

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2020(20), №4

«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

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
О.Ю. Кочерова, Е.Н. Антышева, О.М. Филькина, В.В. Чубаровский ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ.....	4
Н.В.Зверева, Е.Ф. Шведовский ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕЧЕМЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	14
И.Н. Власенкова, М.С. Скавронская ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ.....	23
О.Г. Беляева ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	31
Я.К. Смирнова, А.В. Макашова, А.А. Мудрук ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА.....	40
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
Н.К. Кириллина ПСИХОТЕРАПИЯ СЕЛЕКТИВНОГО МУТИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	51
В.В. Колягин, Е.П. Чернигова РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА – СИНДРОМ АСПЕРГЕРА, СИНДРОМ КАННЕРА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ).....	60
В.С. Собкин, Е.А. Калашникова, Л.П. Фальковская ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ШКОЛЕ: МНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА.....	69
Я.М. Акинкина ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФОРИЧЕСКИХ КАРТ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	78
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
Е.В. Корень, Т.А. Куприянова «ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО» В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	87
В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	95
В.М. Ганузин БУЛЛИНГ, ДИДАКТОГЕНИЯ И СИНДРОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.....	106
А.Н. Белова, Т.В. Жилева, В.В. Борзиков, А.Н. Кузнецов ОБЗОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	115
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	124

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

O.Yu. Kocherova, E.N. Antysheva, O.M. Filkina, V.V. Chubarovsky DYNAMICS OF NEUROTIC LEVEL DISORDERS IN YOUNG CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF UPBRINGING IN FOSTER FAMILIES.....	4
N.V. Zvereva, E.F. Shvedovskiy EXPERIMENTAL-PSYCHOLOGICAL APPROACH TO STUDY OF THE PROCEEDING OF THE LANGUAGE-THINKING ACTIVITY IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA.....	14
I.N. Vlasenkova¹, M.S. Skavronskaya^{1,2} THE SPECIFICS OF EMOTIONAL SPHERE OF THE DEVIANT ADOLESCENTS.....	23
O.G. Belyaeva THE ROLE OF THE TIME PERSPECTIVE IN THE PERSONAL AND PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DEFICIENCY.....	31
Ya.K. Smirnova, A.V. Makashova, A.A. Mudruk FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF A MODEL OF MENTAL PRE-SCHOOLERS WITH HEARING IMPAIRMENT.....	40

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

N.K. Kirillina PSYCHOTHERAPY OF SELECTIVE MUTISM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (THERAPEUTIC ESSAY).....	51
V.V. Kolyagin, E.P. Chernigova AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS - ASPERGER SYNDROME, CANNER SYNDROME (CLINICAL CASES).....	60
V.S. Sobkin, E.A. Kalashnikova, L.P. Falkovskaya PSYCHOLOGICAL SERVICE AT SCHOOL: THE OPINION OF A MODERN TEENAGER YA.M. Akinkina EXPERIENCE OF APPLICATION OF PROJECTIVE METHOD METAPHORICAL ASSOCIATIVE CARDS IN PERINATAL PSYCHOLOGY.....	69
	78

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova «BORDERLINE PERSONAL DISORDER» IN THE CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL.....	87
V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko GENETIC AND EPIGENETIC ASPECTS OF NERVOUS ANOREXIA (LITERATURE REVIEW)....	95
V.M. Ganuzin BULLING, DIDACTOGENIA AND PEDAGOGICAL VIOLENCE SYNDROME IN DOMESTIC AND FOREIGN STUDIES.....	106
A.N. Belova, T.V. Zhilyaeva, V.V. Borzikov, A.N. Kuznetsov A REVIEW OF PSYCHOMETRIC INSTRUMENTS FOR ASSESSING EMOTIONAL REGULATION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	115
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....	124

О.Ю. Кочерова¹, Е.Н. Антышева^{1,2}, О.М. Филькина¹, В.В. Чубаровский³
ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ
В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

¹ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»,

²ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» (Иваново), ³ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» (Москва).

Резюме. В результате лонгитюдного исследования установлено, что создание благоприятных микросоциальных условий в замещающей семье приводит у приемных детей раннего возраста к нивелированию депрессивной симптоматики. Однако процесс адаптации в новой семье и формирование вторичной привязанности к приемным родителям сопровождается у детей соматовегетативными, эмоционально-поведенческими нарушениями с тревожностью, раздражительностью, гипердинамическим синдромом, стремлением к непослушанию, демонстративным поведением и агрессивностью, патологическими привычными действиями, что определяет необходимость сопровождения приемной семьи с участием психиатра.

Ключевые слова: дети раннего возраста, замещающая семья, невротические расстройства.

Ранний опыт эмоциональных взаимоотношений является первой моделью дальнейших паттернов саморегуляции ребенка и фундаментом для его дальнейшего психического развития [1, 19, 21]. Исследования детей-сирот раннего возраста, воспитывающихся в домах ребенка, выявили у них относительно специфические нарушения психического онтогенеза, которые складываются в «синдром сиротства» [6, 13]. Он включает: дисфункции эмоциональной сферы в виде депривационной депрессии и общей эмоциональной дефицитарности; депривационный парааутизм; двигательные стереотипии и псевдозадержки развития [7, 8, 9, 12]. У этих детей недостаточно сформированы навыки и умения в режимных моментах: они пассивны при кормлении, испытывают трудности при использовании столовых приборов и посуды [14]. Наблюдается также отставание в развитии эмоций и социального поведения: у детей редуцирован комплекс оживления, отсутствует эмоциональный ответ на обращение взрослого и стремление к взаимодействию со сверстниками [8, 9].

Семейные формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей, являются приоритетными в социальной политике РФ, однако остается мало изученной динамика невротических расстройств у детей раннего возраста в период адаптации ребенка в новой семье. Известно, что эмоциональная регуляция у детей раннего возраста непосредственно связана с качеством социально-эмоционального взаимодействия с ухаживающим близким взрослым и имеет

влияние на дальнейшее развитие психических функций, становясь основой его психического здоровья [2, 3, 11, 23]. Наличие постоянного близкого взрослого способно в той или иной мере компенсировать последствия депривации [4, 5, 7, 20], которые оставляют отпечаток не только на физическом и когнитивном развитии детей [5, 9, 12, 19], но и на социально-эмоциональной сфере [14, 15, 16], в том числе в долгосрочной перспективе [19, 20].

Психические нарушения у детей раннего возраста, характеризуются мозаичностью, рудиментарностью, парциальностью, незавершенностью, транзиторностью, кратковременностью отдельных клинических проявлений, которые наблюдаются в виде реакций, фаз и могут существовать в контексте процессуальных расстройств [17, 18, 22]. Это в значительной степени затрудняет своевременную диагностику отклонений в развитии и здоровье детей педиатрами, врачами других специальностей. Дети раннего возраста остаются без необходимой помощи, особенно это касается самой многочисленной и курабельной пограничной психической патологии. В лучшем случае дети наблюдаются детским неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС (ППЦНС), после чего, при отсутствии грубых органических нарушений, исчезают из поля зрения специалистов.

Цель исследования – изучить динамику расстройств невротического уровня у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающих семьях.

Материалы и методы. Объектом лонгитюдного исследования явились 65 детей раннего возраста в период передачи в замещающую семью и через год адаптации в замещающей семье (ЗС), 29 мальчиков и 36 девочек (основная группа), а так же 90 детей сверстников, воспитывающихся в кровных семьях (КС), 45 мальчиков и 45 девочек (контрольная группа). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Не подлежали обследованию дети с тяжелой соматической и неврологической патологией.

Исследование проводилось путем клинического обследования детей, наблюдения за их поведением, анализа медицинской документации и опроса замещающих родителей с использованием разработанной нами структурированной клинко-статистической карты [14]. Карта включала характеристики психопатологических симптомокомплексов невротического уровня, которые нашли отражение в классе V(F) МКБ–10. Клинический этап проводился единой группой специалистов, постановка диагнозов осуществлялась в соответствии с МКБ–10.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6.0.

Результаты исследования.

Нами были исследованы расстройства пограничного уровня и предболезненные состояния, которые встречались в виде моносимптомов, реакций, синдромально очерченных форм и их сочетания. Поскольку психопатологические расстройства у детей раннего возраста в ЗС были представлены как синдромально очерченными состояниями, так и моносимптомными формами, нами анализировались как общая распространенность синдромов, так и частота встречаемости отдельных симптомов, которые выявлялись у детей в сочетании друг с другом.

Таблица 1.

Распространенность и динамика психопатологических синдромов и отдельных симптомов психических расстройств у детей раннего возраста в ЗС и КС (P1, P2, P3 – «point prevalence» показатели распространённости отдельных форм в каждом контингенте на 100 обследованных)

Синдромы и отдельные симптомы психических расстройств	Дети при передаче в ЗС (n=65)		Дети через год воспитания в ЗС (n=65)		Дети КС (n=90)	
	Абс	P1	Абс	P2	Абс.	P3
Синдром соматовегетативных нарушений (F45.3, G 25.8, G47)	53	81,5	49	75,4	47	$\chi^2=7,63$ $p_2=0,006$
1.Нарушение сна	53	81,5	49	75,4	47	$\chi^2=7,63$ $p_2=0,006$
2.Нарушение аппетита (R63)	16	24,6	10	15,4	12	13,3
3.Вегетативные нарушения (G90.9)	26	40,0	33	50,8	27	$\chi^2=6,02$ $p_2=0,015$
4.Признаки ММД	27	41,5	34	52,3	25	$\chi^2=8,62$ $p_2=0,004$
Метеочувствительность	27	41,5	34	52,3	25	$\chi^2=8,62$ $p_2=0,004$
Непереносимость езды в транспорте	8	12,3	14	21,5	7	$\chi^2=7,8$ $p_2=0,014$
Быстрая утомляемость, вялость (R53, F48)	5	7,7	9	13,8	5	5,6
Снижение настроения (F43.2)	47	72,3	4	$\chi^2=56,92$ $p_1<0,001$	2	2,2
Повышенная тревожность, настороженность (F93, F41.1, F43.2)	10	15,4	22	$\chi^2=5,02$ $p_1=0,026$	15	$\chi^2=5,22$ $p_2=0,023$
Беспричинные колебания настроения	22	33,8	32	49,2	1	$\chi^2=49,32$ $p_2<0,001$
Раздражительность	20	30,8	25	38,5	5	$\chi^2=26,18$ $p_2<0,001$
Повышенная плаксивость	10	15,4	14	21,5	5	$\chi^2=8,96$ $p_2=0,003$
Фобический синдром (F93.1, F40)	34	52,3	34	52,3	33	36,7
Синдром расстройств поведения (F91)	18	27,7	34	$\chi^2=7,21$ $p_1=0,008$	8	$\chi^2=33,85$ $p_2<0,001$
Синдром двигательной заторможенности (F43.2)	25	38,5	1	$\chi^2=27,69$ $p_1<0,001$	0	0,0
Гипердинамический синдром (F90)	8	12,3	22	$\chi^2=8,49$ $p_1=0,004$	6	$\chi^2=17,05$ $p_2<0,001$
Синдром патологических привычных действий и стереотипий (F98.4, F98.8)	43	66,2	38	58,5	21	$\chi^2=18,29$ $p_2<0,001$

χ^2 , p_1 - достоверность различий между детьми при передаче в ЗС и через год в ЗС; χ^2 , p_2 -достоверность различий между детьми через год в ЗС и в КС.

Поскольку психопатологические расстройства у детей раннего возраста в ЗС были представлены как синдромально очерченными состояниями, так и моносимптомными формами, нами анализировались как общая распространенность синдромов, так и частота встречаемости отдельных симптомов, которые выявлялись у детей в сочетании друг с другом.

Общая распространенность отдельных симптомов и синдромов различной степени выраженности у детей раннего возраста при передаче в ЗС составила 96,9%.

У большинства детей выявлялись соматовегетативные расстройства (81,5%), представленные сочетанием нарушений сна (81,5%), аппетита (24,6%), вегетативными дисфункциями (40%).

Среди нарушений сна частота встречаемости отдельных симптомов составила: длительный период засыпания (75,4%), поверхностный, беспокойный сон, вздрагивания во сне (53,8%), стереотипии и патологические привычные действия (ППД) при засыпании (43%), ночные пробуждения (33,8%) и др.. Нарушения аппетита были представлены: сниженным аппетитом (13,8%), отказом от пищи, рвотой при попытке накормить (4,6%), полифагией и поеданием несъедобного (6,2%).

Собственно вегетативные отклонения проявлялись функциональными нарушениями со стороны внутренних органов с частотой встречаемости 16,9%, головными болями (12,3%). На фоне соматовегетативных расстройств у детей с высокой частотой выявлялись эмоционально-волевые и двигательные нарушения, которые были представлены: сниженным настроением (72,3%), беспричинными колебаниями настроения (33,8%), раздражительностью (30,8%), повышенной плаксивостью и тревогой (15,4%), двигательной заторможенностью (38,5%), снижением интереса к окружающим (72,3%), к игрушкам (44,6%), замкнутостью (56,9%), отказом от вербального контакта с окружающими (21,5%).

Фобический синдром диагностировался у 52,3% детей при передаче в ЗС. Политематические страхи выявлялись у 33,85%, в то время как монотематические, только у 18,56% детей. Примерно у 1/3 детей определялись страх оставаться одному (35,4%) и страх темноты (33,85%), громких звуков боялись 18,5% детей, сказочных героев 6,2%, незнакомых людей, воды 4,6%, медицинского персонала, животных 3,1%.

Синдром поведенческих нарушений наблюдался в 27,6% случаев и проявлялся реакциями истерического (13,8%) и возбудимого типа (13,8%), в виде сочетания: стремления к непослушанию (26,2%), агрессии (21,5%), аутоагрессии (13,8%), грубости (15,4%).

Гипердинамический синдром регистрировался у 12,5% детей с частотой отдельных симптомов: неусидчивость, суетливость (12,5%), нетерпимость (7,7%), быстрое переключение внимания, невозможность сосредоточиться на одном занятии более 5 минут (10,8%), неспособность сидеть спокойно, постоянные движения в конечностях (10,8%).

Синдром ППД и стереотипий диагностировался у 66,2% детей данной группы. Распространенность двигательных актов по механизму замещения составила: сосание пальца, волос и т. п. (60%), раскачивание сидя (26%), облизывание губ (6,2%). ППД аутоагрессивной направленности были представлены ковырянием, щипанием губ, ушей (6,2%), кусанием ногтей (6,2%), ударами головой о стену (3,1%). Данные двигательные акты многими авторами рассматри-

ваются, как эквиваленты идей самообвинения при депрессиях у взрослых [17].

Следовательно, при передаче в ЗС у детей преобладали эмоционально-волевые расстройства, проявляющиеся пониженным фоном настроения, снижением когнитивных процессов и побуждений к деятельности с тревогой, раздражительностью, страхами, эмоциональной лабильностью, двигательной заторможенностью, патологическими привычными действиями на фоне соматовегетативных нарушений. Эти клинические проявления напоминают депривационный парааутизм, характеризующийся нарушением общения, эмоциональной индифферентностью, задержкой формирования моторики и речи [12].

Через год воспитания в ЗС синдром соматовегетативных нарушений выявлялся примерно с такой же частотой, как при передаче в ЗС (81,5% и 75,4% соответственно) и так же был представлен нарушениями сна (75,4%), аппетита (15,4%) и вегетативными расстройствами (50,8%). Однако через год в ЗС у детей снизилась частота встречаемости вздрагиваний и ППД при засыпании (53,8% и 32,3%, $\chi^2=5,3$, $p=0,022$; 43% и 26,2% соответственно, $\chi^2=4,11$, $p=0,043$), а частота «сна в постели с родителями» увеличилась (6,2% и 18,5% соответственно, $\chi^2=4,56$, $p=0,033$). Чрезмерный аппетит в виде полифагии не наблюдался ни у одного ребенка через год в ЗС (6,2% и 0% соответственно, $\chi^2=4,13$, $p=0,043$).

К концу первого года воспитания в ЗС уменьшилось число детей с эмоционально-волевыми расстройствами за счет снижения распространенности депрессивных реакций, проявляющихся: сниженным настроением (72,3% и 6,2%, $\chi^2=56,92$, $p<0,001$), двигательной заторможенностью (38,5% и 1,5%, $\chi^2=27,69$, $p<0,001$) снижением волевых процессов (72,3% и 12,3%, $\chi^2=47,94$, $p<0,001$) и замкнутостью (56,9% и 15,4%, $\chi^2=8,53$, $p=0,004$).

Однако достоверно увеличилось число детей с повышенной тревожностью, настороженностью, боязливостью (15,4% и 33,8%, $\chi^2=5,02$, $p=0,026$).

Достоверных изменений распространенности фобического синдрома за год воспитания в ЗС не произошло.

Частота встречаемости гипердинамического синдрома (12,3% и 33,8%, $\chi^2=8,49$, $p=0,004$) у детей через год в ЗС достоверно увеличилась. Распространенность отдельных симптомов была представлена: неусидчивостью, суетливостью (12,3% и 40%, $\chi^2=12,9$, $p<0,001$), нетерпеливостью (7,7% и 38,5%, $\chi^2=15,64$, $p<0,001$), невнимательностью, невозможностью сосредоточиться на одном занятии более 5 минут (10,8% и 43,1%, $\chi^2=15,64$, $p<0,001$), неспособностью сидеть спокойно, постоянными движениями в конечностях (10,8% и 35,4%, $\chi^2=9,75$, $p=0,002$).

Выявляемость поведенческих расстройств (27,7% и 52,3%, $\chi^2=7,21$, $p=0,008$) достоверно увеличилась преимущественно за счет повышения доли детей с непослушанием, оппозиционным (26,2% и 52,3%, $\chi^2=8,26$, $p=0,005$) и демонстративным поведением (13,8% и 29,2%, $\chi^2=4,55$, $p=0,033$).

Через год воспитания в ЗС встречаемость синдрома ППД достоверно не изменилась, но распространенность двигательных актов, совершаемых по механизму замещения, таких как сосание пальца (60% и 42%, $\chi^2=4,43$, $p=0,036$) и раскачивание сидя (26% и 12%, $\chi^2=4,01$, $p=0,046$), значительно уменьшилась.

Через год воспитания в ЗС частота и структура синдрома страха не изменилась.

Следовательно, через год воспитания в ЗС у детей раннего возраста уменьшилась частота и выраженность тревожно-депрессивных реакций с раздражи-

тельностью, двигательной заторможенностью и нарушением социальных контактов, увеличилась встречаемость детей с симптомами тревоги, гипердинамическими нарушениями и расстройствами поведения. Изменилась структура синдрома соматовегетативных расстройств за счет снижения вздрагиваний во сне и ППД при засыпании, увеличения частоты встречаемости сна в постели с родителями, отсутствия детей с полифагией. В структуре синдрома ППД уменьшилось количество двигательных актов совершаемых по механизму замещения.

При сравнительном анализе донозологических и пограничных расстройств у детей, воспитывающихся в ЗС и КС, выявлено, что у первых, они встречались достоверно чаще (90,8% и 67,8% соответственно, $\chi^2=10,14$, $p=0,002$).

Синдром соматовегетативных нарушений у детей в ЗС диагностировался достоверно чаще, чем у детей в КС (75,4% и 52,2%, $\chi^2=7,63$, $p=0,006$), преимущественно за счет нарушений сна (75,4% и 52,2%, $\chi^2=7,63$, $p=0,006$) и вегетативных дисфункций (50,8 и 30%, $\chi^2=6,02$, $p=0,015$). Нарушения сна у детей, воспитывающихся в ЗС, по сравнению с детьми из КС чаще были представлены поверхностным, беспокойным сном (41,5% и 7,8%, $\chi^2=23,19$, $p<0,001$), вздрагиваниями во сне (32,3% и 2,2%, $\chi^2=24,71$, $p<0,001$), а также длительным периодом (75,4% и 25,6%, $\chi^2=35,7$, $p<0,001$) и ППД (26,2 и 12,2%, $\chi^2=9,85$, $p=0,002$) при засыпании.

Вегетативные дисфункции у детей в ЗС чаще проявлялись головными болями (9,2% и 2,2%, $p=0,052$), вазовегетативными реакциями (40% и 8,9%, $\chi^2=19,56$, $p<0,001$), признаками минимальной мозговой дисфункции (ММД), включающими: метеочувствительность (52,3% и 27,8%, $\chi^2=8,62$, $p=0,004$) и непереносимость езды в транспорте (21, %1 и 7,8%, $\chi^2=6,1$, $p=0,014$), чем у детей в КС.

Через год воспитания в ЗС у детей чаще, чем в КС, обнаруживались отклонения в сфере эмоций, в виде повышенной тревожности, настороженности (33,8% и 16,7%, $\chi^2=5,22$, $p=0,023$), колебаний настроения (49,2% и 11,1%, $\chi^2=49,32$, $p<0,001$), раздражительности (38,5% и 5,6%, $\chi^2=26,18$, $p<0,001$), повышенной плаксивости (21,5% и 5,6%, $\chi^2=8,96$, $p=0,003$).

В ЗС у детей чаще, чем в КС, встречались гипердинамический синдром (33,8% и 6,7%, $\chi^2=17,05$, $p<0,001$) и синдром поведенческих нарушений (52,3% и 8,9%, $\chi^2=33,85$, $p<0,001$).

Отдельные симптомы гипердинамического синдрома достоверно чаще встречались у детей в ЗС по сравнению со сверстниками из КС: неусидчивость и суетливость (40% и 18,9%, $\chi^2=8,39$, $p=0,004$), нетерпеливость (38,5% и 17,8%, $\chi^2=7,27$, $p=0,008$), невнимательность, невозможность сосредоточиться на одном занятии более 5 минут (43,1% и 13,3%, $\chi^2=15,92$, $p<0,001$), неспособность сидеть спокойно, постоянные движения в конечностях (35,4% и 10,0%, $\chi^2=13,34$, $p<0,001$). А среди поведенческих расстройств в 5,9 раз чаще выявлялось стремление к непослушанию, сделать назло (52,3% и 8,9%, $\chi^2=33,85$, $p<0,001$), в 5 раз чаще стремление ударить (33,8% и 6,7%, $\chi^2=17,05$, $p<0,001$), демонстративное поведение (29,2% и 5,6%, $\chi^2=14,41$, $p<0,001$) и поведение, с признаками эмоциональной неустойчивости (15,4% и 3,3%, $\chi^2=7,13$, $p=0,008$).

ППД у детей, через год воспитания в ЗС, выявлялись в 2,3 раза чаще, чем в КС. Среди них чаще встречались двигательные акты по типу замещения (66,3% и 16,7% соответственно, $\chi^2=37,39$, $p<0,001$), такие как облизывание губ (9,2% и 1,1% соответственно, $\chi^2=4,04$, $p=0,045$), сосание пальца и т. п. (42% и 12,2% соответст-

венно, $\chi^2=15,98$, $p<0,001$), раскачивание сидя (12% и 2,2% соответственно, $\chi^2=4,8$, $p=0,029$), ковыряния в носу (3,1% и 1,1% соответственно) и ППД аутоагрессивной направленности (30,8% и 8,9% соответственно, $\chi^2=10,77$, $p=0,002$), в виде ковыряния, щипания губ, ушей (7,7% и 0% соответственно, $\chi^2=4,9$, $p=0,027$), подергивания волос (12,3% и 6,7% соответственно), кусания ногтей (7,7% и 2,2% соответственно), ударов головой о стену (3,1% и 0% соответственно), а также ППД по механизму противостояния (13,9% и 3,3% соответственно, $\chi^2=4,46$, $p=0,035$).

Частота встречаемости страхов у детей в ЗС и КС достоверно не отличалась (52,3% и 36,7%), но по фабуле у детей в ЗС чаще диагностировался страх оставаться одному (30,8% и 4,4%, $\chi^2=18,03$, $p<0,001$), страх темноты (29,2% и 8,9%, $\chi^2=9,49$, $p=0,003$), страх воды (4,6% и 0%, $\chi^2=4,24$, $p=0,040$), а страх «белых халатов» выявлялся в 4,6 раза реже (3,1% и 14,4%, $\chi^2=4,35$, $p=0,037$).

Выводы. Изучена динамика расстройств невротического уровня у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающих семьях:

- через год воспитания в замещающих семьях у детей раннего возраста уменьшается частота и выраженность тревожно-депрессивных реакций, что связано с созданием благоприятных микросоциальных условий и хорошими компенсаторными возможностями детей раннего возраста.

- у детей увеличивается частота тревожно-поведенческих и гипердинамических нарушений, изменяется структура соматовегетативных расстройств, за счет снижения вздрагиваний во сне, ППД при засыпании, увеличения частоты сна в постели с родителями, исчезновения полифагии. В структуре синдрома ППД у них уменьшается количество двигательных актов, совершаемых по механизму замещения. Это обусловлено необходимостью привыкания к новым родителям, формированием вторичной привязанности.

Полученные данные определяют необходимость длительного комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения приемной семьи с участием психиатра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агупова И.Б., Савинкова А.А., Латынцева А.Н. Обзор исследований посвящённых теме влияния семейных депривационных условий на психическое развитие детей // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2015. - № 59. - С. 3-9.

2. Александрова Л.Ю., Ваторопина С.В. Мультидисциплинарный анализ исследований по проблеме педагогического сопровождения замещающих семей по речевому развитию дошкольников // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. - 2016. - № 2(93). - С. 4-6.

3. Бабасадилова Ш.Ф., Солодунова М.Ю. Эмоциональная регуляция у детей в замещающих семьях // Ананьевские чтения - 2017: преемственность в психологической науке: В.М. Бехтерев, Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов: мат-лы традиционной междунар. науч. конф. / под ред. А.В. Шаболтас, Л.А. Головей. – СПб., 2017. – С. 32-33.

4. Волова Т.Л., Соловьев А.Г. Дети, оставшиеся без попечения родителей: социально-психологические аспекты // Психосоматические и соматоформные расстройства в общей практике: алгоритмы междисциплинарного взаимодействия оказания медико-психологической помощи: мат-лы межрегион. науч.-

.образоват. конф. / под ред. Н.Р. Моллаевой, М.М. Далгатова, А.М. Муталимова. – Махачкала, 2019. - С. 26-31.

5. Дерябина В.В. Особенности нарушений взаимодействия с ребенком в процессе общения // Конференциум АСОУ: сб. науч. тр. и мат-лов науч.-практ. конф. - 2018. - № 3-1. - С. 181-188.

6. Егорова П.Л., Портнова А.А. Состояние психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Психическое здоровье. - 2015. - Т. 13, № 8(111). - С. 59-63.

7. Забабурина О.С., Помогаева В.И. Психическое развитие детей младенческого и раннего возраста в условиях материнской депривации // Ученые записки Орловского государственного университета. - 2015. - № 1(64). - С. 24-27.

8. Кремнева Л.Ф., Проселкова М.О., Козловская Г.В., Иванов М.В. К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия. - 2017. - Т. 27, № 1. - С. 20-25.

9. Мельник Е.С. Подготовка детей-сирот к переходу в приемную семью // Сопровождение личности, оказавшейся в трудной жизненной ситуации, в истории и современности: мат-лы междунар. науч.-практ. конф., посвященной 110-летию Иркутского педагогического института. – Иркутск, 2019. - С. 135-140.

10. Неблагоприятная среда в раннем возрасте и последующее развитие: роль эпигенетики / Дж. Генри, И.Д. Воронина, Ю. Ковас, М. Буаван // Вопросы психологии. - 2016. - № 1. - С. 154–162.

11. Новоселова Ю.В., Кривошеина Н.П., Наумова М.Е. Проблемы пищевого поведения у детей раннего возраста // Ранняя помощь детям и их семьям: траектория профессионального роста: сб. статей II междунар. науч.-практ. конф. - Кемерово, 2019. - С. 66-69.

12. Проселкова М.О. Клинические проявления депривационного «синдрома сиротства» у детей раннего возраста // Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения: сб. науч. статей. – М., 2013. – 35 с. URL: https://psyjournals.ru/childdeprivation/issue/69100_full.shtml (дата обращения 19.09.15).

13. Солодунова М.Ю., Мухамедрахимов Р.Ж. Развитие эмоций у детей раннего возраста в условиях депривации // Проблема сиротства в современной России: психологический аспект. - М.: Институт психологии РАН, 2015. - С. 63–83.

14. Состояние здоровья детей 2-9 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, прогнозирование, диагностика, профилактика и коррекция / О.М. Филькина, О.Ю. Кочерова, Н.Ю. Сотникова и др.; под ред. Л.В. Посисеевой. – Иваново, 2006. – С. 189-190.

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

16. Часовских А. В., Солодунова М. Ю. Характеристики выражения эмоций у детей раннего возраста и их матерей в замещающих семьях // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. Т. 7. – СПб., 2019. - С. 119-126.

17. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 928 с.

REFERENCES

1. Agupova I.B., Savinkova A.A., Latynceva A.N. Obzor issledovanij posvjashhjonnyh teme vlijaniya semejnyh deprivacionnyh uslovij na psihicheskoe razvitie detej // Nauchno-medicinskij vestnik Central'nogo Chernozem'ja. - 2015. - № 59. - S. 3-9.
2. Aleksandrova L.Ju., Vatoropina S.V. Mul'tidisciplinarnyj analiz issledovanij po probleme pedagogicheskogo soprovozhdenija zameshhajushhih semej po rechevomu razvitiyu doshkol'nikov // Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta im. Jaroslava Mudrogo. - 2016. - № 2(93). - S. 4-6.
3. Babasadikova Sh.F., Solodunova M.Ju. Jemocional'naja reguljacija u detej v zameshhajushhih sem'jah // Anan'evskie chtenija - 2017: preemstvennost' v psihologicheskoy nauke: V.M. Behterev, B.G. Anan'ev, B.F. Lomov: mat-ly tradicionnoj mezhdunar. nauch. konf. / pod red. A.V. Shaboltas, L.A. Golovej. – SPb., 2017. – S. 32-33.
4. Volova T.L., Solov'ev A.G. Deti, ostavshiesja bez popechenija roditel'ej: social'no-psihologicheskie aspekty // Psihosomaticheskie i somatoformnye rasstrojstva v obshhej praktike: algoritmy mezhdisciplinarnogo vzaimodejstvija okazaniya mediko-psihologicheskoy pomoshhi: mat-ly mezhdunar. nauch.-obrazovat. konf. / pod red. N.R. Mollaevoj, M.M. Dalgatova, A.M. Mutalimova. – Mahachkala, 2019. - S. 26-31.
5. Derjabina V.V. Osobennosti narushenij vzaimodejstvija s rebenkom v processe obshhenija // Konferencium ASOU: sb. nauch. tr. i mat-lov nauch.-prakt. konf. - 2018. - № 3-1. - S. 181-188.
6. Egorova P.L., Portnova A.A. Sostojanie psihicheskogo zdorov'ja detej-sirot i detej, ostavshihsja bez popechenija roditel'ej // Psihicheskoe zdorov'e. - 2015. - T. 13, № 8(111). - S. 59-63.
7. Zababurina O.S., Pomogaeva V.I. Psihicheskoe razvitie detej mladencheskogo i rannego vozrasta v uslovijah materinskoj deprivacii // Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta. - 2015. - № 1(64). - S. 24-27.
8. Kremneva L.F., Proselkova M.O., Kozlovskaja G.V., Ivanov M.V. K voprosu ob jetiologii sindroma sirotstva // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. - 2017. - T. 27, № 1. - S. 20-25.
9. Mel'nik E.S. Podgotovka detej-sirot k perehodu v priemnuju sem'ju // Soprovozhdenie lichnosti, okazavshejsja v trudnoj zhiznennoj situacii, v istorii i sovremenosti: mat-ly mezhdunar. nauch.-prakt. konf., posvjashhennoj 110-letiju Irkutskogo pedagogicheskogo instituta. – Irkutsk, 2019. - S. 135-140.
10. Neblagoprijatnaja sreda v rannem vozraste i posledujushhee razvitie: rol' jepigenetiki / Dzh. Genri, I.D. Voronina, Ju. Kovas, M. Buavan // Voprosy psihologii. - 2016. - № 1. - S. 154-162.
11. Novoselova Ju.V., Krivosheina N.P., Naumova M.E. Problemy pishhevo go povedenija u detej rannego vozrasta // Rannjaja pomoshh' detjam i ih sem'jam: traektorija professional'nogo rosta: sb. statej II mezhdunar. nauch.-prakt. konf. - Kemerovo, 2019. - S. 66-69.
12. Proselkova M.O. Klinicheskie projavlenija deprivacionno go «sindroma sirotstva» u detej rannego vozrasta // Psihicheskaja deprivacija detej v trudnoj zhiznennoj situacii: obrazovatel'nye tehnologii profilaktiki, reabilitacii, soprovozhdenija: sb. nauch. statej. – M., 2013. – 35 s. URL: https://psyjournals.ru/childdeprivation/issue/69100_full.shtml (data obrashhenija 19.09.15).
13. Solodunova M.Ju., Muhamedrahimov R.Zh. Razvitie jemocij u detej rannego

voznaga v uslovijah deprivacii // Problema sirotstva v sovremennoj Rossii: psihologicheskij aspekt. - M.: Institut psihologii RAN, 2015. - S. 63–83.

14. Sostojanie zdorov'ja detej 2-9 let s sindromom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju, prognozirovanie, diagnostika, profilaktika i korrakcija / O.M. Fil'kina, O.Ju. Kocherova, N.Ju. Sotnikova i dr.; pod red. L.V. Posisevoj. – Ivanovo, 2006. – S. 189-190.

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

16. Chasovskih A. V., Solodunova M. Ju. Harakteristiki vyrazhenija jemocij u detej rannego vozrasta i ih materej v zameshhajushhih sem'jah // Nauchnye issledovanija vypusnikov fakul'teta psihologii SPbGU. T. 7. – SPb., 2019. - S. 119-126.

17. Shevchenko Ju.S. Detskaja i podrostkovaja psihiatrija: klinicheskie lekicii dlja professionalov / pod red. Ju.S. Shevchenko. - M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2011. – 928 s.

18. Early Psychosocial Neglect Adversely Impacts Developmental Trajectories of Brain Oscillations and Their Interactions / C.H. Zeanah, C. Stamoulis, R.E. Vanderwert [et al.] // Journal of Cognitive Neuroscience. - 2015. - Vol. 27. - P. 2512–2528.

19. Gabrielli J., Jackson Y., Brown S. Associations between maltreatment history and severity of substance use behavior in youth in foster care // Child Maltreatment. - 2016. - Vol. 21, № 4. - P. 298–307.

20. Goemans A., van Geel M., Vedder P. Over three decades of longitudinal research on the development of foster children: A meta-analysis // Child Abuse and Neglect. - 2015. - Vol. 42. - P. 121–134.

21. Johnson D.E. Long-term medical issues in international adoptees // Pediatric Annals. - 2000. - Vol. 29. - P. 234–241.

22. Sander L. The psychology of emotion regulation: an integrative review // Cognition and Emotion. - 2009. - Vol. 23. - P. 4–41.

O.Yu. Kocherova¹, E.N. Antysheva^{1,2}, O.M. Filkina¹, V.V. Chubarovsky³
DYNAMICS OF NEUROTIC LEVEL DISORDERS IN YOUNG CHILDREN
IN THE FIRST YEAR OF UPBRINGING IN FOSTER FAMILIES

¹Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood named after V.N. Gorodkov, ²Ivanovo State Medical Academy (Ivanovo), National Medical Research Center for Children's Health (Moscow).

Summary. As a result of the conducted longitudinal study, it was found that the creation of favorable microsocial conditions in the foster family leads to the leveling of depressive symptoms in young foster children. However, the process of adaptation in a new family and the formation of secondary attachment to foster parents is accompanied in children by somatovegetative, emotional and behavioral disorders with anxiety, irritability, hyperdynamic syndrome, a desire for disobedience, demonstrative behavior and aggressiveness, pathological habitual actions, which determines the need to accompany the foster family with participation of a psychiatrist.

Keywords: young children, foster family, neurotic disorders.

Н.В.Зверева, Е.Ф. Шведовский

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
К ИЗУЧЕНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕЧЕМЫСЛИТЕЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).

Резюме. Речевые нарушения являются одними из самых ярких проявлений шизофрении. При этом в зависимости от различных факторов, включающих актуальный возрастной этап, речевые проявления заболевания могут иметь различную степень выраженности. Настоящая статья посвящена экспериментальному исследованию экспрессивной речевой деятельности у подростков при расстройствах шизофренического круга. Выборка исследования: 53 пациента с диагнозами F20.xx, F21.xx и др. (12–17 лет); 53 нормотипичных сверстника (11–17 лет). Применялся комплекс патопсихологических методик (Слоговая методика, Конструирование объектов, Направленные вербальные ассоциации, Сочинение по картинке). Выявлены значимые различия между группами по параметрам стандартности ответов (в устной речи), продуктивности (в письменной речи). Полученные результаты могут свидетельствовать об особом профиле речемыслительной деятельности подростков при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, экспрессивная речь, письменная речь, мышление.

Введение. Речевая деятельность представляет особый интерес для исследователей психической патологии в контексте ее связанности с изменениями в когнитивном функционировании пациента с течением болезни [12, 15]. При этом речь, несущая в себе как коммуникативную, так и обобщающую функции, рассматривается в контексте ее экспрессивной и импрессивной сторон [13], при этом исследования письменной речи занимают особое место и в отечественной психологической практике [2, 3, 11]. Наиболее известными и яркими проявлениями особенностей речи у пациентов с эндогенными расстройствами выступают: неологизмы, шизофазия, мутизм, скандированность, разорванность речи. Данные проявления, как правило, классифицируются клиницистами с позиции продуктивной или негативной симптоматики заболевания.

