.047.
31. Kajiwaru Y., Buxbaum J.D., Grice D.E. SLITRK1 binds 14-3-3 and regulates neurite outgrowth in a phosphorylation-dependent manner, *Biol Psychiatry*. 2009 Nov 15;66(10):918-25. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.05.033.
32. Karagiannidis I., Rizzo R., Tarnok Z., Wolanczyk T., Hebebrand J., Nöthen

M.M., Lehmkuhl G., Farkas L., Nagy P., Barta C., Szymanska U., Panteloglou G., Miranda D.M., Feng Y., Sandor P., Barr C; TSGeneSEE, Paschou P. Replication of association between a SLITRK1 haplotype and Tourette Syndrome in a large sample of families. *Mol Psychiatry*. 2012 Jul;17(7):665-8. doi: 10.1038/mp.2011.151.

33. Kassubek J., Juengling F.D., Ludolph A.G. Heterogeneity of voxel-based morphometry findings in Tourette's syndrome: an effect of age? *Ann Neurol*. 2006 May;59(5):872-3. doi: 10.1002/ana.20848.

34. Kataoka Y., Kalanithi P.S., Grantz H., Schwartz M.L., Saper C., Leckman J.F., Vaccarino F.M. Decreased number of parvalbumin and cholinergic interneurons in the striatum of individuals with Tourette syndrome. *J Comp Neurol*. 2010 Feb 1;518(3):277-91. doi: 10.1002/cne.22206.

35. Kates W.R., Frederikse M., Mostofsky S.H., Folley B.S., Cooper K., Mazur-Hopkins P., Kofman O., Singer H.S., Denckla M.B., Pearlson G.D., Kaufmann W.E. MRI parcellation of the frontal lobe in boys with attention deficit hyperactivity disorder or Tourette syndrome. *Psychiatry Res*. 2002 Nov 30;116(1-2):63-81. doi: 10.1016/s0925-4927(02)00066-5.

36. Lam S., Shen Y., Nguyen T., Messier T.L., Brann M., Comings D., George S.R., O'Dowd B.F. A serotonin receptor gene (5HT1A) variant found in a Tourette's syndrome patient. *Biochem Biophys Res Commun*. 1996 Feb 27;219(3):853-8. doi: 10.1006/bbrc.1996.0322.

37. Lee C.C., Chou I.-C., Tsai C.-H., Wang T.-R., Li T.-C., Tsai F.-J. Dopamine receptor D2 gene polymorphisms are associated in Taiwanese children with Tourette syndrome. *Pediatr Neurol*. 2005 Oct;33(4):272-6. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2005.05.005.

38. Makki M.I., Behen M., Bhatt A., Wilson B., Chugani H.T. Microstructural abnormalities of striatum and thalamus in children with Tourette syndrome. *Mov Disord*. 2008 Dec 15;23(16):2349-56. doi: 10.1002/mds.22264.

39. Maltezos S., Horder J., Coghlan S., Skirrow C., O'Gorman R., Lavender T. J., Mendez M.A., Mehta M., Daly E., Xenitidis K., Paliokosta E., Spain D., Pitts M., Asherson P., Lythgoe D.J., Barker G.J., Murphy D.G. Glutamate/glutamine and neuronal integrity in adults with ADHD: a proton MRS study. *Transl Psychiatry*. 2014 Mar 18;4:e373. doi: 10.1038/tp.2014.11.

40. McGuire J.F., Piacentini J., Brennan E.A., Lewin A.B., Murphy T.K., Small B.J., Storch E.A. A meta-analysis of behavior therapy for Tourette syndrome. *J Psychiatr Res*. 2014 Mar;50:106-12. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.12.009. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.12.009.

41. Middleton F.A., Strick P.L. Anatomical evidence for cerebellar and basal ganglia involvement in higher cognitive function. *Science*. 1994 Oct 21;266(5184):458-61. doi: 10.1126/science.7939688.

42. Mink J.W. The basal ganglia and involuntary movements: impaired inhibition of competing motor patterns. *Arch Neurol*. 2003 Oct;60(10):1365-8. doi: 10.1001/archneur.60.10.1365.

43. Moore C.M., Frazier J.A., Glod C.A., Breeze J.L., Dieterich M., Finn C.T.,

Frederick B., Renshaw P.F. Glutamine and glutamate levels in children and adolescents with bipolar disorder: a 4.0-T proton magnetic resonance spectroscopy study of the anterior cingulate cortex. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Apr;46(4):524-34. doi: 10.1097/chi.0b013e31802f5f2c.

44. Mössner R., Müller-Vahl K.R., Döring N., Stuhmann M. Role of the novel tryptophan hydroxylase-2 gene in Tourette syndrome. *Mol Psychiatry*. 2007 Jul;12(7):617-9. doi: 10.1038/sj.mp.4002004.

45. Moya P.R., Dodman N.H., Timpano K.R., Rubenstein L.M., Rana Z., Fried R.L., Reichardt L.F., Heiman G.A., Tischfield J.A., King R.A., Galdzicka M., Ginns E.I., Wendland J.R. Rare missense neuronal cadherin gene (CDH2) variants in specific obsessive-compulsive disorder and Tourette disorder phenotypes. *Eur J Hum Genet*. 2013 Aug;21(8):850-4. doi: 10.1038/ejhg.2012.245.

46. Muller-Vahl K.R., Kaufmann J., Grosskreutz J., Dengler R., Emrich H.M., Peschel T. Prefrontal and anterior cingulate cortex abnormalities in Tourette Syndrome: evidence from voxelbased morphometry and magnetization transfer imaging. *BMC Neurosci*. 2009 May 12;10:47. doi: 10.1186/1471-2202-10-47.

47. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. [published 2008 Sept 24; accessed 2017 Oct] Available from: <http://nice.org.uk/guidance/cg72>.

48. Neuner I., Kupriyanova Y., Stocker T., Huang R., Posnansky O., Schneider F., Shah N.J. Microstructure assessment of grey matter nuclei in adult Tourette patients by diffusion tensor imaging. *Neurosci Lett*. 2011 Jan 3;487(1):22-6. doi: 10.1016/j.neulet.2010.09.066.

49. Neuner I., Werner C.J., Arrubla J., Stöcker T., Ehlen C., Wegener H.P., Schneider F., Shah N.J. Imaging the where and when of tic generation and resting state networks in adult Tourette patients. *Front Hum Neurosci*. 2014 May 28;8:362. doi: 10.3389/fnhum.2014.00362.

50. O'Rourke J.A., Scharf J.M., Platko J., Stewart S.E., Illmann C., Geller D.A., King R.A., Leckman J.F., Pauls D.L. The familial association of tourette's disorder and ADHD: the impact of OCD symptoms. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2011 Jul;156B(5):553-60. doi: 10.1002/ajmg.b.31195.

51. Pauls D.L., Cohen D.J., Heimbuch R., Detlor J., Kidd K.K. Familial pattern and transmission of Gilles de la Tourette syndrome and multiple tics. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 Oct;38(10):1091-3. doi: 10.1001/archpsyc.1981.01780350025002.

52. Petek E., Windpassinger C., Vincent J.B., Cheung J., Boright A.P., Scherer S.W., Kroisel P.M., Wagner K. Disruption of a novel gene (IMMP2L) by a breakpoint in 7q31 associated with Tourette syndrome. *Am J Hum Genet*. 2001 Apr;68(4):848-58. doi: 10.1086/319523.

53. Peterson B.S., Staib L., Scahill L., Zhang H., Anderson C., Leckman J.F., Cohen D.J., Gore J.C., Albert J., Webster R. Regional brain and ventricular volumes in Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 May;58(5):427-40. doi: 10.1001/archpsyc.58.5.427.

54. Peterson B.S., Thomas P., Kane M.J., Scahill L., Zhang H., Bronen R.,

King R.A., Leckman J.F., Staib L. Basal ganglia volumes in patients with Gilles de la Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Apr;60(4):415-24. doi: 10.1001/archpsyc.60.4.415.

55. Plessen K.J., Lundervold A., Gruner R., Hammar A., Lundervold A., Peterson B.S., Hugdahl K. Functional brain asymmetry, attentional modulation, and interhemispheric transfer in boys with Tourette syndrome. *Neuropsychologia*. 2007 Mar 2;45(4):767-74. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.08.006.

56. Qureshi M.N., Min B., Jo H.J., Lee B. Multiclass Classification for the Differential Diagnosis on the ADHD Subtypes Using Recursive Feature Elimination and Hierarchical Extreme Learning Machine: Structural MRI Study. *PLoS One*. 2016 Aug 8;11(8):e0160697. doi: 10.1371/journal.pone.0160697.

57. Robertson M., Eapen V., Cavanna A. The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: a cross-cultural perspective. *J Psychosom Res*. 2009 Dec;67(6):475-83. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.010.

58. Roessner V., Overlack S., Schmidt-Samoa C., Baudewig J., Dechent P., Rothenberger A., Helms G. Increased putamen and callosal motor subregion in treatment-naïve boys with Tourette syndrome indicates changes in the bihemispheric motor network. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Mar;52(3):306-14. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02324.x.