В работе [7] показано, что в подростковом возрасте происходит сближение некоторых когнитивных показателей у подростков, больных шизофренией, и их нейротипичных сверстников. Проблема дифференциальной диагностики эндогенной психической патологии остро стоит и у клиницистов [14]. При исследовании речи у больных шизофренией мужчин было показано, что с течением болезни степень актуализации речевых связей на основании прошлого опыта снижается [9].

Целью настоящего исследования выступило выявление при помощи патопсихологического инструментария специфики устной и письменной речевой деятельности в ее экспрессивном аспекте у подростков при расстройствах шизофренического круга.

Материал и методы. *Характеристика выборки.* Критерии включения: ди-

агноз эндогенной патологии круга шизофрении, подростковый возраст, пребывание на стационарном лечении. Клиническую группу составили 53 пациента в возрасте от 12 до 17 лет, основные диагнозы обследованных - шизофрения и шизотипические расстройства (F20.xx и F21.xx соответственно), эти пациенты составили основную долю клинической группы (75,5%). Также в выборку были включены как группа сравнения пациенты других нозологических групп (24,5% от общего количества испытуемых). Критериями исключения из группы являлись наличие выраженного когнитивного дефекта, острые психотические состояния. В качестве контрольной группы выступили нормотипичные сверстники без зарегистрированных психиатрических диагнозов из средних общеобразовательных школ г. Москвы. Полное описание выборки представлено на табл. 1.

Таблица 1..

Выборка исследования

Группы	n	DS	Возраст	Пол
КоГ	53		D=11-17, Me=14.7, SD=1.8	25 д / 28 м
КлГ	53	F20.xx, F21.xx (75,5 %)	D=10.7-18.2, Me=14.6, SD=1.6	21 д / 32 м
		F06.xx, F23.xx, F25.xx, F32.xx, F33.xx, F50.xx (24, 5%)		

КоГ – контрольная группа, КлГ – клиническая группа, D – разброс выборки, Me – средний возраст выборки, SD – стандартное отклонение

Процедура проведения исследования предполагала одну или две (в случае КлГ) очные встречи с испытуемым в индивидуальном формате. Необходимость повторной встречи определялась, как правило, индивидуальными особенностями испытуемого (контакт, мотивация, утомляемость и др.).

Методы исследования: клинико-психологический, статистический, работа с медицинской документацией. Клинико-психологический метод исследования включал в себя три специально подобранные патопсихологические методики и один специально разработанный для целей исследования диагностический прием.

Статистический метод предполагал использование программных пакетов MicrosoftOfficeExcel 2016, SPSS 23.0. Были использованы статистические критерии для сравнения показателей как в независимых выборках (t-критерий Стьюдента, u-критерий Манна-Уитни), так и для внутригруппового сравнения показателей (коэффициент корреляции Спирмена).

Методики исследования. Применялись патопсихологические методики, составившие клинико-психологическую часть исследования: Слоговая методика [9]; Конструирование объектов [5]; Направленные вербальные ассоциации [1]; Сочинение по картинке.

Слоговая методика (Сл) была разработана В.П. Критской в лаборатории Медицинской психологии в логике отечественной патопсихологической школы Ю.Ф. Полякова [10]. Изначально инструмент был направлен на выявление феномена снижения актуализации речевых связей на основе прошлого опыта у взрослых пациентов с шизофренией. В настоящей работе используется обнов-

ленная версия методики с дополнительными критериями оценки, а также базой стандартных ответов испытуемых подросткового возраста. Процедура предполагает последовательное предъявление испытуемому на слух определенного набора двухбуквенных и трехбуквенных слогов, различающихся по частотности употребления. Инструкция испытуемому: «Закончи предложенный слог до слова. Старайся говорить первое, что придет в голову. Твои слова должны быть существительными». Ответы и временная задержка ответа испытуемого фиксировались в специальном бланке.

Использовались следующие параметры оценки: Продуктивность (Сл_П) – общее количество данных ответов; Коэффициент стандартности (Сл_КСТ); Латентное время ответов (Сл_ЛВО); Ошибки воспроизведения (Сл_В); Неологизмы (Сл_Н); Ошибки инструкции (Сл_И).

КСТ рассчитывается по следующей формуле: $\frac{N \text{ Станд. отв.}}{\text{Сл}_\text{П}} * 100\%$. КСТ фиксируется отдельно для двухбуквенных, трехбуквенных ответов и общий по всем ответам (Сл_КСТ2, Сл_КСТ3, Сл_КСТ0 соответственно). Стандартность ответа испытуемого оценивалась на основании сопоставления с возрастной нормативной базой ответов. База ответов формировалась с привлечением отдельной выборки подростков без зарегистрированных психиатрических диагнозов, учащихся СОШ г. Москвы в возрасте от 12 до 17 лет. В базу вошли ответы на каждый слог-стимул, частота встречаемости которых по выборке составила более 50%. Ответы на стимулы, данные в множественном, единственном числе, в уменьшительно-ласкательной форме, оценивались как разные. Например, ответ «воплъ», содержащийся в базе нормативных ответов, оценивался как стандартный, но ответ «вопли» как нестандартный.

Оценка Сл_В была предложена авторами статьи как дополнительный параметр в связи с тем, что испытуемые в обеих группах демонстрировали общую феноменологию ошибок воспроизведения слов, заключающуюся в подстановке неверной гласной в начальном слоге ответа. Например, ответ «Фонтан» при предъявлении стимула «ФА» или ответы «Чичивица», «Читыре» при предъявлении стимула «ЧИ».

Ответы испытуемых оценивались как нарушения инструкции (Сл_И), если в ответ приводились другие части речи.

Подробное описание процедуры применения и описание параметров методик «Конструирование объектов» и «Направленные вербальные ассоциации» приведены в соответствующем методическом пособии [4]. Остановимся на перечислении параметров оценки по методикам, включенным в настоящее исследование.

Конструирование объектов (КО). Коэффициент стандартности (КО_КСТ); Коэффициент комбинаторности (КО_КК); Коэффициент целостности (КО_КЦ).

Направленные вербальные ассоциации (НВА). Коэффициент стандартности (НВА_КСТ); Латентное время ответа (НВА_ЛВ).

Сочинение по картинке (Соч). Данный методический прием был введен в комплекс ввиду потребности в получении наиболее полного представления об экспрессивной письменной речи испытуемых. Процедура проведения: испытуемому

предъявляется стимул – репродукция картины «Охотники на привале» (цветное изображение, формат А5). Далее следует инструкция: «Напиши 10 предложений». Время на выполнение задания не ограничивается. В ходе анализа первых результатов как клинической, так и контрольной групп были выделены следующие параметры оценки: Общее количество слов (Соч_СЛ); количество существительных (Соч_Сущ); глаголов (Соч_Гл); прилагательных (Соч_Прил).

Результаты. Обработка результатов исследования проводилась в два этапа. Первый этап – выявление значимости различий между группами пациентов и нормотипичных сверстников. Второй этап – выявление корреляционных связей между параметрами устной и письменной речи в клинической группе.

Межгрупповые различия. Первый этап оценки результатов включал в себя попарное сравнение результатов методик между КоГ и КлГ с целью выявления специфики речемыслительного профиля испытуемых КлГ. На табл. 2 приведено межгрупповое сравнение по всем параметрам «Слоговой методики» с использованием t-критерия Стьюдента.

Таблица 2.

Межгрупповые различия по параметрам в «Слоговой методике»

	Сл_К СТ2	Сл_К СТ3	Сл_К СТо	Сл_Л В2	Сл_Л В3	Сл_Л Во	Сл_В	Сл_И	Сл_Н
КоГ	59.51	65.65	63.37	3.1	3.9	3.5	0.43	1.33	0.094
КлГ	50.29	54.82	52.08	2.6	3.02	2.75	0.82	2.10	0.44
t-test ($p \leq 0,05$)	3.6	4.2	5.1	1.8	2.2 (?)	2.3 (?)	2.3 (?)	2.1 (?)	2.5 (?)

*Полученные результаты t-test сопоставлялись с таблицами критических значений при уровне значимости $p \leq 0,05$.

При анализе полученных результатов обнаружено, что по параметру СЛ_КСТ выявлены значимые различия на трех уровнях – двухбуквенные, трехбуквенные слоги, общий. По параметру СЛ_ЛВ в случае СЛ_ЛВ2 продемонстрированы незначимые различия, тогда как в случае СЛ_ЛВ3 различия находятся в зоне неопределенности. При анализе средних величин по данному параметру наибольшее расхождение наблюдается по параметру СЛ_ЛВ3 (разница между средними величинами 0,88). По дополнительным параметрам (Сл_В, Сл_И, Сл_Н) значимых различий также не выявлено. Однако при анализе средних величин наблюдается повышение значений КлГ по сравнению с КоГ, что может свидетельствовать об адекватности применения выбранных параметров. Стоит отметить, что неологизмы, количество которых в КлГ превышает количество неологизмов в КоГ почти в 10 раз, несут самый разнообразный характер – от измененных словоформ («пурпех» вместо «пупер», «балтовник» вместо «баловник») до истинных неологизмов типа «нарена» в ответ на слог «НАР». Это может быть обусловлено тем, что в выборке присутствовали больные с различной длительностью заболевания и, как следствие, с различной длительностью становления дефекта.

При анализе результатов межгруппового сопоставления по методике «Конструирование объектов» (табл.3) получены значимые различия по следующим параметрам: КО_КСТ, КО_КЦ.

Таблица 3.

Межгрупповые различия по параметрам в методиках «Конструирование объектов», «Направленные вербальные ассоциации»

	КО КСТ	КО КЦ	КО КК	НВА КСТ	НВА ЛВ
КоГ	69.16	73.17	14.92	59.64	60.66
КлГ	49,58	58,46	16,45	43.81	41,27
t-test ($p \leq 0,05$)	3.7	3.1	0.4	6.5	0.2

*Полученные результаты t-test сопоставлялись с таблицами критических значений при уровне значимости $p \leq 0,05$.

По параметру Коэффициент комбинаторности значимых различий выявлено не было. При анализе средних величин выявлены также незначительные различия по данному параметру между КоГ и КлГ. Анализ результатов межгрупповых сравнений по методике «Направленные вербальные ассоциации» выявил значимые различия только в области коэффициента стандартности. Любопытно, что, как и в «Слоговой методике», динамический показатель психической деятельности (латентное время ответа) снижен у контрольной группы испытуемых.

Таблица 4.

Межгрупповые различия по параметрам в задании «Сочинение по картинке»

	Соч СЛ	Соч Суц	Соч Гл	Соч Прил
КоГ	85.20	22.60	10.58	8
КлГ	63.11	19.65	13.35	7.46
t-test ($p \leq 0,05$)	2.8	1.7	2	3.3

*Полученные результаты t-test сопоставлялись с таблицами критических значений при уровне значимости $p \leq 0,05$.

В завершение первой фазы анализа полученных данных рассмотрим результаты межгруппового сопоставления в задании «Сочинение по картинке». Как мы можем видеть по данным, приведенным на табл. 4 выше, значимых различий достигают два параметра – общее количество слов (Соч_СЛ) и количество прилагательных (Соч_Прил). При этом заметим, что при сравнении средних величин наименьшая разница была продемонстрирована в параметре Соч_Прил.

Таким образом, были продемонстрированы значимые различия клинической подростковой группы от нормотипичных сверстников по таким параметрам, как стандартность (Слоговая методика, Направленные вербальные ассоциации), целостность ответов, некоторые параметры экспрессивной письменной речи (Сочинение по картинке).

Связанность параметров устной и письменной речи. В целях определения наличия или отсутствия внутренней связанности между параметрами устной речемыслительной деятельности и взаимосвязи между устной и письменной речью внутри клинической выборки исследования был произведен анализ корреляционных связей между динамическими параметрами «Слоговой методики» и методики «Направленные вербальные ассоциации» и параметрами продуктив-

ности «Слоговой методики» и «Сочинения по картинке». Табл. 5 демонстрирует полученные результаты попарного сравнения данных показателей.

Таблица 5.

Попарное сравнение параметров методик в клинической группе

	КлГ_НВА_ЛВ	КлГ_Соч_Сл
КлГ_Сл_ЛВ	$r=0.244$ ($p \leq 0.05$) $n=41$	
КлГ_Сл_Прод		$r=0$ ($p \leq 0.05$) $n=15$

Устойчивых корреляционных связей между динамическими показателями «Слоговой методики» и методики «Направленные вербальные ассоциации» не обнаружено. Также не обнаружено корреляционной зависимости между параметрами продуктивности «Слоговой методики» и «Сочинения по картинке».

На таблице ниже представлено сопоставление результатов основных параметров методик между клиническими подгруппами.

Таблица 6.

Сопоставления параметров внутри клинической выборки

	Сл_КСТ о	Сл_ЛВ о	КО_КС Т	КО_К К	КО_К Ц	НВА_КС Т	НВА_Л В
КлГ_1	52.09	2.70	55.47	18.73	69.27	54.69	37.99
КлГ_2	54.64	2.82	55.65	10.59	60.64	62.87	42.0
U-test ($p \leq 0,05$)	54.5	57.5	54.0	37	53.5	50.5	37.2

*КлГ_1 – основная клиническая группа, представлена диагнозами F20.xx и F21.xx; КлГ_2 – дополнительная клиническая группа сравнения, представлена диагнозами F06.xx, F23.xx, F25.xx, F32.xx, F33.xx, F50.xx

При анализе данных внутригруппового сравнения только показатель «Латентного времени ответов» продемонстрировал значимые различия между подгруппами. По средним величинам наиболее ярко выражены различия между группами по параметру коэффициента комбинаторности (18.73 и 10.5), различия достоверны на уровне тенденции.

Обсуждение и заключение. Целью настоящей работы позиционировалось выявление специфики устной и письменной экспрессивной речи у подростков при шизофрении и расстройствах шизофренического круга. Результаты исследования позволяют сделать следующие обобщения:

– При исследовании качества актуализации речевых связей («Слоговая методика») выявлены стойкие различия стандартности ответов испытуемых со значительным снижением стандартности в клинической группе выборки. Данные результаты соответствуют выявленным ранее закономерностям на выборке пациентов взрослого возраста [9]; Использование обновленных нормативов стандартных ответов для соответствующего возраста является практически значимым результатом работы, позволяющим использовать данную методику для подростков;

– При оценке специфики в области избирательности речемышлительной

деятельности («Конструирование объектов») продемонстрированы сопоставимые с результатами предшествующих исследований на других возрастных группах результаты – значимое различие с нормой по параметрам стандартности и целостности ответом. Неоднозначным остается факт отсутствия значимых различий по показателю комбинаторности ответов, что может быть связано с недостаточной нозологической однородностью клинической группы;

–В области ассоциативной речевой деятельности («Направленные вербальные ассоциации») также выявлены различия в стандартности ответов испытуемых. Получены ожидаемо сниженные показатели пациентов в клинической группе;

–Практически важным является то, что в методике «Направленные вербальные ассоциации» нами впервые были введены нормативы для подросткового возраста;

–Результатом применения методического приема «Сочинение по картинке» выступило выявление специфики письменной речевой деятельности в части продуктивности (значимые различия по параметру общего количества слов в сочинении), а также значимо меньшее использование в письме прилагательных в клинической группе выборки;

–Попарное сравнение показателей динамики речемыслительной деятельности и параметров продуктивности внутри клинической группы выборки не показало каких-либо достоверных корреляционных связей, что может быть обусловлено особенностями подбора испытуемых в клиническую группу;

–Оценка клинических подгрупп показала, что значимые различия были продемонстрированы только по параметру «Латентное время ответа» в методике «Направленные вербальные ассоциации».

В целом в ходе настоящего исследования удалось выявить профиль речемыслительной деятельности подростков при расстройствах шизофренического круга. Экспериментально-психологический подход оказался адекватным для достижения поставленной цели. Предполагается усовершенствовать процедуру оценки результатов новыми методами статистического анализа. В дальнейшем планируется расширить объем выборки, а также дополнить данные результатами нейропсихологического тестирования, позволяющего оценить также и рецептивную сторону речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8-11 лет в норме и при шизофрении // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. №. 2. С. 17-29.

2. Власова В.П., Ахметова Э.Р., Особенности речи при шизофрении // Евсеевские чтения. Серия: Актуальные проблемы специального и инклюзивного образования. 2015. С.12-17.

3. Ениколопов С.Н. и др. Оценка текстов, написанных больными эндогенными психическими заболеваниями // Психиатрия. 2019. №. 81. С. 56-64.

4. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М.: ООО «Издательство МБА». 2014.

5. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза // Ж. неврол. и психиатр.им. С.С Корсакова. 2018. Т. 118. № 5–2. С. 3–11

6. Зверева Н.В., Михалева Е.С., Носов С.С., Никитина Ю.Ю. Экспериментальное исследование особенностей речевой деятельности у мужчин, больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

7. Зверева Н.В., Хромов А.И. Возрастная динамика мыслительной деятельности детей и подростков с эндогенной психической патологией на примере методик «Малая предметная классификация» и «Конструирование объектов» // Психологическая наука и образование. [www. psyedu. ru](http://www.psyedu.ru). 2011. №. 4. С. 60-70.

8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, познание, общение. М.: МГУ, 1991. 256 с.

9. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Институт психологии РАН, 2015. 389 с.

10. Критская В.П. Экспериментально-психологические исследования нарушений речи у больных шизофренией: проблемы и методы (обзор) // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1966. Т. 66. Вып. 1. С. 119-123.

11. Микиртумов Б.Е. Лексика психопатологии. М.: Речь, 2004. 200 с.

12. Савицкая А.Б. Расстройства речи у больных параноидной формой шизофрении. Автореф. дис...канд мед наук. М., 1975. 34 с.

REFERENCES

1. Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Izbiratel'nost' myshlenija i osobennosti associativnoj dejatel'nosti v raznyh modal'nostjah u detej 8-11 let v norme i pri shizofrenii // Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2017. Т. 6. №. 2. S. 17-29.

2. Vlasova V.P., Ahmetova Je.R., Osobennosti rechi pri shizofrenii // Evsev'evskie chtenija. Serija: Aktual'nye problemy special'nogo i inkljuzivnogo obrazovanija. 2015. S.12-17.

3. Enikolopov S.N. i dr. Ocenka tekstov, napisannyh bol'nymi jendogennymi psichicheskimi zabolevanijami // Psihiatrija. 2019. №. 81. S. 56-64.

4. Zvereva N.V., Koval'-Zajcev A.A., Hromov A.I. Patopsihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitija detej i podrostkov pri jendogennoj psichicheskoy patologii (zritel'noe vosprijatie i myshlenie). Metodicheskie rekomendacii. М.: ООО «Izdatel'stvo MBA». 2014.

5. Zvereva N.V., Koval'-Zajcev A.A., Hromov A.I. Psihologicheskaja diagnostika kognitivnogo dizontogeneza // Zh. nevrol. i psihiatr..im. C.C Korsakova. 2018. Т. 118. № 5–2. S. 3–11

6. Zvereva N.V., Mihaleva E.S., Nosov S.S., Nikitina Ju.Ju. Jeksperimental'noe issledovanie osobennostej rechevoj dejatel'nosti u muzhchin, bol'nyh shizofreniej. [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. 2011. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

7. Zvereva N.V., Hromov A.I. Vozrastnaja dinamika myslitel'noj dejatel'nosti detej i podrostkov s jendogennoj psichicheskoy patologiej na primere metodik «Malaja predmetnaja klassifikacija» i «Konstruirovanie ob#ektov» // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. [www. psyedu. ru](http://www.psyedu.ru). 2011. №. 4. S. 60-70.

8. Kritskaja V.P., Meleshko T.K., Poljakov Ju.F. Patologija psihicheskoj dejatel'nosti pri shizofrenii: motivacija, poznanie, obshhenie. M.: MGU, 1991. 256 s.
9. Kritskaja V.P., Meleshko T.K. Patopsihologija shizofrenii. M.: Institut psihologii RAN, 2015. 389 s.
10. Kritskaja V.P. Jeksperimental'no-psihologicheskie issledovaniya narushenij rechi u bol'nyh shizofreniej: problemy i metody (obzor) // Zh. nevropatol .i psihiatr. im. S.S. Korsakova, 1966. T. 66. Vyp. 1, S. 119-123.
11. Mikirtumov B.E. Leksika psihopatologii. M.: Rech', 2004. 200 s.
12. Savickaja A.B. Rasstrojstva rechi u bol'nyh paranoidnoj formoj shizofrenii. Avtoref. dis...kand med nauk. M., 1975. 34 s.
13. Corcoran C. M. et al. Language as a biomarker for psychosis: A natural language processing approach // Schizophrenia Research. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.032>
14. Hollis C. Adult outcomes of child-and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity // American Journal of Psychiatry. 2000. T. 157. №. 10. P. 1652-1659.
15. Minor, K. S., et al. Measuring disorganized speech in schizophrenia: automated analysis explains variance in cognitive deficits beyond clinician-rated scales // Psychological medicine 49.3 (2019): 440.

N.V. Zvereva, E.F. Shvedovskiy

EXPERIMENTAL-PSYCHOLOGICAL APPROACH TO STUDY OF THE PROCEEDING OF THE LANGUAGE-THINKING ACTIVITY IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Mental Health Research Center, Moscow State University of Psychology & Education (Moscow.)

Summary. Language disturbances are the most common deficits in schizophrenia. At the same time, depending on various factors, including age, the speech manifestations of the disease can have a different severity. Present article is devoted to an experimental study of expressive speech activity in adolescents with schizophrenic disorders. Sample: 53 patients diagnosed F20.xx, F21.xx, etc. (age d = 10.7-18.2); 53 controls (age d = 11-17). Several clinical-psychological tests were used (Syllabic technique, Object Design, Addressed Verbal Associations, Picture Essay). Significant differences were revealed in the following parameters: 1) standardness of answers (in expressive lanugane), 2) productivity (in written speech). The results obtained may indicate a special profile of the language and thought activity of adolescents with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, expressive language, written language, thinking.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ**

¹Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВПО МГППУ), ²Психологический центр «ДОМЪ» (Москва).

Резюме. В статье представлено исследование уровня тревожности, успешности распознавания эмоций и напряженности защитных механизмов у девиантных подростков. Выборка исследования: 40 подростков 14-18 лет. Методы исследования: тесты СДП, «Склонность к аддиктивному поведению», «Индекс жизненного стиля», шкала тревожности Спилбергера, методика распознавания эмоций по лицевым экспрессиям с использованием базы стимулов NimStim. Получена связь аддиктивного поведения с низкой успешностью распознавания эмоциональных выражений и высокой напряженностью механизмов отрицания и проекции. Результаты имеют потенциальное применение в создании и усовершенствовании коррекционных и профилактических программ работы с подростками.

Ключевые слова: подростки, девиантное поведение, распознавание эмоций, защитные механизмы, тревожность.

Введение. В подростковом возрасте происходит развитие важнейших новообразований этого периода – рефлексии и самосознания, вследствие чего происходит как внутреннее изменение личности самого подростка, так и появление возможности более глубокого понимания других людей [2].

В силу своей специфики пубертатный период представляет собой группу повышенного риска в отношении возникновения различных форм девиантного поведения, многие из которых (дисморфоманическое и гебоидное поведение, дромомания, пиромания и т. д.) являются характерными именно для пубертатного возраста [6, 9]. Девиантное поведение подростков в целом является чрезвычайно широко распространённой проблемой (о чем свидетельствует статистика совершенных несовершеннолетними преступлений за последние годы) [14]. Несмотря на актуальность темы, достаточно малое количество работ посвящено непосредственно эмоционально-личностной сфере подростков-девиантов; существующие же исследования датируются преимущественно первым десятилетием 21 века, что обуславливает значимость данной работы.

Цель исследования: изучение особенностей эмоционально-личностной сферы подростков 14-18 лет с девиантным поведением.

Нами были выдвинуты следующие **предположения**:

— Существует связь между высоким уровнем склонности к зависимому поведению и низким уровнем способности к распознаванию эмоциональных выражений у девиантных подростков.

— Существует связь между высоким уровнем склонности к зависимому поведению и высокой напряжённостью психологических защитных механизмов у девиантных подростков.

Материал исследования: выборка испытуемых из 40 подростков в возрасте от 14 до 18 лет. На основе данных, полученных с помощью предварительного пси-

ходиагностического обследования, подростки были разделены на две группы:

— Контрольная группа: 20 подростков, обучающихся в общеобразовательных школах г. Москва.

— Экспериментальная группа: 20 подростков, на момент проведения исследования находившихся в стационарном отделении ЦПСИД «Косино-Ухтомский». Согласно данным психодиагностического обследования, эта группа в первую очередь характеризуется сформированной наркотической и/или алкогольной зависимостью либо высокой тенденцией к этим видам поведения.

Методы. На первом этапе исследования – осуществлении предварительного обследования с целью уточнения корректности разделения подростков на группы – были использованы следующие методики:

— Методика диагностики девиантного поведения несовершеннолетних (далее – СДП), позволяющая оценить наличие у респондента склонности к различным видам отклоняющегося поведения;

— Тест «Склонность к зависимому поведению», позволяющий диагностировать наличие у респондента тенденций к возникновению различных форм зависимого поведения.

На втором этапе исследования, для изучения непосредственно особенностей эмоционально-личностной сферы подростков, были использованы следующие методики:

— Шкала тревожности Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина;

— Методика «Индекс жизненного стиля»;

— Тест распознавания эмоциональных выражений.

С целью оценки способности подростков к идентификации эмоций других людей была разработана процедура тестирования, заключающаяся в предъявлении испытуемым визуальных стимулов (фотографий лиц людей, испытывающих различные базовые эмоции) и дальнейшей формализации полученных ответов согласно оценочным категориям, соответствующим эмоциям. Для осуществления тестирования использовались 28 визуальных стимулов из базы лиц-выражений NimStim – по 4 стимула, изображающих эмоции страха, печали, отвращения, счастья, удивления, ярости и нейтрального выражения лица (т. е. отсутствия эмоции) [15]. Стимулы были предварительно перемешаны в случайном порядке (испытуемым они давались в одной и той же последовательности). Фотографии предъявлялись испытуемым на планшетном компьютере. При предъявлении стимула испытуемого просили описать эмоцию, испытываемую изображенным на фотографии человеком, рассказать, что он чувствует. Испытуемые не были ограничены во времени. За каждое верно идентифицированное лицевое выражение начислялся 1 балл, за неверный ответ или отсутствие ответа – 0 баллов. Затем подсчитывались баллы по каждой категории в отдельности, а также суммарный балл. Эта процедура позволила оценить степень успешности распознавания эмоциональных экспрессий как в целом, так и относительно каких-либо конкретных эмоций.

Для математической обработки данных использовались программы MicrosoftOfficeExcel 2007 и IBMSPSSStatistics 22.

Результаты исследования и обсуждение. Значения, полученные по шка-

лам «Социально обусловленное поведение», «Делинквентное поведение», «Аддиктивное поведение» и «Суицидальное поведение» опросника СДП у группы девиантных подростков достоверно выше, чем в группе нормы. Полученные данные подтверждают наличие сформированных моделей соответствующего поведения в группе девиантных подростков (см. рис.1).

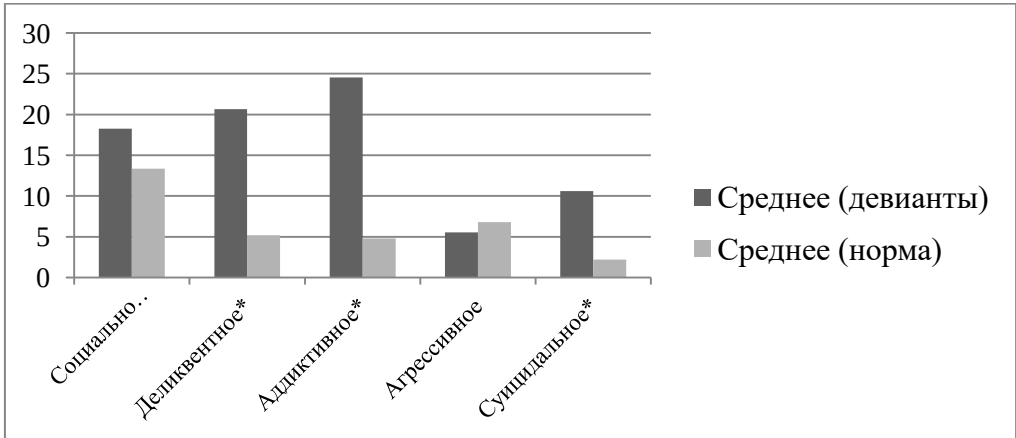


Рисунок 1. Значимость различий по шкалам опросника СДП в группах девиантных подростков и подростков нормы.

*Значимость различий на уровне $=0,05$. Здесь и далее на рис.2-5 по оси абсцисс – показатели по методике, по оси ординат – выраженность показателей.

По данным опросника «Склонность к зависимому поведению» группы достоверно различаются по шкалам «Наркозависимость», «Алкогольная зависимость», «Склонность к фанатизму» и «Игровая зависимость». Это свидетельствует о высокой склонности девиантных подростков к наркотической и алкогольной зависимостям, а также о высокой тенденции к развитию «склонности к фанатизму» и «игровой зависимости» (см. рис. 2).

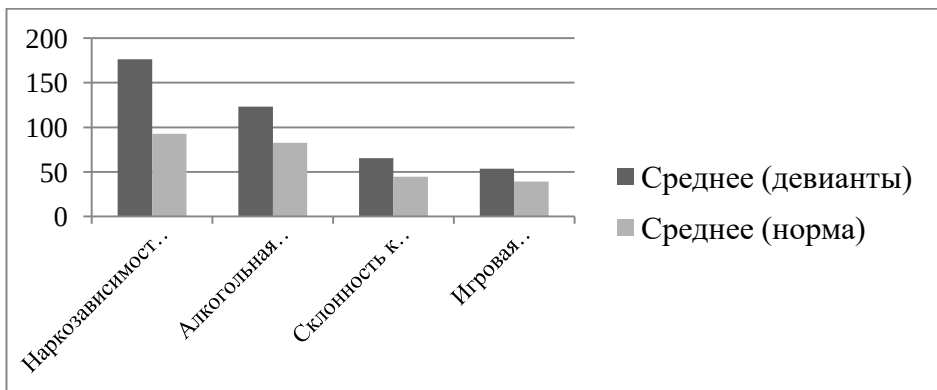


Рисунок 2. Значимость различий по шкалам опросника «Склонность к зависимому поведению» в группах девиантных подростков и подростков нормы.

*Значимость различий на уровне $=0,05$.

Полученные по этим методикам результаты свидетельствуют о том, что девиантные подростки отличались от подростков нормы в главную очередь наличием сформированной модели зависимого поведения (в частности, наркотической и/или алкогольной зависимости). Таким образом, можно утверждать о том, что данная характеристика является основной для группы девиантных подростков в данном исследовании.

Показатели по тесту «Шкала тревожности Спилбергера» в группе подростков нормы незначительно выше, чем в группе девиантных подростков. Полученные результаты указывают на то, что в обеих группах присутствует высокая тенденция как к ситуативной, так и к личностной тревожности (см. рис. 3).

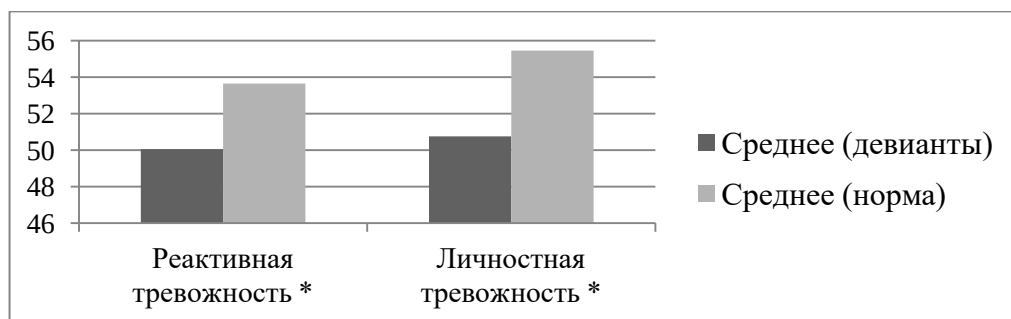


Рисунок 3 Значимость различий по шкалам опросника «Шкала тревожности Спилбергера» в группах девиантных подростков и подростков нормы
*Значимость различий на уровне $=0,05$.

Полученные в этой работе показатели подтверждаются и результатами исследований других авторов [7, 11]. В силу интенсивных физических и психологических изменений повышенная тревожность характерна для пубертатного возраста. Одной из основных причин высокой тревожности у подростков являются страхи, связанные с межличностными отношениями; эта причина является особенно актуальной для девиантных подростков в силу того, что для них характерны как опора на асоциальные референтные группы, так и неблагополучные детско-родительские отношения в семьях [13]. Ярko проявляется у девиантных подростков тревожность, связанная как с учебными ситуациями, так и с ситуациями оценки их компетенций в целом. Можно также предполагать, что свой вклад в реактивную тревожность подростков-девиантов может вносить пребывание в условиях социального учреждения.

В целом нормативные подростки успешнее идентифицируют эмоциональные экспрессии, нежели девиантные подростки. Достоверно значимые различия были получены по показателям «Страх», «Грусть», «Удивление» и «Отвращение», а также по сумме баллов теста. Таким образом, мы можем утверждать, что девиантные подростки хуже справляются с идентификацией эмоциональных выражений лиц в целом (в особенности – страха, отвращения и удивления), однако в данном случае успешность распознавания эмоционального выражения грусти была выше именно в группе подростков-девиантов (см. лис. 4). Аналогичные данные были получены и в других исследованиях, посвящённых этой проблематике. [3, 4].

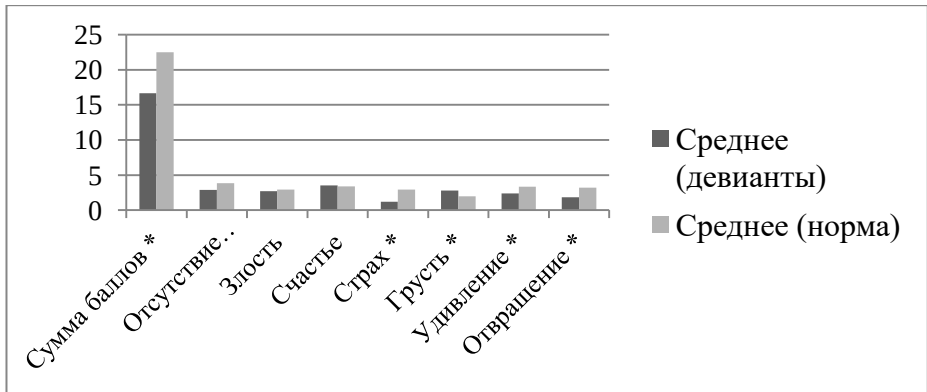


Рисунок 4. Значимость различий по показателям теста распознавания эмоциональных выражений в группах девиантных подростков и подростков нормы.
*Значимость различий на уровне $=0,05$.

Можно предполагать, что причинами низкой способности к идентификации эмоций могут являться неблагополучные семейные условия (в частности, специфические стили воспитания – либеральный, индифферентный либо авторитарный; все эти стили способствуют подавлению выражения эмоциональных переживаний ребенком, а также сопровождаются эмоциональной холодностью родителей) [5]. Говоря о неблагополучии семейной ситуации девиантных подростков, следует отметить, что в таких семьях зачастую может иметь место домашнее насилие; в этом случае родитель-агрессор также может подавлять проявление подростком эмоций.

Нами были выявлены достоверные различия по шкалам «Отрицание» и «Проекция» теста «Индекс жизненного стиля». Это позволяет утверждать что в группе девиантных подростков данные защитные механизмы выражены в большей степени, чем в группе нормы (см. ри. 5).

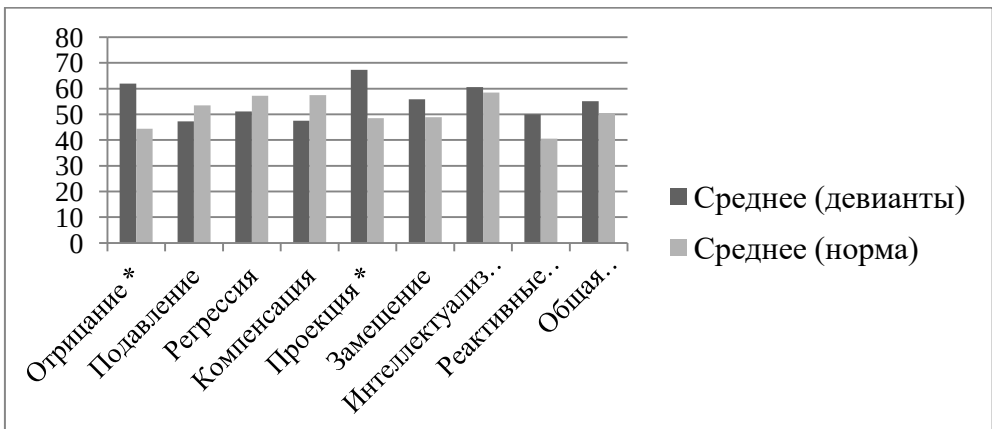


Рисунок 5. Значимость различий по показателям опросника «Индекс жизненного стиля» в группах девиантных подростков и подростков нормы.
*Значимость различий на уровне $=0,05$.

Аналогичные результаты были также получены ранее в работах других исследователей [8, 12]. В основе выраженности механизма отрицания у девиантных подростков лежит сдерживание эмоции принятия окружающих в случае отвержения ими подростка, что может привести к ущербу самооценности [1]. Из этого можно сделать вывод, что вклад в напряжённость механизма отрицания может вносить неблагоприятная семейная ситуация, в которой подросток может регулярно сталкиваться с отвержением со стороны значимых взрослых.

Механизм проекции является наиболее напряжённым у подростков в норме и служит для смягчения социального взаимодействия в ситуациях, влекущих за собой активное сопротивление личности [10]. Особенно ярко это проявляется у подростков-девиантов, сочетаясь с повышенной тревожностью, связанной как с несоответствием пресловутым ожиданиям социума, так и с повышенной конфликтностью в силу социальной незрелости.

Нами была выявлена связь между выраженным аддиктивным поведением и низкой успешностью распознавания эмоциональных экспрессий (в группе девиантных подростков значение коэффициента корреляции Пирсона $r = -0,643^{**}$, в группе нормы $r = 0,085$). С учетом этого можно предполагать, что неадекватное восприятие эмоциональных выражений может быть вызвано и фактом искажённого восприятия в целом, которое является свойственным для аддиктов.

Также была обнаружена связь между выраженным аддиктивным поведением и высокой напряженностью психологических защит отрицания и проекции в группе девиантных подростков (отрицание: $r = 0,361^{**}$, проекция: $r = 0,401^{**}$). Связь между аддиктивным поведением и напряжённостью механизма отрицания может объясняться опять же искажённостью восприятия действительности, свойственной как для механизма отрицания, так и для аддиктивного поведения. Напряжённость механизма отрицания может являться и причиной возникновения аддиктивного поведения (т. е. аддикция в данном случае может облегчать отрицание подростком информации, вызывающей дискомфорт). Связь между выраженным аддиктивным поведением и напряжённостью механизма проекции может, на наш взгляд, объясняться высокой стигматизированностью аддиктивного поведения; т. е. поведенческие атрибуты, которые, по мнению общества, свойственны для зависимых людей и приписываются девиантному подростку, проецируются им на окружающих.

В основе связи между низкой успешностью распознавания эмоциональных лицевых выражений и высокой напряжённостью защитного механизма проекции в группе девиантных подростков ($r = 0,327^{**}$) может лежать приписывание неприемлемых чувств и мыслей окружающим. Мы предполагаем, что девиантные подростки будут в первую очередь идентифицировать некорректно эмоции, возникающие у окружающих людей в ответ на их поступки в тех случаях, когда эта реакция является нежелательной.

И, наконец, была выявлена связь между высоким уровнем реактивной тревожности и напряженности защитного механизма проекции у девиантных подростков ($r = 0,577^{**}$). В основе этой связи может лежать приписывание неприемлемых чувств и мыслей окружающим. Мы предполагаем, что девиантные подростки будут в первую очередь идентифицировать некорректно эмоции, возникающие у окружающих людей в ответ на их поступки в тех случаях, когда эта реакция является нежелательной. Также была обнаружена связь повышенной личностной тревожности с высокой напряженностью защитного механизма проекции ($r = 0,572^{**}$) и низкой – отрицания ($r = -0,499^{**}$) у подростков нормы.

Резюме. Исследование особенностей эмоционально-личностной сферы подростков с девиантным поведением позволяет сделать следующие **выводы:**

— Получены значимые различия способности к распознаванию эмоций в

двух группах: девиантные подростки характеризуются более низкой способностью к распознаванию эмоциональных лицевых экспрессий.

— В обеих исследуемых группах был выявлен высокий уровень реактивной и личностной тревожности.

— Девиантные подростки характеризуются более высокой напряженностью психологических защитных механизмов отрицания и проекции по сравнению с подростками нормы.

— Выявлена связь между высокой склонностью к аддиктивному поведению и низкой успешностью распознавания эмоциональных лицевых выражений у девиантных подростков.

— Выявлена связь между высокой склонностью к аддиктивному поведению и высокой напряженностью психологических защитных механизмов отрицания и проекции у девиантных подростков.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют рассматривать дефицит способности к идентификации эмоций и выраженность защитных механизмов отрицания и проекции как отличительные черты, свойственные подросткам с девиантным поведением, и свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований этой проблематики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антилогова Л.Н., Рассудова Л.А. Виды психологической защиты у девиантных подростков // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2012. Т. 3. № 50. 68–72 с.

2. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т.: Т. 4: Детская психология. / под ред. А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. 433 с.

3. Галкина Е.А., Дегтярёв А.В. Отклоняющееся поведение и аутоагрессия у несовершеннолетних с модификациями тела // Психология и право. 2015. Т. 5. № 1. 90–107 с.

4. Егорова О.Н. Особенности социального интеллекта у интеллектуально полноценных подростков с девиантным поведением // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2013. № 160. 243–246 с.

5. Ильин Е.П. Психология взрослости. СПб: Питер, 2012. 544 с.

6. Кон И.С. Психология ранней юности. М.: Просвещение, 1989. 256 с.

7. Косырев В.Н., Попова Т.М. Индивидуально-психологические предпосылки алкоголизации подростков // Вестник ТГУ. 2005. № 3.

8. Липунова О.В. Взаимосвязь уровня субъективного контроля и доминирующих защитных механизмов у девиантных подростков // Наука и мир. 2015. Т. 2. № 4. 113–115 с.

9. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб: Речь, 2005. 445 с.

10. Носов С.С., Абдукаримов М.Ж. Диагностика защитных механизмов: подход Фиби Крамер. М.: ФЛИНТА : Наука, 2011. 112 с.

11. Остапенко Г.С., Остапенко Р.И. Анализ особенностей личности подростков с девиантным поведением // ПНИО. 2019. № 1.

12. Павлова И.М., Павлова Е.С. Проявление психологических защит в общении и поведении девиантных и недевиантных подростков // Психологическое сопровождение образовательного процесса. 2011. Т. 1. № 1–1. 102–106 с.

13. Реан А.А. Психология подростка. Учебник. СПб: Прайм-Еврознак, 2003. 480 с.

14. Титова А.И. Преступность несовершеннолетних: состояние и динамика // Молодой ученый [Электронный ресурс]. URL: <https://moluch.ru/archive/220/52434/> (дата обращения: 27.11.2019).

REFERENCES

1. Antilogova L.N., Rassudova L.A. Vidy psihologicheskoy zashhity u deviantnyh podrostkov // Psihopedagogika v pravoohranitel'nyh organah. 2012. T. 3. № 50. 68–72 s.
2. Vygotskij L.S. Sobranie sochinenij v 6 t.: T. 4: Detskaja psihologija. / pod red. A.V. Zaporozhca, D.B. Jel'konina. M.: Pedagogika, 1984. 433 c.
3. Galkina E.A., Degtar'jov A.V. Otklonjajushheesja povedenie i autoagressija u nesovershennoletnih s modifikacijami tela // Psihologija i pravo. 2015. T. 5. № 1. 90–107 s.
4. Egorova O.N. Osobennosti social'nogo intellekta u intellektual'no polnocennyh podrostkov s deviantnym povedeniem // Izvestija RGPU im. A.I. Gercena. 2013. № 160. 243–246 s.
5. Il'in E.P. Psihologija vzroslosti. SPb: Piter, 2012. 544 c.
6. Kon I.S. Psihologija rannej junosti. M.: Prosveshhenie, 1989. 256 c.
7. Kosyrev V.N., Popova T.M. Individual'no-psihologicheskie predposylki alkogolizacii podrostkov // Vestnik TGU. 2005. № 3.
8. Lipunova O.V. Vzaimosvjaz' urovnja sub#ektivnogo kontrolja i dominirujushhih zashhitnyh mehanizmov u deviantnyh podrostkov // Nauka i mir. 2015. T. 2. № 4. 113–115 s.
9. Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija. Uchebnoe posobie. SPb: Rech', 2005. 445 c.
10. Nosov S.S., Abdukarimov M.Zh. Diagnostika zashhitnyh mehanizmov: podhod Fibi Kramer. M.: FLINTA : Nauka, 2011. 112 c.
11. Ostapenko G.S., Ostapenko R.I. Analiz osobennostej lichnosti podrostkov s deviantnym povedeniem // PNiO. 2019. № 1.
12. Pavlova I.M., Pavlova E.S. Projavlenie psihologicheskikh zashhit v obshhenii i povedenii deviantnyh i nedevariantnyh podrostkov // Psihologicheskoe soprovozhdenie obrazovatel'nogo processa. 2011. T. 1. № 1–1. 102–106 s.
13. Rean A.A. Psihologija podrostka. Uchebnik. SPb: Prajm-Evroznak, 2003. 480 c.
14. Titova A.I. Prestupnost' nesovershennoletnih: sostojanie i dinamika// Molodoj uchenyj [Elektronnyj resurs]. URL: <https://moluch.ru/archive/220/52434/> (data obrashhenija: 27.11.2019).
15. Tottenham N., Tanaka J.W., Leon A.C. et al. The NimStim set of Facial Expressions: Judgments from Untrained Research Participants // Psychiatry Res. 2009. T. 168. № 3. 242–249s.

I.N. Vlasenkova¹, M.S. Skavronskaya^{1,2}

THE SPECIFICS OF EMOTIONAL SPHERE OF THE DEVIANT ADOLESCENTS

¹Moscow State University of Psychology and Education, ²Psychological Center «DOM» (Moscow).

Summary. The goal of this paper is to examine anxiety levels, the successfulness of the emotion recognition and the level of the defense mechanisms activation in deviant adolescents. 40 adolescents (age 14-18) were examined using following methods: SDP and “Tendency to addictive behavior” tests, State-Trait Anxiety Inventory, Life Style Index test and the emotional facial expressions recognition task (using facial stimuli from the NimStim base). The results show that addictive behavior is connected with such traits as low ability to recognize emotions and high activation of denial and projection. The results can be applied in the development of the intervention and prevention programs for adolescents.

Keywords: adolescents, deviant behavior, emotion recognition, defense mechanisms, anxiety.

**ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ
У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**
ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет» (Москва).

Резюме. В статье проанализированы особенности временной перспективы у подростков с интеллектуальной недостаточностью. Впервые подростки с особыми образовательными потребностями сталкиваются с планированием своего будущего на этапе выбора профессии, что подчеркивает важность формирования временной перспективы в подростковом возрасте. Проведенное исследование показывает, что временная перспектива у подростков с умственной отсталостью не сформирована.

Ключевые слова: интеллектуальная недостаточность, личность, самоопределение, подростковый возраст, временная перспектива.

Актуальность. Интенсивное развитие общества во второй половине XX в. сделало особенно острыми проблемы организации времени, его оптимального использования и самореализации личности. Скорость переключения внимания, время запоминания, скорость переработки информации, объем и интервал отсроченного воспроизведения в целом не изменились, поэтому можно утверждать, что основное влияние на временную перспективу оказывают результаты научно-технического прогресса. Всё чаще возникают ситуации, когда ускорение развития общества и коммуникаций обесценивает время в духовной культуре, временные перспективы для человека становятся туманными, восприятие будущего нарушается. Эти проблемы могут привести к конечной точке развития цивилизации человечества [1].

Теоретические представления о формировании временной перспективы у подростков с интеллектуальными нарушениями. Зарубежные специалисты в области психологии уделяли большое значение детерминации личности в будущем. Л.Фрэнк (1934), К. Левин (1943) – исследователи, которые впервые определили временную компетентность человека, ввели понятия «временная протяженность» и «временная перспектива» [1]. В. Франкл раскрывает значение свободы и ответственности человека в процессе самореализации и построения целей и задач на будущее; уделяет особое значение осмысленности прошлого как наиболее осознанного промежутка жизни. Рефлексия на прошлое придает смысл будущей жизни [13, 14].

Проблема детерминации личности во временном континууме рассматривается и отечественными психологами. Так, по мнению Г.М. Андреевой [3], личностная самоидентификация тесно взаимосвязана с временным осознанием: для успешной социализации личности ребенок должен усвоить не только стандарты общества, но и стандарты времени, в котором он живет. По данным исследования Ю.А. Володиной и Н.В. Матяш [4], формирование временной перспективы личности начинается в подростковом возрасте.

К.А. Абульханова-Славская и Т.Н. Березина [2] выделяют 4 вида личностной регуляции времени: пассивно-ситуативный; активно-ситуативный; пассив-

но-продолженный; активно-продолженный. Данная классификация характеризуется регуляцией времени жизни или ее отсутствием, а также способом активности индивидуума. В монографии «Время личности и время жизни» эти же авторы рассматривают малоизученную проблему личностной организации времени как особенности планирования человеком своего жизненного пути. Впервые человек задумывается о своем будущем в подростковом возрасте.

Подросток – это личность, находящаяся в стадии активного, интенсивного формирования. Как и сто лет назад, современные юноши и девушки мечтают обрести статус взрослого, но современный уклад жизни делает эту мечту малодоступной. В.С. Мухина [10] отмечает, что на формирование личностных качеств негативно влияют актуальные для нашего времени обстоятельства развития ребенка: увеличившийся поток информации, ускоренный темп жизни, массированная реклама модных тенденций и мир вещей, соблазнительный, зачаровывающий внимание еще не сформировавшегося человека. Такой конфликт в сознании подростка приводит к осознанию возрастной неполноценности, сниженной самооценки, тревожности, неуверенности в себе и другим проблемам эмоционально-волевого аспекта.

Формирование личности подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) происходит по тем же принципам и закономерностям, как и при нормативном развитии, но отягощается структурой дефекта, недостаточным развитием психических процессов, патологиями мотивационной и эмоционально-волевой сферы. Таким образом, мировоззрение и взгляды на жизнь подростков с легкой степенью интеллектуальных нарушений формируются на базе ограниченного социального опыта и инертности психических процессов [9, 11, 12].

Д.Н. Исаев отмечает, что на развитие личности умственно отсталого подростка влияет гендерное развитие, которое напрямую зависит от умственного развития и черт характера. Автор описывает особенности полоролевого развития по следующим аспектам: 1. Дифференциация женского и мужского организма по физиологическим признакам; 2. Адекватность полоролевого и сексуального поведения; 3. Половое созревание; 4. Гендерная самоидентификация. Таким образом, представления о своем поле у подростков с ОВЗ бедны или искажены и напрямую зависят от условий воспитания. В благополучных семьях родители предпочитают не освещать вопросы сексуального воспитания, что приводит к недостаточной осведомленности об особенностях своего организма, такие подростки плохо владеют языком жестов и мимикой, недостаточно дифференцируют эмоциональные состояния окружающих, их поведение инфантильно. И наоборот, в асоциальных семьях подростки чрезмерно осведомлены о вопросах половых различий, их гендерная самоидентификация нарушена. У таких подростков отмечается раннее распущенное поведение, что во многом является причиной того, что девочки в три раза чаще мальчиков поступают в психиатрические клиники. Дисгармоничное половое развитие отмечается в обеих группах подростков с интеллектуальными нарушениями. Личностный выбор друга противоположного пола происходит исключительно по внешним признакам, без учёта внутренних качеств и характера [5].

Вопросы временной перспективы Д.Б. Исаевым напрямую не рассматри-

ваются, но он отмечает, что мотивировка стать взрослым подростками с интеллектуальными нарушениями достаточно осознанна и различима по гендерному признаку. Автор приводит следующие различия между девушками с легкой степенью умственной отсталости и здоровыми. Вторые в 90% случаев идентифицируют себя с женским полом, могут представить себя в будущем и рассказать о своей прошлой жизни. Их сверстницы с умственной отсталостью идентифицируют себя по гендерному признаку в 70%, смутно представляют свою жизненную перспективу, с трудом подробно описывают события своего прошлого. У 42% мальчиков отмечается феминное полоролевое поведение, у 8% неопределенное, а у остальных поведение является маскулинным [5].

В статье Б.М. Когана и Ю.А. Козлова [8] представлены особенности формирования временных локусов смысла у подростков с отклоняющимся поведением. В ходе исследования авторы выявили, что у исследуемых отсутствует четкая временная направленность и временная перспектива личностных смыслов. Подростки не верят в свои силы, имеют сниженную самооценку, неспособны контролировать события собственной жизни, пессимистично оценивают свою будущую жизнь.

Главной задачей коррекционной школы является социализация выпускников с РВЗ. Личностное и профессиональное самоопределение подростков с интеллектуальной недостаточностью является одним из этапов успешной социализации в обществе. В качестве главных составляющих личностной и профессиональной самоидентификации выделяют: самодетерминацию, активность жизненной позиции, ценностные и нравственные установки, определение своей жизненной перспективы [12].

Формирование временной компетенции у подростков с легкой степенью интеллектуальной недостаточности особенно важно на этапе выбора сферы деятельности в будущем, профессионального самоопределения личности. Для создания модели своей будущей жизни подростку с интеллектуальной недостаточностью необходимо не только осознание прошлого, настоящего и будущего в их единстве, но и умение анализировать и корректировать ранее сформированную картину своего будущего. Вопрос становления временной перспективы умственно отсталых подростков исследован недостаточно, что определяет актуальность данного исследования [9, 11, 12].

Организация и методика исследования. Цель исследования: диагностировать особенности временной перспективы в личностном и профессиональном самоопределении подростков с интеллектуальной недостаточностью.

Объект исследования: временная перспектива в личностном и профессиональном самоопределении подростков с интеллектуальной недостаточностью.

Предмет исследования: подростки с интеллектуальной недостаточностью. Экспериментальная площадка: ГБОУ Школа № 108 г. Москвы.

Критерии отбора участников эксперимента:

- Подростковый возраст 15-17 лет.
- Легкая степень умственной отсталости в структуре дефекта.

Всего в исследовании было задействовано 60 подростков, 17 девочек и 43 мальчика. Средний возраст 16,5 лет.

Структура дефекта исследуемых:

- 33 подростка с легкой степенью умственной отсталости (F70.08);
- 27 подростков имеют сочетанный дефект, а именно: 11 подростков с легкой степенью умственной отсталости и аутизмом (F70.08, F84.02) и у 16 - легкая степень умственной отсталости, отягощенная девиантным поведением (F70.88).

Проективный метод эссе на тему притчи «Три мудреца» [6, 7] был использован в диссертационном исследовании О.В. Кузнецовой (главные герои притчи ведут спор о том, что для человека важнее: его прошлое, настоящее или будущее). Важно отметить, что контингент исследуемых О.В. Кузнецовой - здоровые подростки с нормативным развитием. Педагог-психолог зачитывает обучающимся старших классов притчу, а после обучающиеся излагают эссе на тему «Что важнее для человека, его прошлое, настоящее или будущее?» и отвечают на вопросы:

1. Как вы считаете, кто из мудрецов был прав и почему?
2. С кем бы из них вы бы поспорили, что бы вы ему ответили?

Формат эссе направлен на активацию диалога подростка с мудрецами, раскрывающего целый комплекс проблем, и личностных черт. О.В. Кузнецова пишет, что проективные методы исследования позволяют психологу исследовать неосознанные убеждения и личностные установки. Работа с притчей повышает мотивацию, помогает подростку осознать ценность своей настоящей жизни, вспомнить свое прошлое и помечтать о будущем. Поэтому вместо традиционных тестовых методов на выявление способностей, склонностей и предпочтений автор методики предлагает использовать такой подход для исследования личностных черт подростков на этапе выбора профессии [6, 7].

Анализ данных по эссе должен быть качественным и отвечать следующим критериям: 1. Уровень принятия себя и степень выраженности рефлексии; 2. Целостное восприятие временной перспективы или фиксация на определенном временном отрезке. 3. Раскрытая тема эссе.

Адаптация методики. Учитывая особенности психофизического развития подростков с интеллектуальными нарушениями, данный метод модифицирован:

1. Упрощен текст притчи ввиду ограниченного словарного запаса. Обучающимся с нарушенным интеллектом недоступно понимание сложных и редко употребляемых слов.

2. Объем притчи сокращен, потому что произвольное внимание подростков с умственной отсталостью сужено, скорость смыслового анализа на слух снижена, а слуховое восприятие может быть нарушено.

3. Для написания эссе использована наглядность, на доске были написаны вопросы, на которые должны ответить обучающиеся. Это также обусловлено трудностями самоконтроля продуктивной деятельности и трудностями сохранения словесной инструкции в памяти обучающимися коррекционных школ.

Анализ результатов. Изучение ответов на вопросы показало, что тематика восприятия времени не просто является важной для подростков с интеллектуальной недостаточностью, но и нередко пугает их. Сначала, при обсуждении услышанной притчи, обучающиеся были очень активны и заинтересовались, даже спорили друг с другом. Но на этапе ответов на вопросы подростки потерялись и не смогли определиться, что же для них важнее (прошлое, настоящее или будущее). Ответы, в основном, сжатые, ограничены обиходно-бытовыми поня-

тиями, редко содержат что-либо большее, чем аргументы героев притчи или же доводы участников состоявшегося ранее обсуждения. Собственные умозаключения исследуемые подростки практически не использовали.

Подростки с легкой степенью умственной отсталостью в своих эссе использовали выражения «Я считаю», «По моему мнению», «Я согласен с ...», что показывает личностное принятие себя. В количественном соотношении использование личных местоимений старшекласников коррекционных школ реже, чем у подростков с нормативным развитием, что говорит о более низкой степени выраженности рефлексии и принятии себя. Еще меньше личных местоимений у подростков с наличием в структуре дефекта легкой степени умственной отсталости аутистического спектра (F70.08, F84.02), их мысли спутаны, сложно понять смысл написанного. Например, один мальчик написал «Что важнее человеку? Его прошлый, настоящий или будущий? Неизвестный». В данном случае неадекватное восприятие временной перспективы дополнено сниженным словарным запасом, затруднением полоролевой идентификации ограниченным представлением об окружающей действительности.

Подростки с отклоняющимся поведением и интеллектуальными нарушениями в структуре дефекта также показывают низкий уровень рефлексии, их временно́е восприятие искажено. Подростки этой группы не осознают ценность своей жизни, не воспринимают временной континуум в единстве прошлого, настоящего и будущего. Примеры эссе данной группы детей:

- «Мне все равно. В прошлом мать пила, поэтому я тут в интернате, и у меня не будет будущего. Я не смогу поступить в универ из-за диагноза и много денег не будет. Я не буду работать, есть пенсия»;

- «Важно настоящее. Завтра можно умереть, а в прошлом все плохо. Я был в массовой школе и обижали, мама ругала за плохие оценки. Только сегодня важно»;

- «Мои родители все покупают, я не буду работать. Только помогать отцу в сервисе буду. Поэтому поступлю на автомеханика. Я понимаю, я плохо учусь и веду себя. Я прожигаю жизнь, так мама говорит. Но меня не ругают».

Таким образом, выделены наиболее популярные ответы обучающихся, отражающие не только нарушенное восприятие временно́го континуума, но и сниженную мотивацию на получение профессии. Причины такого поведения подростков с интеллектуальными нарушениями разнообразны: попустительский стиль воспитания в семье; вседозволенность; заранее пережитые неудачи будущего; или стрессовые ситуации; нарушенная привязанность к близким в прошлом.

Исследование О.В. Кузнецовой наглядно демонстрирует наличие широкого кругозора у подростков с нормативным развитием, тематика их произведений широка и разнообразна. Но у подростков с интеллектуальными нарушениями четко прослеживается сниженный кругозор, ограниченный социальный опыт, трудности коммуникации с окружающими. Контингент исследуемых в основном раскрывает тему успешной жизни и достойном заработке, счастливой семье, получении доступной профессии.

Качественный анализ раскрытых тем обучающихся с легкой степенью интеллектуальной недостаточности показывает, что данная группа подростков осознает только внешние и незначительные качества взрослости, не переносит

все аспекты жизни взрослого человека на свое будущее, их представления о поведении и жизнедеятельности людей примитивны. Развёрнутые ответы имеют четкие гендерные различия, которые наблюдаются по раскрытым темам. Девочки пишут: «Важнее всего будущее. У меня будет дом и муж, я буду ему готовить еду. Потому что закончу повара», «В будущем я буду хорошей хозяйкой. Я же уже маме умею помогать. Вчера сварила суп. Важнее всего будущее и семья». В размышлениях мальчиков можно прочесть такие высказывания: «Я должен получить профессию, чтобы зарабатывать много денег для семьи. Поэтому мне важнее настоящее, я сейчас получаю знания. Или прошлое, не знаю. Мы же учимся на прошлых ошибках», «Самое важное деньги. Без денег не будет айфона и хорошей машины, тебя не полюбит ни одна женщина. Будущее важнее, я буду работать, а сейчас я в школе только. Тут денег не дают».

По критерию «целостное восприятие временной перспективы или фиксация на определенном временном отрезке» среди испытуемых выделено 5 групп:

1) Фиксация восприятия временной перспективы на настоящем времени – подростки этой группы не думают о будущем, не имеют планов на свое дальнейшее образование, живут «здесь и сейчас».

2) Фиксация восприятия временной перспективы на будущем – обучающиеся данной группы нацелены на получение профессии, они хотят завести семью в будущем и иметь хорошую работу.

3) Единство трех времен – представители этой группы говорят о важности прошлого, настоящего и будущего для человека («без прошлого я бы не смог исправить старые ошибки», «в будущем я осознаю, что был неправ, и буду вести себя хорошо», «настоящее для меня важно, но таким человеком я стал благодаря прошлому»).

4) Фиксация восприятия временной перспективы на прошлом наблюдается у неблагополучных подростков с интеллектуальными нарушениями. Потому что чаще всего мы можем обнаружить различные психотравмирующие ситуации, связанные с настоящим временем, и подростки хотят вернуться в прошлое, когда им было хорошо и спокойно. Или наоборот, это может быть рефлексия на негативные воспоминания прошлого, которые создают отрицательную почву для дальнейшего развития и существования. Подростки с интеллектуальными нарушениями, которые признают прошлое время самым важным для человека, должны находиться под пристальным вниманием специалистов школы, посещать профилактические или коррекционные занятия.

5) Неадекватное восприятие времени – подростки этой группы так и не смогли определиться в том, какой временной период для них важнее, следует отметить, что и восприятие времени у них слабо сформировано. Обучающиеся данной группы ориентируются во временном периоде дня (утро, день, вечер, ночь), недели (отличают будние дни от выходных, могут рассказать о своих планах на ближайшие дни), года (зима, весна, лето, осень), но временная перспектива не сформирована у подростков этой группы.

В первую группу «Фиксация восприятия временной перспективы на настоящем» можно отнести 12 подростков; во вторую группу «Фиксация восприятия временной перспективы на будущем» - 10 человек; в третью группу

«Единство трех времен» - 5 подростков; в четвертую группу «Фиксация восприятия временной перспективы на прошлом» входят 10 старшеклассников; неадекватное восприятие времени наблюдается у 23 обучающихся старших классов с интеллектуальными нарушениями (рис. 1).

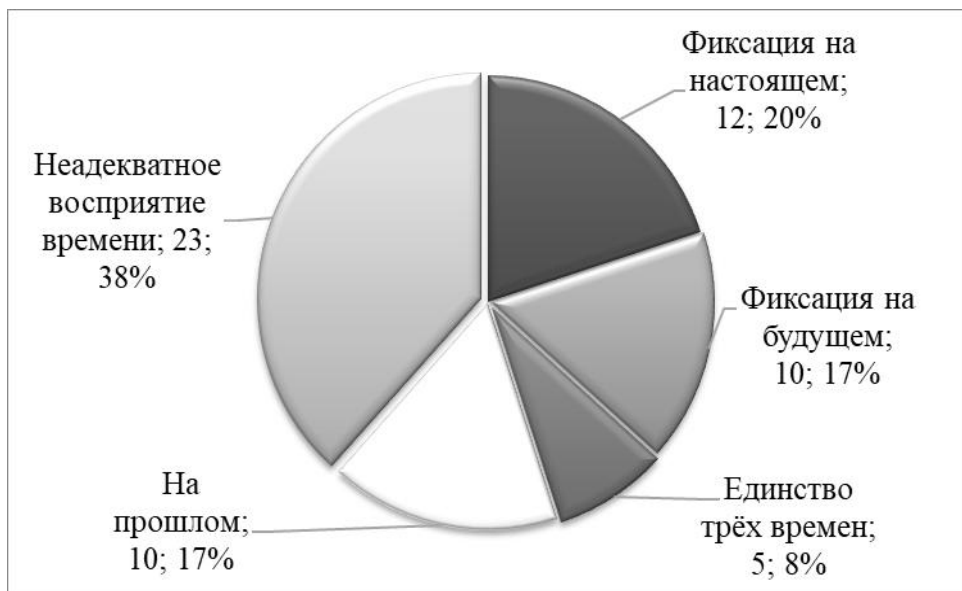


Рисунок 1. Фиксация восприятия временной перспективы (графический материал составлен автором по результатам проведенного исследования).

Заключение. Старшеклассники специальных (коррекционных) школ неспособны самостоятельно планировать свою временную перспективу, анализировать прошлое, настоящее и будущее. Часто эта деятельность носит неадекватный и фрагментарный характер вследствие недостаточной сформированности процессов саморегуляции, самооценки, рефлексии и ограниченного жизненного опыта. Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что педагоги-психологи могут использовать данную методику в своей работе, а полученные результаты необходимо учитывать при формировании программы психолого-педагогического сопровождения профессионального самоопределения подростков с интеллектуальными нарушениями. Со старшеклассниками коррекционных школ необходимо проводить тренинговые занятия по формированию временной компетенции, коррекции самооценки и личностного самоопределения.

Жизненные цели подростков с легкой степенью интеллектуальной недостаточности отражаются во временном компоненте самосознания. Процесс формирования временной компетенции у подростков с интеллектуальной недостаточностью ограничен особенностями интеллектуального и личностного развития. Несоответствие уровня знаний об окружающей действительности возрастной норме приводит к нарушению самосознания и рефлексии, что, в свою очередь, определяет трудность социализации подростков с легкой степенью умственной отсталости, неумение строить свой жизненный путь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. - СПб.: Алетейя, 2001. – 304 с.
2. Абульханова-Славская К.А. Личностная регуляция времени // Психология личности в трудах отечественных психологов. - СПб.: Питер, 2001- С. 279-297.
3. Андреева Г.М. Социальная идентичность: временные и средовые компоненты // Психология личности в трудах отечественных психологов. - СПб.: Питер, 2001. - С.344-357.
4. Володина Ю.А., Матяш Н.В. Предпрофильная подготовка детей, оставшихся без попечения родителей, в учреждениях интернатного типа // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2012. № 8.- С. 11-15. [Электронный ресурс] URL: <http://e-koncept.ru/2012/12099.htm>.
5. Исаев Д.Н. Полоролевое (гендерное) развитие подростков с умственной отсталостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2010 (10). - № 1. – С. 30-38.
6. Кузнецова О.В. Психологические условия личностного и профессионального самоопределения подростков на этапе выбора профиля обучения: Дис... канд. психол. наук. - М., 2010. - 181 с.
7. Кузнецова О.В. Роль временной перспективы в личностном и профессиональном самоопределении подростков // Психологическая наука и образование. – 2007. - № 3. - С. 5-15.
8. Коган Б.М., Козлов Ю.А. Временные локусы смысла у подростков с отклоняющимся поведением // Вестник МГПУ. Серия «Педагогика и психология». - 2018. - № 1. - С. 110-119.
9. Колосова Т.А., Исаев Д.Н. Основы коррекционной педагогики и коррекционной психологии. Дети с нарушениями интеллекта: учебное пособие для среднего профессионального образования / под ред. Д.Н. Исаева. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрайт, 2020. – 151 с.
10. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития: учебник для высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2012. – 656 с.
11. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников: Учебное пособие. – М.: Академия, 2002. – 160 с.
12. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталых школьников– М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016. – 224 с.
13. Франкл В. Сказать жизни «Да»: психолог в концлагере. - М. Смысл, 2004. -153 с.
14. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник / пер.с англ. и нем.; общ. ред. Л.Я. Гозманова, Д.А.Леонтьева. - М.: Прогресс, 1990. - 367 с.

REFERENCES

1. Abul'hanova-Slavskaja K.A., Berezina T.N. Vremja lichnosti i vremja zhizni. - SPb.: Aletejja, 2001. – 304 s.
2. Abul'hanova-Slavskaja K.A. Lichnostnaja reguljacija vremeni // Psihologija lichnosti v trudah otechestvennyh psihologov. - SPb.:Piter, 2001- S. 279-297.
3. Andreeva G.M. Social'naja identichnost': vremennye i sredovye komponenty // Psihologija lichnosti v trudah otechestvennyh psihologov. - SPb.: Piter, 2001. - S.344-357.

4. Volodina Ju.A., Matjash N.V. Predprofil'naja podgotovka detej, ostavshihsja bez popechenija roditel'ev, v uchrezhdenijah internatnogo tipa // Nauchno-metodicheskij jelektronnyj zhurnal «Koncept». - 2012. №8.- С. 11-15. [Elektronnyj resurs] URL: <http://e-koncept.ru/2012/12099.htm>.

5. Isaev D.N. Polorolevoe (gendernoe) razvitie podrostkov s umstvennoj otstalost'ju // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2010 (10). - № 1. – С. 30-38.

6. Kuznecova O.V. Psihologicheskie uslovija lichnostnogo i professional'nogo samoopredelenija podrostkov na jetape vybora profilja obuchenija: Dis... kand. psihol. nauk. - M., 2010. - 181 s.

7. Kuznecova O.V. Rol' vremennoj perspektivy v lichnostnom i professional'nom samoopredelenii podrostkov // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2007. - № 3. - С. 5-15.

8. Kogan B.M., Kozlov Ju.A. Vremennye lokusy smysla u podrostkov s otklonjajushhimsja povedeniem // Vestnik MGPU. Serija «Pedagogika i psihologija». - 2018. - № 1. - С. 110-119.

9. Kolosova T.A., Isaev D.N. Osnovy korrekcionnoj pedagogiki i korrekcionnoj psihologii. Deti s narushenijami intellekta: uchebnoe posobie dlja srednego professional'nogo obrazovanija / pod red. D.N. Isaeva. - 2-e izd., pererab. i dop. - M.: Jurajt, 2020. – 151 s.

10. Muhina V.S. Vozrastnaja psihologija. Fenomenologija razvitiya: uchebnik dlja vyssh. ucheb. zavedenij. – M.: Akademiya, 2012. – 656 s.

11. Petrova V.G., Beljakova I.V. Psihologija umstvenno otstalyh shkol'nikov: Uchebnoe posobie. – M.: Akademiya, 2002. – 160 s.

12. Rubinshtejn S.Ja. Psihologija umstvenno otstalyh shkol'nikov – M.: Institut obshhegumanitarnyh issledovanij, 2016. – 224 s.

13. Frankl V. Skazat' zhizni «Da»: psiholog v konclagere. - M. Smysl, 2004. - 153 s.

14. Frankl V. Chelovek v poiskah smysla: sbornik / per.s angl. i nem.; obshh. red. L.Ja. Gozmanova, D.A.Leont'eva. - M.: Progress, 1990. - 367 s.

O.G. Belyaeva

THE ROLE OF THE TIME PERSPECTIVE IN THE PERSONAL AND PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DEFICIENCY

Moscow City Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article analyzes a features of time perspective of adolescents with intellectual disability. For the first time, adolescents with special educational needs are faced with planning their future at the stage of choosing a profession, which is emphasizes the importance of forming a temporary perspective in adolescence. The study showed that the time perspective by adolescents with mental retardation isn't formed.

Keywords: mental deficiency, personality, self-determination, the time perspective.

Я.К. Смирнова, А.В. Макашова, А.А. Мудрук
ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО
ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА¹
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет» (Барнаул).

Резюме. Статья посвящена изучению особенностей развития модели психического дошкольников с нарушением слуха после кохлеарной имплантации. Производится анализ дефицита модели психического дошкольников с нарушением слуха, который связан с особенностью использования средств установления эпизодов совместного внимания. Осведомленность ребёнка о состоянии внимания взрослого рассматривается как критический компонент совместного внимания, необходимый для развития модели психического. На выборке из 40 дошкольников с сенсоневральной тугоухостью с кохлеарными имплантами и выборке контраста применены стандартные методики оценки модели психического. Показано, что дошкольникам с нарушением слуха оказываются избирательно недоступны средства детекции и интерпретации намерений другого человека. В ситуации детекции намерений дети с нарушением слуха испытывают трудности выделения социальных сигналов.

Ключевые слова: модель психического, теория разума, социальное познание, социальное внимание, совместное внимание, возрастное развитие, дошкольный возраст, атипичное развитие, айтрекер.

Введение. На сегодняшний день в науке достигнуты успехи в понимании психологического развития, социализации и возможности обучения детей с нарушением слуха [1, 3, 4, 8, 14, 32]. Однако, существуют несколько малоизученных когнитивных сфер психики, в которых дети с нарушением слуха значительно отстают от своих типично развивающихся сверстников, одна из них теория разума, или модель психического (Theory of Mind, ToM) [32].