59. Scharf JM Yu D., Mathews C.A., Neale B.M., Stewart S.E., Fagerness J.A., Evans .P, Gamazon E., Edlund C.K., Service S.K., Tikhomirov A., Osiecki L., Illmann C., Pluzhnikov A., et al. *Mol Psychiatry*. 2013 Jun;18(6):721-8. doi: 10.1038/mp.2012.69.

60. Schnoebelen S., Semrud-Clikeman M., Pliszka S.R. Corpus callosum anatomy in chronically treated and stimulant naïve ADHD. *J Atten Disord*. 2010 Nov;14(3):256-66. doi: 10.1177/1087054709356406.

61. Schuerholz L.J., Baumgardner T.L., Singer H.S., Reiss A.L., Denckla M.B. Neuropsychological status of children with Tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorders. *Neurology*. 1996 Apr;46(4):958-65. doi: 10.1212/wnl.46.4.958.

62. Singer H.S., Harris K. Circuits to synapses: The pathophysiology of Tourette syndrome. In: *Neurobiology of disease*, Ed 1 (Gilman S, ed). Burlington, MA: Elsevier Academic, 2006.

63. Singer H.S., Minzer K. Neurobiology of Tourette syndrome: concepts of neuroanatomical localization and neurochemical abnormalities. *Brain Dev*. 2003 Dec;25 Suppl 1:S70-84. doi: 10.1016/s0387-7604(03)90012-x.

64. Singer H.S., Reiss A.L., Brown J.E., Aylward E.H., Shih B., Chee E., Harris E.L., Reader M.J., Chase G.A., Bryan R.N., Denckla M.B. Volumetric MRI changes in basal ganglia of children with Tourette's syndrome. *Neurology*. 1993 May;43(5):950-6. doi: 10.1212/wnl.43.5.950.

65. Singer H.S., Tune L.E., Butler I.J., Zaczek R., Coyle J.T. Clinical symptomatology, CSF neurotransmitter metabolites, and serum haloperidol levels in Tourette

syndrome. *Adv Neurol.* 1982;35:177-83.

66. Sowell E.R., Kan E., Yoshii J., Thompson P.M., Bansal R., Xu D., Toga A.W., Peterson B.S. Thinning of sensorimotor cortices in children with Tourette syndrome. *Nat Neurosci.* 2008 Jun;11(6):637-9. doi: 10.1038/nn.2121.

67. Spencer T., Biederman J., Harding M., O'Donnell D., Wilens T., Faraone S., Coffey B., Geller D. Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *J Child Psychol Psychiatry.* 1998 Oct;39(7):1037-44.

68. State M.W. The genetics of Tourette disorder. *Curr Opin Genet Dev.* 2011 Jun;21(3):302-9. doi: 10.1016/j.gde.2011.01.007.

69. State M.W., Greally J.M., Cuker A., Bowers P.N., Henegariu O., Morgan T.M., Gunel M., DiLuna M., King R.A., Nelson C., Donovan A., Anderson G.M., Leckman J.F., Hawkins T., Pauls D.L., Lifton R.P., Ward D.C. Epigenetic abnormalities associated with a chromosome 18(q21-q22) inversion and a Gilles de la Tourette syndrome phenotype. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003 Apr 15;100(8):4610.1073/pnas.0730775100.

70. Steeves T.D., Ko J.H., Kideckel D.M., Rusjan P., Houle S., Sandor P., Lang A.E., Strafella A.P. Extrastriatal dopaminergic dysfunction in Tourette syndrome. *Ann Neurol.* 2010 Feb;67(2):170-81. doi: 10.1002/ana.21809.

71. Stewart S.E., Illmann C., Geller D.A., Leckman J.F., King R., Pauls D.L. A controlled family study of attention-deficit/hyperactivity disorder and Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Nov;45(11):1354-1362. doi: 10.1097/01.chi.0000251211.36868.fe.

72. Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. Genome scan for Tourette disorder in affected-siblingpair and multigenerational families. *Am J Hum Genet.* 2007 Feb;80(2):265-72. doi: 10.1086/511052.

73. Uhlíková P., Paclt I., Vanecková M., Morcinek T., Seidel Z., Krasensky J., Danes J. Asymmetry of basal ganglia in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2007 Oct;28(5):604-9.

74. Uytun M.C. Development period of prefrontal cortex. In: Starcevic, A., Filipovic, B (eds) *Prefrontal Cortex*. London: IntechOpen, 2018. p. 637. DOI: 10.5772/intechopen.78697. Available from: <https://www.intechopen.com/books/prefrontal-cortex/development-period-of-prefrontal-cortex>.

75. Valera E.M., Faraone S.V., Murray K.E., Seidman L.J. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2007 Jun 15;61(12):1361-9. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.06.011.

76. Wang W.F., Lei Y.P., Tseng T., Hsu W.Y., Wang C.F., Hsu C.C., Ho Y.J. Effects of apomorphine on the expression of learned helplessness behavior. *Chin J Physiol.* 2007 Apr 30;50(2):63-8.

77. Warton F.L., Howells F.M., Russell V.A. Increased glutamate-stimulated release of dopamine in substantia nigra of a rat model for attention-deficit/hyperactivity disorder--lack of effect of methylphenidate. *Metab Brain Dis.*

2009 Dec;24(4):599-613. doi: 10.1007/s11011-009-9166-1.

78. Wilens T.E., Decker M.W. Neuronal nicotinic receptor agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: focus on cognition. *Biochem Pharmacol.* 2007 Oct 15;74(8):1212-23. doi:10.1016/j.bcp.2007.07.002.

79. Wolosin S.M., Richardson M.E., Hennessey J.G., Denckla M.B., Mostofsky S.H. Abnormal cerebral cortex structure in children with ADHD. *Hum Brain Mapp.* 2009 Jan;30(1):175-84. doi: 10.1002/hbm.20496.

80. Wong D.F., Brasic J.R., Singer H.S., Schretlen D.J., Kuwabara H., Zhou Y., Nandi A., Maris M.A., Alexander M., Ye W., Rousset O., Kumar A., Szabo Z., Gjedde A., Grace A.A. Mechanisms of dopaminergic and serotonergic neurotransmission in Tourette syndrome: clues from an in vivo neurochemistry study with PET. *Neuropsychopharmacology.* 2008 May;33(6):1239-51. doi: 10.1038/sj.npp.1301528.

81. Worbe Y., Gerardin E., Hartmann A., Valabregue R., Chupin M., Tremblay L., Vidailhet M., Colliot O., Lehericy S. Distinct structural changes underpin clinical phenotypes in patients with Gilles de la Tourette syndrome. *Brain.* 2010 Dec;133(Pt 12):3649-60. doi: 10.1093/brain/awq293.

82. Xu D., Liu L., Li H., Sun L., Yang L., Qian Q., Wang Y. Potential Role of ADRA2A Genetic Variants in the Etiology of ADHD Comorbid With Tic Disorders. *J Atten Disord.* 2018 Feb 1;1087054718757646. doi: 10.1177/1087054718757646.

83. Yoon D.Y., Gause C.D., Leckman J.F., Singer H.S. Frontal dopaminergic abnormality in Tourette syndrome: a postmortem analysis. *J Neurol Sci.* 2007 Apr 15;255(1-2):50-6. doi: 10.1016/j.jns.2007.01.069.

84. Zhou K., Dempfle A., Arcos-Burgos M., Bakker S.C., Banaschewski T., Biederman J., Buitelaar J., Castellanos F.X., Doyle A., Ebstein R.P., Ekholm J., Forabosco P., et al. Meta-analysis of genome-wide linkage scans of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008 Dec 5;147B(8):1392-8. doi: 10.1002/ajmg.b.30878.

R.F. Gasanov¹, I.V. Makarov^{1 2}, D.A. Emelina¹

FEATURES OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF TICOSIS DISORDERS IN CHILDREN UNDER CONDITIONS

OF COMBORIDITY WITH ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, ²North-Western I.I. Mechnikov State Medical University (St.- Petersburg).

Summary. The review article analyzes etiological factors, pathogenetic mechanisms of tic disorders and attention deficit disorder. It has been hypothesized that in some cases, concomitant diseases can form a picture of the symptom complex, in which either tic disorders in some cases can act as one of the symptoms of ADHD (and then a targeted study is required to identify a special subtype of the disorder), or one of the manifestations of hyperkinetic disorders, where impulsivity, attention deficit hyperactivity disorder should be attributed to the symptoms of the underlying disease, and not considered concomitant.

Keywords: tic disorder, Tourette's syndrome, attention deficit hyperactivity disorder, etiology, pathogenesis.

**МЕТОДЫ ЭКСПРЕССИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК СПОСОБ
СНИЖЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ
С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).**

Резюме. В статье представлен обзор статей, направленных на изучение проблемы снижения уровня психологической травматизации детей, страдающих соматическими заболеваниями. Рассматриваемые работы были опубликованы в период с 2015 по 2019 г.г. Рассмотрены методы экспрессивной психотерапии, которые являются источниками радости и эффективны при лечении травмы у детей, страдающих соматическими заболеваниями, и их родителей. Они имеют положительные психологические, неврологические и социальные результаты и в процессе лечения помогают внести ясность, укрепить терапевтические отношения и дать подсказки для преобразующего процесса, чтобы начать процесс исцеления.