Модель психического (МП) - система концептуализации знаний о собственном психическом состоянии и психическом состоянии других людей, позволяющая объяснять предсказывать их поведение [2; 5; 7], некий феномен „«считывания» психического состояния (mindreading) других людей. С помощью МП мы способны сделать вывод о ментальных состояниях (mental states) - мнениях, желаниях, интенциях, представлениях, эмоциях и т. п., которые являются причиной действий других людей. Феномен МП позволяет раскрыть когнитивные механизмы социального познания с точки зрения процесса, основанного на постоянном мониторинге и сравнении понимания психических состояний и событий другими людьми [6]. При дефиците МП у ребёнка нарушается способность, проявляющаяся в когнитивном развитии – метарепрезентация - способность представлять, что другой человек представляет что-то отличное от собственных убеждений – феномена понимания ложных убеждений [2]. В настоящее время теория разума является важной исследовательской областью в изучении детей с атипичным развитием, в том числе с нарушением слуха [9].

¹Работа выполнена при поддержке гранта президента МК-307.2020.6 «Айтрекинг исследование нарушений координации социального внимания в дошкольном возрасте».

Результаты ряда предыдущих исследований показывают, что дети с нарушением слуха с нормативным уровнем интеллекта, которые растут в слышащих семьях, часто отстают в развитии МП и понимании ложных убеждений от типично развивающихся детей до нескольких лет [28, 13, 18, 32, 35]. Отмечается, что лишь малый процент детей с нарушением слуха в возрасте от 5 до 12 лет прошли стандартные тесты на ложные убеждения (такие, как тест Салли-Энн) [29]. Лишь в подростковом возрасте в 15 лет у небольшого большинства (60%) детей с нарушением слуха с нормальным интеллектом из слышащих семей фиксируется точное понимание ложных убеждений [28]. Поэтому, на наш взгляд, важно проследить становление МП у детей с нарушением слуха после кохлеарной имплантации в дошкольном возрасте как сенситивном периоде для коррекционного вмешательства.

Исследователи приходят к выводу, что дефицит МП, наблюдаемый среди детей с нарушением слуха, схож с тем, который проявляется у аутичных детей [29]. Но трудности невербального общения и социализации, которые характеризуют аутистические синдромы, фактически не обнаруживаются у детей с нарушением слуха. Этот факт демонстрирует недостаточность рассмотрения фактора дефицита МП как причины аутистических симптомов [9]. Скорее всего это вторичное следствие атипичного развития, что делает актуальным задачу сравнительного анализа специфических и универсальных симптомов проявления дефицита ТоМ на разных группах атипичного развития, в том числе детей с нарушением слуха.

В интегрированном исследовательском подходе развитие ТоМ описывается как межличностный процесс. При этом социальный фактор рассматривается как один из определяющих в развитии ТоМ [9]. Следуя этой точке зрения, значительное количество исследований начали привлекать внимание к семье, в которой происходит первичное развитие ребенка, приступая к исследованию влияния межличностной динамики и социального контекста на развитие ТоМ. Это позволило выдвинуть гипотезу разговорной депривации в развитие теории разума [9; 29]. Понимание ложных убеждений и развитие ТоМ обычно следуют из речевого взаимодействия между родителями и детьми. Отсутствие такого взаимодействия приводит к отсутствию социального опыта и коммуникативной обратной связи с информацией, необходимой для того, чтобы иметь возможность приписывать психические состояния другим [32].

По статистике С. Vaccari и М. Marschark более 90% детей с нарушением слуха имеют нормально слышащих родителей, большинство из которых либо не знают языка жестов, либо имеют относительно небольшие навыки в этой области [28, 32]. Слышащие родители, как правило, сообщают о трудностях общения с детьми даже в привычных повседневных делах, и им крайне трудно делиться своими мыслями, воспоминаниями, намерениями и убеждениями [27]. Во многих семьях с ребёнком с нарушением слуха коммуникативные жесты, производимые родителем или ребёнком, ограничиваются темами непосредственно воспринимаемого визуального поля [29]. По статистике, 95% детей с нарушением слуха и их родители ограничили общение темами с визуальным референтом, 81% слышащих матерей отмечали, что они могут общаться со своим ребёнком только о вещах или событиях, которые присутствовали во времени и/или пространстве. Эти уникальные особенности разговора внутри семьи могут ограничить возможности детей с нарушением слуха

в понимании мыслительных процессов других людей [27].

Выделяется проблема в избирательном лишении разговорного доступа детей с нарушением слуха к интерпретации психических состояний других людей [29].

Проблема доступа к типичным социальным ссылкам на психическое состояние связана с тем, что знание детьми синтаксиса, семантики и морфологии жестового и разговорного языков соотносится с их показателями ТоМ [10, 16, 18, 19, 21, 22, 30, 31, 34]. Было отмечено, что язык жестов включает в себя особое осознание невербальных сигналов общения и социального познания, его роль в когнитивном развитии редко изучается [27, 28, 29], хотя это основной механизм, необходимый для установления совместного внимания взрослого и ребёнка.

Исходя из этого, можно выделить проблему изучения дефицита вербальных и невербальных средств совместного внимания для формирования модели психического. В единичных исследованиях совместного внимания у глухих детей отмечается, что у данной группы детей часто снижается время, затрачиваемое на совместное внимание, они реже реагируют и расширяют свою инициативу и коммуникативные действия [13]. Показано влияние потери слуха у детей на синхронность именования объектов родителями и совместного внимания детей [25, 26, 33, 35].

Основной вопрос состоит в том, при такой нехватке средств установления совместного внимания приписывают ли дети с нарушением слуха различные психические состояния им самим и другим, и признают ли они причины, связанные с поведением в ситуации детекции намерений.

Несмотря на то что они учатся говорить и понимать обращённую речь, у детей после кохлеарной имплантации все еще много трудностей в распознавании психического состояния собеседника и установлении совместного внимания [9, 17, 28, 33]. Этот вопрос представляет собой значительный пробел в нынешних знаниях о результатах развития МП у детей с нарушением слуха после кохлеарной имплантации. Недостаток таких данных является важным барьером для прогресса в разработке новых и персонализированных вмешательств, чтобы помочь улучшить свою речь-язык.

Материал и методы. Выборку исследования составили дошкольники 5-7 лет (средний возраст 6 лет 2 мес.) с нарушением слуха (сенсоневральной тугоухостью, класс Н90 по МКБ-10) (n=20). У данной группы детей зафиксирована двусторонняя выраженная сенсоневральная тугоухость (средний порог слухового восприятия на частотах 0,5, 1, 2 и 4 кГц более 90 дБ). Дошкольники имеют официальный диагноз, им определен образовательный маршрут по итогам прохождения территориальной медико-психолого-педагогической комиссии. Всем детям данной группы сделана кохлеарная имплантация в возрасте 3-4 лет. После кохлеарной имплантации они проходили реабилитацию и посещают детский сад коррекционной направленности. Дети обучались по образовательной программе для слабослышащих дошкольников со сложными (комплексными) нарушениями, в рамках которой происходило формирование и развитие навыков устной речи, активизация различных речевых умений в условиях реальных ситуаций общения, усвоения значения и накопления слов, постановки, закрепления и дифференциация звуков, формирования навыка чтения с губ, осуществления систематической работы по обучению членораздельного произношения.

Дошкольники воспитываются в слышащих семьях, родители без нарушения слуха. Дошкольники обладают достаточным для проведения исследования уровнем когнитивного развития, порогов восприятия и распознавания речи. Контрастную группу составили типично развивающиеся дошкольники ($n=20$).

Методы. Для оценки МП использовались:

1. Тест на ошибочное мнение («Задача Салли–Энн») (H. Wimmer, J. Perner, 1983; адаптирован А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко);

2. Задача на исследование возможности использования направления взора как показателя желания «Что хочет Чарли?» (S. Baron-Cohen, P. Cross, 1992; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко).

3. Задача на понимание намерений с опорой на внешние признаки (A. Meltzoff, 2002; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко).

4. Задача на понимание принципа «видеть – значит знать»: «Какая девочка знает, что лежит в коробке?» (S. Baron-Cohen, 1989; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко).

В ходе обследования оценивалась способность ребенка к распознаванию социальных сигналов, а именно понимание интенциональности (намерений) по поведенческим сигналам и внешним проявлениям: направлению взора, мимике, жестам.

В совокупности данные задания позволили выявить уровень понимания ментального мира: 1) понимание чувств и эмоциональных переживаний другого; 2) возможность учитывать то, что знает другой; 3) возможность определять намерения; 4) понимание связи между действиями других людей. Правильность решения задания оценивалась в 1 балл (максимальный балл 4).

Использовался общий суммарный показатель правильности решения каждой задачи как интегральный показатель уровня становления МП и степени ориентации на значимые социальные поведенческие сигналы.

5. Нами разработана задача получить оценку понимания ментальности изображенного персонажа. За основу была взята идея возможности использования направления взора персонажа на картинке, как показателя намерения выбрать им объект из ряда предложенных. Направление глаз персонажа указывает на тот предмет, который он «хочет».

Были использованы 7 пиктографических изображений лица, а вокруг случайным образом располагались изображения различных предметов (конфеты, машинки, бытовые принадлежности и т. п.). Направление глаз персонажа указывало на тот предмет, который он «хочет выбрать» и задавало фокус внимания персонажа. Детям задавался вопрос: «Какой из предметов хочет выбрать человек на картинке?». В 7 сериях задач (7 персонажей с разными направлением взгляда) детям было предложено определить по разным направлениям взгляда человека его намерения в выборе одного предмета из нескольких, которые его окружали на изображении (рис. 1). Таким образом, в 7 сериях задачи детям было предложено определить по разным направлениям взгляда человека его намерения в выборе одного предмета из нескольких, которые его окружали на изображении.

Каждая картинка предъявлялась по очереди, как количественный показатель фиксировалась сумма правильных выполненных ребёнком задач из 7.

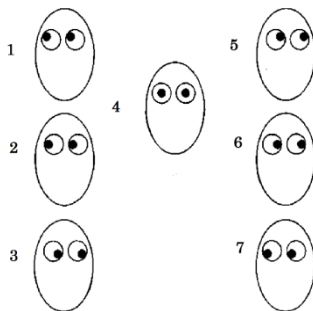


Рисунок 1. Определение намерений по взгляду.

В качестве диагностического критерия были выбраны следующие компоненты:

- детектор направления взора, т. е. способность выделять глаза и стимулы, похожие на них, воспринимать и определять направление взора, способность собирать и использовать информацию о направлении взора;

- детектор намерения, который позволяет понимать желания человека по их внешним проявлениям;

- идентификация фокуса внимания, который позволит индивидуумам предвидеть, что намереваются сделать другие с объектом совместного внимания.

Как количественный показатель фиксировалась сумма правильных выполненных ребёнком задач из 7.

Результаты исследования и обсуждение. Изначально при помощи Т-критерия Стьюдента было произведено сравнение дошкольников с нарушением слуха и типично развивающихся детей по уровню МП, оцененной по задачам на понимание ложных убеждений и детекции намерений по поведенческим признакам. Также сравнение производилось по методике на оценку способности использовать взгляд для детекции намерений (табл. 1).

Анализ контрастных групп подтвердил сниженные способности к пониманию психического других людей (их намерений, желаний, эмоций, фокуса внимания и др.) у дошкольников с нарушением слуха.

Таблица 1.

Сравнение контрастных групп по уровню МП

Группа		Среднее± среднекв. ошибка среднего
Оценка модели психического ($t = 3,96, p = 0,0001$)	типично развивающиеся дошкольники	3,13±0,19
	дошкольники с нарушением слуха	1,37±0,46
Точность детекции намерений по направлению взгляда ($t = 7,66, p = 0,0001$)	типично развивающиеся дошкольники	6,82±0,08
	дошкольники с нарушением слуха	2,62±1,03

Подтверждается, что у дошкольников с нарушение слуха снижены способности к построению МП другого, в том числе детекции намерений, основываясь по социальным сигналам направления глаз.

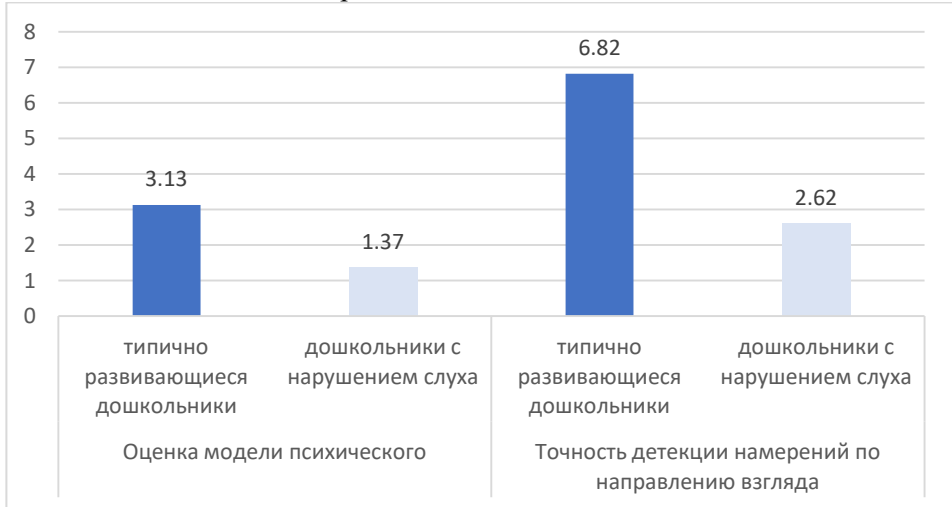


Рисунок 2. Сравнение контрастных групп по уровню МП. Обнаруживается дефицит и детектора преднамеренности и детекции направления глаз.

Также было произведено сравнения двух контрастных групп по каждой задаче для оценки модели психического (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнения контрастных групп по результатам задач для оценки МП

Группа		Среднее± среднекв. ошибка сред- него
Тест на ошибочное мнение («Задача Салли-Энн») ($t=1,758$, $p=0,086$)	типично развивающиеся дошкольники	0,517±0,508
	дошкольники с нарушением слуха	0,250±0,447
Задача на исследование возможности использования направления взора как показателя желания «Что хочет Чарли?» ($t=5,726$, $p=0,0001$)	типично развивающиеся дошкольники	0,965±0,185
	дошкольники с нарушением слуха	0,375±0,500
Задача на понимание принципа «видеть – значит знать»: «Какая девочка знает, что лежит в коробке?» ($t=5,075$, $p=0,0001$)	типично развивающиеся дошкольники	0,862±0,350
	дошкольники с нарушением слуха	0,250±0,447
Задача на понимание намерений с опорой на внешние признаки ($t=2,086$, $p=0,043$)	типично развивающиеся дошкольники	0,793±0,412
	дошкольники с нарушением слуха	0,500±0,516

В задачи на понимание ложных убеждений значимых различий не зафиксировано, что можно интерпретировать как сохранность модуля интерпретации и объяснения типичных социальных ссылок. Но обнаружены различия контрастных групп в задачах, связанных с пониманием намерений с опорой на внешние признаки (например, по направлению взгляда).

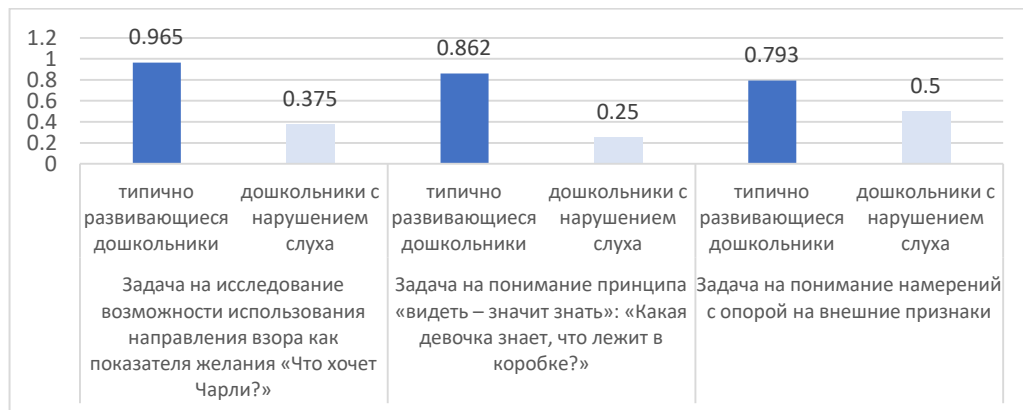


Рисунок 3. Сравнения контрастных групп по результатам задач для оценки модели психического.

Можно прийти к выводу, что у детей с нарушением слуха оказывается нарушен именно модель детекции и обработки социальных сигналов, типичных ссылок на психические состояния. На наш взгляд, данные показывают, что нарушается не все компоненты МП. Основной дефицит наблюдается в перцептивном компоненте МП (perceptual mind-reading) – способности приписывать психические явления другим, основываясь на непосредственно данной информации (например, на выражениях лица как социальном сигнале.). То есть наблюдается не тотальный, а фрагментарный дефицит компонентов МП. При этом не столь значительно отличие в когнитивном компоненте МП (cognitive mind-reading) – способности приписывать психические явления другим, основываясь не на наличной информации, а на знаниях и контекстуальной информации о человеке.

Скорее всего у детей с нарушением слуха наблюдается сложность интеграции социальных сигналов, выделения релевантных признаков для формирования целевой репрезентации социальных сигналов. Как предположение это может обусловлено обусловленное бедностью чувственного опыта вследствие слуховой депривации, снижением скорости и объема восприятия, недостаточным запасом сенсорных эталонов, затруднением формирования полного, точного, детализированного образа восприятия.

Текущее исследование было сосредоточено на детях с нарушением слуха с кохлеарными имплантатами. Обнаружены трудности использования типичных ссылок на психические состояния при коммуникационных обменах. В исследовании выявлено, что детям с нарушением слуха оказываются доступны не все средства менталистического языка, в котором есть ссылки на собственные и другие умственные представления для приписывания намерений и интер-

претации поведения. На наш взгляд, это одна из основных факторов, препятствующих развитию МП.

Выявлено, что нарушается в основном не когнитивный компонент, а перцептивный компонент МП, связанный с способностью приписывать психические явления другим, основываясь на информации поведенческих социальных сигналов (например, по направлению взгляда). При этом дети с нарушением слуха способны решать задачи на ложные убеждения. То есть, дефицит МП оказывается не тотальным, а фрагментарным.

В связи с этим детям с нарушением слуха труднее выстроить предположение о конкретных мысленных представлениях собеседника (в том числе визуальной перспективы фокуса внимания взрослого), прогнозировать ситуации социального взаимодействия, понимать отношения между эмоциями, желанием и поведением. По сравнению с типично развивающимися сверстниками им труднее удастся когнитивно-концептуальная перспектива (такая, как понимание ложных убеждений). Как следствие, дошкольники с нарушением слуха не могут использовать все возможности взаимодействия со взрослым, необходимые для обучения. Может наблюдаться дефицит социальных компонентов, таких как преднамеренность и взаимное понимание. Нехватка средств скоординированного внимания приводит к снижению интенциональности или осведомлённости для выделения коммуникационных намерений взрослого, а соответственно точности ответа на коммуникативный запрос.

Выводы. В результате исследования зафиксированы ограниченные возможности детей с нарушением слуха в понимании мыслительных процессов других людей.

Удалось проследить последствия сенсорной и разговорной депривации на функционирование МП у детей с нарушением слуха после кохлеарной имплантации. Дошкольникам с нарушением слуха оказываются избирательно недоступны средства детекции и интерпретации психических состояний другого человека. Дети с нарушением слуха испытывают трудности приписывания различных психических состояний и выделения социальных сигналов, связанных с поведением в ситуации детекции намерений.

И в классических методиках для оценки уровня МП удалось обнаружить снижение точности детекции намерений по социальным поведенческим сигналам. Однако, не смотря на снижение точности детекции социальных сигналов, остаётся сохранным модуль интерпретации этих сигналов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боженко А.В., Хохлова А.Ю. Развитие образного мышления у глухих детей // Клиническая и специальная психология. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 19-27.
2. Ермаков П.Н., Воробьева Е.В., Кайдановская И.А., Стрельникова Е.О. Модель психического и развитие мышления у детей дошкольного возраста // Экспериментальная психология. – 2016. – № 3. – С. 72-80.
3. Психология глухих детей / Ин-т коррек. педагогики РАО; под ред. И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой, Н.В. Яшковой. – 2-е изд., стереот. – М.: Советский спорт, 2006. – 448 с.
4. Розанова Т.В. Дети с нарушениями слуха // Специальная психология:

учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений, обучающихся по дефектол. специальностям / Под ред. В.И. Лубовского. – 6-е изд., испр. и доп. – М.: «Академия», 2009. – С. 138-194.

5. Румянцева Е.Е. Модель психического и когнитивное функционирование у больных молодого возраста после перенесенного эндогенного приступа: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2014. – 195 с.

6. Сергиенко Е.А. Модель психического как интегративное понятие в современной психологии // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, № 54. – С. 7.

7. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 415 с.

8. Хохлова А.Ю. Эффективность детско-родительского общения и интеллектуальное развитие глухих детей // Культурно-историческая психология. – 2008. – Т. 4, № 3. – С. 86-91.

REFERENCE

1. Bozhenko A.V., Hohlova A.Ju. Razvitie obraznogo myshlenija u gluhih detej // Klinicheskaja i special'naja psihologija. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 19-27.

2. Ermakov P.N., Vorob'eva E.V., Kajdanovskaja I.A., Strel'nikova E.O. Model' psihicheskogo i razvitie myshlenija u detej doskol'nogo vozrasta // Jeksperimental'naja psihologija. – 2016. – № 3. – С. 72-80.

3. Psihologija gluhih detej / In-t korrek. pedagogiki RAO; pod red. I.M. Solov'eva, Zh.I. Shif, T.V. Rozanovoj, N.V. Jashkovoij. – 2-e izd., stereot. – М.: Sovetskij sport, 2006. – 448 с.

4. Rozanova T.V. Deti s narushenijami sluha // Special'naja psihologija: uchebnik dlja studentov vyssh. pед. учеб. zavedenij, obuchajushhihsja po defektol. special'nostjam / Pod red. V.I. Lubovskogo. – 6-e izd., ispr. i dop. – М.: «Академия», 2009. – С. 138-194.

5. Rumjanceva E.E. Model' psihicheskogo i kognitivnoe funkcionirovanie u bol'nyh mladogo vozrasta posle perenesennogo jendogennogo pristupa: dis. ... kand. psihol. nauk. – М., 2014. – 195 с.

6. Sergienko E.A. Model' psihicheskogo kak integrativnoe ponjatie v sovremennoj psihologii // Psihologicheskie issledovanija. – 2017. – Т. 10, № 54. – С. 7.

7. Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A. Model' psihicheskogo kak osnova stanovlenija ponimaniya sebja i drugogo v ontogeneze cheloveka. – М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2009. – 415 с.

8. Hohlova A.Ju. Jеffektivnost' detsko-roditel'skogo obshhenija i intellektual'noe razvitie gluhih detej // Kul'turno-istoricheskaja psihologija. – 2008. – Т. 4, № 3. – С. 86-91.

9. Bruschetta S. Research on the development of a theory of Mind in deaf children: a study on methodological procedures as well as on practical and theoretical issues // Life span and disability. - 2005. - Vol. 8, No. 2. - P. 1-18.

10. De Villiers P.A. The role of language in theory-of-mind development: What deaf children tell us // Why language matters for theory of mind / Eds. W. Astington, J. A. Baird. - New York: Oxford University Press, 2005. -- P. 266-297.

11. Deaf Children Attending Different School Environments: Sign Language Abilities and Theory of Mind / E. Tomasuolo, G. Valeri, A. Di Renzo, P. Pasqualetti [et al.] //

The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. - 2013. - Vol. 18, No. 1. - P. 12-29.

12. Dunn J., Brophy M. Communication, relationships, and individual differences in children's understanding of mind // Why language matters for theory of mind / Eds. J. W. Astington, J. A. Baird. - New York, NY: Oxford U

13. Effects of children's hearing loss on the synchrony between parents's object naming and children's attention / C.-H. Chen, I. Castellanos, C. Yu, D.M. Houston // Infant Behavior and Development. - 2019. - Vol. 57. - R.101322

14. Emmorey K., Lane H. The signs of language revisited: An anthology to honor Ursula Bellugi and Edward Klima. - Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Psychology Press, 2000. -- 596 p.

15. Gaze in Action: Head-mounted Eye Tracking of Children's Dynamic Visual Attention During Naturalistic Behavior / L.K. Slone, D.H. Abney, J.I. Borjon, C.-H. Chen [et al.] // JoVE (Journal of Visualized Experiments). - 2018. - Vol. 141. - P. e58496.

16. How language relates to belief, desire, and emotion understanding / T. Ruffman, L. Slade, K. Rowlandson, C. Rumsey [et al.] // Cognitive Development. - 2003. - Vol. 18, No. 2. - P. 139-158.

17. Jackson A.L. Language facility and theory of mind development in deaf children // Journal of Deaf studies and Deaf education. - 2001. - Vol. 6, No. 3. - P. 161-176.

18. Language and Theory of Mind: A Study of Deaf Children / B. Schick, P. De Villiers, J. Villiers, H. Robert // Child development. - 2007. - Vol. 78, No. 2. - P. 376-396.

19. Lohmann H., Tomasello M. The role of language in the development of false belief understanding: A training study // Child development. - 2003. - Vol. 74, No. 4. - P. 1130-1144.

20. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictor of theory of mind understanding / E. Meins, C. Fernyhough, R. Wainwright, M. Das Gupta [et al.] // Child Development. - 2002. - Vol. 73, No. 6. - P. 1715-1726.

21. Meristo M., Falkman K.W., Hjelmquist E. Language Access and Theory of Mind Reasoning: Evidence From Deaf Children in Bilingual and Oralist Environments // Developmental Psychology Copyright. - 2007. - Vol. 43, No. 5. - P. 1156-1169

22. Milligan K., Astington J.W., Dack L.A. Language and theory of mind: Meta-analysis of the relation between language ability and false-belief understanding // Child Development. - 2007. - Vol. 78, No. 2. - P. 622-646.

23. Modality use in joint attention between hearing parents and deaf children / N. Depowski, H. Abaya, J. Oghalai, H. Bortfeld // Front. Psychol. - 2015. - Vol. 6. - P. 1556.

24. Morford J. Insights to Language from the Study of Gesture: a Review of Research on the Gestural Communication of Non-signing Deaf People // Language & Communication. - 1996. - Vol. 16, No. 2. - P. 165-178.

25. Parental Linguistic Input and Its Relation to Toddlers' Visual Attention in Joint Object Play: A Comparison Between Children with Normal Hearing and Children With Hearing Loss / C.-N. Chen, I. Castellanos, C. Yu, D.M. Houston // Infancy. - 2019. - Vol. 24. -- P. 589-612.

26. Parents Influence the Visual Learning Environment Through Children's Manual Actions / M.E. McQuillan, L.B. Smith, C. Yu, J.E. Bates // Child development. - 2020. - Vol. 91, No. 3. - P. e701-e720.

27. Peterson C., Slaughter V. Opening windows into the mind: Mothers' prefer-

ences for mental state explanations and children's theory of mind // *Cognitive Development*. - 2003. - Vol. 18, No. 3. - P. 399-429.

28. Peterson C.C., Siegal M. Insights into Theory of Mind from Deafness and Autism // *Mind & Language*. - 2000. - Vol. 15, No. 1. - P. 123-145.

29. Peterson C.C., Slaughter V.P. Telling the story of theory of mind: Deaf and hearing children's narratives and mental state understanding // *Slaughter British Journal of Developmental Psychology*. - 2006. - Vol. 24, No. 1. - P. 151-179.

30. Pyers J. E. The relationship between language and false-belief understanding: Evidence from learners of an emerging sign language in Nicaragua. - University of California, Berkeley, 2004.

31. Slade L., Ruffman T. How language does (and does not) relate to theory of mind: A longitudinal study of syntax, semantics, working memory and false belief // *British Journal of Developmental Psychology*. - 2005. - Vol. 23, No. 1. - P. 117-141.

32. Understanding theory of mind in children who are deaf / M. Marschark, V. Green, G. Hindmarsh, S. Walker // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. - 2000. - Vol. 41, No. 8. - P. 1067-1073.

33. What leads to coordinated attention in parent – toddler interactions? Children's hearing status matters / C.-H. Chen, I. Castellanos, C. Yu, D.M. Houston // *Developmental Science*. - 2020. - Vol. 23, No. 3. - P. e12919.

34. Woolfe T., Want S.C., Siegal M. Siblings and theory of mind in deaf native signing children // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. - 2003. - Vol. 8, No. 3. - P. 340-347.

35. Yu C., Smith L.B. Hand – Eye Coordination Predicts Joint Attention // *Child Development*. - 2017. - Vol. 88, No. 6. - P. 2060-2078.

Ya.K. Smirnova, A.V. Makashova, A.A. Mudruk

FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF A MODEL OF MENTAL PRE-SCHOOLERS WITH HEARING IMPAIRMENT²

Altai State University (Barnaul).

Summary. The article is devoted to the study of the developmental features of the mental model of preschoolers with hearing impairment after cochlear implantation. The analysis of the mental model deficit of preschoolers with hearing impairment is carried out, which is associated with the peculiarity of using the means of establishing episodes of joint attention. The child's awareness of the state of attention of an adult is considered as a critical component of joint attention, necessary for the development of a mental model. On a sample of 40 preschoolers with sensorineural hearing loss with cochlear implants and a contrast sample, standard methods for assessing the mental model were used. It has been recorded that preschoolers with hearing impairments are selectively unavailable means of detecting and interpreting the intentions of another person. In a situation of detecting intentions, children with hearing impairments have difficulty isolating social signals.

Keywords: mental model, theory of mind, social cognition, social attention, joint attention, age-related development, preschool age, atypical development, IT tracker.

²This work was supported by a grant from the President MK-307.2020.6 "A tracking Study on Disorders of Coordination of Social Attention in Preschool Age"

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

Н.К. Кириллина**ПСИХОТЕРАПИЯ СЕЛЕКТИВНОГО МУТИЗМА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)
Институт Гармоничного Развития и Адаптации (Москва).**

Резюме. В статье рассмотрены вопросы лечения селективного мутизма у детей и подростков. Основное внимание уделено психотерапевтическим подходам - недирективной игровой терапии, игровой терапии по методу В. Оклендер, когнитивно-поведенческой терапии, также работе с семьей, принципам междисциплинарного взаимодействия.

Ключевые слова: селективный мутизм, элективный мутизм, тревожные расстройства, недирективная игровая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия.

Селективный мутизм (СМ) – относительно редкое заболевание, встречающееся в основном в дошкольном и раннем школьном возрасте, при котором ребенок, владеющий навыками речи и понимающий речь других людей, не способен разговаривать с определенными людьми в определенных ситуациях [1, 2, 3, 4].

Ранее чаще использовался термин **элективный мутизм**. В МКБ-10 он был включен в главу 10 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», раздел «Расстройство социального функционирования с началом в детском и подростковом возрасте (F94)». Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: 1) экспрессивная и рецептивная речь в пределах нормы (в пределах двух стандартных отклонений относительно нормативного для данного возраста уровня по тестовым данным); 2) постоянная объективированная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, когда от ребенка ожидается речь (например, в школе), в других ситуациях речь возможна; 3) длительность расстройства свыше 4 недель; 4) отсутствуют общие расстройства развития (F84); 5) расстройство не вызвано незнанием ребенком языка, на котором ожидается речь.

В МКБ-11 название заменено на селективный мутизм, расстройство включено в раздел «Тревожные и фобические расстройства». Название изменено с целью подчеркнуть недобровольный характер отказа от речи: *«Селективный мутизм характеризуется стойкой избирательностью в речи, при которой ребенок демонстрирует адекватную речевую компетентность в конкретных социальных ситуациях, как правило, дома, но постоянно не может говорить в других, как правило, в школе. Нарушение длится по меньшей мере один месяц, не ограничивается первым месяцем обучения в школе и имеет достаточную степень тяжести, чтобы помешать учебе или социальному общению. Неспособность говорить происходит не из-за недостаточного знания языка, необходимого в социальной ситуации (например, в школе говорят на другом языке, чем дома)».*

Основным симптомом СМ является отказ от речи в определенных ситуациях

ях. Чаще всего дети не разговаривают с незнакомцами (чаще взрослыми) или за пределами дома. Обычно дети разговаривают с теми людьми, с кем они чувствуют себя спокойно, в знакомых ситуациях и при знакомых обстоятельствах (дома, когда рядом никого нет), и не разговаривают в детском саду, школе. Однако избирательность мутизма может различаться. Некоторые дети не разговаривают даже с некоторыми членами семьи, например, с отцом или членами расширенной семьи. В одном случае ребенок испытывал трудности при общении с детьми, разговаривая свободно со взрослыми. В другом случае девочка свободно разговаривала в саду, замолкая, когда за ней приходила мама. При проведении катamnестического исследования были выявлены два случая генерализации мутизма до тотального, с отказом от речи с родителями в подростковом возрасте [6].

Изучение речевых привычек ребенка даст представление о сложности проблемы ребенка и учитывается при планировании терапевтического процесса. Например, ребенок может: разговаривать в большом супермаркете (с небольшой вероятностью взаимодействия с другими покупателями или персоналом), но не в местном магазине; говорить с семьей в здании школы, если он думает, что никто его не слышит; не разговаривать с посетителями дома, но может говорить с членами семьи в присутствии гостей; говорить с другом дома, но не в школе, а только в доме друга, когда его мать выходит из комнаты; быть более разговорчивым с родственницами женского пола; говорить с другом, когда идет в школу, но останавливать разговор у входа в школу.

M. Johnson, A. Wintgens (2016) предложена следующая таблица для оценки речи на первой диагностической встрече [12]:

Этап	Действия ребенка	Пример поведения
1	Не общается, не участвует	Ребенок может: • наблюдать за действиями со стороны или сидеть без участия • принимать помощь (стоять, пока застегивают пуговицы), но не принимать участия
2	Участвует, но не общается	Ребенок способен: • принимать участие в тихих действиях, например, настольные игры, пазлы, и демонстрировать удовольствие • принимать ряд решений (выбрать любимую шоколадку) • взаимодействовать с предложениями, которые не представляют угрозы или не подразумевают вмешательства (раздать карты, передать предмет или нарисовать картинку, но не может повторить жест или указать на часть тела).
3	Общается при помощи невербальной лексики	Ребенок отвечает и может инициировать контакт: • показать пальцем • кивки/мотание головой • постукивание • мимика/жесты • рисование/письмо В остальных случаях молчит, даже если ему больно.
4	Использует невербальные звуки	Ребенок может вокализировать и издавать звуки, чтобы: • выразить эмоции • участвовать в игре (звук сирены, взрывов, животных) Может выглядеть готовым говорить, но не произносит ни слова.

5	Шепчет или говорит не напрямую человеку	Ребенок может: • разговаривать с мамой в комнате, где присутствует еще человек, но шепотом • разговаривает с другими в классе, но не с учителем, разговаривает по телефону с семьей
6	Использует определенные слова с определенными людьми	Ребенок может: • отвечать на вопросы минимально • шептать, когда близко стоит • читать вслух или шепотом, но не использовать разговорную речь
7	Использует связную речь с определенными людьми	Ребенок может: • чувствовать себя уверенно с определенными взрослыми и разговаривать с ними, если его больше никто не слушает • быть более расслабленным и добровольно спонтанно комментировать во время игры • разговаривать больше с детьми, чем со взрослыми
8	Начинает общаться с большим количеством людей	Ребенок может: • продолжать разговор с определенным взрослым, когда кто-то входит в комнату • спокойно говорить дома в присутствии гостей • говорит с несколькими детьми/взрослыми в безопасной обстановке
9	Начинает общаться с большим количеством людей	Ребенок может: • разговаривать с определенным взрослым за пределами знакомой обстановки • спокойнее говорить с семьей в местах скопления народа
10	Свободно общается	Ребенок: • отвечает незнакомцам в знакомой и незнакомой обстановке • участвует в дискуссии в классе • делится информацией

Лечение СМ до настоящего времени относится к сложному и длительному [5, 10, 12, 14, 15]. Существуют различные объяснения трудностей лечения СМ. Одна из причин, возможно, заключена в поздней диагностике, в результате мутизм успевает прочно закрепиться до того, как ребенок обратился за помощью. Другая причина кроется в таких чертах характера детей с СМ, как ригидность, негативизм, которые затрудняют адаптивные возможности ребенка. Ведение таких пациентов зачастую фрустрирует терапевтов и других специалистов, когда ребенок продолжает молчать, несмотря на усилия специалиста в течение долгого времени. Длительность лечения занимает от нескольких сессий до 2 лет. Достаточно сложным в наших условиях организации медицинской помощи и обучения является обеспечение взаимодействия между терапевтом, детским садом или школой. Не хватает подготовленных специалистов и стандартизированной программы лечения.

Сложность разработки универсальной методики лечения СМ заключается в том, что в лечении крайне важен индивидуальный подход. Средства и методы, эффективные для одного ребенка, не работают с другим.

Анализируя все случаи терапии детей и подростков с СМ (более 50 случаев), проведенные в центре «ИГРА» в период с 2004 г. по настоящее время, удалось выделить некоторые общие рекомендации.