Ключевые слова: методы экспрессивной психотерапии, психологическая травматизация, дети, страдающие соматическими заболеваниями.

При отборе зарубежных исследований, в первую очередь, мы обращали внимание на то, как зарубежные исследователи рассматривают саму проблему соматического заболевания у детей и на то, на сколько эффективными могут быть методы экспрессивной психотерапии. Далее мы отобрали ряд научных работ, в которых описываются разные возможности применения арт-терапии в психологии: это игровая терапия, песочная терапия, терапия красками, вокальная (голосовая) терапия, музыкальная терапия, цветотерапия, танцевальная терапия, сказкотерапия, психодрама, глинолечение.

Обзор современных зарубежных работ по вопросам применения методов экспрессивной психотерапии при работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, дает нам возможность познакомиться с большим разнообразием инструментов, которые педагоги, психологи и медицинские работники, а также папы и мамы могут использовать с целью снижения психологической травматизации, гармонизации психоэмоционального состояния больных детей и снятия тревожности для того, чтобы медицинские процедуры стали более эффективными и менее травмирующими для ребенка.

Сам феномен соматического заболевания подразумевает тот факт, что воздействие на психику будет отражаться на телесном уровне. Другими словами, поднятие настроения, состояние радости, смех и другие положительные эмоции могут благотворно сказаться на физическом уровне, на самом протекании соматического заболевания и даже способствовать скорейшему выздоровлению [6, 19].

Психолог в больнице, мама и папа дома могут использовать такие простые инструменты, как кисточка, краски, глина, маски, театрализованные представления при взаимодействии с детьми. И все вместе могут создать атмосферу безопасности, в которой и мама, и ребенок будут чувствовать себя уверенно и жизнерадостно. В свою очередь безопасность, уверенность и радость могут стать теми

компонентами, которые дадут то необходимое лекарство психике, которое поможет телу справиться с болезнью [6, 19]. Таким образом были отобраны зарубежные исследования, в которых описываются разные подходы применения методов экспрессивной психотерапии для снижения стресса и психологической травмы детей, страдающих соматическими заболеваниями.

Предметом анализа данного обзора будут являться разные методы экспрессивной психотерапии, которые способствуют творческому самовыражению детей, страдающих соматическими заболеваниями.

Если говорить о применении методов экспрессивной психотерапии при соматическом заболевании, то в первую очередь стоит раскрыть взгляды зарубежных исследователей на сам феномен возникновения психосоматического заболевания. Исследования, проведенные Стэнфордским Центром исследований в области профилактики заболеваний при Стэнфордском университете, показали, что чрезмерный стресс вреден и может способствовать различным заболеваниям. Большинство проблем, о которых сообщают врачи, касаются стрессовых ситуаций и эмоциональных травм, которые испытывают пациенты. Соматические симптомы, такие как мигрень, бессонница, мышечные и суставные боли, часто отражают эмоциональные проблемы людей или указывают на тревожное расстройство или склонность к депрессии [11]. Сожаление, подавленный гнев и чувство поражения вызывают перепроизводство гормонов, блокирующих иммунную систему [13, 34]. Клетки тела человека, переживающего длительный стресс, теряют способность к самовосстановлению.

На данный момент есть результаты, научно доказывающие эффективность использования творческих методов лечения травмы у детей с соматическими заболеваниями. С ростом мультикультурного разнообразия групп, с которыми должны работать психологи и консультанты во всем мире, творческие методы лечения становятся все более важными, поскольку они обеспечивают средства для борьбы с языковыми барьерами и поощряют использование исторических культурных практик, таких как музыка, танцы, изобразительное искусство. Они также позволяют вовлекать группы и сообщества [11].

Если говорить о конкретных способах выражения методами экспрессивной психотерапии, то, как и говорилось выше, их большое множество. Рассмотрим применение некоторых из них.

Цветотерапия – метод экспрессивной психотерапии, целью которого является влияние цветовых волн на самочувствие ребенка, в результате которого психоэмоциональное состояние ребенка может меняться под воздействием какого-то определенного цвета, следовательно, сила психологической травмы может ослабевать, в последствии окончательно ослабнуть.

Исследование было проведено иранскими медицинскими работниками в 2018 г. с целью устранить повышенную тревожность госпитализированных детей посредством воздействия на них цвета униформы медсестер [25]. Униформа медсестры является первым средством терапевтической коммуникации между пациентом и медсестрой и передает различные сообщения между ними как средство невербальной коммуникации. Цвет униформы медсестер может снизить детский стресс и страх перед болезнями, а лечебная среда возвращает де-

тям комфорт. Многочисленные исследования подтвердили негативное влияние «синдрома белого халата» на чувство доверия пациента [18, 25].

Данное исследование было направлено на изучение влияния цвета униформы медсестер на ситуационную тревожность у 240 детей школьного возраста (6-12 лет), поступивших в педиатрическое отделение больницы А. Golestan [1, 18, 25]. Основными методами, которые использовались, были анкетирование и диагностика тревожности по опроснику Spielberger's (STAI) [18, 25]. После отбора пациентов была произведена замена униформы медсестер с темно-синей униформы на розовую и узорчатую. Именно такой цвет униформы был выбран в связи с тем, что, по данным исследований, маленькие дети очень хорошо реагируют на розовый и оранжевый цвета. Дети выражают свою чувствительность к гармонизации цвета в возрасте 8 лет. Цвет может влиять на восприятие и реакцию людей на окружающую среду и непосредственно улучшает качество окружающей среды пациентов, персонала и семей, а также степень выздоровления пациентов. В связи с этим розовый цвет является по сути тем же цветом, что и красный, но с успокаивающим эффектом [18, 25].

Целью настоящего исследования было сравнить влияние розовой и темно-синей униформы медсестер на уровень тревожности детей школьного возраста в больнице А. Golestan [2, 18, 25]. Результаты показали, что дети, контактировавшие с медсестрами в розовой униформе, имели более низкий уровень тревожности на 18%, чем те, у кого медсестры были одеты в темно-синий цвет. Тот же результат можно отнести и к общению с медсестрами, одетыми в белую униформу [18, 25].

Танцевально-двигательная терапия –метод экспрессивной психотерапии, в основе которого лежат движение и танец как средство снятия напряжения, борьбы со стрессом и страхами. Танцевальная двигательная терапия (ТДТ) создает ту среду, которая обеспечивает безопасное пространство, в котором экспрессивные телесные взаимодействия между матерью и ребенком могут разворачиваться и переживаться обоими. ТДТ помогает установить зрительный контакт, способствовать доверию и поддерживать свободу действий и независимость ребенка. Неподчинительный характер сеанса ТДТ позволяет детям получить необходимую им пространственную свободу для безопасного исследования посредством активного игрового взаимодействия с людьми и объектами, тем самым чувствуя себя радостным и спокойным [8, 13].

Исследование, в котором изучалось воздействие танцевальной двигательной практики на снятие тревоги и общего напряжения, усиление состояния безопасности как для мамы, так и для ребенка, было проведено F. Doonana и I. Brauninger [9]. В исследовании принимали участие 20 пар «мама и ребенок». Возраст детей был от четырех месяцев до трех лет [9].

Занятие проходило под навесом, похожим на парашют. Каждый сеанс длился 45 мин. и начинался с одной и той же песни «Hello», чтобы поприветствовать каждого ребенка. Разминка для мамы и ребенка под предварительно записанную музыку сопровождалась быстрой «проверкой» и включала в себя растирание ног, рук, живота и лица и постукивание по полу или телу ногами или руками. Затем мамам и младенцам было предложено лечь на животы и исследовать различные объекты, которые можно было найти под парашютом. Мама и ребенок могли безопасно дви-

гаться под музыку в созданном пространстве, используя игрушки, предметы для сенсорной стимуляции. Занятие заканчивалось ритуалом «прощай» [9].

Результатом ТДП было увеличение положительного влияния как в рамках каждого сеанса, так и в течение всего процесса. Снижение негативного влияния, такого как стресс, тревога и напряжение, также наблюдалось как в рамках каждой сессии, так и в течение всего процесса [9].

Также хотелось бы отметить важность и эффект качания и скручивания детей в возрасте до 6 мес., который содействовал увеличению зрительного контакта и укреплению доверия. Ребенок прогрессировал от движения «как мама» к движению «с мамой», что способствовало развитию автономности у ребенка и способности матери настраиваться на ребенка и чувствовать его.

Музыкальная терапия - метод экспрессивной психотерапии, который помогает восстановить состояние безопасности и доверия к миру, здоровый сон у травмированных детей, снизить панические атаки посредством влияния музыкальных композиций на организм ребенка, страдающего соматическим заболеванием.