Главная цель лечения – ослабление тревоги в ситуации общения вне дома (десенсибилизация к акту общения) путем создания безопасной обстановки, установления контакта, доверительных отношений, в том числе за счет уменьшения давления на ребенка, преследующего цель – заставить его говорить.

Установление контакта и создание безопасной обстановки начинается на первой встрече с ребенком, которая часто является решающей для прогноза успешности и длительности терапии. На первой встрече ребенок должен понять, что от него никто не будет требовать речь. Если ребенок охотно отвечает мимикой и жестами, то следует использовать такой вариант общения. Также стоит избегать слишком длительного глазного контакта и явного внимания, следует находиться на комфортном для ребенка расстоянии; дать ему время освоиться в кабинете, желательно предоставив возможность побыть с игрушками и родителями без специалиста. Кабинет должен быть оборудован всем необходимым для игровой терапии. Встреча должна проходить в неформальной, непринужденной обстановке. Обсуждение проблем ребенка проходит без его присутствия.

С детьми младшего возраста использовалось сочетание недириективных подходов – игровой терапии, центрированной на ребенке, разработанной Г. Лэндретом [7, 11], игровой терапии по методу В. Оклендер [8, 9], сказкотерапии и арт-терапии.

С детьми более старшего возраста, наряду с применением недириективных подходов эффективной показала себя когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Акцент делается на поведенческих компонентах КПТ, так как из-за раннего возраста ребенка использование когнитивного компонента в полной мере затруднительно. Применяемые терапевтические техники – психообразование, позитивное подкрепление, моделирование, градуированная экспозиция.

Терапия ориентируется на следующие этапы невербальной и вербальной коммуникации: способность расслабиться в присутствии терапевта и интерес к тому, что происходит в комнате, → активное участие в игре → невербальная коммуникация → невербальные звуки (смех, звуки животных, шумы и т. п.) → шепотная речь на ухо → односложная речь → фразовая речь → разговор в присутствии других лиц и в других ситуациях → генерализация общения.

На начальном этапе терапии с ребенком проводится психообразование, разъясняется проблема, объясняется, что он не единственный, кто испытывает такие трудности; нормализуется тревога вне дома и объясняется, что когда тревога уйдет (а она уйдет), ребенок сможет говорить; разъясняется концептуализация случая. Совместно с ребенком составляется «Карта речи» – осознание и визуализация через схематичный рисунок значимых мест в жизни ребенка и людей, с которыми ребенок может свободно говорить [12]. В дальнейшем, дети добавляют новых людей на свою карту по мере расширения их круга общения.

Градуированная экспозиция применяется на этапе генерализации речи. Совместно с ребенком и родителями составляется лестница ситуаций и лиц, с которыми ребенок готов начать разговаривать. Обсуждается позитивное подкрепление (похвала, жетоны, сладости, игрушки и др.). В случае сложности с выполнением задания делается шаг назад, или шаг делится на несколько более мелких.

Также показало себя эффективным использование дополнительных

средств: аудио- и видеозаписей с ребенком, прослушивание их с терапевтом, использование интерактивных игрушек, музыкальных инструментов, масок и др.; использование мессенджеров (запись аудиосообщений для терапевта и других лиц как этап вербальной коммуникации); анималотерапии.

Для более быстрого достижения этапа речи с терапевтом в некоторых случаях использовалось включение в терапию других лиц, с которыми у ребенка уже установлено речевое общение (родителей, сиблингов, друзей,), и новых лиц (других детей с СМ, смежных специалистов и др.). В случае, когда ребенок оставался напряженным в игровой комнате, даже в отсутствие терапевта, родителям предоставлялась возможность играть с ребенком без терапевта до занятия.

В большинстве случаев после появления речи с терапевтом происходит спонтанная генерализация речи в детском саду или школе. Если этого не случается, то в процесс генерализации активно вовлекаются родители. С ними составляется план мероприятий по созданию ситуаций и позитивному подкреплению речи ребенка.

Когда речь с терапевтом стала свободной, но ребенок продолжает молчать в школе, необходима организация взаимодействия между терапевтом и школой, что довольно сложно в современных условиях. В нашей практике только в одном случае удалось вовлечь в игровые занятия школьного учителя. В остальных случаях следует разъяснять и рекомендовать учителям тот же принцип постепенного увеличения речевой нагрузки: поручение заданий, не требующих устного ответа, устные ответы через аудио- и видеосообщения, общение с учеником после уроков один на один, ответы на вопросы, требующие сначала односложных ответов, затем более распространенных; поддержка общения ребенка с одноклассниками; вовлечение в работу школьного психолога. При появлении речи в школе следует воздерживаться от бурной реакции и повышенного внимания к ребенку со стороны учителей и одноклассников.

Для планирования лечения необходимо принимать во внимание не только особенности отказа от речи, но и другие аспекты – характеристики личности ребенка и его психологических проблем, влияние этиологических факторов.

Дети с СМ характеризуются как тревожные, неуверенные, с обсессивно-компульсивными чертами личности с ригидностью, склонностью к перфекционизму; с заниженной самооценкой, страхом совершить ошибку, страхом быть в центре внимания вне семьи [1, 2, 3, 4, 10]. Часто наблюдаются проблемы с осознанием и проявлением агрессивных чувств; двигательные нарушения в виде скованности, замороженности в ситуации активного внимания к ним вне дома, трудностей глазного контакта. Поэтому в план лечения включалась работа с повышением уверенности в себе, преодолением страха совершить ошибку, формированием большей гибкости и др.

У многих из детей с СМ наблюдалось нарушение привязанности по тревожному типу, что определяло необходимость включения в план лечения этапа по преодолению тревоги при сепарации с родителями.

Одним из частых предрасполагающих факторов у детей с СМ бывают речевые нарушения, что диктует необходимость отдельной работы с логопедом. С детьми с СМ это представляет значительную сложность. Трудности наступают

еще на этапе диагностики уровня развития речи ребенка. Допустимо на этом этапе использовать аудио- и видеозаписи, предоставляемые родителями, проведение части обследования с помощью родителей (например, ребенок может отвечать на вопросы специалиста на ухо родителю или родитель может провести обследование дома самостоятельно после инструктажа специалистом). В некоторых случаях и это представляется невозможным на начальном этапе. Тогда необходимо начать психотерапию по преодолению речевой тревоги и включать занятия с логопедом после завершения психотерапии. Например, логопед может быть включен сначала в игровые занятия с психотерапевтом и ребенком (1-2 сессии) и только потом начинать индивидуальные занятия, после того как ребенок начал с ним разговаривать в формате игровых занятий.

Провоцирующим фактором часто является начало посещения детского сада или школы. Дети с СМ выигрывают от подготовки и если им предоставляют больше времени для адаптации к новой ситуации или переходному периоду, равно как и от структурированной окружающей среды, где они знают, чего можно ожидать. Например, если ребенку проведут экскурсию по будущей школе в то время, когда там нет детей, познакомят с кем-нибудь из одноклассников и будущей учительницей в неформальной обстановке, либо ребенок получит возможность привыкнуть к ней, посещая занятия по подготовке к школе.

К поддерживающим факторам относится поведение людей, окружающих ребенка. Со стороны родителей наблюдаются два противоречивых стиля. Один – принять избегание ребенка и смириться с его неспособностью улучшить коммуникацию. Часто родители демонстрируют собственную неуверенность в общении. У некоторых из них был СМ в анамнезе, закончившийся самопроизвольным выздоровлением, и они занимают выжидательную позицию. Другой стиль – ожидать от ребенка коммуникации, на которую он не способен в данной ситуации. Кроме того мутизм может подкрепляться путем оказания повышенного внимания ребенку. Поэтому важной частью в лечении СМ является работа с семьей. Она включает в себя информирование, психообразование, поддержку и направлена на снижение гиперопеки, сепарацию, создание мотивации к общению, повышение уверенности ребенка, помощи ребенку в организации общения с окружающими [16].

Фармакотерапия использовалась достаточно редко в связи с тем, что в большинстве случаев было достаточно психотерапевтических методов, а также в связи с отказом родителей. Но в случаях с выраженными стойкими двигательными и вегетативными нарушениями в ситуации общения, сниженным настроением показал себя эффективный сертралин в небольших дозах и только в сочетании с психотерапией [13, 14]. Эффект отмечался достаточно быстро в виде значительного снижения скованности, нормализации настроения и увеличения речевой активности.

История болезни. М., 9 лет, ученица 3 класса общеобразовательной школы. Семья из 3 человек, дети отца не знают и не общаются, материальные условия затрудненные, проживают в коммунальной квартире. Обратилась мама с жалобами на отказ от речи со всеми, кроме матери, сестры и подруги. Разговаривает шепотом с учителем, бабушкой и дедушкой; может говорить на

ухо матери в присутствии других людей. Из двойни, беременность протекала с токсикозом, повышенным артериальным давлением, в связи с чем было проведено кесарево сечение. Матери был 41 год на момент родов. Родилась недоношенной, в гипоксии, провела 2 недели в отделении патологии новорожденных в связи с пневмонией. Росла беспокойной, плохо спала, моторное развитие с небольшой задержкой. Отмечалась небольшая задержка речевого развития, занималась с логопедом в детском саду. Всегда была застенчивой, неуверенной, боялась ошибок, темноты. Очень ответственная, нормативная, педантичная. Пошла в школу в 7 лет, в 1-м классе отвечала на уроках. Перестала говорить зимой на втором году обучения после повышения школьных требований. На первой встрече держалась напряженно, не разговаривала с терапевтом, но отвечала на вопросы кивками и иногда на ухо матери. После двух диагностических встреч было принято решение включить в терапию сестру. Продолжала оставаться напряженной, молчаливой даже в присутствии сестры, молчала в игровой комнате, даже когда там не было терапевта. В связи с чем семье было предложено приезжать на сессии на один час раньше и проводить его в игровой без присутствия терапевта. Постепенно девочка стала говорить в кабинете, когда не было терапевта, и замолкала, когда он появлялся. Стала свободнее двигательно. Работа велась в недирективном подходе. Через несколько сессий девочка стала говорить шепотом, активно играть. В терапии стало возможным включение когнитивно-поведенческого подхода с использованием позитивного подкрепления, психообразования, моделирования и градуированной экспозиции. Еще некоторое время занял переход от шепотной речи до громкой. Параллельно велась работа с мамой по помощи в генерализации речи в школе. Девочка стала отвечать на уроках и разговаривать с одноклассниками. На этом этапе лечение было остановлено и заняло 1 год.

Таким образом, несмотря на сложность и длительность психотерапии детей с СМ, можно отметить важность индивидуального подхода с применением методов недирективной игровой терапии, игровой терапии по методу В. Оклендер и когнитивно-поведенческой терапии. Основной целью терапии являлось уменьшение тревоги в ситуации общения. Для детей младшего возраста эффективной была недирективная игровая терапия с элементами игровой терапии по методу В. Оклендер; для младших школьников была эффективной комбинация недирективных подходов с элементами когнитивно-поведенческой терапии; для подростков – когнитивно-поведенческая терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Добридень И.В., Бойко Ю.П. Избирательная немота – элективный мутизм (клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция). М.: Иноктаво, 2005. 304 с.
2. Ю.С. Шевченко, Н.К. Кириллина, Н.П. Захаров. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция. СПб.: Речь, 2007. - 336 р.
3. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Добридень И.В. Актуальные аспекты и методы изучения элективного мутизма // Мат-лы конф. по актуальным вопросам детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Минск, 2000.. С. 65.

4. Шевченко Ю.С., Добридень И.В., Кириллина Н.К. Элективный мутизм – клинико-патогенетические и психотерапевтические аспекты проблемы // Мат-лы 1-й региональной науч.-практ. конф. «Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы» / Под ред. И.Р. Семина, А.П. Анаркова. Томск, 2000. С. 108-113.

5. Н.К. Кириллина, Ю.С. Шевченко Лечение элективного мутизма у детей: современное состояние вопроса // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002, № 3. С. 42-50.

6. Н.К. Кириллина, Ю.С. Шевченко. Катамнез детей с элективным мутизмом. // Мат-лы межрегиональной науч.-практ. конф. «Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы». Кострома, 2002. С. 89.

7. Г. Лэндрет. Новые направления в игровой терапии. Проблемы, процессы и специальные популяции». М.: Когито-центр, 2007. 479 с.

8. В. Оклендер. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. М.: Класс, 2005. 158 с.

9. В. Оклендер. Скрытые сокровища. Путеводитель по внутреннему миру ребенка. М.: Когито-Центр, 2012. 271 с.

REFERENCES

1. Ju.S. Shevchenko, N.K. Kirillina, I.V. Dobriden', Ju.P. Bojko.

Izbitratel'naja nemota – jelektivnyj mutizm (klinika, diagnostika, terapija, psihologicheskaja korekcija). M.: Inoktavo, 2005. 304 s.

2. Ju.S. Shevchenko, N.K. Kirillina, N.P. Zaharov. Jelektivnyj mutizm. Krasno-rechivoe molchanie: klinika, diagnostika, terapija, psihologicheskaja korekcija. SPb.: Rech', 2007. - 336 p.

3. Shevchenko Ju.S., Kirillina N.K., Dobriden' I.V. Aktual'nye aspekty i metody izuchenija jelektivnogo mutizma // Mat-ly konf. po aktual'nym voprosam detsko-podrostkovoju psixiatrii i psixoterapii. Minsk, 2000.. S. 65.

4. Shevchenko Ju.S., Dobriden' I.V., Kirillina N.K. Jelektivnyj mutizm – kliniko-patogeneticheskie i psixoterapevticheskie aspekty problemy // Mat-ly 1-j regional'noj nauch.-prakt. konf. «Social'noe zdorov'e detej i podrostkov: regional'nyj opyt i perspektivy» / Pod red. I.R. Semina, A.P. Anarkova. Tomsk, 2000. S. 108-113.

5. N.K. Kirillina, Ju.S. Shevchenko Lechenie jelektivnogo mutizma u detej: sovmennoe sostojanie voprosa // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2002, № 3. S. 42-50.

6. N.K. Kirillina, Ju.S. Shevchenko. Katamnez detej s jelektivnym mutizmom. // Mat-ly mezhregional'noj nauch.-prakt. konf. «Psicheskoe zdorov'e i social'no-psihologicheskaja podderzhka detej i podrostkov: sostojanie i perspektivy». Kostroma, 2002. S. 89.

7. G. Ljendret. Novye napravlenija v igrovoj terapii. Problemy, processy i special'nye populjicii». M.: Kogito-centr, 2007. 479 s.

8. V. Oklender. Okna v mir rebenka. Rukovodstvo po detskoj psixoterapii. M.: Klass, 2005. 158 s.

9. V. Oklender. Skrytye sokrovishha. Putevoditel' po vnutrennemu miru rebenka. M.: Kogito-Centr, 2012. 271 s.

-
10. Cline T. and Baldwin S.: Selective mutism in children. London: Whurr Publishers Ltd, 1994, 170 p.
 11. M. Giordano, G. Landreth, L. Jones. A Practical Handbook for Building the Play Therapy Relationship.. The Rowman&Littlefield Publishers, Inc., 2005, 223 p.
 12. M. Johnson, A. Wintgens. The Selective Mutism Resource Manual. Speechmark Publishing Ltd., 2001, 300 p.
 13. Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR (2016). The use of medication in selective mutism: a systematic review. European Child and Adolescent Psychiatry,
 14. Manassis K, Tannock R (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. Canadian Journal of Psychiatry, 53:700-703.
 15. Kolvin J., Fundudis T.: Electively mute children: psychological development and background factors. J. Child. Psychol. Psych. 1981, 22: 219-232.
 16. SMIRA – The Selective Mutism Information and Research Association <http://www.selectivemutism.org.uk/>

N.K. Kirillina

**PSYCHOTHERAPY OF SELECTIVE MUTISM IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS (THERAPEUTIC ESSAY)**

Institute of Harmonious Development and Adaptation (Moscow).

Summary. The article considers the treatment of selective mutism in children and adolescents. The main attention is paid to psychotherapeutic approaches to treatment (non-directive play therapy, Oaklander model play therapy, cognitive behavioral therapy), as well as work with the family, the principles of interdisciplinary interaction.

Keywords: selective mutism, elective mutism, anxiety disorders, non-directive play therapy, cognitive behavioral psychotherapy.

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

В.В. Колягин¹, Е.П. Чернигова²

**РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА – СИНДРОМ
АСПЕРГЕРА, СИНДРОМ КАННЕРА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)**

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, ²ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1» (Иркутск).

Резюме. Представлены: клинические случаи расстройств аутистического спектра: синдром Аспергера; синдром Аспергера с коморбидным биполярным аффективным расстройством; синдром Каннера с коморбидным СДВГ у подростков, пациентов детского психиатрического отделения.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, РАС, синдром Аспергера, СА, детский аутизм, ДА, синдром Каннера, СК, атипичный аутизм, АА, гипомания, мания, депрессия, биполярное аффективное расстройство, БАР, синдром дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ, когнитивно-поведенческая психотерапия, КППТ, психообразование, ПО.

Актуальность. До 1985 г. подсчитали, что синдром Аспергера (СА) встречается в среднем у 0,05% населения, т. е. аутизмом страдали в среднем пятеро на десять тысяч. В последнее время число таких диагнозов резко растет, и сейчас усредненная цифра сообщаемой распространенности - один ребенок из 150 детей страдает СА [4]. Эта оценка между исследованиями значительно отличается, и в некоторых хорошо контролируемых научных работах сообщаются существенно бóльшие цифры. Существует много возможных объяснений этого очевидного роста, включая возросшую информированность, расширение диагностических критериев, совершенствование средств диагностики. Заговорили о «пандемии аутизма», развернуты серьезные программы по его изучению и коррекции. СА диагностируется во всех социально-экономических, расовых и этнических группах. Около 80% всех зарегистрированных с СА – мальчики [5].

Британки Лорна Уинг (L. Wing) и Юдит Гулд (J. Gould) [6] показали, что у всех детей с нарушением социального взаимодействия имеется стереотипное поведение, почти у всех отсутствуют или аномально проявляются символическая игра и речь - определили взаимосвязь между этими видами нарушений и обозначили их как «триаду социальных нарушений». В 1981 г. L. Wing обнаружила и популяризовала работу, австрийского психиатра Ганса Аспергера (Hans Asperger) об аутичных особенностях поведения и коммуникации детей с нормальным интеллектом. Так возник новый диагноз «синдром Аспергера» [7], объяснивший особый когнитивный стиль людей-аутистов. К концу 20 столетия, мировой психиатрии было известно три основных аутистических расстройства. В МКБ-10 и DSM-IV они выделялись как: СА; ранний детский аутизм (ДА), или синдром Каннера (СК); атипичный аутизм (АА) - отличается от детского более поздним началом появления первых симптомов. Данное разделение часто подвергалось критике.

СА, проявляющийся в замкнутости человека, неумении распознавать чужие эмоции, по сравнению с ДА и особенно АА является более «мягким», имеет высокую функциональность его «владельцев» в детском и взрослом возрасте. Уровень интеллекта, нередко выше среднего и высокий (причем чаще, чем среди населения в целом). Возможно даже опережающее развитие речи - дети могут начинать раньше говорить, чем ходить, способны общаться на интеллектуальном уровне (в отличие от ДА), и не способны контактировать на уровне эмоций. СА характеризуется обозначенной L. Wing и J. Gould «триадой социальных нарушений» (трудностей): социального взаимодействия; социальной коммуникации; социального воображения (гибкости мышления). Это базовые симптомы СА. Если нет базовых симптомов, то нет СА.

L. Wing и J. Gould в конце 20 века стали говорить об «аутистическом спектре», концепция которого «больше похожа на спектр света - с размыванием» [3]. Выводы о существовании спектра аутизма, который охватывает все состояния, связанные с аутизмом, были поддержаны - СА исключен из DSM-5 введенной в мае 2013 г., и 11-й версии МКБ, утвержденной ВОЗ в мае 2019 г.. Разные виды аутизма в данных классификациях подпадают под один зонтичный термин «расстройств аутистического спектра» (РАС).

По своим клиническим проявлениям РАС могут заметно отличаться, при этом основными, «базовыми нарушениями» всегда являются социальные.

Ниже представлены три клинических случая: 1. РАС (СА); 2. РАС (СА) с двойным диагнозом (с коморбидным БАР); 3. РАС (СК) с СДВГ.

1. Клинический случай. М., 02.07.2004 г.р. (14 лет), проживает с мамой и младшим братом (11 лет) в трехкомнатной квартире.

Наследственность. Мама, образование высшее, главный бухгалтер фитнес-центра. Вредных привычек не имеет. По характеру спокойная. Папа, образование высшее (экономист). По характеру прагматичный, уверенный, жесткий. Курит. С семьей не проживает 10 лет, расстались, когда мальчику было 5 лет. Прожили в официальном браке 12 лет. Ушел в другую семью. В настоящее время с детьми отношения поддерживает, берет на каждые выходные дни к себе.

Из анамнеза: беременность в 30 лет, третья (два медицинских аборта), повторно лежала на сохранении из-за высокого артериального давления, диагностировали сахарный диабет беременных. В три месяца беременности перенесла пищевое отравление. За беременность два раза поднималась температура. Роды в срок, стимулировали, но шейка не открывалась, проведена экстренная операция. Вес ребенка 3160 гр., рост 52 см.

Раннее развитие без отставания. Пошел в 1 год 2 мес., фразовая речь к 1,5 годам. В 2,5 года мама поняла, что мальчик развивается не так, как все - на открытом занятии в школе раннего развития начал кричать, плакать, прятаться за мать, невозможно было уговорить.

Детский сад оформлен в 3 года, не хотел идти в группу, пугался незнакомых детей, старался обойти стороной, не мог находиться среди них, был сам по себе. На занятиях выполнял только то, что хотел, часто просто убежал в отдельное помещение. Такое же состояние было в школе, в которую был оформлен с 7 лет. Учителя не слушал, требовал к себе отдельного, особого внимания. Во вто-

ром классе был полностью дизадаптирован и переведен на индивидуальное обучение. С четвертого класса переведен в специализированную коррекционную школу для детей с нарушением зрения. Из характеристики: обучается в данной школе по индивидуальной программе с четвертого класса. В процессе индивидуального обучения начал хорошо писать. Но задания выполнял только под руководством учителя. На занятиях в классе издавал различные звуки, шумел, мешал одноклассникам и учителям. Было рекомендовано вновь его вернуть на индивидуальное обучение. Сейчас учится в 8 классе по общеобразовательной программе в школе для слабовидящих детей. С программой справляется на тройки и четверки. На уроках постоянно рисует, учебная активность носит кратковременный характер, часто отвлекается. Чаще безынициативен, замкнут, погружен в свои мысли и не слышит вопросов - может не отвечать на вопросы учителей. Успевает по всем предметам удовлетворительно.

Обращались к психологам, неврологам, но динамики не было. В 9 лет обратились к психиатру, было назначено лечение, на фоне которого мама отметила улучшение.

11.04.2019 г. (14 лет) поступает повторно в детское психиатрическое отделение № 10 Иркутской ОКПБ № 1. Причина поступления: уточнение степени выраженности эмоционально-волевых нарушений для прохождения МСЭ. В бюро МСЭ были поданы документы на оформление инвалидности, но их вернули с рекомендацией стационарного обследования ребенка. Предыдущая госпитализация в 2017 г. (12 лет). Периодически принимает поддерживающую терапию (церебролизин, сонапакс 100 мг/сут, глицин, циннаризин, пантокальцин, депакин хроносфера 500 мг/сут.).

Со слов матери: испытывает сложности в учебе, рассеян, не может сосредоточиться, отвлекается, сложно его направить на выполнение задания, быстро улетучивается внимание. Нуждается в постоянной помощи учителя, а учителям сложно работать с ним.. Друзей нет, неконтактный, посещение любого мероприятия дается с большим трудом. Для адаптации требуется много времени. Одноклассников сторонится, в общении присутствует необоснованная агрессия, как и при вторжении в его личное пространство - реагирует агрессией. Бывают реакции, которые проявляются в форме истерики, обусловленной нарушением его рутины - новое событие вызывает страх, истерику. Например, если ввести что-то новое в режим дня, начинает нервничать, возникает тревога, забивается на диван, начинает раскачиваться, плакать, может кинуть любой ближайший предмет, внезапно засмеяться, бегать, гримасничать.

Сон тревожный, вскакивает по несколько раз за ночь. Ночью может встать над матерью, чтобы она уложила его в постель. Любит разговаривать сам с собой. Закрывается в комнате – «мама не мешай, я буду говорить».

Любит читать энциклопедии, писать рассказы, часто нелогичные, рисовать в альбоме, описывать животных, которых, может придумывать сам, также рисует игры по типу компьютерных.

Психостатус: сознание не изменено. Жалоб не предъявляет, напряжен, о себе рассказывает неохотно, сведения дает элементарные, оветы односложные, часто просто молчит.. Госпитализацией тяготится Ориентирован верно в месте,

времени. Словарный запас ограничен. Внимание сужено в объеме, неустойчивое, истощаемое. Память снижена. Мышление с элементами конкретного, тугоподвижное. Обобщение, сравнение, исключение – с опорой, как на главные, так и на конкретные признаки. Чтение беглое, прочитанное осмысливает. Счетные операции отвлеченно выполняет. В суждениях поверхностен, критика недостаточная, эмоции не выразительные, незрел, инфантилен. Работоспособность низкая, медлителен, малоактивен, нуждается в постоянной направляющей помощи. Острых психотических расстройств нет.

В отделении: интересы бытовые, поведение без замечаний, с детьми не общается. Периодически совершает стереотипные движения - раскачивает свое тело из стороны в сторону, бегает по кругу в игровой комнате, может совершать кружение вокруг своей оси, перебирать пальцы рук, трясти кистями или размахивать руками или крутить карандашами, игрушками.

ЭХО-ЭГ: патологии не выявлено. ЭЭГ: умеренные диффузные изменения с наличием сформированного альфа-ритма. Очаговой и пароксизмальной активности не выявлено. Признаков нейрофизиологической незрелости нет.

Невролог – резидуальная энцефалопатия. Церебрастенический синдром. Парасомнии. Синдром навязчивых действий. Психолог – выраженные эмоционально-волевые нарушения с преобладанием шизоидных черт характера в личностной структуре и признаками личностного инфантилизма с легкой недостаточностью когнитивных функций.

Диагноз: РАС (синдром Аспергера) с первазивными нарушениями эмоционально-волевой и социальной сферы, выраженными моторными расстройствами, наклонностью к психопатоподобному реагированию.

Лечение: депакин хроносфера 500 мг/сут. длительно, мексидол 5 мл в/м № 6, пирацетам 5 мл в/м № 6, алимемазин 5 мг/сут., когнитивно-поведенческая психотерапия (КППТ) и психообразование (ПО). Выписан 08.05.2019 г.

2. Клинический случай. А., 14.11.2003 г.р. (16 лет), проживает с мамой, отношения в семье хорошие. Жилье собственное, благоустроенная двухкомнатная квартира. Имеет отдельную комнату. Активное участие в воспитании принимает бабушка. Дома находится под постоянным присмотром мамы и/или бабушки.

Наследственность. Мама - 40 лет. Образование среднее. Работала продавцом-консультантом, сейчас не работает. По характеру спокойная. Вредных привычек не имеет. Отец - 49 лет, образование высшее (инженер-электрик). Работает электромонтером на релейном заводе. Выпивает. По характеру: вспыльчивый, неуравновешенный, не всегда адекватен в поведении. Расстались т. к. выпивал, дрался, требовал полного подчинения. Отношения сохраняют. Родители ребенка в браке совместно прожили 10 лет.

Из анамнеза: беременность вторая в 23 года на фоне бронхиальной астмы, первая беременность замершая. У врача наблюдалась, угроза прерывания в 22 недели. Роды в срок. Вес 3450 гр., рост 52 см.

Раннее развитие по возрасту. Рос очень спокойным, любимые игрушки – провода, книжки. Грудное вскармливание до 1 г. 4 мес. Начал ходить в 1 г. 4 мес., фразовая речь к 3 годам. Дет.сад посещал с 2,8 лет, ни с кем не играл, с детьми не общался, стеснялся попроситься в туалет, кормили с ложки. Начал

читать и писать в 3 и 4 года. Заинтересовался машинками после 5 лет.

В школу пошел с 6 лет - был очень подготовленный, много умел. С 4 класса успеваемость упала, учиться было неинтересно, занимался с репетитором. В конце 9 класса был переведен на индивидуальное обучение.

Всегда тихий, спокойный, тянулся к общению с ровесниками, но они его не принимали, отношения никогда не складывались - дети над ним постоянно издевались, постоянно обижали, «особенно в школе». Последние 3 мес. обучался индивидуально, потому что не мог заниматься вместе с классом (отвлекался, отвлекал других, не усваивал программу). Настроение стало неустойчивым, периодами наблюдались необъяснимые перепады (*циклотимия*) и неадекватные реакции на сенсорные стимулы - отсутствие реакции на боль. Учителя посоветовали обратиться к психиатру. *Был назначен золофт, адаптол - стал расторможенным, прыгал по дивану, не могли успокоить (лекарственная гипомания).*

Из характеристики: уровень успеваемости низкий. Стеснительный, замкнутый, избегает класс, говорит очень тихо. Вредных привычек не имеет. Участие в общественной жизни не принимает.

Дома предпочитает просмотр телевизора. Читает много комиксов, пародирует персонажи из них. После окончания 9 классов по массовой программе поступил на первый курс машиностроительного техникума, но ребята сразу стали издеваться. *Однажды вел себя неадекватно, был возбужден, в раздевалке на физкультуре снял штаны, оголив гениталии (маниакальное состояние).* Маме рекомендовали забрать сына и его документы, мотивируя тем, что не знают, как учить подростка, что одноклассники «задолбят» его. Мама согласилась.

В 2018 г. по интернету познакомился с «девушкой», переписывался, пошел на встречу, там оказались подростки, которые избили мальчика.

Дома бывает неадекватным в поведении – ведет себя как маленький, дурачится, корчит рожи (гипомании). В основное время постоянно «сидит» в планшете (изучает ситуацию на ризлтерском рынке, т. к. выставлена квартира на продажу).

Поступает 14.12.2019 в первый раз. Причина поступления: испытывает сложности в общении, очень внушаемый, не самостоятельный.

Психостатус: сознание не изменено. Жалоб не предъявляет, сведения о себе дает элементарные. Голос тихий, монотонный, трудно понять, о чем говорит. В глаза не смотрит. В контакт вступает без желания. На вопросы отвечает в плане заданного. Ответы односложные, речь невнятная, отмечаются дефекты звукопроизношения. Словарный запас в пределах возрастной нормы. Инфантилен, незрел, в суждениях поверхностен, не критичен. Эмоции однообразные, маловыразительные. Внимание сужено в объеме, низкой концентрации. Память снижена. Мышление замедлено, с элементами конкретного. Уровень знаний ограничен. Временной синтез сформирован. Обобщает, исключает правильно в простых группах. Сравнение с опорой на главные признаки. Причинно-следственные связи самостоятельно не устанавливает. Осмысление прочитанного затруднено. Скрытый смысл текста не доступен пониманию. Счетные операции отвлеченно выполняет в пределах тысячи. Волевые процессы, мотивационная сфера по возрасту не сформированы. Медлителен, работоспособность низкая.

В отделении: не критичный, инфантильный, безобидный, беззащитный.

Эмоционально однообразен. Нуждается в постоянном контроле.

ЭХО-ЭГ: патологии не выявлено. ЭЭГ: диффузные изменения выраженные, дезорганизация биоэлектрической активности, признаки дисфункции срединно-стволовых структур. Пароксизмальной и очаговой патологии нет.

Педиатр. Перенес ОРВИ, острый фарингит. Невролог. очаговой симптоматики со стороны ЦНС нет. Психолог: умеренно выраженные нарушения в эмоционально-волевой сфере депрессивного характера, у личности с психастеническими чертами, легкой недостаточностью со стороны психических процессов за счет ослабления мотивационного и критического компонентов мышления.

Диагноз: РАС (синдром Аспергера) с расстройством социальной адаптации у подростка с коморбидным биполярным аффективным расстройством (БАР), манифестировавшем в препубертатном возрасте, депрессивными и маниакальными расстройствами. Лекарственная гипомания в анамнезе (золот, адаптол).

Лечение: депакин хроносфера 500 мг/сут. длительно, пирасетам, мексидол, алимемазин 10 мг/сут., КППТ и ПО. Выписан 15.01.2020 г.

3. Клинический случай. Е., 06.02.2006 г.р. (13 лет), поступил 24.07.2019 г. Проживает с мамой и братом шести лет в трехкомнатной квартире.

Наследственность. Мама – 45 лет, образование высшее, работает бухгалтером в Иркутской нефтяной компании. По характеру спокойная. Вредных привычек не имеет. Отец – 40 лет. Образование среднее техническое. Работает водителем в библиотеке. По характеру: спокойный, уравновешенный. Вредных привычек нет. Вместе не проживали, имеют двоих детей вне брака, он женат. Отношения не поддерживают.

Из анамнеза: беременность первая, в 32 года, с токсикозом, рвотой, на восьмом месяце повышалось АД, диагностировали преэклампсию. Роды самостоятельные, в сроке 35-36 недель, вес 3470 гр., рост 50 см. Диагностировано: внутриутробная пневмония средней степени тяжести; конъюгационная гипербилирубинемия; гидронефротическая трансформация левой почки. Переведен в детскую больницу - лечили 9 дней.

Раннее развитие без отставания. Пошел в 11 месяцев, отдельные слова - к 2 годам. В 2 года была сделана прививка АКДС, после которой мама стала отмечать («наверное, это было всегда, но я стала отчетливо обращать внимание только после этого»), что ребенок бьет себя по ушам, стал расцарапывать себя до крови, ел только овсяную кашу. В 3 года оформили в детский сад, посещать не смог, «был неудобен в поведении, режимные моменты не понимал, с детьми не играл». «Проходили не более 3 месяцев, затем пошли в частный детский сад. Первое время ему тоже было некомфортно, по малейшему поводу поднималась температура. Через год стали заметны улучшения в поведении – был спокоен, выполнял инструкции, участвовал в мероприятиях». Около 3,5 лет впервые обратились к психиатру, им было сказано, что «ребенок проблемный – сдавайте в интернат и рожайте второго ребенка». «После этого к психиатрам уже не обращалась».

Обучение начал в 7 лет, в той же частной школе. Программу усвоил слабо, поэтому решили повторить первый класс - появилась динамика. Дома занимались с логопедом и репетитором по математике и русскому языку. Закончил четыре класса. Справляется с программой по математике с трудом. По русскому

языку – «тройка». Читает, прочитанное понимает только на конкретном материале, абстрактные понятия самостоятельно не осмысливает (например, сказки, сказочные образы и т. п.). Посещает компьютерную школу, освоил элементарные навыки работы на компьютере, в компьютер не играет, только смотрит мультики. Себя в быту обслуживает.

Из характеристики учебного центра «Школа плюс»: обучается в данной школе с сентября 2015 года по учебной программе «Школа России». Программу усваивает удовлетворительно. В самостоятельных работах допускает орфографические и синтаксические ошибки, связанные с неумением применять изученные правила. По возможности старается копировать, списывать с доски, с учебника или у одноклассников. Не всегда аккуратен в письменных работах, их оформлении. Чтение осознанное, вызывают трудности определения основной мысли прочитанного и необходимость дать характеристики героям. Но возможен осознанный рассказ при использовании картинок, отображающих последовательность сюжета. Свойственны стереотипные механические движения и действия руками, подпрыгивания, перекалывания с одного места на другое. Друзей среди одноклассников не имеет. Малообщителен. От коллективной игры отказывается, предпочитая индивидуальную игру в уединении. Домашнюю работу выполняет с помощью родителей. Ему трудно следовать развернутой инструкции, надо давать короткие и точные инструкции. Необходимо многократное повторение для осмысления и закрепления пройденного материала, постоянная стимулирующая и направляющая помощь учителя.

С сентября 2018 г. обучается в средней образовательной школе, на семейном обучении - программа общеобразовательная.

Первый раз обратились в ПМПК в ноябре 2018 г., где рекомендовали собрать все документы, получить заключение клинического психолога, пройти стационарное обследование и только после этого будет принято решение об общеобразовательном маршруте. Обследование клинического психолога прошли в Новосибирске, где мама по работе бывает часто. Консультировались у квалифицированных психиатров, которые повторно выставляли диагноз: Ранний ДА с легкой умственной отсталостью.

Поступает в отделение первый раз - уточнение диагноза.

Жалобы: на отсутствие речи, может ответить на вопрос только одним словом, «и то существительным». Контакты практически отсутствуют. Погружен в свой внутренний мир. Речь в коммуникативных целях не использует или использует крайне ограничено, спонтанно, в виде непосредственных и отставленных эхоталий. Для выполнения требуемого ему должна быть дана четкая инструкция с прописанным маршрутом того, что он должен делать. Раздражают звуки от детских игрушек, книжек, которые «разговаривают». В еде избирателен - не ест фрукты, овощи, молочные продукты. Вещи должны находиться в определенном порядке. Выраженное стремление поддерживать и сохранять неизменность окружающего, неприятие любых изменений в одежде, еде, обстановке, маршрутах прогулок - так называемый «феномен тождества». Любые перемены вызывают негодование, агрессию. Не общается со сверстниками, не реагирует на обращение, в лицо не смотрит. Смотрит со стороны, «сквозь людей» и «ходит мимо людей». Наблюдаются сте-

реотипные движения – вертит руками, хлопает по ушам, по носу. Любой выход из зоны комфорта вызывают крик в виде вокализаций, эхолалий.