C. Flower, практикующий врач из Англии, описала в своем исследовании опыт работы в паре «мама и ребенок» посредством музыкальной терапии [5, 7]. Музыкальная терапия с участием детей и их родителей применяется при работе с детьми, у которых повышенная тревожность и стрессовое психоэмоциональное состояние. Данная практика обеспечивает максимальное включение ребенка в процесс движения и общения. Участие родителей в терапии позволяет им лучше понять переживания своего ребенка и сделать их общения более легким и продуктивным, снизить напряжение у обоих [7]. Смысл данной терапии не столько в самой терапии (переживание ребенком той или иной композиции, включение его в процесс, работа с инструментами); сколько в рефлексии, обратной связи от участников при просмотре видеозаписи одного из сеансов музыкальной терапии с целью обеспечить максимальное включение ребенка в процесс [2, 7].

В исследовании принимало участие одно трио «мама, 3-летний ребенок и терапевт». Музыкальная терапия включала в себя два курса продолжительностью 10 и 6 недель. На всех сеансах присутствие матери было обязательным [7].

Анализ терапии показал, что родитель чаще всего говорит о своем ребенке. Такая сосредоточенность на нем может помочь родителю оценить степень приобретения ребенком новых навыков, попробовать закрепить их самостоятельно дома и заново пережить удовольствие от полученного опыта. В данном исследовании ребенку удалось при помощи вокализации прорабатывать психоэмоциональные зажимы, снять тревожность, проработать соматоформные расстройства, высвободить речевые навыки и отработать взаимодействие с предметом [7].

Роль терапевта заключалась в поддержании музыкальной связи между родителем и ребенком. Возможность увидеть себя со стороны позволило терапевту более осознанно подойти к проблеме «поддерживающей внешней роли». При дальнейшей работе терапевт постарается сознательно «спровоцировать» и закрепить взаимодействие мамы и ребенка.

Художественная терапия - метод экспрессивной психотерапии, в процессе которого ребенок посредством изобразительных средств: красок, мелков воссоздает свой душевный мир переживаний, тревоги и страхов, освобождаясь от

всего негативного посредством рисования.

В Иране проведено исследование, которое направлено на изучение влияния художественной терапии на снижение агрессивности и тревожности у госпитализированного ребенка [15]. В исследовании принимали участие 30 госпитализированных детей с раком (8-12 лет). Целью данного исследования было проверить, насколько рисование дает возможность детям выразить себя, свои эмоциональные переживания (гнев, злость, страх и обиду) не вербально, через рисунок [3, 15].

В данном исследовании дети были разделены на 2 группы по 15 человек в каждой. Всего было проведено 11 сеансов (60 минут на каждый сеанс, два раза в неделю). Для диагностирования психоэмоционального состояния использовали тест Левена (Levene's test) [15]. Результаты показали, что терапия рисованием снизила уровень гнева среди детей с онкологическими заболеваниями. Также исследования показали, что терапия живописью является эффективным способом снижения тревожности детей с заиканием. Эффективность обучения живописи проявляется в снижении тревожности у младших школьников, помогая им лучше воспринимать себя, изменить ментальный образ и интегрировать свое эго [15].

Песочная терапия - метод экспрессивной психотерапии, в котором средством расслабления и ослабления психологической травматизации является песок, как кинетический, так и обычный, либо манная крупа.

Влияние песочной терапии исследовано в работе S.Kim [14]. Целью данного исследования было выявление влияния песочной терапии на снижение депрессии матерей с детьми подросткового возраста с соматическими заболеваниями [14].

Состояние неопределенности и постоянной тревоги может привести к тому, что матери начинают терять уверенность в своей внешности и чувствовать себя изолированными в своих социальных отношениях, которые постепенно ограничиваются с их мужем и детьми. В итоге матерям, у которых больные дети, приходится отказаться от своей собственной карьеры, несмотря на возможности и образование, которые есть у большинства [14, 27]. Матерям детей с соматическими заболеваниями сложно принять независимость и свободу своих детей, помочь своим детям автоматизироваться, они начинают либо излишне контролировать своих детей, либо страдать от чувства одиночества, от потерянности и невозможности поделиться с кем-либо своими переживаниями [14, 27].

Объектом данного исследования были матери в возрасте от 48 до 52 лет, имеющие детей-подростков и проживающие в Сувоне (Южная Корея), по 5 человек в контрольной и тестовой группах. Для измерения уровня депрессии у матерей использовался опросник А.Т. Beck (Beck Depression Inventory), который состоит из 21 вопроса. Для измерения гармонии в отношениях матери и ребенка использовалась шкала гармонии отношений матери и ребенка [14].

Песочная терапия проводилась в тестовой группе в течение десяти недель, продолжительность сеанса была 50 мин. Мама в процессе песочной терапии смогли осуществить встречу сознания и подсознания через фантазии, мечты и творческое воображение. Они выражали свой бессознательный внутренний мир в песчаных дюнах, делая его сознательным в свободном и защищенном пространстве. Когда мамы касались песка или выражали символические объекты с помощью метафорических методов и возвращались в свое детство посредством

контактирования с терапевтом и песком, чувствуя себя защищенными, могли выразить свою боль и печаль в течение всей терапии, в результате чего наблюдалось снижение уровня депрессии и уменьшение болезненных реакций как на эмоциональном, так и на физическом уровнях. В результате песочная терапия помогла им восстановить свою цельность и самоидентичность. [27].

Вокалотерапия, или терапия пением - метод экспрессивной психотерапии, при котором лечебным эффектом является не прослушивание музыки, а терапия пением. Вокальные упражнения, просто пропевание той или иной музыкальной композиции способствует оптимизации высшей нервной системы и повышению защитных сил организма.

Исследование D. Fancourt и R. Perkins посвящено влиянию пения матери и ребенка на эмоциональную близость, аффект, беспокойство и гормоны стресса [12]. Как было сказано еще в самом начале, протекание соматического заболевания у ребенка напрямую зависит от психоэмоционального состояния матери, поэтому при работе с таким ребенком психолог должен работать одинаково как с мамами, так и с детьми. Пение как вид экспрессивной терапии является одним из самых «удобных» и «древних» видов терапии, применение которого не всегда требует участие терапевта [5, 13].

В исследовании D. Fancourt и R. Perkins принимали участие 43 пары «мама и ребенок», сравнивались воздействие пения с другими типами материнского воздействия на ребенка [5, 12]. Целью данного исследования было изучить и сравнить влияние именно живого пения и других взаимодействий (в том числе речевого и игрового) на состояние мамы и ребенка.

Были отобраны две группы по 8-10 пар мамы и ребенка в каждой. В обеих группах участвовали матери, сидящие на ковриках на полу со своими детьми. Занятия в двух группах включали в себя нежные физические движения, такие как укачивание ребенка. Один и тот же терапевт руководил обоими семинарами, продолжительность которого была 35 мин., и старался поддерживать одинаковый уровень социального взаимодействия между матерями. Разница в группах заключалась лишь в характере деятельности, осуществляемой матерями [12].

В экспериментальной группе занятие начиналось с короткой песни, которая знакомила матерей и их детей друг с другом (~ 5 мин.), затем 5-минутная музыкальная игра с применением вокальных моделей (потешки) (~ 5 мин.), затем разучивалось несколько простых успокаивающих песен, чтобы петь своим детям дома (около 20 мин.), в конце заключительная песня (~ 5 мин.) [12].

В контрольной группе занятие начиналось с хоровода без музыки, в котором мамы с детьми сближались и отдалялись друг от друга (~5 мин.), затем 5-ти минутные немusикальные простые упражнения, в течение следующих 20 мин. мамы со своими детьми играли и разговаривали, используя при этом ленты и погремушки, и наконец, завершалось занятие прощанием в кругу [12].

В качестве методов исследования использовалась шкала «OtherinSelf» (IOS), которая измеряла «эмоциональную близость». Шкалу «OtherinSelf» (IOS) использовали два раза: в первом случае «Other» - это ребенок, во втором случае «Other» - это другие мамы, которые в момент исследования также находились в группе [12]. Аффект и тревожность измерялись методом двух шкал: шкала положитель-

ных аффектов и шкала отрицательных аффектов. Тревожность измеряли с помощью психологических и биологических маркеров. Под биологическими маркерами подразумевался анализ слюны, выделяемой произвольно. Образцы слюны были собраны и проанализированы на содержание трех гормонов: кортизола, кортизона и дегидроэпиандростерона (DHEA). Кортизол и кортизон являются гормонами, которые выбрасываются организмом в ответ на эмоциональное расстройство (включая стресс и тревогу), в то время как дегидроэпиандростерон (DHEA) является гормоном, который как антистресс противостоит действию кортизола. Образцы собирали методом пассивного слюноотделения, объем одного забора составлял 2 мл. Участники были проинструктированы не есть и не пить в течение 20 мин. до участия в исследовании, и после этого им разрешалось только небольшие глотки воды, пока их участие не было завершено окончательно [12].

Целью было выявить уровень эмоциональной близости матери и ребенка, уровень стресса, под которым подразумевалось наличие аффекта и тревоги. Полученные показатели сравнивались у двух групп, экспериментальной и контрольной после 35-минутного пения [12].

Результаты показали, что ежедневное пение может привести к значительному увеличению воспринимаемой близости матери и ребенка. Еще одним открытием было влияние пения на соответствующие шкалы аффекта и тревоги. Исследование показало, что пение приводит к значительно большему увеличению положительного аффекта и уменьшению отрицательного аффекта. В процессе пения матери получали более сильные положительные ответные реакции от своих детей [12].

Что касается тревожности, то пение действительно приводило к большему снижению уровня гормона стресса кортизола. Это также связано с теориями Картера, который предположил, что социальная связь может снижать активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГПА), из которых кортизол является одним из гормонов, увеличивающихся и уменьшающихся в ответ на большую или меньшую активность ГПА [12].

Подобно эффекту «ледокола» пение является быстрым стимулом социальной сплоченности между матерями и детьми. Что касается восприятия матерей друг друга, то матери чувствовали себя более свободно друг с другом в разговорном состоянии, возможно, это было связано с тем, что они были особенно сосредоточены на своих детях в состоянии пения, исключая взаимодействие с другими матерями в комнате. Этот вопрос подлежит дальнейшему изучению [12].

Уровень плача у младенцев был выше в разговорной группе, чем в певческой. Пение было более целенаправленным способом взаимодействия с младенцами, чем игра и разговор с ними, было видно, что пение помогает поддерживать зрительный контакт.

Представленные здесь результаты могут быть приняты в качестве предварительных доказательств в поддержку будущих исследований по детскому пению для поддержки связи между матерью и младенцем [12].

Выводы. Как мы видим из обзора литературы по использованию экспрессивной терапии при работе с соматическими больными детьми, данное направление в психотерапии является действенным, способным в игровой и ненавязчивой формах оказать положительное воздействие на психоэмоциональное со-

стояние не только ребенка, но и взрослого. Благодаря прямой зависимости состояния ребенка от состояния матери экспрессивная психотерапия благотворно сказывается на состоянии ребенка, в том числе без его активного участия, только посредством работы с родителями, (обычно с обоими, матерью и отцом).

Экспрессивная художественная терапия может стать источником терапевтического юмора, может вызвать чувство радости и непосредственно саму радость, и создать социальные связи через отражение, свидетельство, децентрирование и детскую игру, что, в свою очередь, способствует снижению стресса и нарушению регулярных паттернов, созданных прошлыми травмами, приводящими к изменению перспективы и личностной трансформации клиента.

Методы экспрессивной психотерапии являются эффективными для лечения травмы у детей, страдающих соматическими заболеваниями, из-за своей возможности реализации словесных, невербальных и соматических форм. Они помогают детям, принадлежащим к разным этническим группам, преодолевать языковые барьеры посредством использования исторических культурных практик, таких как музыка, танцы и изобразительное искусство. Экспрессивная психотерапия имеет положительные психологические, неврологические и социальные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворфоломеев С.А., Зеленская А.А. Цвет как фактор мировосприятия // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 5. С. 1009-1010.
2. Головин А.А. Влияние арт-терапевтических техник и медитации на обретение самости // Территория науки. 2018. № 1. С. 50-55.
3. Громова Е.В., Лужецкая А.М. Арт-терапия в коррекции эмоциональных проблем старшеклассников // XVI Ежегодная всероссийская (с международным участием) науч.-практ. конф.. Иркутск, 2017. С. 59-63.
4. Евдокимова А.В. Арт-терапия: работа с природным материалом как средство развития ребенка // 49 Всероссийская науч. конф. молодых исследователей. Челябинск, 2017. С. 197-198.
5. Ежова П.А. Развитие эмоциональной устойчивости у детей средствами арт-педагогики на уроках музыки // 49 Всероссийская науч. конф. молодых исследователей. Челябинск, 2017.

REFERENCES

1. Vorfolomeev S.A., Zelenskaja A.A. Cvet kak faktor mirovosprijatija // Bjulleten' medicinskih Internet-konferencij. 2016. T. 6. № 5. С. 1009-1010.
2. Golovin A.A. Vlijanie art-terapevticheskikh tehnik i meditacii na obretenie samosti // Territorija nauki. 2018. № 1. С. 50-55.
3. Gromova E.V., Luzheckaja A.M. Art-terapija v korrekcii jemocional'nyh problem starsheklassnikov // XVI Ezhegodnaja vserossijskaja (s mezhdunarodnym uchastiem) nauch.-prakt. konf.. Irkutsk, 2017. S. 59-63.
4. Evdokimova A.V. Art-terapija: rabota s prirodnyj materialom kak sredstvo razvitija rebenka // 49 Vserossijskaja nauch. konf. molodyh issledovatelej. Cheljabinsk, 2017. S. 197-198.
5. Ezhova P.A. Razvitie jemocional'noj ustojchivosti u detej sredstvami art-pedagogiki na urokah muzyki // 49 Vserossijskaja nauch. konf. molodyh issledovatelej. Cheljabinsk, 2017.

6. Ceașu F. The healing power of art-therapy // Review of Artistic Education. – 2018. №. 16. P. 203-211.
7. Claire Flower Music therapy trios with child, parent and therapist: A preliminary qualitative single case study // Psychology of Music. 2014. V. 42(6). P. 839–845.
8. Dieterich-Hartwell R. Dance / movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model // The Arts in Psychotherapy. 2017. P. 38-46.
9. Doonan F., Bräuninger I. Making space for the both of us: how dance movement therapy enhances mother–infant attachment and experience // An International Journal for Theory, Research and Practice. 2015. P. 227-242.
10. Dulewicz J. Bajkoterapia wsparciem dla dzieci hospitalizowanych // Artykuły i rozprawy. 2016. S. 31-46.
11. Dunaeva V. New approach to reducing stress and anxiety of psychosomatic patients // PEOPLE: International Journal of Social Sciences. 2017. V. 3 (1). P. 100-107.
12. Fancourt D., Perkins R. The effects of mother–infant singing on emotional closeness, affect, anxiety, and stress hormones // Music & Science. 2018. V. 1. P. 1–10.
13. Fletcher R., Gerschwitz H. Dance Movement Therapy for the Treatment of Depression // Australian Counselling Research Journal. 2019. V. 13. P. 25-30.
14. Kim S. The Effects of Sandplay Therapy on Improving the Self-Differentiation, Depression, and Mother-Child Relationship of Mothers with Teenage Children // Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2014. V. 5(1). P. 1-6.
15. Koolae K.A., Vazifehdar R., Bahari F. Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer // Caspian Journal of Pediatrics. 2016. V. 2, № 2. P. 135-141.
16. Koukourikos K., Tzehe L., Pantelidou P. The importance of play during hospitalization of children // Professional paper Mater Sociomed. 2015. 27(6). P. 438-441.
17. Kourkouta L., Rarra A., Mavroeidi A. The contribution of dance on children's health // Prog Health Sci. 2014. V. 4, № 1. P. 229-232.
18. Lee C.H., Cho O.H., Sim H. Color psychological therapeutic methods in child game graphics // Advanced Science and Technology Letters. 2016. V. 125. P. 35-40.
19. Lee S.L., Liu H.L. A pilot study of art therapy for children with special educational needs in Hong Kong // The Arts in Psychotherapy. 2016. V. 51. P. 24-29.
20. López-Ortiz C., Egan T., Gaebler-Spira D.J. Pilot study of a targeted dance class for physical rehabilitation in children with cerebral palsy // SAGE Open Medicine. 2016. V. 4. P. 1–5.
21. McCabe D.J., Altman K.W. Prosody: An Overview and Applications to Voice Therapy // Glob Journal Otolaryngol. 2017. P. 1-8.
22. Mumović G., Veselinović M., Arbutina T. Vocal Therapy of Hyperkinetic Dysphonia // SrpArhCelokLek. 2014. P. 656-662.
23. Nadezhda Y. Kostyunina and Roza A. Valeeva Sandplay Therapy in Psycho-Pedagogical Correction of Preschool Children Fears // Iejme — mathematics education. 2016. V. 11, №. 5. P. 1461-1470.
24. Nasab H.M., Alipour Z.M. The Effectiveness of Sandplay Therapy in Reducing Symptoms of Separation Anxiety in Children 5 to 7 Years Old // Journal UMP

Social Sciences and Technology Management. 2015. V. 3. P. 5-10.

25. Pakseresht M., Hemmatipour A. The Effect of Nurses' Uniform Color on Situational Anxiety in the School Age Inpatients Children // Journal of Research in Medical and Dental Science. 2019. V. 7. P. 121-127.

26. Pasca D.M. The therapeutic fairytale. A strategic choice for a psychological counselor // Journal of Defense Resources Management. 2015. V. 6. P. 83-86.

27. Pearson P., Wilson H. Sandplay Therapy: A Safe, Creative Space for Trauma Recovery // Australian Counselling Research Journal. 2019. V. 13. P. 20-24.

28. Rogers C.A. & Kosowicz D. Psychodrama: Conception, Evolution, Evidence and Applications // Australian Counselling Research Journal. 2019. V. 13. P. 30-35.

29. Tarashoeva G., Marinova-Djambazova P., Kojuharov H. Effectiveness of Psychodrama Therapy in Patients with Panic Disorders – Final Results // International Journal of Psychotherapy: Psychodrama. 2017. V. 21, № 2. P. 55-66.