Психостатус: сознание не изменено. Жалоб не предъявляет. Легко остался в отделении, госпитализацией не тяготится, беспечен, беззаботен, неусидчив, гиперактивен, отвлекаем. В игровой комнате трогает детей, пытается сесть к ним на колени. Сидит боком, глазной контакт не поддерживает, сведения о себе дает, только отвечая на конкретные вопросы: как зовут, сколько лет, с кем и где живет. В контакт вступает, но ответы односложные, чаще заученными штампами. Речь малопонятна, дефектна. Часто просто молчит, вертя головой по сторонам. Не ориентирован в месте, времени. Эмоции малодифференцированы. Мимика невыразительная, однообразная. Словарный запас беден. Внимание сужено в объеме, неустойчивое, слабой концентрации. Цель задания удерживает с трудом. Память снижена. Мышление конкретное, малопродуктивное, замедленное. Обобщает в простых группах. Сравнение и исключение не доступны. Чтение целыми словами. Прочитанное («горькое лекарство») самостоятельно не осмыслил. Счет механический. Счетные операции выполняет в пределах нескольких десятков. Незрел, инфантилен. Работоспособность низкая. Нуждается в постоянной направляющей и организующей помощи. Острых психотических расстройств нет. В отделении: находится среди детей, некритичный, беспечный, эмоции не дифференцированы. Режим выполняет под контролем.

ЭХО-ЭГ: срединные структуры не смещены, III-й желудочек 7 мм – расширен. Пульсация эхо-сигналов не увеличена. ЭЭГ: диффузные изменения умеренные с наличием регулярного альфа-ритма на повышенном амплитудном уровне во всех отведениях с четкими зональными различиями. Без пароксизмальной и очаговой патологии. Разлитой корковой ирритации нет.

Невролог – моторная алалия. Синдром гиперактивности. Логопед – системное недоразвитие речи средней степени тяжести. Психолог – умеренное умственное недоразвитие с эмоционально-волевым и личностным инфантилизмом, аффективной неустойчивостью.

Выписан 22.08.2019, ДЗ: РАС (синдром Каннера) с выраженными нарушениями социально-коммуникативной интеграции, легкой умственной отсталостью, умеренно выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, выраженными нарушениями речи, СДВГ.

Лечение: депакин хроносфера 500 мг/сут. длительно, пантокальцин, КППТ и ПО. Выписан 16.08.2019 г.

Заключение. Люди с аутизмом во всем мире часто сталкиваются со стигматизацией, дискриминацией и нарушением прав человека, а их доступ к услугам и поддержке является недостаточным. Даже легкая форма аутизма может стать источником сильных страданий и постоянных неудобств социального характера.

Вовремя начатые, адекватные социально-психологические мероприятия (когнитивно-поведенческие программы, психообразование и обучение родителей) способны уменьшить трудности в общении и социальном поведении, положительно воздействовать на благополучие и качество жизни людей с РАС и лиц, осуществляющих уход за ними, придать физической и социальной среде, взаимоотношениям более доступный, инклюзивный и благоприятный характер.

Наличие психических расстройств (депрессия, тревога, СДВГ, БАР) и суицидальности у людей с РАС предопределяет назначение терапии нормотимиком (депакин хроносфера) [1, 2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: монография. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2017. – 204 с.
2. Колягин В.В., Колягина В.В., Богатырев В.И. Нейробиология и фармакологическая коррекция психоневрологических расстройств. Учебное пособие. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2019. – 104 с.
3. Лорна Уинг и её вклад в исследование аутизма. (<https://www.aspergers.ru/node/292>)
4. Синдром Аспергера: что известно о самой загадочной болезни века. (<https://ria.ru/20191015/1559758246.html>)
5. Статистика: как много людей имеют расстройства аутистического спектра? (<https://www.aspergers.ru/node/118>)

REFERENCES

1. Koljagin V.V. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo: monografija. – Irkutsk: RIO IGMAPO, 2017. – 204 s.
2. Koljagin V.V., Koljagina V.V., Bogatyrev V.I. Nejrobiologija i farmakologicheskaja korekcija psihonevrologicheskikh rasstrojstv. Uchebnoe posobie. – Irkutsk: RIO GBOU DPO IGMAPO, 2019. – 104 s.
3. Lorna Uing i ejo vklad v issledovanie autizma. (<https://www.aspergers.ru/node/292>)
4. Sindrom Aspergera: chto izvestno o samoj zagadochnoj bolezni veka. (<https://ria.ru/20191015/1559758246.html>)
5. Statistika: kak mnogo ljudej imejut rasstrojstva auticheskogo spektra? (<https://www.aspergers.ru/node/118>)
6. Wing L., Gould J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1979. – № 9. – P. 11–29.
7. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account // Psychol. Med. – 1981. – V.11 (1). – P. 115-129.

V.V. Kolyagin¹, E.P. Chernigova²

AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS - ASPERGER SYNDROME, KANNER SYNDROME (CLINICAL CASES)

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, ²Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1 (Irkutsk).

Summary. Clinical cases of autism spectrum disorders in adolescent patients in the children's psychiatric department are presented: Asperger syndrome; Asperger syndrome with comorbid bipolar affective disorder; Kanner syndrome with comorbid ADHD.

Keywords. autism spectrum disorders, ASD, Asperger syndrome, childhood autism, Kanner syndrome, atypical autism, hypomania, mania, depression, bipolar affective disorder, BAD, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, cognitive-behavioral psychotherapy, CBT, psycho-education.

В.С. Собкин¹, Е.А. Калашникова¹, Л.П. Фальковская²
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ШКОЛЕ:
МНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА.

¹Центр социологии образования ФГБНУ «ИУО РАО», ²Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей Минпросвещения России (Москва).

Резюме. В статье приводится анализ мнений современных подростков о психологической службе в школе, подготовленный по материалам анонимного анкетного опроса 4 837 учащихся 7-11 классов, который был проведен Центром социологии образования ИУО РАО в Забайкальском крае, Смоленской и Тульской областях в марте-мае 2020 г. в рамках реализации программы исследования влияния демографических и социально-стратификационных факторов на девиации современного подростка. Приводятся данные об особенностях мотивов обращения к школьному психологу учащихся в зависимости от влияния демографических и социально-стратификационных факторов, их склонности к девиациям.

Ключевые слова: подросток, психолог в школе, социально-стратификационные факторы, девиации.

Развитие психологической службы в школе на протяжении последних 25 лет характеризуется наличием разнообразных концепций, определяющих задачи воспитания и формирования личности, главной целью которых является реализация личностно-ориентированного подхода: уважение и внимание к формирующемуся внутреннему миру ребенка, его чувствам, переживаниям, увлечениям и интересам, способностям и знаниям, отношению к себе, сверстникам, окружающему миру, к происходящим семейным и общественным событиям, к жизни как таковой [1]. Вместе с тем особенности подготовки психологических кадров для системы образования зачастую приводят к ряду профессионально-личностных проблем среди школьных психологов – отсутствие необходимого культурного и нравственного уровня у молодых психологов, пришедших на работу в школу; низкая профессиональная компетентность, выражающаяся в защитной самоуверенной позиции начинающего специалиста, лишаящей его гибкости [2; 3]. Это, в свою очередь, ведет к существенному снижению его значимости: психолог не становится одним из важных субъектов, системной, частью современного школьного процесса [5; 11]. В публикациях, посвященных оценке деятельности психологической службы в школе, в качестве организационных проблем отмечаются особенности взаимодействия педагога-психолога в образовательном учреждении, в выборе стратегии его деятельности – от полной автономности, когда пришедший в школу психолог произвольно определяет направления и формы своей работы (не учитывая запросы администрации и других специалистов, не считаясь со спецификой данного учреждения), до крайней зависимости от администрации. В связи с этим возникают вопросы у других участников образовательного процесса по поводу того, чем же занимается психолог в школе. Поэтому администрация учреждения, сталкиваясь с подобными проблемами, часто не стремится заполнять имеющуюся ставку

психолога [4]. При этом проблемы социализации подросткового поколения, выражающиеся в увеличении агрессивности, девиантных форм поведения и т. д., остаются без своего профессионального решения [6–10].

Помимо анализа вопросов, касающихся профессиональной подготовленности психологов, и тех организационных проблем, которые связаны со школьной психологической службой, специальный интерес представляет мнение самих учащихся об оказываемой им психологической помощи. С этой целью нами был проведен анонимный анкетный опрос 4 837 учащихся 7–11 классов в Забайкальском крае, Тульской и Смоленской областях.

Для исследования мнений подростков о психологической службе в школе в разработанной нами анкете содержался ряд закрытых вопросов относительно востребованности и причин их обращения за профессиональной психологической помощью. Анализ проводился с учетом половой принадлежности, возраста, социального статуса семьи, академической успешности, самооценки своего социального статуса среди сверстников, а также в подвыборках учащихся склонных к девиациям (курящих, употребляющих алкоголь, наркотики).

Полученные материалы обработаны с использованием методов математической статистики: программы Statistica 12 (различия обсуждаемых в статье данных значимы на уровне $p < .05$).

Изложение результатов сгруппировано относительно двух разделов. В первом из них проводятся данные об укомплектованности и востребованности психологической службы в образовательной организации; второй – посвящен анализу мотивов обращения к психологу с учетом демографических и социально-стратификационных факторов.

1. Наличие психологической службы в образовательной организации. Мнения школьников о наличии психологической службы в школе мы выясняли, задавая вопрос: «Есть ли в вашей школе психолог?». Анализ показал, что 77,2% учащихся утвердительно ответили на данный вопрос, 5,5% дали отрицательный ответ. Практически каждый шестой (17,3%) выбрал вариант ответа «не знаю». Сравнение ответов с учетом демографических факторов показало, что с возрастом увеличивается доля тех школьников, кто информирован о наличии психолога в школе: с 70,7% в 7-м до 82,9% в 11-м классе. Данная тенденция связана с увеличением доли ответов среди девочек: утвердительный ответ дали 82,3% учениц и 75,0% десятиклассников-мальчиков. Помимо этого выявлено, что информированность о наличии психолога в школе зависит и от самооценки респондентом своего статуса среди одноклассников: вариант ответа «не знаю» выбрали 13,1% учащихся, ощущающих себя «лидером среди одноклассников» и 27,1% из тех, кто имеет «ограниченный круг приятелей-одноклассников».

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что в целом при относительно высокой укомплектованности образовательных организаций профессиональными психологами каждый пятый школьник не информирован о наличии психологической службы в школе; среди неинформированных больше мальчиков и учащихся с низким статусом среди одноклассников.

Востребованность психологической службы в школе. Для оценки востребованности профессиональной психологической помощи учащимся задавались

два вопроса. В первом из них мы выясняли мнение школьников о том, кто, по их мнению, чаще обращается в школьную психологическую службу: педагоги, родители или учащиеся. Анализ показал, что наиболее востребована психологическая служба среди учащихся (52,4% респондентов), 37,1% отметили педагогов и только 10,5% – родителей. При этом сравнительный анализ ответов в подвыборках в зависимости от социально-стратификационных факторов значимых различий не выявил.

На данный результат стоит обратить внимание, т. к. он косвенно свидетельствует о том, что родители учащихся практически остаются за рамками влияния школьных психологов. Между тем предполагается, что они должны быть активными участниками по созданию условий для личностного и психологического развития учащихся в процессе обучения и воспитания.

Второй вопрос касался обращений самих учащихся к школьному психологу: «Вы лично обращаетесь к школьному психологу за советом, консультацией, просто разговариваете?». При этом варианты ответов учитывают интенсивность обращений – «никогда», «иногда», «регулярно». Общее распределение ответов показало, что 83,0% учащихся «никогда» не обращаются к психологу в школе; 15,9% – «в единичных случаях» и 1,1% – «регулярно». С учетом полученных данных мы объединили две последние категории в одну подвыборку – «обращающиеся к психологу». Дальнейшее описание результатов приводится относительно этой объединенной подвыборки учащихся (15,9% и 1,1%) – 17,0%. Заметим, что среди девочек несколько выше по сравнению с мальчиками доля обращающихся к школьному психологу, соответственно: 18,3% и 15,5%. Причем на этапе обучения в старшей школе доля обращающихся к психологу, среди девочек увеличивается до 21,1%, а у мальчиков снижается до 13,9%.

Анализ показал, что на ответы респондентов оказывает влияние материальный статус семьи и статус ученика среди одноклассников: чаще обращаются в школьную психологическую службу учащиеся из низкообеспеченных семей по сравнению с высокообеспеченными (соответственно: 23,4% и 17,4%), «лидеры» по сравнению с «отверженными» (соответственно: 18,8% и 14,6%).

Анализ распределения ответов в зависимости от вида девиаций показал, что из 17% обращающихся за профессиональной консультацией к школьному психологу 51,1% склонны к девиациям различного вида: из них 19,9% курящих, 17,5%, учащихся, участвующих в драках, 13,6% употребляющих алкоголь и, подчеркнем, никто из тех, кто указал, что употребляет наркотики. Заметим, что само отсутствие обращений к школьному психологу со стороны учащихся, употребляющих наркотики, может косвенно свидетельствовать о недоверии учащихся к конфиденциальности информации, которую ему предоставляют.

Таким образом, полученные данные показывают, что при достаточно высокой укомплектованности образовательных организаций профессиональными психологическими кадрами родители учащихся остаются практически за рамками деятельности психологической службы. Обращаются к школьному психологу за советом, консультацией или для беседы только 17% учеников. Среди них больше девочек-старшеклассниц, учащихся из слабообеспеченного слоя, с высоким статусом в классе. Чаще в психологическую службу обращаются

школьники склонные к проявлениям физической агрессии (что, возможно, связано с особенностями применения санкций к таким учащимся в образовательной организации) и никто из учащихся, употребляющих наркотики.

2. *Мотивы обращения к школьному психологу.* Для выяснения мнений подростков по этому поводу в анкете предлагалось выбрать не более пяти из предложенного списка разнообразных причин. Анализ общего распределения ответов показывает, что более половины (65,8%) ответивших выбрали вариант ответа «не обращаюсь, поскольку считаю, что это не имеет смысла». Дальнейшее изложение материала основано на ответах тех школьников, кто при ответе на данный вопрос указал те или иные причины. Распределение ответов учащихся в данной подвыборке приведено в табл. 1.

Таблица 1

Общее распределение и гендерные различия в ответах учащихся о мотивах обращения к школьному психологу (%)

Варианты ответов	среднее	мальчики	девочки
по любым проблемам, просто за советом	26,0%	25,4%	26,6%
по поводу профессионального самоопределения	24,2%	18,5%	26,8%
просто приятно поговорить с человеком, который может тебя выслушать	22,4%	18,0%	24,2%
личные отношения	21,4%	18,0%	23,2%
по проблемам успеваемости	15,8%	20,6%	13,5%
конфликты со сверстниками	13,3%	12,2%	14,0%
проблемы, связанные с профориентацией	11,3%	9,0%	12,3%
проблемы в семье	8,6%	6,3%	9,4%
проблемы взаимодействия в коллективе класса	8,2%	7,9%	8,5%
сложности в общении с учителями	6,6%	8,5%	5,8%
затруднения во взаимопонимании с родителями	6,1%	5,8%	6,3%

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия.

Анализ ответов показывает, что наиболее распространенными причинами являются совет (26%), профессиональное самоопределение (24,2%), чтобы выслушали (22,4%), по поводу личных отношений (21,4%). Успеваемость, конфликты со сверстниками, проблемы с профориентацией – указывают от 15% до 10%. К менее распространенным относятся мотивы, связанные с проблемами в семье, взаимодействием в коллективе класса, с учителями, с родителями.

Влияние пола и возраста. Анализ гендерных различий свидетельствует о том, что девочки по сравнению с мальчиками чаще обращаются к психологу в школе по поводу профессионального самоопределения, соответственно: 26,8% и 18,5%; проблем, связанных с профориентацией – 12,3% и 9,0%; проблем в семье – 9,4% и 6,3%. Мальчики же чаще в связи с успеваемостью (соответствен-

но: 20,6% и 13,5%); сложностями в общении с учителями (соответственно: 8,5% и 5,8%). В этой связи можно предположить, что школьные учителя чаще оказывают влияние на обращение мальчиков к школьному психологу в связи с их низкой успеваемостью.

Анализ возрастной динамики показал, что от 7-го к 11-му классу последовательно увеличивается значимость мотивов, связанных с профессиональным самоопределением (с 9,9% в 7-м до 37,5% в 11-м классе) и проблем профориентации (с 4,6% до 18,0%). Параллельно снижается значимость мотивов, касающихся взаимодействия с участниками образовательного процесса: конфликты со сверстниками (снижаются с 15,3% до 6,3%); проблемы в коллективе класса (с 9,3% до 3,8%). По сути дела, эти данные содержательно коррелируют с классическими представлениями о возрастных особенностях при переходе от младшего к старшему подростковому возрасту, когда психологическим новообразованием оказывается социальное и профессиональное самоопределение.

Более детальный анализ гендерно-возрастной динамики выявил несколько моментов. Во-первых, с возрастом различия становятся более дифференцированы: в 7-м классе проблемы профессионального самоопределения более выражены среди мальчиков по сравнению с девочками, соответственно: 13,3% и 8,1%; взаимодействие в коллективе класса, соответственно: 13,3% и 7,0% ($p=0.0001$). Среди девятиклассников проблемы с успеваемостью отмечают 30,2% мальчиков и 14,1% девочек. В старшей школе проблемы, обсуждаемые с психологом, становятся более выражены среди девочек: профессиональное самоопределение указывают 45,5% девочек и 17,4% мальчиков; взаимодействие в коллективе класса соответственно 5,5% и 0,2%; проблемы в семье соответственно 7,3% и 0,5%. Мальчики же в 11-м классе чаще, по сравнению с девочками, при обращении к психологу обсуждают проблемы общения с учителями, соответственно 8,7% и 3,6%.

Таким образом, если значимость мотивов обращения к психологу в период с 7-го по 9-ый класс определяют проблемы со сверстниками, профессиональное самоопределение и успеваемость (у мальчиков), то в старшей школе подобные мотивы, связанные с профессиональным самоопределением, взаимодействием с родителями и сверстниками более характерны для девочек.

Влияние образовательного и материального статуса родителей учащихся. Анализ ответов с учетом социально-стратификационных факторов выявил особенности мотивации обращения к школьному психологу среди учащихся в зависимости от образовательного и материального статуса родителей. Здесь отметим два момента. Во-первых, проблемы, связанные с профориентацией, чаще обсуждают с психологом учащиеся из семей с высшим образованием родителей по сравнению с учащимися из семей со средним образованием, соответственно 13,5% и 5,3%, и школьники из низкообеспеченных семей по сравнению с высокообеспеченными – 14,8% и 9,7%. Во-вторых, учащиеся из семей со средним образованием более склонны обсуждать с психологом как личные проблемы, так и вообще обращаться к психологу по любому поводу по сравнению с учащимися из семей с высшим образованием, соответственно: 29,0% и 15,3%; 30,2% и 18,8%. Учащиеся из низкообеспеченных страт чаще обращаются к психологу из-за проблем с родителями (соответственно: 8,6% и 2,4%), в то время как высокообеспеченные чаще обсужда-

ют проблемы со сверстниками (соответственно: 14,5% и 9,9%).

Влияние самооценки статуса среди одноклассников. Школьники с высокой самооценкой своего статуса в классе («лидеры»), по сравнению с учащимися с низким статусом («отверженные»), склонны чаще обращаться к психологу за советом по любому поводу (соответственно: 28,0% и 19,1%).

Влияние академической успешности. Академическая успешность в большей степени дифференцирует ответы учащихся по сравнению с самооценкой своего статуса среди одноклассников. Так, школьники с низкой успеваемостью чаще, по сравнению с учениками с высокой академической успешностью, обращаются за профессиональной психологической помощью и по проблемам своей успеваемости (соответственно: 24,7% и 9,8%), и по поводу личных отношений (соответственно: 24,7% и 9,8%). В то же время школьники с высокой успеваемостью чаще консультируются по вопросам, связанным с профессиональным самоопределением (соответственно: 29,4% и 16,6%). Таким образом, учебная успешность и статус в классе дифференцируют мотивы обращения к психологу, связанные с профориентацией, успеваемостью, личными отношениями.

Влияние девиаций. Сравнение полученных данных с учетом влияния девиаций показало, что курящие школьники чаще, по сравнению с теми, кто не курит, обращаются к психологу из-за проблем в семье, соответственно 6,1% и 2,0%. В то же время считают бессмысленным обращаться в психологическую службу в школе 75,5% школьников, склонных к употреблению алкоголя (среди тех, кто не употребляет спиртные напитки таких 64,1%, $p=.001$).

Результаты сравнительного анализа ответов учащихся в подвыборках, склонных к проявлениям физической агрессии, курящих и употребляющих алкоголь приведены на рис. 1.

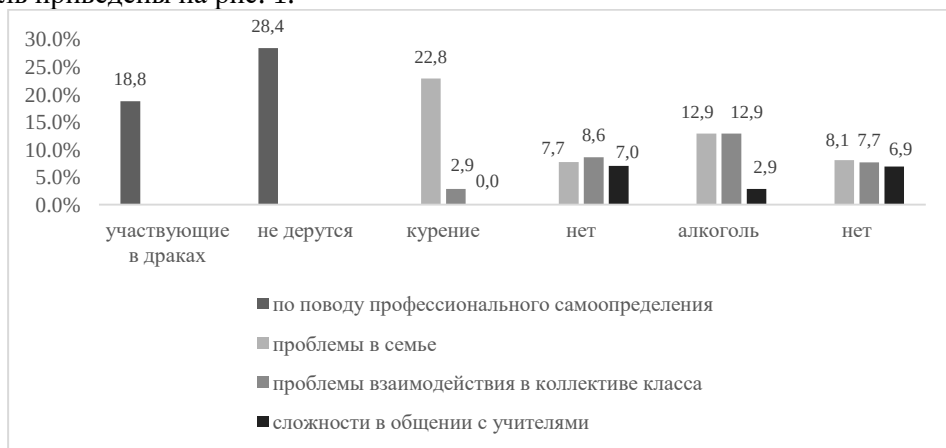


Рисунок 1. Влияние девиаций на мотивацию обращения к школьному психологу (%)

Школьники, склонные к проявлениям физической агрессии, реже, по сравнению с теми, кто не участвует в драках, обращаются за профессиональной психологической помощью в связи с проблемами, связанными с профессиональным самоопределением, соответственно: 18,8% и 28,4%. Курящие учащиеся чаще, по

сравнению с теми, кто не курит, обращаются к психологу из-за проблем в семье (соответственно 22,9% и 7,7%) и реже из-за проблем взаимодействия в коллективе класса (соответственно 2,9% и 8,6%). Вообще не обращаются к психологу курящие учащиеся из-за проблем с учителями (соответственно: 0,5% и 7,0%). Проблемы в семье и в коллективе класса в качестве мотивов обращения за консультацией к психологу чаще указывают и школьники, употребляющие алкоголь, по сравнению с теми, кто его не употребляет (соответственно 12,9% и 8,1%; 12,9% и 7,7%). Вместе с тем, употребляющие алкоголь реже обращаются к психологу из-за проблем с учителями (соответственно 2,9% и 6,9%).

Таким образом, при достаточно высокой укомплектованности образовательных организаций опрашиваемых регионов профессиональными психологами они мало востребованы самими подростками: 83,0% респондентов отметили, что лично «никогда» не обращались за консультацией, т. к. «не видят в этом смысла». Регулярно же посещает психолога в школе 1,1%. Так же и родители, по мнению подавляющего большинства учащихся, практически не взаимодействуют со школьными психологами – остаются за рамками участия по созданию условий для личностного и психологического развития учащихся в процессе обучения и воспитания.

Среди значимых мотивов обращения к школьному психологу учащиеся основной школы (7-9 класс) чаще отмечают конфликты со сверстниками и успеваемость. Это более характерно для учащихся с низкой успеваемостью и высокой самооценкой своего статуса в классе. В старшей же школе более значимы мотивы, связанные с проблемами профессионального самоопределения и взаимоотношений с родителями (у девочек) и общением с учителями (у мальчиков). Проявляется и влияние социально-стратификационных факторов: к психологу чаще склонны обращаться учащиеся из семей с высшим образованием родителей и низким доходом семьи.

Исследование показало, что к школьному психологу чаще обращаются учащиеся, склонные к девиациям различного рода. При этом весьма велика доля тех, кто склонен к проявлениям физической агрессии. Во многом это может быть связано с особенностями применения санкций к таким учащимся в образовательной организации. В то же время показательно, что никто из учащихся, употребляющих наркотики, не указал на свое обращение к школьному психологу. В определенной степени это может свидетельствовать о том, что учащиеся не доверяют сохранению конфиденциальности информации о своих проблемах со стороны школьного психолога.

В целом полученные в исследовании данные о влиянии гендерных, возрастных и социально-стратификационных факторов могут быть использованы для определения перспектив развития психологической службы в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровина И.В. Психологическая служба образования в России — история и современность [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2014. Т. 11. № 1. С. 6–14. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2014/n1/Dubrovina.shtml (дата обращения: 26.11.2020).

2. Зиновьева М.В. Проблемы взаимодействия педагога-психолога с администрацией образовательного учреждения // Психологическая наука и образование. 2004. Т. 9. № 3. С. 98–100.

3. Лукьянова М.И. Мнение различных участников образовательного процесса о критериях эффективности деятельности психологической службы // Психологическая наука и образование. 2000. Т. 5. № 3. С. 67–71.

4. Пахальян В.Э. Служба практической психологии образования в России — 2015: «Куда идем мы с?..» [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2015. Т. 12. № 2. С. 37–42. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2015/n2/Pachalian.shtml (дата обращения: 26.11.2020).

5. Решетников О.В. Психологическая служба в новых условиях [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2015. Т. 12. № 2. С. 49–56. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2015/n2/Reshetnikov.shtml (дата обращения: 26.11.2020).

6. Собкин В.С. «...И больше не дерись!» Почему подростки предпочитают решать проблемы с помощью кулаков? / Учительская газета № 45 (10854) от 10 ноября 2020 г., С.12. URL: <https://ug.ru/32087-2/>

7. Собкин В.С. Выйти на конфликт. /Учительская газета. № 37 (10846) от 15 сентября 2020 г. С.6. URL: <http://ug.ru/vyjti-na-konflikt/>

8. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Коломиец Ю.О. Причины конфликтов подростков с учителями, родителями и одноклассниками: к вопросу о социальной ситуации развития. / Вопросы психологии № 5, 2020. (в печати).

9. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Особенности жизненной позиции учащихся, подвергающихся школьной травле / Предупреждение и преодоление дезадаптации несовершеннолетних – центральная проблема социальной педагогики: мат-лы науч.-практ. конф. 27 мая 2020 года г. Таганрог: сборник статей / С.Ю. Шалова, отв. ред. М.; Берлин: Директ-Медиа, 2020. С. 63–68.

10. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Федотова А.В. Проявления агрессии в подростковой среде. // Журнал Сибирского федерального университета. Гуманитарные науки. 2020. Т.13, № 2. С. 234–245.

11. Фридман Л.М. О концепции школьной психологической службы /Вопросы психологии. 2001. № 1. С.97–107.

REFERENCES

1. Dubrovina I.V. Psihologicheskaja sluzhba obrazovaniya v Rossii — istoriya i sovremennost' [Jelektronnyj resurs] // Vestnik prakticheskoy psihologii obrazovaniya. 2014. Т. 11. № 1. С. 6–14. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2014/n1/Dubrovina.shtml (data obrashheniya: 26.11.2020).

2. Zinov'eva M.V. Problemy vzaimodejstvija pedagoga-psihologa s administraciej obrazovatel'nogo uchrezhdenija // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2004. Т. 9. № 3. С. 98–100.

3. Luk'janova M.I. Mnenie razlichnyh uchastnikov obrazovatel'nogo processa o kriterijah jeffektivnosti dejatel'nosti psihologicheskoy sluzhby // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2000. Т. 5. № 3. С. 67–71.

4. Pahal'jan V.Je. Sluzhba prakticheskoy psihologii obrazovanija v Rossii — 2015: «Kuda idem my s?..» [Jelektronnyj resurs] // Vestnik prakticheskoy psihologii obrazovanija. 2015. T. 12. № 2. S. 37–42. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2015/n2/Pachalian.shtml (data obrashhenija: 26.11.2020).

5. Reshetnikov O.V. Psihologicheskaja sluzhba v novyh uslovijah [Jelektronnyj resurs] // Vestnik prakticheskoy psihologii obrazovanija. 2015. T. 12. № 2. S. 49–56. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2015/n2/Reshetnikov.shtml (data obrashhenija: 26.11.2020).

6. Sobkin V.S. «...I bol'she ne deris'!» Pochemu podrostki predpochitajut reshat' problemy s pomoshh'ju kulakov? / Uchitel'skaja gazeta № 45 (10854) ot 10 nojabrja 2020 g., S.12. URL: <https://ug.ru/32087-2/>

7. Sobkin V.S. Vyjti na konflikt. /Uchitel'skaja gazeta. № 37 (10846) ot 15 sentjabrja 2020 g. S.6. URL: <http://ug.ru/vyjti-na-konflikt/>

8. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Kolomiec Ju.O. Prichiny konfliktov podrostkov s uchiteljami, roditeljami i odnoklassnikami: k voprosu o social'noj situacii razvitija. / Voprosy psihologii № 5, 2020. (v pechati).

9. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Osobennosti zhiznennoj pozicii uchashhihsja, podvergajushhihsja shkol'noj travle / Preduprezhdenie i preodolenie dezadaptacii nesovershennoletnih – central'naja problema social'noj pedagogiki: mat-ly nauch.-prakt. konf. 27 maja 2020 goda g. Taganrog: sbornik statej / S.Ju. Shalova, otv. red. M.; Berlin: Direkt-Media, 2020. S. 63-68.

10. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Fedotova A.V. Projavlenija agressii v podrostkovoju srede. // Zhurnal Sibirskogo federal'nogo universiteta. Gumanitarnye nauki. 2020. T.13, № 2. S. 234-245.

11. Fridman L.M. O koncepcii shkol'noj psihologicheskoy sluzhby /Voprosy psihologii. 2001. № 1. S.97-107.

V.S. Sobkin¹, E.A. Kalashnikova¹, L.P. Falkovskaya²
PSYCHOLOGICAL SERVICE AT SCHOOL:
THE OPINION OF A MODERN TEENAGER

¹Center for sociology of education of the FSBI «IEM RAO», ²Department of state policy in the sphere of protection of children's rights of the Ministry of Education of Russia (Moscow).

Summary. The article provides an analysis of the opinions of modern teenagers about psychological service at school, prepared based on the materials of an anonymous questionnaire survey of 4,837 students in grades 7-11, which was conducted by The center for sociology of education of the IEM RAO in the TRANS-Baikal territory, Smolensk and Tula regions in March-May 2020 as part of the program to study the impact of demographic and socio-stratification factors on the deviations of a modern teenager. The article provides data on the peculiarities of the motives for contacting a school psychologist of students, depending on the influence of demographic and socio-stratification factors, their tendency to deviations.

Keywords: teenager, psychologist at school, social stratification factors, deviations.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФОРИЧЕСКИХ КАРТ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).

Резюме. Целью статьи является описание опыта применения модификации проективной методики метафорических карт «Метафорические карты для перинатального психолога» наравне с методикой «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия». Был проведен корреляционный анализ модификации методики МАК для перинатального психолога по следующим показателям: чувствительность к ребёнку, эмоциональное принятие, поведенческие проявления эмоционального взаимодействия. В статье приводится также вариант описания модификации методики метафорических карт перинатальной тематики.

Ключевые слова: проективные методики, метафорические карты, ассоциативные карты перинатальная психология, валидность проективных методик

Перед исследователями стоит задача детального анализа современных моделей родительского поведения, равно как и создание новых инструментов психокоррекционной работы с матерями детей раннего возраста [3]. При этом есть возможность анализа компонентов родительской позиции, одним из которых является эмоциональный (эмоциональное отношение к ребёнку, эмоциональное отношение к своей роли родителя, глубина эмоциональных проявлений, приемлемость широкого спектра эмоциональных реакций, выразительность и адекватность экспрессивных средств, степень контроля над эмоциями, уровень тревожности) [14]. Здесь мы опираемся на представление о внутренней позиции родителя (ВПР), состоящей из 4 компонентов: мотивационного, когнитивного, поведенческого и эмоционального, по Филипповой, а также представления Е.И. Захаровой и др. о материнстве как о социокультурном феномене [1, 12]. Анализ именно эмоционального компонента ВПР представляет собой особую значимость, т. к. эмоциональные реакции позволяют выстраивать и поддерживать баланс диады матери и ребенка, что является профилактикой эмоционального выгорания матери и послеродовой депрессии.

Одной из методик, позволяющих выявить особенности эмоционального взаимодействия матери и ребенка является опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия Е.И. Захаровой [4, 5]. Но специалистам также требуются инструменты, позволяющие в дальнейшем, после диагностики, проводить психокоррекционную работу. Одним из популярных инструментов работы в сфере детско-родительских отношений являются метафорические (ассоциативные) карты. И в данной статье мы приводим описание валидизации модификации методики метафорических карт перинатальной тематики, проводя корреляционный анализ метафорических ассоциативных карт (МАК) с опросником детско-родительского эмоционального взаимодействия Е.И. Захаровой. Также в статье представлено описание самой модификации метафорических карт и приведены примеры техник психодиагностической и психокоррекционной

ной работы с метафорическими картами перинатальной тематики.

Данный набор метафорических карт был выбран по причине того, что именно эта модификация основной методики метафорических карт («Oh-cards») была разработана в рамках диссертационной работы на тему исследования вариантов родительской позиции современных матерей первого ребенка раннего возраста. МАК использовались как дополнительный инструмент психологической диагностики эмоционального компонента родительской сферы матери наравне с методикой Е.И. Захаровой «ОДРЭВ» и коррекции родительского поведения. Поскольку в рамках исследования был необходим инструмент для работы с личностью матери, то изменение сюжетов изображений карт на тему материнства было обоснованным решением.

МАК – относительно новый инструмент в работе психологов и психотерапевтов. Обычно это набор карточек (так называемая «колода») с изображениями на какую-то тему. Темой колоды могут быть проблемы, с которыми работает специалист. Изображения могут быть пейзажными, портретными, абстрактными (иногда используются фотографии). С обратной стороны карты обычно изображена «рубашка». К колоде прилагается авторская инструкция с набором упражнений и заданий по конкретной колоде [8, 10].

Данная работа представляет интерес в контексте научного описания новых средств работы психолога и в диагностике и коррекции в рамках проблем перинатальной психологии.

Примеры колод МАК [9]:

- OH Cards (Издательство Oh Verlag, Moritz Egetmeyer): универсальная колода МАК

- Persona (Издательство Oh Verlag, Moritz Egetmeyer): область взаимодействия с людьми, проработка взаимоотношений

- Shen Hua (МАК-Германия): область проработки экзистенциальных вопросов.

Важно понимать, что специалист, работающий с МАК, должен соблюдать ряд обязательных рабочих правил [2, 6].

По мнению П.В. Яньшина, «феномен проекции до сих пор является интригующей загадкой для психологов, серьезно задумывающихся о теоретических основаниях подобных диагностических инструментов» [13]. Именно по этой причине крайне важно понимать механизмы использования и работы проективных методик, в частности, модификации методики МАК. Описываются основные принципы использования МАК, механизмы их воздействия в установлении контакта с клиентом психолога, анализ и проработку глубинных механизмов в психокоррекционной работе с клиентом [6], а также механизмы работы МАК в парадигме нарративного подхода, при этом авторы описывают инструмент МАК как мультимодальную стимуляцию ассоциативного процесса клиента [16]. А. Wenzel приводит научную основу работы с МАК при работе с послеродовой депрессией и описывает важность анализа ассоциативных процессов будущей матери через работу с метафорой. [17] При этом практические варианты работы с МАК, в том числе обширный спектр техник и упражнений, приводятся у многих современных авторов [8-11].

Целью исследования был анализ взаимосвязи отдельных компонентов детско-родительского эмоционального взаимодействия матерей с первым ребенком

раннего возраста согласно методике «ОДРЭВ» Е.И. Захаровой с аналогичными показателями модификации методики МАК.

Методы исследования. В статье приведены результаты исследования, включающие в себя оценку таких показателей, как чувствительность к ребёнку, эмоциональное принятие, поведенческие проявления эмоционального взаимодействия в рамках сравнительного анализа по двум диагностическим инструментам:

- 1)Модификация методики МАК перинатальной тематики Я.М. Акинкиной;
- 2)Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой.

Описание модификации методики МАК:

Представленные метафорические (ассоциативные) карты предназначены для работы с беременными и женщинами, воспитывающими ребенка раннего возраста. Техники, представленные в приложении 1 из инструкции к МАК для перинатального психолога, могут использоваться в работе перинатального психолога с некоторыми изменениями на усмотрение специалиста или даже использованы в работе с другими колодами МАК.