30. Tucquet B., Comm B., Thrpy M. Music Therapy Services in Pediatric Oncology: A National Clinical Practice Review // Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2014. V. 31(6). P. 327 –338.

31. Ťulák-Křmáriková Z., Lessner-Lištiaková I. Sensory aspects of art therapy work with clay // Contemporary Arts. 2018. P. 1-8.

32. Ullsten A., Eriksson M., Klässbo M. & Volgsten U. Live music therapy with lullaby singing as affective support during painful procedures: A case study with microanalysis // Nordic journal of music therapy. 2016. P. 1-25.

33. Vaxberg Z. Influence of Group Therapy in Psychodrama on the Attachment Style of Children at-Risk: Educational, Emotional, Social, and Behavioral Aspects // Kultura – społeczeństwo – edukacja. 2014. № 2 (6).

34. Westrhenen N., Fritz E. Creative Arts Therapy as treatment for child trauma: An overview // The Arts in Psychotherapy. 2014. P. 1-8.

35. Wikström B.M. Communicating via Expressive Arts: The Natural Medium of Self-Expression for Hospitalized Children // Pediatric nursing. 2005. V. 31, № 6. P. 480-486.

N.V. Koroleva

METHODS OF EXPRESSIVE PSYCHOTHERAPY AS A WAY TO REDUCE PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN CHILDREN WITH SOMATIC DISEASES AND THEIR PARENTS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article presents a review of psychological articles aimed at studying the problem of reducing the level of psychological traumatization of children suffering from somatic diseases. The works in question were published between 2015 and 2019. Methods of expressive psychotherapy, which are sources of joy and effective in the treatment of trauma in children suffering from somatic diseases, and their parents, are considered. They have positive psychological, neurological, and social outcomes, and, in the course of treatment, help to bring clarity, strengthen therapeutic relationships, and provide clues for the transformative process to begin the healing process.

Keywords: methods of expressive psychotherapy, psychological traumatization, children suffering from somatic diseases.

ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВАНИЯ (ЛЕКЦИЯ)

ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования» (Москва).

Резюме. В статье анализируются негативные тенденции состояния детского здоровья в современной России и приводятся концептуальные основания его зависимости от уровня духовно-нравственного развития; формулируются понятия, принципы и критерии, приводится периодизация и определяются основные направления гармонизации.

Ключевые слова: концептуальные основания, детское здоровье, духовно-нравственное развитие.

Анализ социальной ситуации развития детства в России открывает негативные изменения по всем трем направлениям трисоставной структуры личности ребенка: ее телесности, душевных проявлений и духовного бытия. Общее состояние *физического здоровья детей* (от 1 года до 14 лет) в последние годы вызывает растущую озабоченность специалистов, родителей, властных структур¹. Показатели *психического здоровья* также неутешительны: растет общая невротизация, психосоматические и психические заболевания. Д.И. Фельдштейн в системном докладе о проблемах формирования личности растущего человека указывает на такие современные негативные тенденции, как резкое ухудшение когнитивного развития детей дошкольного возраста, снижение их энергичности, желания активно действовать, недоразвитие мотивационно-потребностной сферы, повышение уровня эмоционального дискомфорта, увеличение почти в 2 раза с 2008 по 2013 гг. количества детей с отклонениями речевого развития, сдвиг возрастных границ — более позднее прохождение ребенком ростовых скачков («предростового» и «пубертатного») [6]. Неврологи отмечают распространенность целого комплекса симптомов так называемой малой неврологии (гиперактивность, повышенная эмоциональная лабильность, импульсивность, быстрая утомляемость, отвлекаемость) у детей с относительно высоким интеллектуальным развитием [3].

За печальной статистикой усматриваются, как правило, социально-экономические причины: степень материальной обеспеченности детей, состояние детского здравоохранения и развитие сети оздоровительных учреждений, материальные возможности семьи и пр. Однако при всей важности подобных мер они не способны решить кардинально проблему детского здоровья, поскольку не учитывают **психологические** его параметры — ментального и *нравственно-духовного*

¹По данным Федеральной службы государственной статистики (ФСГС) за период 1990—2018 гг. установлено, что общий рост заболеваемости детей в возрасте 0—14 лет составил 68,4%. В стране сохраняется достаточно высокий уровень детской смертности и заболеваемости. К особенностям состояния здоровья современных детей относится и тот факт, что на смену соматическим (телесным) болезням приходят нервно-психические нарушения, на смену острым инфекционным — хронические [4].

свойства [1, 4]. Объективными показателями *духовного неблагополучия* в сфере детства являются: проявления алкогольной, наркотической и других зависимостей, включая все виды так называемой «экранной зависимости» — телеманию, виртоманию, интернет-манию. Экранные технологии разрушают психическое здоровье [6]. Исследования Института социологии РАН свидетельствуют, что за последние 20 лет зафиксировано ускорение темпов роста суицида, наркомании, насилия; подростковой проституции, профессионального нищенства и других форм социопаразитарности как проявлений нравственно-духовного неблагополучия и всего российского общества, и его самых младших представителей, это:

- детская проституция и сексуальное развращение и эксплуатация детей, а также, детское бродяжничество,

- тревожащий рост подростковой преступности и детской жестокости², криминализация детского сознания, языка и быта, а также

- ужасающе беспрецедентный рост *детских самоубийств*, начиная с 6-летнего возраста, в том числе, и групповых [3, 5].

Повышение в последнее десятилетие *уровня жизни* ребенка и семьи, особенно в больших городах России (рост потребления товаров и услуг, в том числе и детских, повышение жизненного комфорта, механизация быта, количество и качество детской индустрии развлечений — книг, фильмов, игрушек для детей и пр.) находятся в противоречивом парадоксальном несоответствии со снижением *качества его жизни* (субъективной удовлетворенности самого ребенка условиями жизни, его психо-эмоционального благополучия, оптимизма). Об этом свидетельствуют детские рисунки последних лет, в которых очевидны проекции апатии, пессимизма, чувства опасности, исходящей от традиционно безопасных объектов (например, парадоксальные показатели тревоги наблюдаются в рисунках детей на тему «Моя семья» - даже если речь идет о так называемой «полной благополучной семье» или появляющиеся все чаще мотивы смерти всего живого, разрушений и гибели человечества в рисунках и сочинениях «Наше будущее», «Я - через 10 лет» и пр.) - *субъективные показатели* психоэмоционального неблагополучия ребенка [1].

Все перечисленные обстоятельства требуют обращения к анализу **духовно-нравственного развития** (ДНР) современного ребенка, генезиса его отношений с миром и закономерностей их формирования в социальных группах и общностях в контексте междисциплинарного направления исследований - *социальной психологии детства*, предмет которой - отношения ребенка, опосредствованные совместной деятельностью с другими (взрослыми и сверстниками), и закономерности их проявления в конкретно-исторической социальной ситуации развития. Система многообразных отношений ребенка порождает *детскую картину мира* как совокупность знаний, представлений, смыслов, реализуемых в образно-визуальных моделях, т. е. социально-психологических пространствах, раскрывающихся через горизонтальную плоскость - отношений со сверстником; наклонную плоскость - со взрослым; панорамную плоскость - отношений с окружающей средой; вертикаль-

²По данным МВД, за последние годы наблюдается рост насильственных преступлений против личности, сексуальных преступлений, фактов вандализма и жестокого обращения с животными не только в возрасте 14-15 лет, но и 12-13 лет и ниже. Обращает на себя внимание факт увеличения доли правонарушений, совершаемых девочками, и их групповой характер.

ную плоскость - отношений с Творцом, задающую нравственные представления о добре и зле; «экранную» плоскость - отношений с информационной средой.

Особую значимость для теории и практики образования приобретает изучение феноменов *детской субкультуры* – особого смыслового пространства ценностей, способов деятельности, форм общения и пр., осуществляемых в детских сообществах, сохраняющих свою стабильность на протяжении длительного исторического периода и передающихся из поколения в поколение детей. Это позволяет понять традиционные формы и способы регуляции отношений в детских группах, а также содержательные их трансформации в детской среде в последние десятилетия³.

Кризисное состояние социальной ситуации развития современного ребенка обусловлено во многом разрушением естественных институтов социализации - семьи, школы, неформальных и государственных детских организаций, ведущих просветительскую, культурно-образовательную и досуговую деятельность, благодаря которым постепенное взросление детей сопрягалось с адекватным личностным, духовно-нравственным становлением.

Сложившееся положение требует включения задачи ДНР и воспитания детей, подростков и молодежи в круг **приоритетных российских проблем**, от решения которых напрямую зависит будущее страны, возможность ее процветания и национальной безопасности.

Учитывая высокую степень сложности указанной проблемы, ее грандиозный масштаб и особую остроту и актуальность необходимо признать целесообразность разработки **целостной концепции ДНР**, основанной на идее объединения усилий всех заинтересованных структур российского общества и открывающей реальные пути формирования духовно-нравственной личности.

Современная наука и практика образования, признавая реальность духовной основы человека и реальность духовного мира (субъективную реальность, по В.И. Слободчикову [4]), показывает, что духовную жизнь человека нельзя организовать через развитие его психофизических функций; нельзя прийти к духовному только через развитие интеллекта, воли или чувств, хотя духовная жизнь и опосредствована психическим, душевным развитием. Человеку свыше дано желать добра и не желать зла. Однако этот непреложный закон нарушается, шум мира заглушает совесть, она болеет и умирает. Утрачивается способность различения добра и зла, о которой прекрасно сказал А.С. Пушкин: «Добро и зло – все стало тенью». Естественная способность различения добра от зла сохраняется в ребенке, и чем в большей степени у ребенка сформированы позитивные нравственные ориентации на добро, тем больше мир поворачивается к нему самыми светлыми своими сторонами. И такой ребенок более психологически благополучен и духовно защищен.

Сегодня, «в наш жестокий век» действительно возникает необходимость обретения добрых гуманных отношений ребенка к миру и своего места в нем как проблемы формирования гармоничной картины мира — целостной упоря-

³Современные детские сообщества, стихийно возникающие детские и молодежные группировки, имеющие как традиционные формы самовыражения, так и неизвестные ранее формы и сферы совместной деятельности (например, так называемые «толкнисты», «хакеры», «скинхеды», «мажоры» и др.), все чаще принимают контр- культурную и асоциальную направленность [1].

доченной системы представлений, знаний, отношений ребенка к окружающей его среде — к миру вещей и миру людей. Детская картина мира и есть в эмоциональной визуальной форме зафиксированное отношение ребенка к окружающей действительности — природной и социальной. И задача взрослых помочь ребенку *гармонизировать его картину мира*, чтобы противостоять злу в сердце своем и выстраивать основания добра.

В понимании маленького ребенка категории добра и зла обязаны иметь четкие очертания и границы. Обращаясь ко взрослому с явным или скрытым вопросом на тему «что такое хорошо и что такое плохо?», ребенок всякий раз хочет подтвердить для себя нравственное содержание и смысл того или иного явления, действия, поступка. Переворачивание требований в утверждении добра или смешение представлений о милосердии, гуманности, которые предоставляют современные «средства воспитания» — даже новые *сказки* (где зло творится традиционно «добрыми» персонажами и наоборот) и *игрушки* (которые воплощают не «образ идеальной жизни», а выходцев из преисподней) пагубны для становления не только представлений о добре и зле в детском сознании, но и для личностного и нравственно-духовного развития ребенка.

Генезис отношений в социальной психологии детства представляет собой многомерную иерархическую систему связей ребенка с миром. Отношения развиваются во времени и пространстве и имеют собственную модальность выражения — эмоционально-ценностный аспект как стремление к *гуманизации* связей ребенка с миром, выступающей, с одной стороны, *условием* его полноценного взросления, а с другой стороны, *критерием* его личностного развития.

Основная цель данного исследования — определение антропологического содержания ДНР современного ребенка, а также социально-психологической специфики, механизмов его обеспечения и организации работы по созданию образовательных программ ДНР в различных социальных группах и общностях. Из этого следует, что необходимо целенаправленное духовно-нравственное воспитание и образование, восстанавливающее целостность человека, предполагающее развитие всех его сил, сторон, соблюдающее иерархический принцип устройства человека, при котором совершенный человек в нем мог бы раскрыться во всей полноте.

Светское и религиозное образование и воспитание — взаимодополняющие составляющие единой целостной системы воспитания личности. Светское образование и воспитание главной целью ставит подготовку ребенка прежде всего и только к объективной реальности жизни. Религиозное образование и воспитание призвано расширить представление ребенка о мире ином, его *субъективной реальности* как полноте и подлинном смысле жизни человека.

В этой связи необходима комплексная разработка принципиальных, а затем и программных положений ДНР детей, подростков и молодежи в различных *социальных группах и общностях*: в семье, в государственных, муниципальных образовательных учреждениях (детсадах, школах, летних лагерях и пр.), а также в конфессиональном образовательном учреждении (приюте, воскресной школе, гимназии и др.), на церковном приходе и в государстве в целом. Отсюда методологическими основаниями для создания концепции ДНР являются:

- богатый арсенал отечественной и зарубежной научной мысли по вопро-

сам развития;

- предшествующий психолого-педагогический опыт, русская философско-религиозная традиция, святоотеческое наследие.

Возникают закономерные вопросы:

- что означает *духовное и нравственное* применительно к детям различных возрастов, духовное как субъективная реальность для ребенка, - «способность превращать собственную жизнедеятельность в предмет практического преобразования» [4, 7])? Каково его психологическое содержание? Каковы должны быть показатели сформированности (нормы) ДНР у данного конкретного ребенка?

Понятия - ДНР ребенка

Духовность, с точки зрения христианской антропологии, науки, развивающейся на протяжении десятков столетий, - состояние духовного человека, его поведения, образа мыслей и пр.; в православной традиции духовный человек тот, который отличается от человека *душевного*, имеющего тело, душу, но не Духа.

С психологической точки зрения, духовное понимается (условно) как такая деятельность сознания, которая направлена на определение личностью критериев добра и зла, на формирование мотивов поведения в согласии (или противоречии) с *совестью*, а также на поиск смысла жизни и своего места в ней. Совесть - духовная инстанция, выражение нравственного самосознания личности, позволяющего осуществлять контроль и оценку ребенком собственных поступков. В такой постановке духовное сочетается с нравственным.

Психологически *нравственность* противопоставляется *морали* - ограниченной рамками того или иного времени (например, инфантицид был нормой в первобытных культурах), того или иного социального сообщества, группы (моральная норма продавцов «не обманешь – не продашь») и пр. Нравственность между тем - вне времени, вне узких рамок социума, она имеет божественное происхождение и не лицемерна.

Принципы ДНР ребенка

- Ребенок есть активный и *свободный субъект* ДНР. Ребенок выступает как развивающийся субъект нравственности;

- Ребенок осуществляет свой духовно-нравственный потенциал в контексте системы его *отношений* с миром, другими людьми (взрослыми и сверстниками), Богом и самим собой;

- На ДНР ребенка оказывает влияние *исторический и культурный контекст* жизнедеятельности;

- ДНГ и воспитание ребенка В социо- и онтогенезе определяется двумя важнейшими социальными общностями — *семьей и детским сообществом*, активно дополняющими друг друга;

- ДНР и воспитание ребенка это воспитание его отношений к миру, другим людям, себе самому посредством *одухотворения и гармонизации* этих отношений;

1. Гармония отношений ребенка с миром есть *идеальная норма*, выступающая, с одной стороны, *условием* его полноценного развития, а с другой - *показателем* уровня его ДНР;

2. ДНР ребенка осуществляется в соответствии с его психологическим полом и традиционными поло-ролевыми образцами поведения.

Основным **средствами** ДНР как воспитания является создание духовно обновляющей и формирующей личность *образовательной среды*, в которой закладывается адекватная иерархия целей и ценностей жизни человека и необходимые компоненты его полноценной жизнедеятельности.

Отсюда необходимо:

1) Создание развивающих, коррекционных и реабилитационных образовательных программ и методов поддержки детства по гармонизации отношений ребенка с миром, другими людьми и самим собой, оптимизации его духовного потенциала.

2) Воссоздание детской игровой традиции и разработка современных методов, способствующих созданию одухотворенного детского игрового пространства для нравственного становления личности ребенка, формирования чувства общности, способности к сопереживанию как действенному состраданию неблагополучию и активному сорадованию успехам другого человека.

Периодизация ДНР ребенка

Дошкольный возраст является сенситивным периодом для формирования не только когнитивных (познавательных), но и нравственных эталонов и норм, которые входят в систему ориентировочной деятельности, лежащую в основе регуляции поведения. Однако самым ранним периодом начала ДНР должен стать пренатальный период — *период внутриутробного развития ребенка*.

К 3-му месяцу пренатального развития ребенка сформированы все системы его жизнедеятельности, эмоциональная сфера, память, способность к восприятию и обучению. Внутриутробный период – не просто закладка органов и систем жизнеобеспечения ребенка, это очень ответственный этап в жизни человека, его соматического, психического и *духовного* здоровья, определяющих его поведение и социальную активность. Ребенок в утробе матери живет собственной психической жизнью, хотя мать и ребенок представляют собой *психологический симбиоз* нераздельную, но и не слитую общность, каждый из субъектов которой активно воздействует на другого. Отсюда мать, отец и окружающие близкие будущего мальчика или девочки способны выказать позитивно эмоциональное отношение и любовь, способствующее его физическому, интеллектуальному и духовному развитию.

Традиционная детская культура и духовность

Какова *специфика детства* в ДНР и в какой мере мы можем говорить о *детской духовности*?