Данный набор МАК состоит из следующих категорий:

1. «Атрибуты беременности и новорожденности»: нейтральные карты с конкретными изображениями предметов;
- 2.«Взаимоотношения-взаимодействия»: карты с изображением людей, в т. ч. значимых близких матери;
- 3.«Поговорки и детские представления»: иллюстрации поговорок и пословиц;
4. «Конкурирующие ценности»: карты, помогающие понять иерархию ценностей матери;
- 5.«Ассоциации»: карты с абстрактными изображениями на тему материнства.
- 6.Пословицы и поговорки на тему материнства.

Категории САК были разработаны с целью психологической диагностики эмоционального состояния беременной или матери ребенка раннего возраста согласно целям исследования.

Для корреляционного анализа были выбраны следующие показатели:

- 1.Понимание причин состояния ребёнка
- 2.Способность к сопереживанию
- 3.Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком
- 4.Отношение к себе как к родителю
- 5.Преобладающий эмоциональный фон взаимодействия
- 6.Стремление к телесному контакту

Причина, по которой выбирались перечисленные показатели, проста: данные критерии наиболее наглядно представляются в форме вопросов, задаваемых специалистом, на выбранные зрительные стимулы в форме каждой конкретной метафорической карты, что соотносится с категориями карт в приведённой в статье модификации методики МАК для перинатального психолога.

Сравнивались показатели модификации методики МАК перинатальной тематики с одноименными показателями шкал методики «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» Е.И. Захаровой. Полученные результаты фиксировались в ходе беседы и психологической диагностики, да-

лее заносились в программу StatGraphics, и затем производился корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона): выявлялись корреляционные связи с вышеупомянутыми показателями по аналогичным параметрам, зафиксированным в ответах и выборах определённых карт модификации методики МАК перинатальной тематики испытуемыми. Поскольку психологическая диагностика с испытуемыми проводилась в процессе индивидуальной психологической работы, то при ней присутствовали лишь сам специалист (психолог) и клиент. Согласно Этическому кодексу психолога, результаты были предоставлены с согласия клиентов и с сохранением анонимности.

Описание выборки: Экспериментальная работа выполнена на базе Центра поддержки материнства (г. Балашиха). В исследовании приняли участие 24 женщины в возрасте от 19 до 34 лет с первым ребенком раннего возраста (до трех лет).

Процедура предъявления метафорических карт респондентам:

1) Во время первой сессии респондент заполняет опросник «ОДРЭВ» Е.И. Захаровой;

2) Во время второй сессии специалист задаёт респонденту вопросы, сформулированные исходя из целесообразности каждой категории МАК. При этом каждый вопрос из конкретной категории соотносится с выбранным показателем опросника «ОДРЭВ» Е.И.Захаровой. Далее для формулирования ответа на поставленный вопрос респондент пользуется выбором определённой метафорической карты, которая отражает его ответ. Клиент дополняет выбор карты вербальным описанием. Специалист фиксирует ответы.

Таблица 1

Результаты опросника детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой и модификации методики МАК

А) Блок «Чувствительность»

Методики:		ОДРЭВ	МАК
<i>Понимание причин состояния</i>	низкий уровень	0	2
	средний уровень	6	8
	высокий уровень	18	14
<i>Способность к сопереживанию</i>	низкий уровень	1	2
	средний уровень	21	18
	высокий уровень	2	4

Б) Блок «Эмоциональное принятие»

Методики:		ОДРЭВ	МАК
<i>Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком</i>	низкий уровень	1	1
	средний уровень	5	6
	высокий уровень	18	17
<i>Отношение к себе как к родителю</i>	низкий уровень	2	3
	средний уровень	5	5
	высокий уровень	17	16
<i>Преобладающий эмоциональный фон взаимодействия</i>	низкий уровень	12	8
	средний уровень	5	8
	высокий уровень	7	8

В) Блок поведенческих особенностей эмоционального взаимодействия

Методики:		ОДРЭВ	МАК
Стремление к телесному контакту	низкий уровень	0	2
	средний уровень	0	1
	высокий уровень	24	21

Исходя из данных, приведенных в таблице, можно привести следующую картину:

1) По данным обеих методик, матери чувствительны к сигналам ребенка (превалировали средний и высокий процент чувствительности);

2) У большинства респондентов выражено стремление к телесному контакту с ребёнком;

3) В выборке преобладали высокие показатели, демонстрирующие отрицательный эмоциональный фон, при этом в случае уточняющих вопросов во время проведения методики МАК, матери, в большинстве случаев, ссылались на усталость и недосып, т. е., на физиологические причины возможного отрицательного эмоционального фона.

4) При этом высокая оценка себя как родителя и радость от взаимодействия с ребенком, выявлялась у большего числа респондентов.

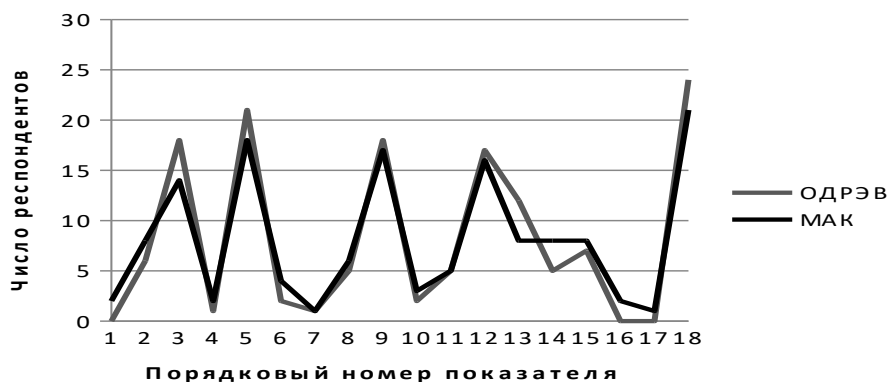


Рисунок. 1. Сравнительный анализ показателей по методикам «ОДРЭВ» и «Метафорические карты»

Корреляционный анализ опросника Е.И. Захаровой и модификации методики МАК осуществлялся по следующим выбранным нами показателям: понимание причин состояния ребёнка; способность к сопереживанию; чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком; отношение к себе как к родителю; преобладающий эмоциональный фон взаимодействия; стремление к телесному контакту. Результаты анализа показали следующую картину:

В результате анализа данных было выявлено, что полученные показатели методики «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Е.И. Захаровой) значимо коррелируют с аналогичными показателями методики «Метафорические карты для перинатального психолога» (рис. 1):

- Для показателей низкого уровня по обеим методикам: $+0,972$ при $p > 0,05$;
- Для показателей среднего уровня по обеим методикам: $+0,975$ при $p > 0,05$;

- Для показателей высокого уровня по обеим методикам: $+0,984$ при $p > 0,05$.

Сравнение показателей методики «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Е.И. Захаровой) проводилось с помощью качественного анализа ответов респондентов, дававших ответы на аналогичные вопросам методики (по каждому показателю) вопросы, задаваемые специалистом на зрительный стимул (в данном случае стимулом являются сами метафорические карты).

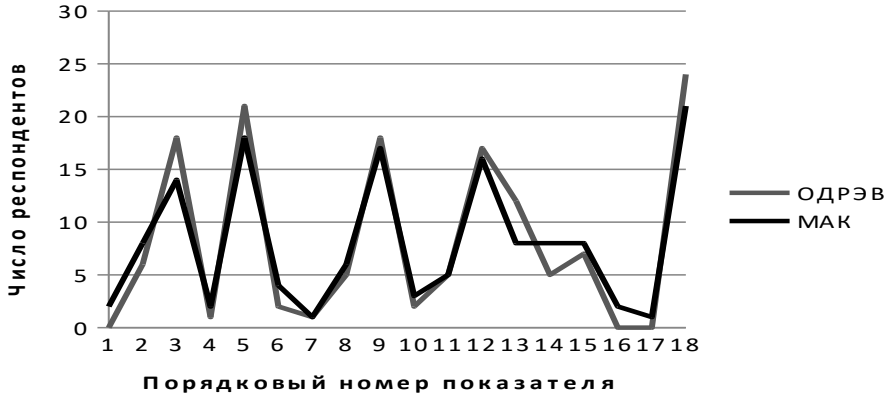


Рисунок. 2. Общая картина результатов опросника Е.И. Захаровой и модификации методики метафорических карт по выбранным показателям

Обсуждение результатов исследования. Несмотря на то, что сравнение показателей методики «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» (Е.И. Захаровой) с аналогичными показателями модификации методики МАК для перинатального психолога демонстрируют нам высокую степень прямой корреляционной зависимости, практика показывает, что невозможно просто заменить психологическую диагностику с помощью теста экспресс-методикой МАК. Причина в том, что специалист, работающий с метафорическими картами должен обладать высокой степенью профессионализма и понимать, как именно возможно прорабатывать ту или иную проблему с помощью наводящих вопросов в сочетании со зрительными стимулами, например, метафорическими картами; так же, как и использование тестовых методик предполагает, что специалист должен уметь интерпретировать результаты теста в зависимости от состояния клиента [7, 11].

В целом, корреляционный анализ связи отдельно взятых показателей методики «ОДРЭВ» Е.И. Захаровой с аналогичными показателями проективной методики МАК лишь подтверждает эффективность применения данного инструмента и служит фактором увеличения ценности установления верной клинической картины.

Выводы:

1. Данные корреляционного анализа связи отдельно взятых показателей методики «ОДРЭВ» Е.И. Захаровой с аналогичными показателями проективной методики метафорических карт позволяют предположить, что дальнейшее исследование инструмента МАК и его валидизация позволят использовать модификацию МАК в качестве самостоятельного (а не вспомогательного) инструмента психологической диагностики и коррекции.

2. Было отмечено, что в ходе исследования респонденты давали социально приемлемые ответы с меньшей степенью вероятности, если применялись мета-

форические карты. Исходя из этого можно сделать вывод об эффективности использования модификации МАК при обсуждении тем, связанных с внутриличностными конфликтами респондентов.

3. В ходе исследования респонденты воспринимали зрительные стимулы в форме метафорических карт со значимо большим энтузиазмом, чем привычные опросники с готовыми вариантами ответов. Поэтому, мы можем сделать вывод об эффективности применения модификации МАК с целью установления терапевтического альянса специалиста с клиентом.

Приложение 1. Примеры техник работы с метафорическими картами для перинатального психолога

1. Выберите карточку, напоминающую Вам Вашего ребёнка. Опишите, чем именно карточка похожа на Вашего малыша. Какие чувства Вы испытываете, глядя на карточку?

2. Выберите карточку, напоминающую Вам Вашего малыша. Известно, что и пренейтам, и новорожденным снятся сны. Как Вы думаете, глядя на выбранную Вами карту, о чем могут быть сны Вашего малыша?

3. Выберите карточку, напоминающую Вам Вашего ребёнка. Вам предстоит написать ему письмо, которое он мог бы прочесть в будущем. Что бы Вы хотели сообщить ему в этом письме? Какие теплые слова хотели бы сказать? Что Вы думаете об этом письме? Какие эмоции Вам приходят?

4. Вытяните карту наугад. Посмотрите на малыша, который Вам попался. Какая мать, на Ваш взгляд, могла бы ему подойти? Напоминает ли она Вас? Если да, то чем именно?

5. Выберите карту, отражающую Вашего малыша. Разместите её на листе, а рядом дорисуйте себя в роли матери. Какая Вы на рисунке? Каково Ваше взаимодействие с ребёнком?

6. Выберите подходящую для себя карточку с поговоркой/половицей на тему материнства. Чем она откликается лично Вам? Навевает ли она какие-либо воспоминания?

7. Выберите наугад метафорическую карту и карточку с поговоркой/половицей. Как выпавшие Вам карты взаимосвязаны (лично для Вас)? [15]

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллина С.А., Филиппова Г.Г. Формирование внутренней позиции родителя в онтогенезе. Электронный журнал «Психологическая наука и образование psyedu.ru» URL: http://psyjournals.ru/files/84428/psyedu_2016_n4_Filippova.pdf

2. Дмитриева Н.В., Богачек И.С. Неврозы и невротики. Глубинная терапия с помощью ассоциативных карт. СПб.: ГАЛАРТ+, 2016. 223 с.

3. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сб. мат-лов конф под ред. И В. Добрякова, Н.П. Коваленко. – СПб.: НИИ Ак. и Гинеколог. им. Д.О. Отта, Межрег. Ассоц. Перинат. Психологии и Медицины России, 2001. – С. 39-48.

4. Захарова Е.И., Карабанова О.А. Диагностика характера детско-родительских отношений в пробе на совместную деятельность // Психолог в детском саду. 2002. № 1. С. 41-60.

5. Захарова Е.И. Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия. // Психолог в детском саду. 2002. № 1. С. 3-29.

6. Кац Г., Мухаматулина Е. Метафорические карты. Руководство для пси-

холога. М.: Генезис, 2014. 168 с.

7. Лемешко Т. 50 техник с МАК на все случаи жизни. М.: ООО «Вариант» при участии ИП Шиманского, 2017. 62 с.

8. Лукьянова Л.С., Мальцева Л.В. Теоретико-исторический анализ использования метафорических ассоциативных карт // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. Ст. По мат. XIV междунар. Студ. Науч.-практ. Конф. № 14 (Россия, г. Новосибирск, 19 ноября 2013г.) URL: [http://sibac.info/archive/humanities/guman8\(11\).pdf](http://sibac.info/archive/humanities/guman8(11).pdf) (дата обращения: 23.04.2020)

9. Мартынова, М.А. Метафорические карты и возможности их применения в работе практического психолога // Современная психология : мат-лы V Междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2017 г.). Казань: Бук, 2017. С. 65-78

10. Морозовская Е. Готовые программы тренингов с использованием проективных карт. Социально-психологический тренинг. Семейная терапия. Работа с кризисными состояниями и психотравмой. Коучинг: самореализация, планирование, целеполагание и достижение целей. Одесса, Институт Проективных Карт, 2013. 88 с.:

11. Толстая С.В. Метафорические ассоциативные карты в семейном консультировании. М.: ООО «Вариант» при участии ИП Шиманского, 2018. 260 с.

12. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. С. 134-148.

13. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб.: Питер, 2004. 336 с.

14. Интернет-ресурс: сайт центра перинатальной психологии М.Е. Ланцбург <https://www.psymama.ru/biblioteka/stati/psihologiya-roditelstva/metodika-svobodnogo-risunka-v-psihologicheskoy-podgotovke-k-materinstvu-i-ottsovstvu/>

15. Интернет-ресурс с детальным описанием модификации методики метафорических карт перинатальной тематики

16. URL: <https://poozariumcards.wordpress.com>

REFERECES

1. Abdullina S.A., Filippova G.G. Formirovanie vnutrennej pozicii roditelja v ontogeneze. Jelektronnyj zhurnal «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru» URL: http://psyjournals.ru/files/84428/psyedu_2016_n4_Filippova.pdf

2. Dmitrieva N.V., Bogachek I.S. Nevrozy i nevrotiki. Glubinnaja terapija s pomoshh'ju associativnyh kart. SPb.: GALART+, 2016. 223 s.

3. Dobrjakov I.V. Kliniko-psihologicheskie metody opredelenija tipa psihologicheskogo komponenta gestacionnoj dominanty // Perinatal'naja psihologija i nervno-psihicheskoe razvitie detej: sb. mat-lov konf pod red. I V. Dobrjakova, N.P. Kovalenko. – SPb.: NII Ak. i Ginek. im. D.O. Otta, Mezhhreg. Assoc. Perinat. Psihologii i Mediciny Rossii, 2001. – S. 39-48.

4. Zaharova E.I., Karabanova O.A. Diagnostika haraktera detско-roditel'skih otnoshenij v probe na sovmestnuju dejatel'nost' // Psiholog v detskom sadu. 2002. № 1. S. 41-60.

5. Zaharova E.I. Jemocional'naja storona detско-roditel'skogo vzaimodejstviya. // Psiholog v detskom sadu. 2002. № 1. S. 3-29.

6. Kac G., Muhamatulina E. Metaforicheskie karty. Rukovodstvo dlja psihologa. М.: Genezis, 2014. 168 с.

7. Lemeshko T. 50 tehnik s MAK na vse sluchai zhizni. М.: ООО «Variant» pri uchastii IP Shimanskogo, 2017. 62 s.

8. Luk'janova L.S., Mal'ceva L.V. Teoretiko-istoricheskij analiz ispol'zovanija

metaforicheskikh asociativnykh kart // Nauchnoe soobshhestvo studentov XXI stoletija. Gumanitarnye nauki: sb. St. Po mat. XIV mezhdunar. Stud. Nauch.-prakt. Konf. № 14 (Rossija, g. Novosibirsk, 19 nojabrja 2013g.) URL: [http://sibac.info/archive/humanities/guman8\(11\).pdf](http://sibac.info/archive/humanities/guman8(11).pdf) (data obrashhenija: 23.04.2020)

9. Martynova, M.A. Metaforicheskie karty i vozmozhnosti ih primeneniya v rabote prakticheskogo psihologa // Sovremennaja psihologija : mat-ly V Mezhdunar. nauch. konf. (g. Kazan', oktjabr' 2017 g.). Kazan': Buk, 2017. S. 65-78

10. Morozovskaja E. Gotovyje programmy treningov s ispol'zovaniem proektivnykh kart. Social'no-psihologicheskij trening. Semejnaja terapija. Rabota s krizisnymi sostojanijami i psihotravmoj. Kouching: samorealizacija, planirovanie, celepolaganie i dostizhenie celej. Odessa, Institut Proektivnykh Kart, 2013. 88 str.:

11. Tolstaja S.V. Metaforicheskie asociativnye karty v semejnom konsul'tirovanii. M.: OOO «Variant» pri uchastii IP Shimanskogo, 2018. 260 s.

12. Filippova G.G. Psihologija materinstva: Uchebnoe posobie. M.: Izd-vo Instituta Psihoterapii, 2002. S. 134-148.

13. Jan'shin P. V. Praktikum po klinicheskoi psihologii. Metody issledovanija lichnosti. SPb.: Piter, 2004. 336 s.

14. Internet-resurs: sajt centra perinatal'noj psihologii M.E. Lancburg <https://www.psymama.ru/biblioteka/stati/psihologiya-roditelstva/metodika-svobodnogo-risunka-v-psihologicheskoi-podgotovke-k-materinstvu-i-ottsovstvu/>

15. Internet-resurs s detal'nym opisaniem modifikacii metodiki metaforicheskikh kart perinatal'noj tematiki URL: <https://poozariumcards.wordpress.com> (data obrashhenija: 22.04.2020)

16. Popova G., Miloradova N. Psychological Mechanisms of the Use of Metaphoric Associative Cards // Professional Publications Kharkiv, Ukraine. 2014. URL: <https://www.oh-cards-institute.org/publications/academia/professional-publications/psychological-mechanisms-of-the-use-of-metaphoric-associative-cards/>

17. Wenzel A. Perinatal Psychology: A Field with an Impressive Past and an Exciting Future // The Oxford Handbook of Perinatal Psychology, 2015. URL: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199778072.001.0001/oxfordhb-9780199778072-e-33> (data obrashhenija 12.05.2020)

Ya.M. Akinkina

**EXPERIENCE OF APPLICATION OF PROJECTIVE METHOD
METAPHORICAL ASSOCIATIVE CARDS IN PERINATAL PSYCHOLOGY
Moscow State Psycho-Pedagogical University (Moscow).**

Summary. The aim of this article is to give a reader a description of experience of application of projective method Metaphorical Associative Cards in Perinatal Psychology named «Associative cards for perinatal psychologist» (MAC for perinatal psychologist) with the help of an effective methodics «Questionnaire of emotional child-parental interaction». In this article we can find a correlation analyses of MAC for perinatal psychologist by taking several issues of modification of this method: sensitivity towards a child, emotional acceptance, behavioral manifestations of emotional interaction. There is also an example of description of modification of projective method of Associative Cards in Perinatal Psychology in this article.

Keywords: projective methods, associative cards, oh-cards, perinatal psychology, validity of projective methods.

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

**«ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО»
В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

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

Резюме. В статье на основе современных исследований показана возрастающая актуальность распознавания и изучения «пограничного личностного расстройства» у подростков в детском психиатрическом стационаре.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, дети и подростки, психические расстройства, МКБ-11.

Посвящается ушедшему другу В.В. Зарецкому

Закономерно совпавший с продолжающейся ковидэпидемией резкий рост числа госпитализаций подростков с симптомами так называемого «пограничного личностного расстройства» (ПЛР) являет собой серьезный вызов как для существующей системы психиатрической помощи в целом (с присущей ей абортивной представленностью психотерапевтического и реабилитационного компонента), так и для вовлеченных в нее специалистов, ориентированных в значительной степени на «классическую» психопатологию с доминированием медикаментозного подхода к терапии [5]. Несмотря на существование так называемого «культурального порога» в интерпретации симптомов ПЛР в разных странах, определяемого как индивидуальными и коллективными профессиональными предпочтениями специалистов, так и культуральной спецификой репрезентации симптомов самими пациентами, большинство профессионалов в области психического здоровья детей и подростков сходятся во мнении о возможности формирования ПЛР в подростковом возрасте (IASAPAP, 2012) [11].

По некоторым оценкам, устойчивый паттерн «пограничного» личностного реагирования у подростков встречается даже чаще, чем во взрослом возрасте [18], и может быть определен уже начиная с 11 лет [48], с достижением пика частоты симптоматики к 14 годам [13]. Подобная смена «парадигмы» среди прочего может свидетельствовать о преодолении имевших место среди клиницистов «негативных» стереотипов («reluctance») в отношении возможности диагностики ПЛР в данной возрастной группе [17, 30, 41].

В подтверждение этого ряд обширных эпидемиологических исследований, основанных на клинических реестрах и национальных базах данных, фиксирует стабильный прирост требующих терапевтического вмешательства случаев данного расстройства [8, 12, 38].

Ранее считалось, что распространенность ПЛР составляет от 0,7 до 1,8% [28], однако, по текущим консервативным оценкам, ПЛР затрагивает 2-3% подростков в популяции [23, 32], с более высокими показателями в клинических выборках, ранжируемыми от 11 до 23% среди всех амбулаторных пациентов с психическими расстройствами [16,36], порядка 19-53% для стационарных больных [40] и до 78% у суицидальных подростков, направленных в службы экстренной помощи [21].

По данным Greenfield B. et al., 2008, нет достаточных доказательств считать, что ПЛР в популяции чаще встречается у женщин [21], однако эпидемиологическими изысканиями на клинических выборках фиксируется значительное преобладание до трех четвертей от общего числа больных подростков женского пола [25, 37, 46], в связи с чем высказывалось предположение, что представители мужского пола с ПЛР реже обращаются за психотерапевтической помощью [11].

Помимо склонности к самоповреждениям (у 58% пациентов) [22], самого полезного в клинической практике индикатора для скрининга на ПЛР [7], такие больные зачастую сразу сообщают врачам о наличии у себя «тяжелой депрессии» и презентуют жалобы на неотвязные суицидальные мысли. Также нередки заявления о самодиагностике у себя «биполярочки» (подростковый слэнг), «де-реализации» и «голосов» (при отсутствии признаков, подтверждающих наличие психоза или указаний на параноидную структуру состояния). К примеру, симптомы, похожие на слуховые обманы восприятия, выявляются у 27% стационарированных подростков с ПЛР [43], что может свидетельствовать об усложнении структуры состояния с присоединением диссоциативных расстройств [31, 34].

Вообще, по сравнению с другими контингентами психиатрического стационара, подростки с ПЛР значительно чаще имеют клинически значимые симптомы из проблемного круга так называемых экстернализованных (СДВГ, расстройства поведения, употребление ПАВ) и интернализованных нарушений (аффективные, тревожные и фобические расстройства, ПТСР, ОКР), до 60% которых соответствуют критериям комплексной коморбидности [15, 20].

Столь массивная констелляция жалоб вкупе с выраженными трудностями в идентификации и выражении собственных переживаний и затрудняющими установление терапевтического контакта попытками дискредитации усилий специалистов провокативными заявлениями типа «мне никто не поможет», «вы не понимаете меня», «мне легче умереть, чем жить», часто затрудняет диагностический процесс и подбор терапии. Следствием этого становится ошибочная диагностика аффективных и даже психотических расстройств, влекущая за собой назначение и частую смену высоких доз препаратов различных групп (определяемую нами как «лекарственная карусель»), неэффективность лечения которыми в конечном счете приводит к появлению симптомов «выгорания» у самих специалистов. Кроме того, одновременное пребывание 4-5 больных с подобными проблемами приводит к взаимоиндукции жалоб и усилению имеющихся неадаптивных паттернов поведения, что может создавать препятствия для слаженной работы всего отделения.

С момента введения в 1938 г. психоаналитически ориентированным психиатром Адольфом Штерном (Adolph Stern) термина «пограничный», первоначально использовавшегося для разграничения проблемной области между «неврозом» и «психозом», количество публикаций, посвященных ПЛР стало рекордным по отношению к другим личностным расстройствам [10], и уже известно о 151 возможном теоретическом подходе к диагностике ПЛР [42]. Вкупе с этим ПЛР считается наиболее часто диагностируемым по сравнению с другими расстройствами личности [24, 45].

Считается, что первое упоминание о «пограничности» в детской практике относится к 1940 г., а в 1949 г. Маргарет Махлер (Margaret Mahler) использовала данный термин применительно к детям, демонстрировавшим «низкий порог толерантности к фрустрации и слабость дифференцировки эмоций с тенденцией

к использованию патологических психологических защитных механизмов» [33]. Однако дебатировавшийся много десятилетий вопрос о существовании ПЛР в подростковом возрасте, трудностях дифференцировки от вариантов «нормального» развития и постстрессовых расстройств, был решен положительно только к моменту принятия ревизированной версии ДСМ-4 в 2000 г. как результат накопления научных данных, показавших, что симптомы ПРЛ могут иметь конструктивную валидность и быть надежно идентифицированными у подростков [35]. В данной классификации впервые появилась четкая ссылка на возможность диагностики даннорасстройства в детском возрасте с использованием аналогичных взрослым больным категориальных ранговых критериев включая ранее широко обсуждавшийся наиболее проблемный диагностический признак = длительность заболевания не менее 1 года [22].

К характерным особенностям ПЛР у госпитализированных подростков относят «стабильную нестабильность» по терминологии Шмидеберга (Schmideberg M., 1957) [39] уровня выраженности и клинического профиля симптоматики, склонность к более частой презентации «острых» симптомов ПЛР, таких как повторные самоповреждения и суицидальное поведение, вкупе со вспышками гнева и эмоциональной нестабильностью [7, 41]. Другие сообщаемые отличия касаются преимущественно доминирования тех или иных диагностических критериев ПЛР на разных этапах развития [29]. Например, страх быть оставленным (abandonment) признан наиболее специфическим признаком у подростков, при наличии которого вероятность полного соответствия диагностическим критериям ПЛР составляет 85%. К другим симптомам, почти исключительно ассоциированным с подростковым возрастом, относятся чувство пустоты, флуктуации в самовосприятии и зависимость от специфических взаимоотношений для поддержания чувства идентичности [26].

Оставляя в стороне вызывающую путаницу в понятиях неудачность семантической референции термина «пограничный», в МКБ-10 ПЛР признается как клиническая реальность и рассматривается как диагностическая рубрика в разделе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» как «пограничный тип» (под шифром F60.31) эмоционально неустойчивого расстройства личности МКБ-10 [4]. Согласно существующим в России правилам, отнесение ПЛР к данному разделу формально препятствует диагностике этого расстройства в детско-подростковом возрасте.

Между тем накопившийся корпус данных показывает, что ПЛР с началом в подростковом возрасте с переходом во взрослое состояние далеко не всегда сохраняет устойчивость и соответствие общепризнанным «ганнушкинским» критериям личностного расстройства. Целым рядом авторов показана относительно низкая категориальная стабильность диагноза ПЛР у подростков, что может свидетельствовать о малой применимости категориального подхода в диагностике данного расстройства [44]. По проспективной оценке 15-18-летних подростков с ПЛР, только 40% из них соответствуют диагностическим признакам спустя двухлетний период [14], до 86% больных не отвечают критериям ПЛР через 4 года, 85-93% имеют ремиссию через 10-летний интервал и до 50% полностью выздоравливают и имеют высокий уровень социального функционирования [9, 47].

Складывающееся противоречие может быть разрешено на основе предложенного в МКБ-11 дименсионального подхода к диагностике личностных расстройств не как отдельных, качественно отличных состояний, а рассматривае-

мых как комплекс дизадаптивных личностных качеств в динамическом континууме перехода как в «норму», так и в клинически выраженные личностные расстройства, где каждая личностная черта (домен) из этого комплекса представляет собой отдельный вариативный континуум.[27]. Исходя из представленной модели в руководстве по МКБ-11 недвусмысленно заявляется о лишь «относительной» стабильности личностных расстройств в зрелом возрасте. Там же обращается внимание на возможность кодирования подпороговых личностных нарушений, крайне актуальную с учетом очевидной необходимости терапевтического вмешательства в случаях субклинических проявлений ПЛР у подростков, сопровождающихся нарушениями социального функционирования [6].

Показательно, что, несмотря на всю революционность предложенных изменений, разработчики МКБ-11 сохранили «пограничный паттерн» как дополнительный спецификатор, пойдя тем самым на нарушение предложенной стройной системы из 5 доменов личностных черт.

Спецификатор «пограничных личностных черт» в МКБ-11 будет включать 5 из 9 адаптированных из ДСМ-5 политетических признаков:

1. Отчаянные попытки избежать реальной или воображаемой угрозы быть покинутым.

2. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, обычно характеризующихся переходом от одной крайности в другую, от идеализации к обесцениванию.

3. Нарушения идентичности, проявляющиеся в выраженной и устойчивой нестабильности образа себя (self-image) или чувства «Я» (sense of self).

4. Импульсивность с потенциально самодеструктивным поведением (например, беспорядочные половые связи, опасное вождение, чрезмерная алкоголизация или употребление ПАВ, приступы обжорства).

5. Повторные эпизоды самоповреждения (суицидальные попытки или угрозы, членовредительство).

6. Эмоциональная нестабильность, связанная с выраженной реактивностью настроения. Флуктуации настроения могут провоцироваться как изнутри (например, собственными мыслями), так и внешними событиями. Как следствие, индивидуумом испытываются интенсивные дисфорические состояния от нескольких часов до нескольких дней.

7. Хроническое чувство опустошенности.

8. Неадекватный сильный гнев или трудности контроля над гневом, проявляющиеся в частых вспышках ярости или несдержанности (например, в криках и воплях, швырянии или ломании предметов, актах физической агрессии).

9. Преходящие диссоциативные симптомы или субпсихотические признаки (например, короткие эпизоды галлюцинаций, паранойяльность) в ситуациях высокого аффективного напряжения.

Другие отмеченные в спецификаторе, но непостоянные проявления «пограничного паттерна» включают:

- восприятие себя как неадекватного, плохого, виновного, омерзительного, достойного презрения;

- ощущение себя как сильно отличающегося и изолированного от других; болезненное чувство отчужденности и полного одиночества.

- склонность к гиперсенситивности; проблемы в установлении и поддержании устойчивого и приемлемого уровня доверия в межперсональных отно-

шениях; частая неправильная интерпретация социальных сигналов.

Следует особо отметить 9 пункт основного перечня, позволяющий исключить так называемую артификационную коморбидность, в первую очередь, с симптомами диссоциативных расстройств, поскольку в МКБ-11 также впервые вводится рубрика «диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами», например, с подтипом «... со слуховыми нарушениями» (код «6B60.1»), включающим наличие слуховых галлюцинаций. [27].

В имеющейся литературе особо подчеркиваются трудности в курации данной категории больных с акцентом на необходимости особых навыков для успешной кооперативной работы с пациентом в отсутствие специфических методов терапии. По имеющимся доказательным данным, приоритет остается за различными психотерапевтическими вмешательствами, в первую очередь, диалектической психотерапией, а медикаменты стоит назначать лишь для купирования отдельных симптомов, таких как гнев, склонность к самоповреждению или для лечения коморбидных расстройств [19].

Как представляется, все вышесказанное с достаточной убедительностью говорит о значительной остроте проблемы включая недостаточную осведомленность профессионалов в сфере охраны психического здоровья детей и подростков о современных трендах в детской психиатрии [1, 2, 3], что и послужило основанием для нашего обращения к данной проблематике.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Корень Е.В., Куприянова ТА Актуальные вопросы классификации в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2018 (18), № 1. - С.27-34.
2. Корень Е.В., Куприянова ТА, Пономарева К.И., Кузьмина Е.А. Диссоциативное расстройство идентичности: психологический конструкт или клиническая реальность (наблюдение из практики детской психиатрии) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2020.(20), № 3. - С. 58-64.
3. Куприянова Т.А. Корень Е.В. Синдром Мюнхгаузена по доверенности в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2019. (19), № 1. - С. 28-37.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб.: Оверлайн, 1994. - 300 с.
5. Северный А.А., Шевченко Ю.С., Волошин В.М. Психическое здоровье детей России: проблемы и перспективы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2002 (2) - № 2. - С. 5-13.

REFERENCES

1. Koren' E.V., Kuprijanova TA 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. Koren' E.V., Kuprijanova TA, Ponomareva K.I., Kuz'mina E.A. Dissociativnoe rasstrojstvo identichnosti: psihologicheskij konstrukt ili klinicheskaja real'nost' (nabljudenie iz praktiki detskoj psihiatrii) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2020.(20), № 3. - S. 58-64.
3. Kuprijanova T.A. Koren' E.V. Sindrom Mjunhgauzena po doverennosti v detskoj psihiatrii // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2019. (19),

№ 1. - S. 28-37.

4. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr): Klassifikacija psihi-cheskikh i povedencheskikh rasstrojstv: Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike: Per. na rus. jaz. / Pod red. Ju.L. Nullera, S.Ju. Cirкина. - SPb.: Overlajd, 1994. - 300 s.

5. Severnyj A.A., Shevchenko Ju.S., Voloshin V.M. Psihicheskoe zdorov'e detej Rossii: problemy i perspektivy // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2002 (2) - № 2. - S. 5-13.

6. Bach B.,First M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders // BMC Psychiatry. - 2018 - 18 - 351 P.

7. Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., McGlashan T.H. //Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults // Am J Psychiatry. - 2002 - 15 -Pp. 2042-2047

8. Bernstein D., Cohen P., Velez C., Schwab-Stone M., Siever L., Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents // Am J Psychiatry. - 1993 -150(8) -Pp. 1237-1243.

9. Biskin R.S., Paris J., Renaud J. et al. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence.// J Can Acad Child Adolesc Psychia-try. - 2011 - 20- Pp. 168-174.

10. Blashfield R.K., Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personal-ity disorders // American Journal of Psychiatry. - 2000 - 157 - Pp.472-473

11. Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J. Borderline personality disorder / Inbook: IACAPAPe-Textbook of Child and Adolescent mental Health Chapter. Publisher: In-ternational Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. - 2012 —Geneva, Editors: Rey J.M. - pp. Chapter H.4. - 18 P

12. Cailhol L., Pelletier É., Rochette L. et al. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001-2012 // Can J Psychiatry. - 2017 - 62(5) -Pp 336-342.

13. Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Callahan S., Mullet E. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students // Can J Psychiatry. - 2001 - 46(9) -Pp 847-849.

14. Chanen A.M., Jackson H.J., McGorry P.D. et al. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients // J Pers Disord. - 2004 -18-Pp. 526-541.

15. Chanen A.M., Jovev M., Jackson H.J. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder//J Clin Psychiatry. - 2007 - 68 -Pp. 297-306

16. Chanen A.M., Jovev M., Djaja D., McDougall E., Yuen H.P., Rawlings D., Jackson H.J. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth // Jour-nal of personality disorders - 2008 - 22(4)- Pp. 353-364.

17. Chanen A.M., Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder // Curr. Psychiatry Rep. - 2012 - 14 - Pp. 45-53

18. Chanen A.M., McCutcheon L. Prevention and early intervention for border-line personality disorder: current status and recent evidence // The British Journal of Psychiatry. - 2013 - 202(s54) - P. s24-s29.

19. Chanen A.M., Nicol K., Betts J.K., Thompson K.N. Diagnosis and Treat-ment of Borderline Personality Disorder in Young People // Current Psychiatry Re-ports. - 2020 - 22, Articlenunder: 25.

20. Eaton N.R., Krueger R.F., Keyes K.M., Skodol A.E., Markon K.E., Grant B.F., Hasin D.S. Borderline personality disorder comorbidity: relationship to the in-

ternalizing-externalizing structure of common mental disorders // *P sychol Med.* – 2011 – 41 – Pp. 1041–1050.

21. Greenfield B., Henry M., Weiss M. et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome // *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 2008 – 17(4) – Pp.197–201.

22. Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders // *J Consult Clin Psychol.* – 2004 – 72 – Pp. 126–31.

23. Guilé J.M., Boissel L., Alaux-Cantin S., Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies // *Adolesc Health Med Ther.* – 2018 – 9 – Pp. 199-210.

24. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis // *Am J Psychiatry.* – 2009 – 166 – Pp. 530–39.

25. Haltigan J.D., Vaillancourt T. Identifying trajectories of borderline personality features in adolescence: antecedent and interactive risk factors // *Can J Psychiatry.* – 2016 – 61(3) – Pp. 166–175.