Важнейшим элементом детской субкультуры являются религиозные представления и духовная жизнь детей. *Детская духовная жизнь* являет собой наиболее глубокую, интимную сторону жизни ребенка, но и наиболее сокрытую часть от внешнего наблюдателя (не только взрослого, но и сверстника)⁴ В силу особой, естественной религиозности детского сознания, неосознанной устремленности его к Творцу и Вседержителю, каждый ребенок, независимо от социальной ситуации его

⁴Именно это имел в виду и об этом прекрасно сказал В.В. Зеньковский: «Мы знаем, мы глубоко чувствуем, что там, в глубине детской души, есть много прекрасных струн, знаем, что в душе детской звучат мелодии - видим следы их на детском лице, как бы выдыхаем в себя благоуханье, исходящее от детской души, - но стоим перед всем этим с мучительным чувством закрытой и недоступной нам тайны» [2].

развития, открыт восприятию живого духовного опыта, жизни по совести и исполнен желания творить добро. Для российской духовной традиции характерно особое отношение к ребенку как «наследнику Царствия Божия», выразившееся в церковном почитании детей, так что можно говорить об особом чине детской святости. Это благоговейное почитание детей при внешней строгости и суровости воспитания, а также юридическом бесправии ребенка кажется еще более парадоксальным при обращении к материалам о месте детства в социальной жизни русского народа.

Психология детской святости в контексте ДНР⁵

На основании исследований в социальной психологии детства возможно сформулировать некоторые представления о сформированности, духовно-нравственной зрелости личности ребенка, т. е. о *норме развития как идеале*, которая сама по себе выступает как необходимое *условие* его развития. Отсюда **критериями ДНР** являются:

- а) наличие гармоничных одухотворенных отношений ребенка к окружающему миру, другим людям и самому себе;
- б) иерархичность отношений со взрослыми и сверстниками как христоцентризм (задающий иерархию: Христос – родители – взрослые – старшие дети – сверстники – я);
- в) потребность и готовность проявления действенного сострадания небагополучию и активного сорадования успехам другого человека (ближнего);
- г) субъективное психоэмоциональное благополучие (мирное устроение, радость);
- д) светлая оптимистическая детская картина мира (вера в будущее).

Очевидно, что гуманизация отношений ребенка к миру как конструирование гармоничной светлой детской картины мира с верой в будущее является определенным условием полноценного взросления самого ребенка и его нравственно-психологического здоровья. Без этой внутренней гармонии, при всем внешнем несовершенстве мира, нормально развиваться и жить невозможно, можно только «выживать».

В социальной ситуации сегодняшнего дня, с его конкуренцией и индивидуализмом, цинизмом и жестокостью, когда милосердие к слабым, сострадание к обездоленным перестает быть нормой поведения даже в детской среде, воспитание способности к сорадованию оказывается, необходимым психокоррекционным средством преодоления личностного эгоцентризма и противоядием против разрушительной зависти.

Ребенок *изначально* обладает способностью, вернее искусством быть добрым, и те условия, которые создает ему Взрослый, проявляют или приглушают этот дар. Взрослый — это не только мама, папа, бабушка, учитель или экспериментатор, это

⁵ Существует в православной традиции богатая агиографическая (житийная) литература, описывающая жизненный путь юных подвижников, которая знакома лишь узкому кругу взрослых. Вместе с тем, необходимость такого рода литературы для детей и ее издание в контексте задач воссоздания детской духовной культуры и ДНР несомненна. В силу потребности в позитивном образце, идеале и благодаря психологической способности ребенка к идентификации, светлый образ сверстника - святого - способен оказать глубокое воздействие на нравственное и духовное становление современного ребенка.

книги и игрушки, телеэкран и вывески на улице, одежда и лакомства. Культура - это «совокупный Взрослый», до которого ребенку еще надо дотянуться, карабкаясь по «наклонной плоскости» отношений. И лишь сверстники ребенку — *ровня*.

Именно в детской группе, детской субкультуре, в «горизонтальной плоскости» отношений на равных, являющейся более органичной для постановки себя на месте другого, открываются начальные пути освоения отношений к другому человеку как к ценности и к окружающему миру как безусловно ценному «для — меня». И без этих отношений не может быть счастлив и духовно здоров ребенок, да и любой человек. И такие отношения рождаются в добром взаимодействии, в сопереживании, в совместной деятельности.

Совместная деятельность является условием возникновения и проявления одной из важнейших способностей ребенка - его доброго, гуманного отношения к сверстнику как к себе самому. И от того, какого характера взаимодействие и общение складывается между детьми, во многом зависит тот индивидуальный стиль отношений с людьми, который будет проявляться много позднее. *Смена позиций* в процессе совместной деятельности предоставляет ребенку возможность освоения различных моделей поведения в зависимости от актуальной ситуации и «упражняет» его в таком поведении по отношению к другому, как будто этим другим является он сам.

Такая деятельность детей, построенная на мушкетерском девизе «*Один за всех и все за одного*», стимулирует проявление отношения к сверстнику не только в форме действенного сострадания, но и активного сорадования. Однако у более старших детей этого не происходит, совместная деятельность как средство проявления анти-зависти оказывается зачастую бессильной, сорадование блокируется.

Гармонизация детской картины мира лежит на путях *создания образовательного и игрового пространств* как совместной деятельности, способствующей утверждению добрых отношений, а также в организации деятельности детских творческих сообществ, дающих ребенку защиту от негативного влияния агрессивной среды.

Приобретению индивидуального нравственного опыта общения и взаимодействия ребенка способствует игра. Общеизвестны взгляды на игру как на своеобразную «тренировочную площадку» для формирования добрых взаимоотношений, сотрудничества и дружбы между детьми, как «школу произвольного поведения», «школу морали в действии» (Д.Б. Эльконин) и недопустимость игр, которые провоцируют детей на тщеславие, зависть, жестокость. При организации групповых игр особое внимание при этом следует уделять смене ролей в процессе выполнения игровых правил или разыгрывания сюжета, которые развивают способность у детей согласовывать свои действия с другими, ставить себя на место другого.

Гармонизация связей личности с миром на основаниях добра выступает, с одной стороны, как **идеальная норма** и поэтому оказывается *условием* полноценного взросления ребенка, а с другой стороны, *критерием* его личностного развития.

Без утверждения добра в отношениях ребенка к миру, другим людям и себе самому невозможно увидеть жизненные перспективы развития Детства, а значит, нашего будущего.

ЛИТЕРАТУРА

1.Абраменкова В.В. Социальная психология детства: 2-е изд., перераб. и доп. М.: ИНФРА-М, 2020. 511 с.

2.Зеньковский В.В. Проблемы воспитания в свете христианской антропологии. Клин, Фонд «Христианская жизнь», 2002. 271 с.

3. Котова С.А., Гранинина О.А., Савинова Л.Ю. Начальное образование в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: российское видение: Рекомендации по результатам научных исследований. СПб.: РГПУ, 2007. 202 с.

4.Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология развития человека. М.: Школьная Пресса, 2000. 416 с.

5. Третьякова Н.В. Процессный подход к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения / под науч. ред. В.А. Федорова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2018. 165 с.

6. Фельдштейн Д.И. Проблемы формирования личности растущего человека на новом историческом этапе развития общества // Образование и наука. 2013. № 9. С. 3-23.

7. Шувалов А.В. Антропологические аспекты психологии здоровья // Национальный психологический журнал. 2015. №4 (20). С. 23-36.

REFERENCES

1.Abramenkova V.V. Social'naja psihologija detstva: 2-e izd., pererab. i dop. M.: INFRA-M, 2020. 511 s.

2.Zen'kovskij V.V. Problemy vospitaniya v svete hristianskoj antropologii. Klin, Fond «Hristianskaja zhizn'», 2002. 271 s.

3. Kotova S.A., Graninina O.A., Savinova L.Ju. Nachal'noe obrazovanie v kontekste programmy JuNESKO «Obrazovanie dlja vseh»: rossijskoe videnie: Rekomendacii po rezul'tatam nauchnyh issledovanij. SPb.: RGPU, 2007. 202 s.

4.Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Psihologija razvitija cheloveka. M.: Shkol'naja Pressa, 2000. 416 s.

5. Tret'jakova N.V. Processnyj podhod k upravleniju kachestvom zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti obrazovatel'nogo uchrezhdenija / pod nauch. red. V.A. Fedorova. Ekaterinburg: Izd-vo Ros. gos. prof.-ped. un-ta, 2018. 165 s.

6. Fel'dshtejn D.I. Problemy formirovanija lichnosti rastushhego cheloveka na novom istoricheskom jetape razvitija obshhestva // Obrazovanie i nauka. 2013. № 9. S. 3-23.

7. Shuvalov A.V. Antropologicheskie aspekty psihologii zdorov'ja // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. 2015. №4 (20). S. 23-36.

V.V. Abramenkova

CHILDREN'S HEALTH AND SPIRITUAL-MORAL DEVELOPMENT IN MODERN RUSSIA: CONCEPTUAL FOUNDATIONS (LECTURE)

Institute of Study of Childhood, Family and Education of the Russian Academy of Education» (Moscow).

Summary. The article analyzes the negative trends in the state of children's health in modern Russia and provides conceptual grounds for its dependence on the level of spiritual and moral development; concepts, principles and criteria are formulated, periodization is given and the main directions of harmonization are determined.

Keywords: conceptual foundations, children's health, spiritual and moral development.

**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 рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа автора.

14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 24.09.2020 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