26. Hopwood C.J., Newman D.A., Donnellan M.B. et al. The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder // *J Abnorm Psychol.* – 2009 – 118 – Pp. 806–15,

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

28. Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Skodol A.E., Oldham J.M. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. // *Acta Psychiatr Scand.* – 2008 -118(5) – Pp. 410–413.

29. Kaess M., von Ceumern-Lindenstjerna I.A., Parzer P., Chanen A., Mundt C., Resch F., Brunner R. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder // *Psychopathology.* – 2013 – 46 – Pp. 55–62.

30. Kaess M., Brunner R., Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence // *Pediatrics.* – 2014 - 134(4) – Pp. 782–793.

31. Kingdon D. G. et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma // *J.NervMent Dis.* - 2010 -198 -Pp 399–403

32. Leung S.W., Leung F. Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents // *J Pers Disord.* – 2009 - 23(5) -Pp 494–513.

33. Mahler M., Ross J., DeFries Z. Clinical studies in benign and malignant cases of childhood psychosis (schizophrenia-like) // *Am J Orthopsychiatry* – 1949 – 19(2) – Pp. 295-305.

34. Marialuisa Cavelti, Thompson K., Hulbert C. et al. Exploratory comparison of auditory verbal hallucinations and other psychotic symptoms among youth with borderline personality disorder or schizophrenia spectrum disorder // *Early Interv Psychiatry.* - 2019 - 13(5) – Pp. 1252-1262.

35. Miller A.L., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents // *Clinical Psychology Review.* – 2008 – 28 - Pp. 969-981.

36. Moran P., Coffey C., Mann A., Carlin J.B., Patton G.C. Personality and substance use disorders in young adults // *British Journal of Psychiatry.* – 2006 – 188 – Pp. 374–379.

37. Nock M.K., Joiner T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J.

Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts // *Psychiatry Res.* - 2006 -144(1) – Pp. 65–72.

38. Orts Clemmensen L., Olrik Wallenstein Jensen S., Zanarini M.C., Skadhede S., Munk-Jorgensen P. Changes in treated incidence of borderline personality disorder in Denmark: 1970-2009 // *Can J Psychiatry.* – 2013 - 58(9) – Pp. 522–528.

39. Schmideberg M. The borderline patient / In: Arieti S., ed. *American hand book of psychiatry.* - New York: BasicBooks. – 1959 – Pp. 398–416.

40. Sharp C., Green K.L., Yaroslavsky I., Venta A., Zanarini M.C., Pettit J. The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents // *J Pers Disord.* – 2012 - 26(6) – Pp. 927–938,

41. Sharp C., Fonagy P. Practitioner review: borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice // *J. Child Psychol Psychiatry.* – 2015 - 56(12) - Pp 1266–1288.

42. Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J., Siever L.J. The borderline diagnosisI: psychopathology, comorbidity, and personality structure // *Biol Psychiatry.* – 2002 – 51 - Pp 936–50.

43. Slotema C.W., Blom J.D., Niemantsverdriet M., Sommer I.E. Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics: A Systematic Review // *Front Psychiatry.* – 2018 – 9 - 347 P.

44. Stepp S.D., Pilkonis P.A., Hipwell A.E., Loeber R., Stouthamer LM. Stability of borderline personality disorder features in girls // *J Pers Disord.* - 2010 – 24 – Pp. 460–472.

45. Torgersen J. Epidemiology / In: Oldham J., Skodol A.E., Bender D.S. *Text-book of personality disorders.* - Washington, DC: American Psychiatric Publishing. – 2005 –Pp. 129–41.

46. Yen S., Gagnon K., Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents // *Personal Ment Health.* – 2013 - 7(2) – Pp. 89–101.

47. Zanarini M., Frankenburg F.R., Reich D.B. et al. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study // *American Journal of Psychiatry.* - 2010 - 167(6) -Pp. 663-667.

48. Zanarini M.C., Horwood J., Wolke D., Waylen A., Fitzmaurice G., Grant B.F. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults // *J Pers Disord.* – 2011 - 25(5) - Pp. 607–619.

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

«BORDERLINE PERSONAL DISORDER»

IN THE CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL

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

Summary. Based on current evidence this paper is focused on the increasing importance of recognition and studing of «borderline personality disorder» in inpatient adolescents

Keywords: borderline personality disorder, children and adolescents, mental disorders, ICD-11.

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО
РМАНПО (Москва).**

Резюме. Последние десятилетия становится все более ясным, что в этиопатогенезе нервной анорексии наряду с психосоциальными влияниями значимую роль играют биологические факторы, а генетические механизмы во многом определяют как предрасположенность к этому заболеванию, так и спектр сопровождающей его коморбидной психиатрической симптоматики. С другой стороны, макросоциальные и экологические средовые факторы оцениваются в контексте эпигенетического обусловливания расстройств пищевого поведения. Целью настоящего обзора является ознакомление психиатров и психологов с данными последних генетических исследований и изложение современного генетического и эволюционно-биологического подхода к пониманию такого трудно курабельного заболевания, как нервная анорексия. В статье обсуждаются также основанные на генетических и эпигенетических концепциях новые перспективные направления лечения и профилактики нервной анорексии.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, генетика, гены-кандидаты, полногеномное секвенирование, эпигенетика, нутригенетика, нутригеномика

Одной из главных причин значительной частоты неблагоприятных исходов нервной анорексии (НА) является, сохраняющаяся неясность ее этиопатогенетических механизмов. До недавнего времени первостепенной в развитии заболевания считалась роль психосоциальных факторов, а НА рассматривалась как «женский невроз», следствие безальтернативно пропагандировавшихся средствами массовой информации, представлений о значимости худобы и стройности фигуры для достижения успеха в жизни, легко трансформирующихся в сверхценное стремление к снижению массы тела, или как своеобразная форма реакции протеста подростков, обусловленная дисгармоничными отношениями в семье, деспотизмом матери и недостатком внимания и тепла со стороны родителей [2].

Однако психосоциальная теория этиологии НА не позволяет в полной мере объяснить все особенности развития заболевания, в частности, не отвечает на вопрос –почему, несмотря на сходные культуральные воздействия современного западного общества, идеализацию худобы и стремления к стройности, а также на высокую значимость тела и фигуры для самооценки, самовосприятия и формирования самоидентичности в этом периоде жизни, лишь относительно небольшое число девушек-подростков формирует клиническую картину типичной НА.

Неудивительно, что последние десятилетия все больший интерес исследователей вызывают биологические факторы, на смену тотальной психологизации НА приходит понимание значимости генетических, церебральных и соматических механизмов в ее возникновении, формировании клинических проявлений и особенностях динамики.

Роль биологических факторов была изначально продемонстрирована в генеалогических исследованиях, выявивших в семьях больных НА агрегацию как случаев этого заболевания, так и других расстройств пищевого поведения (РПП). А позднее в близнецовых исследованиях подтвердилась обусловленность этой агрегации, в первую очередь, генетическими механизмами с высокой конкордантностью по НА в монозиготных близнецовых парах, достигающую 50-70% [4, 37, 41, 42, 44].

Эти данные указывают не только на значимость наследственности, но и подчеркивают в генезе заболевания роль так называемых «неразделенных» средовых факторов. Так, индивидуальные стрессовые воздействия, перенесенные одним близнецом, оказываются более значимыми для развития НА, чем «разделяемые» близнецовой парой такие, например, как дисфункциональные отношения в семье, приводящие к семейному дистрессу, неблагоприятное микросоциальное окружение или совместно перенесенные близнецами психотравмирующие ситуации [42, 54].

В настоящее время на основании данных семейных исследований считается, что 5-10% родственников женского пола, больных НА, страдают различными формами РПП [19]. Для родственников женского пола больных НА вероятность развития заболевания в 11 раз выше, чем для родственников лиц, не страдающих НА [9]. На основании повторных исследований наследуемость НА расценивается как 48-74% [4, 27, 29, 49, 52.], что говорит о серьезном вкладе генетических факторов в развитие заболевания. Близнецовые исследования показывают, что наследственные факторы определяют от 40 до 60% предрасположенности к НА. Данные, полученные методом изучения приемных детей, не имеющим ограничений близнецового метода и являющимся теоретически наиболее чистым методом психогенетики, обладающим максимальной разрешающей способностью оценивают вклад генетических факторов еще выше, как 59-82% [28]. Вариабельность показателей отражает различия используемых диагностических критериев заболевания. Причем наиболее строгие критерии диагностики НА коррелируют с более высокими показателями коэффициента наследуемости [8].

Генеалогический анализ указывает и на высокий уровень семейной коагрегации НА и ряда психических расстройств, в первую очередь, аффективного спектра (большой депрессии и биполярного аффективного расстройства (БАР), а также обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), что может свидетельствовать об их общих генетических механизмах [13, 32, 50]. Близнецовые двунаправленные исследования позволили выявить высокие генетические корреляции НА с большой депрессией и ОКР, составляющие 0,34 и 0,52 соответственно [8, 13, 53].

Изучение НА в конце 20-го-начале 21-го века проводилось как с использованием традиционных подходов клинической генетики (генеалогический/семейный, близнецовый, приемных детей), так и методами молекулярной генетики, включавшими исследования сцепленного наследования и генов-кандидатов.

Исследования сцепленного наследования, направленные на выявление геномных регионов, которые имеют повышенную вероятность наличия генов, ассоциированных с заболеванием или признаком. Генетическое сцепление определяется тенденцией близко расположенных друг к другу в одном регионе хромосомы участков ДНК к совместному наследованию. Анализ связей проводится

на выборках родственников: родители и потомки, сибсы, разделяющие интересующий исследователей фенотип или заболевание, или семьи с высокой частотой фенотипического признака. Сцепленное наследование не требует априорных гипотез, основанных на общебиологических подходах и отборе генов (гены-кандидаты), имеющих предположительно, исходя из теоретических предположений, высокое сродство с исследуемым признаком.

Первый полногеномный анализ сцепления НА выявил на хромосоме 1 (1p34.2) возможный локус повышенного риска развития рестриктивного подтипа заболевания. Причем последующее тонкое картирование этой области позволило идентифицировать гены серотонинового HTR1D и опиоидного дельта-1 OPRD1 рецепторов в группе, включавшей 191 больную НА [5]. Сходное исследование, проведенное на материале 262 больных, подтвердило этот результат [7]. Анализ сцепления в 196 мультиплексных семьях (семья, в которой имеется несколько членов, пораженных одним и тем же заболеванием с высокой значимостью наследственных факторов), показал, что стремление к худобе и формированию obsessions наиболее тесно генетически связано с НА [15]. Выявленные локусы располагались в областях хромосомы 2 - склонность к формированию obsessions, хромосомы 13 – влечение к худобе и хромосомы 1 - комбинация стремления к худобе и расположенности к obsessions [7, 20, 56].

Исследования сцепленного наследования дали основания предполагать определенную роль генов серотонинового 5-HT1D и опиоидного OPRD1 рецепторов в этиологии НА. В то же время результаты относительно небольшого числа таких исследований не позволили сделать однозначные выводы. Несмотря на первоначальную волну анализов сцепления при НА результаты, представленные исследователями, не были продолжены более тщательным исследованием репликации. Одним из ключевых ограничений метода является его неспособность сузить область ДНК до экспериментально возможного числа генов. При современном быстром прогрессе генетических исследований на смену анализа сцепления генов пришли более совершенные и современные подходы, такие как полно-геномное секвенирование (GWAS), которые полностью вытеснили его из арсенала методов психиатрической генетики.

Наряду с исследованиями сцепленного наследования значительное внимание в прошедшее десятилетие уделялось исследованиям генов-кандидатов, под которыми понимаются гены, гипотетически, исходя из теоретических общебиологических предпосылок, отбирающиеся из десятков тысяч генов как наиболее вероятно связанные с развитием сложного фенотипа или заболевания (в данном случае НА). Исследования генов-кандидатов основываются на выявлении в этих генах однонуклеотидных полиморфизмов, представляющих собой вариации в одной позиции ДНК. В результате такой генетической изменчивости варибельность проявляется на уровне структуры и свойств экспрессируемого белка, повышая или понижая риск развития различных заболеваний и в частности НА.

Полученные результаты указывают на возможную ассоциацию между НА и полиморфизмами генов, регулирующих ключевые нейромедиаторы и нейромодуляторы, такие как серотонин, норадреналин, дофамин [11], нейротрофические факторы (в первую очередь нейротропный фактор головного мозга [12]). Подоб-

ная ассоциация предполагается и в отношении генов, определяющих мотивацию/поощрение питания (опиоидная, каннабиноидная и дофаминергическая системы) [20], а также генов, ответственных за значимые гормоны, например, эстрогены [30] (отвечающие за половое развитие, репродуктивную функцию, нормальное функционирование костной системы, устойчивость к заболеваниям и здоровое функционирование организма женщины в целом). Помимо этого в этом же контексте рассматриваются генные регуляторы гормонов, связанных с пищевым поведением (в частности грелина и лептина [34]). Но особенно много исследований было посвящено теоретически наиболее «многообещающим» генам, участвующим в регуляции серотонинергической системы.

Несмотря на большой объем собранных данных и сложившееся понимание определенной значимости в генезе заболевания и оформлении его клинической картины серотонинергической, опиоидной и нейротрофической систем трактовка результатов многочисленных исследований генов-кандидатов оказалась затруднительной и не позволяющей сделать однозначные выводы. Последнее связано с отсутствием достаточной воспроизводимости результатов, небольшими объемами и клинической гетерогенностью выборок со смешанными фенотипами, во многом обусловленными высоким уровнем коморбидных психических расстройств также, возможно, этнической неоднородностью обследованных групп [1, 4, 9, 21, 35, 52].

Другой причиной, затрудняющей оценку и понимание полученных данных, является сфокусированность исследований на ограниченном наборе генов-кандидатов, в то время как НА, как многие другие психические заболевания, на современном этапе развития наших представлений об их этиологии рассматриваются как полигенные/полифакторные, что предполагает совместный вклад большого числа различных генов с низкой пенетрантностью [9]. В настоящее время большинство специалистов рассматривает результаты исследований генов-кандидатов как противоречивые и недостаточно убедительные, а сам подход устаревшим и трудно применимым в области психиатрической генетики [4, 9, 20].

Последние годы генетики начали исследовать весь геном в целом в рамках подхода GWAS (genome wide association studies – расширенное полногеномное секвенирование), представляющего собой расширенный полногеномный ассоциативный анализ. Подобно исследованиям генов-кандидатов при проведении GWAS сравниваются случаи заболевания и контроль, но исследуется значительно большее количество генетических маркеров у значительно большего числа больных НА (до 1 000 000 у сотен тысяч участников исследования) вне связи с ограничивающим влиянием предварительных гипотез. Таким образом, GWAS учитывает полигенную природу психических расстройств с участием многих генетических вариантов, дающих небольшие, но совместно формирующие специфический фенотип эффекты.

Поскольку GWAS требует включения большого количества участников, исследовательские центры должны объединять усилия для проведения совместных работ. В результате был создан Консорциум психиатрической геномики (КПГ), который стал крупнейшим консорциумом в истории психиатрии. КПГ занимается изучением фундаментальной биологии психических расстройств, информированием клинической практики и поставкой новых терапевтических

целей на основе геномных исследований. GWAS в настоящее время являются золотым стандартом и, по образному выражению Н. Himmerich и соавт. [20], «рабочей лошадкой» психиатрической генетики [10, 20, 46].

Результаты двух недавно опубликованных исследований GWAS, проведенных Рабочей группой по расстройствам пищевого поведения КПП, привели к интригующим открытиям, имеющим значение для нашего понимания НА. Первое из них, включавшее ДНК 3495 человек с НА и 10982 лиц контрольной группы (не страдающих РПП), связало с анорексией locus на 12 хромосоме в месте, ранее уже связанном, с диабетом 1-го типа и аутоиммунными заболеваниями [16]. Кроме того, были получены генетические корреляции (вычислено с использованием баллов неравновесия по сцеплению), связывающие НА с фенотипами иных психических заболеваний, личностных особенностей (например, нейротизмом) и особенностями здорового физического метаболизма (быстрый метаболизм глюкозы и липидов, низкая масса тела). Другими словами, помимо ожидаемых психиатрических компонентов, результаты исследования показали наличие при НА генетически подтвержденных важных метаболических и аутоиммунных компонентов. Аутоиммунный аспект подтверждает отчет из более чем 930 000 шведских больничных записей, показывающий, что у детей, у которых родители страдали аутоиммунным расстройством, риск развития РПП значимо выше [57].

Второе, более масштабное GWAS, включающее данные 16992 больных НА и 55525 человек контрольной группы [55], выявило восемь независимых значимых генетических локусов и вновь показало значимые генетических корреляций НА с психическими расстройствами (ОКР, большой депрессией, тревожным расстройством, когнитивными нарушениями), личностными особенностями (нейротизмом), антропометрическими показателями и особенностями метаболизма в виде положительных генетических корреляций с уровнем холестерина и отрицательных с индексом массы тела (ИМТ), склонностью к ожирению, уровнем инсулина, инсулинорезистентностью и глюкозы натощак. Особый интерес вызвали полученные значимые генетические корреляции НА с антропометрическими и метаболическими показателями.

Согласно этим исследованиям генетическая архитектура НА не только подразумевает психиатрические предрасположенности, но также связь с метаболическими факторами и определенными антропометрическими характеристиками. Можно сказать, что генетическая структура НА отражает ее клиническую картину, показывая значительные генетические взаимосвязи с психическими расстройствами, метаболизмом и антропометрическими показателями, независимыми от эффектов, связанных с ИМТ [55]. Эти результаты дают основание для реконцептуализации НА как метаболически-психиатрического расстройства [8]. Выяснение метаболического компонента является критическим направлением для будущих исследований, а сочетанное терапевтическое воздействие как на психиатрический, так и метаболический компоненты состояния может быть ключом к повышению эффективности терапии и улучшению клинических исходов.

Хотя GWAS считается в настоящее время наиболее эффективным инструментом для идентификации генетических вариантов, имеющих общегеномное значение для исследуемых заболеваний, влияние определенных генетических

вариантов, способствующих общей наследуемости, при психических расстройствах нередко оказывается слишком мало, чтобы их можно было обнаружить с помощью этого метода. Большинство идентифицированных вариантов до сих пор дает относительно небольшие приращения риска и объясняют лишь небольшую долю семейной агрегации, что заставляет многих задаться вопросом, как объяснить оставшуюся, «отсутствующую» наследственность. Действительно, по сравнению с оценками наследуемости, ожидаемыми по наблюдаемой исходя из генеалогических методов и распространенности признаков в семьях, наследуемость оказывается намного меньшей: более чем в десять раз для некоторых признаков [17,20]. Это явление, называемое «отсутствием наследуемости», следует учитывать при интерпретации данных GWAS [20, 26]. Статистики, биологи и врачи в настоящее время разрабатывают подходы к тому, как объединить эти слабые, но, по-видимому, важные сигналы для увеличения информативности и расширения потенциала GWAS, чтобы прояснить генетику сложных заболеваний с целью обеспечить их эффективную профилактику и лечение.

Как мы уже отмечали, при анализе данных близнецовых исследований и исследований приемных детей, анорексия связана с сильным генетическим предрасположением, реализация которого требует вклада средовых факторов, иными словами, развитие НА подразумевают эффекты взаимодействия ген-среда [42].

Еще одним современным направлением генетических исследований НА является анализ эпигенетических механизмов. Это направление вызывает все больший интерес, представляя собой дополнительный уровень регуляции генов, способный связать не кодирующие генетические вариации ДНК с транскрипционными последствиями, изменяющими фенотип. Эпигенетика и особенно бихевиоральная эпигенетика, изучающая роль эпигенетических механизмов в формировании поведения животных и человека, представляется одним из наиболее перспективных направлений научных поисков в области биологии НА, обеспечивающим основу понимания того, как на экспрессию генов влияют события жизни индивидуума и окружающая среда [14], вызывая индивидуальные различия в поведении, познавательных процессах, личности и психическом здоровье.

Эпигенетическая регуляция генов затрагивает механизмы, не приводящие непосредственно к изменению последовательности нуклеотидов ДНК, и включает в себя такие процессы, как метилирование-деметилирование ДНК, модификация гистонов (гидроксиметилирование, ацетилирование, деацетилирование, фосфорилирование-дефосфорилирование) и регуляцию экспрессии генов на уровне транскрипции и посттранскрипции с помощью не кодирующих рибонуклеиновых кислот (РНК), в частности микро-РНК. Метилирование ДНК в промоторе гена обычно подавляет его транскрипцию. Гистоновые белки представляют собой структуры, ответственные за упаковку нитей ДНК в ядре клетки и могут изменять доступность последовательностей генов ДНК, приводя к блокированию таких процессов, как транскрипция, репликация. Наконец, не кодирующие РНК оказывают значительное влияние на регуляцию генов посредством механизмов, включающих посттранскрипционное молчание или ремоделирование хроматина [6, 40]. Имеющиеся данные предоставляют убедительные доказательства роли метилирования ДНК в обеспечении чувствительности экспрессии генов к воздействию окружающей среды.

Эпигенетические изменения могут влиять на рост нейронов в развивающемся мозге [23], а также изменять активность нейронов в мозге взрослого [31]. Эпигенетические изменения структуры и функции нейронов могут оказывать заметное влияние на поведение [33, 51]. Таким образом, эпигенетика может помочь в распутывании молекулярно-генетических путей, которые способствуют развитию и прогрессированию заболеваний [24].

Многочисленные наблюдения связывают воздействие стресса в раннем возрасте (например, физическое или сексуальное насилие, лишение родительской опеки или стихийные бедствия) с эпигенетическими изменениями, лежащими в основе позднейших поведенческих девиаций и нарушений психического здоровья [22, 25, 36]. В частности, разрушение культурных традиций, социальной канализации врожденных онтогенетических механизмов подростковой инициации, включающей различные модули, в том числе самоповреждения и ритуалы голодания, порождает ее стихийную реализацию в форме девиантных, суицидальных поступков и РПП [3].

Эпигенетические изменения в ряде генов-кандидатов, таких как нейротрофический фактор головного мозга и переносчик серотонина, также вовлечены в стресс в раннем возрасте и предрасположенность к психическим расстройствам у детей и взрослых, в том числе и НА. Было высказано предположение, что при НА действуют различные факторы окружающей среды, включая акушерские осложнения, гестационный стресс, детская травма, семейные конфликты, виктимизация со стороны взрослых, социальное побуждение к ограничению калорийности и фактическое состояние питания [43].

Появляющиеся новые данные свидетельствуют о том, что социальные особенности среды способны влиять на экспрессию генов независимо от первичной последовательности ДНК посредством эпигенетических процессов [51]. Было высказано предположение, что особенности рациона питания, в частности, низкое содержание жиров и углеводов могут повышать экспрессию генов, которые подавляют у генетически уязвимых индивидуумов аппетит и способствуют снижению массы тела [18, 39, 56].

Внутриутробные эпигенетические изменения, вызванные материнским стрессом, поведением и диетой, могут позже предрасполагать потомство к стойким, повышенным тревожным расстройствам. Высокая тревожность может спровоцировать начало НА и ожирения и сохраняться даже после выздоровления от РПП [38]. Эпигенетические различия, накапливающиеся в течение жизни, могут объяснять различия клинических проявлений РПП, наблюдаемых у монозиготных близнецов.

Другими аспектами изучения наследственных факторов развития НА, находящимися в самой зачаточной стадии, но уже показавшими свою значимость, являются нутригенетика и нутригеномика. Первая представляет собой направление, изучающее влияние генетических вариаций (однонуклеотидных полиморфизмов) на реакцию на определенные питательные вещества. Целью второй является оценка влияния питательных веществ на экспрессию генов [20, 45].

Следует констатировать, что изучение роли эпигенетических механизмов в генезе РПП находится на начальной стадии, прямые и однозначные доказательства эпигенетического опосредования воздействия окружающей среды еще не получены [20, 51]. Недостаточно исследованы и ассоциированные с заболеванием

метаболические процессы и антропометрические показатели, а исследования GWAS недостаточны и ограничиваются только больными с НА. В то же время они существенно меняют наши представления о РПП и методах его терапии.

Эпигенетические изменения, связанные с диетой и весом, поддаются коррекции и могут быть обратимыми, а изменения, связанные с регуляцией церебральных процессов, оказываются доступны для фармакологических вмешательств. Более глубокое понимание того, как питание влияет на стабильность генома, как генетические вариации влияют на усвоение и метаболизм питательных веществ и как реакция на пищевые компоненты влияет на расстройство пищевого поведения, приводит к разработке персонализированных диетических вмешательств и новых эффективных нутрицевтических и фармакологических методов лечения НА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. № 4. С. 63-70.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 607 с.
3. Шевченко Ю.С., Левковская О.Б., Панов Г.А. Подростковая инициация: традиционные, стихийные, патологические и психокоррекционные формы // Психическое здоровье. 2018. № 8. С. 53-68.

REFERENCES

1. Kibitov A.O., Mazo G.Je. Geneticheskie issledovanija narushenij pi-shhevego povedenija: vyhod iz zamknutogo kruga nozologicheskoy sistematiki // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2016. № 4. S. 63-70.
2. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. M.: Medicina, 1995. 607 s.
3. Shevchenko Ju.S., Levkovskaja O.B., Panov G.A. Podrostkovaja iniciacija: tradicionnye, stihijnye, patologicheskie i psihokorrekcionnye formy // Psihicheskoe zdorov'e. 2018. № 8. S. 53-68.
4. Baker J.H., Schaumberg K., Munn-Chernoff M.A. Genetics of anorexia nervosa // Curr Psychiatry Rep. 2017. 19 (11). P. 84-87.
5. Bergen A.W., Van den Bree M.B., Yeager M., et al. Candidate genes for anorexia nervosa in the 1p33–36 linkage region: serotonin 1D and delta opioid receptor loci exhibit significant association to anorexia nervosa // Mol Psychiatry. 2003. 8. P. 397–406..
6. Böhmendorfer G., Wierzbicki A.T. Control of Chromatin Structure by Long Noncoding RNA // Trends Cell Biol. 2015. 25(10). P. 623-632.
7. Brown K.M., Bujac S.R., Mann E.T., et al. Further evidence of association of OPRD1 and HTR1D poly-morphisms with susceptibility to anorexia nervosa // Biol Psychiatry. 2007. 61(3). P. 367–373.
8. Bulik C.M., Blake L., Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know // Psychiatr Clin North Am. 2019. 42(1). P. 59-73..
9. Bulik C.M., Kleiman S.C., Yilmaz Z. Genetic epidemiology of eating disorders // Curr Opin Psychiatry. 2016. 29(6). 383-388.
10. Bush W.S., Moore J.H. Genome-wide association studies. PLoS Comput Biol 2012; 8: e1002822.
11. Calati R., De Ronchi D., Bellini M., Serretti A. The 5-HTTLPR polymor-

phism and eating disorders: a meta-analysis // *Int J Eat Disord.* 2011. 44. P. 191–199. 10.1002/eat.20811.

12. Ceccarini M.R., Tasegian A., Franzago M., et al. 5-HT2AR and BDNF gene variants in eating disorders susceptibility. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2019 Nov 20.

13. Cederlöf M., Thornton L.M., Baker J.H., et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, family and twin study // *World Psychiatry* 2015; 14: 333–338..

14. Champagne F.A., Mashoodh R. Genes in context: Gene-environment interplay and the origins of individual differences in behavior // *Current Directions in Psychological Science.* 2012. 18(3). P. 127–131.

15. Devlin B., Bacanu S.A., Klump K.L., et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates // *Hum Mol Genet.* 2002. 11. 689–696.

16. Duncan L., Yilmaz Z., Gaspar H., et al. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa // *Am J Psychiatry.* 2017. 174(9). P. 850-858.

17. Génin E. Missing heritability of complex diseases: case solved? // *Hum Genet.* 2020. 139(1). 103-113.

18. Hanjani N.A., Vafa M. Protein restriction, epigenetic diet, intermittent fasting as new approaches for preventing age-associated diseases // *Int J Prev Med.* 2018; 9: 58.

19. Herpertz-Dahlmann B., Dahmen B. Children in need-diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset anorexia nervosa // *Nutrients.* 2019. 11(8). pii: E1932.

20. Himmerich H., Bentley J., Kan C., Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2019 Feb

21. Hinney A., Volckmar A.L. Genetics of eating disorders // *Curr Psychiatry Rep.* 2013. 15. 423. 10.1007/s11920-013-0423-y.

22. Holmes L.Jr., Shutman E., Chinaka C. et al. Aberrant epigenomic modulation of glucocorticoid receptor gene (nr3c1) in early life stress and major depressive disorder correlation: systematic review and quantitative evidence synthesis // *Int J Environ Res Public Health.* 2019. Nov 4;16(21):4280.

23. Honda M., Nakashima K., Katada S. Epigenetic Regulation of Human Neural Stem Cell Differentiation // *Results Probl Cell Differ.* 2018. 66. P. 125-136.

24. Hübel C., Marzi S.J., Breen G., Bulik C.M., Epigenetics in eating disorders: a systematic review. *Mol Psychiatry.* 2019;24(6):901-915.

25. Jawahar M.C., Murgatroyd C., Harrison E.L., Baune B.T. Epigenetic alterations following early postnatal stress: a review on novel aetiological mechanisms of common psychiatric disorders // *Clin Epigenetics.* 2015;7:122.

26. Kao P.Y., Leung K.H., Chan L.W., et al. Pathway analysis of complex diseases for GWAS, extending to consider rare variants, multi-omics and interactions // *Biochim Biophys Acta.* 2017. 1861. P. 335–353.

27. Klump K.L., Miller K.B., Keel P.K., et al. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample // *Psychol Med.* 2001. 31. P. 737–740.

28. Klump K., Suisman J., Burt S., et al. Genetic and environmental influences on

disordered eating: An adoption study // J. Abnorm. Psychol. 2009. 118(4). P.797-805.

29. Kortegeard L.S., Hoerder K., Joergensen J., et al. A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder // Psychol Med. 2001. 31(2). P. 361-365.

30. Nilsson M., Naessen S., Dahlman I., et al. Association of estrogen receptor beta gene polymorphisms with bulimic disease in women. Mol. Psychiatry. 2004. – 9. P. 28–34.

31. Ma D.K., Marchetto M.C., Guo J.U., et al. Epigenetic choreographers of neurogenesis in the adult mammalian brain. Nat Neurosci. 2010. 13(11). P. 1338-44.

32. Mangweth B., Hudson J., Pope H. et al. Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders // Psychol. Med. 2003. 33(7). P. 1319–1323.

33. Miller G. Epigenetics // The seductive allure of behavioral epigenetics. Science. 2010. 329(5987). 24-27.

34. Muller T.D., Tschop M.H., Jarick I., et al. Genetic variation of the ghrelin activator gene ghrelin O-acyltransferase (GOAT) is associated with anorexia nervosa // J. Psychiatr. Res. 2011. 45. P. 706–711.

35. Munn-Chernoff M., Grant J., Agrawal A. et al. Are there common familial influences for major depressive disorder and an overeatingbinge eating dimension in both European American and African American Female twins? // Int. J. Eat. Disord. 2014. 48(4). P. 375–382.

36. Park C., Rosenblat J.D., Brietzke E., et al. Stress, epigenetics and depression: A systematic review. // Neurosci Biobehav Rev. 2019. 102. P. 139-152. .

37. Pinheiro A.P., Root T., Bulik C.M. The genetics of anorexia nervosa: current findings and future perspectives // Int. J. Child Adolesc. Health. 2009. 2(2). P. 153-164.

38. Raney T.J., Thornton L.M., Berrettini W., et al. Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa // Int J Eat Disord. 2008. 41(4). P. 326-32.

39. Seok S., Kim YC., Byun S., Choi S., Xiao Z., Iwamori N., Zhang Y., Wang C, Ma J, Ge K, Kemper B, Kemper JK. Fasting-induced JMJD3 histone demethylase epigenetically activates mitochondrial fatty acid β -oxidation. J Clin Invest. 2018;128(7):3144-3159.

40. Shukla G.C., Singh J., Barik S. MicroRNAs: processing, aturation, target recognition and regulatory functions // Mol Cell Pharmacol. 2011. 3(3). P. 83-92.

41. Southgate L., Tchanturia K., Treasure J. Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice // Journal of Mental Health. 2005. 14(6). P. 553-566.

42. Steiger H., Booij L. Eating Disorders, Heredity and Environmental Activation: Getting Epigenetic Concepts into Practice // J Clin Med. 2020. 9(5). 2-13.

43. Steiger H., Thaler L. Eating disorders, gene-environment interactions and the epigenome: Roles of stress exposures and nutritional status // Physiol. Behav. 2016. 162. 181–185.

44. Strober M., Freeman R., Lampert C., et at. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes // Am J Psychiatry. 2000. 157(3). P. 393-401.

45. Shih P.A., Woodside D.B. Contemporary views on the genetics of anorexia nervosa // Eur Neuropsychopharmacol. 2016. 26(4). P. 663-73.

46. Sullivan P.F., Agrawal A., Bulik C.M., Psychiatric Genomics: An Update and

an Agenda // Am J Psychiatry. 2018. 175(1). P. 15-27.

47. Szyf M. DNA methylation, behavior and early life adversity. J. Genet. Genom. 2013, 40, 331–338.

48. Szyf M. Epigenetics, a key for unlocking complex CNS disorders? Therapeutic implications. Eur. Neuropsychopharmacol. 2015, 25, 682–702.

49. Thornton L.M., Munn-Chernoff M.A., Baker J.H., et. al. The anorexia nervosa genetics initiative (angi): overview and methods. Contemp Clin Trials. 2018. 74. P. 61-69.

50. Thornton L.M., Welch E., Munn-Chernoff M.A., et al. Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors // Suicide Life Threat Behav. 2016. 46. P. 525–34.

51. Toyokawa S., Uddin M., Koenen K.C., Galea S. How does the social environment 'get into the mind'? Epigenetics at the intersection of social and psychiatric epidemiology. // Soc Sci Med. 2012. 74(1). P. 67-74.

52. Trace S., Baker J., Peñas-Lledó E., Bulik C. The genetics of eating disorders. // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2013. 9. P. 589–620.

53. Wade T.D., Bulik C.M., Neale M., et al. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors // Am J Psychiatry. – 2000. 157. 469–471.

54. Wade T.C.; Bulik C.M. Genetic influences on eating disorders. In The Oxford Handbook of Eating Disorders; Agras, W.S., Robinson, A., Eds.; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2018. P. 37-44.

55. Watson H.J., Yilmaz, Z., Thornton, L.M., et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa // Nat Genet. 2019. 51(8). 1207-1214.

56. Yilmaz Z., Hardaway J.A., Bulik C.M. Genetics and Epigenetics of Eating Disorders // Adv Genomics Genet. 2015. 5. P. 131-150.

57. Zerwas S., Larsen J.T., Petersen L., et al. Eating Disorders, Autoimmune, and Autoinflammatory Disease // Pediatrics. 2017. 140(6):e20162089.

V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko

GENETIC AND EPIGENETIC ASPECTS

OF NERVOUS ANOREXIA (LITERATURE REVIEW)

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. In recent decades, it has become increasingly clear that in the etiopathogenesis of anorexia nervosa, along with psychosocial influences, biological factors play a significant role, and genetic mechanisms largely determine both the predisposition to this disease and the spectrum of comorbid psychiatric symptoms accompanying it. On the other hand, macrosocial and environmental environmental factors are assessed in the context of the epigenetic causation of eating disorders. The purpose of this review is to familiarize psychiatrists and psychologists with the data of the latest genetic research and to outline a modern genetic and evolutionary biological approach to understanding such a difficult curable disease as anorexia nervosa. The article also discusses promising new directions for the treatment and prevention of anorexia nervosa based on genetic and epigenetic concepts.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, genetics, gene-candidates, whole genome sequencing, epigenetics, nutrigenetics, nutrigenomics

БУЛЛИНГ, ДИДАКТОГЕНИЯ И СИНДРОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ **Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Резюме. В статье рассматриваются вопросы влияния школьной среды и педагогического процесса на психическое и физическое здоровье школьников. Дается обзор современных отечественных и зарубежных исследований по обеспечению психологической безопасности образовательно-воспитательной среды. Рассматриваются вопросы психологического школьного климата, буллинга, дидактогении, синдрома педагогического насилия и факторы, способствующие их возникновению.

Ключевые слова: здоровье школьников, буллинг, виктимизация, педагогическое насилие, дидактогения.

Быть педагогом невероятно трудно. Это требует и таланта, это и искусство, и огромная культура, и невероятная ответственность, и редкое сочетание человеческих достоинств и совершенств.

Борис Михайлович Бим-Бад

Число исследований феномена школьной травли неуклонно растет, и география их охватывает практически весь земной шар. Причиной этому являются как широкая распространенность этой формы деструктивного поведения среди детей и подростков, так и тяжелые последствия травли для их психического, физического, социального благополучия в будущем.

Психологическую безопасность образовательной среды необходимо рассматривать как состояние, в котором отсутствуют проявления психологического насилия, созданы условия для удовлетворения базовой потребности в защищенности участников образовательной среды и формирование у них внутренних ресурсов сопротивления деструктивным воздействиям. Не меньшую роль в обеспечении психологической безопасности образовательно-воспитательного процесса играет и школьный климат [2].

Школьный климат, точнее, такие его составляющие, как переживание безопасности в школе, принадлежности к ней и, в наибольшей степени, социальные отношения (между учителем и учениками, а также отношения учеников между собой) является значимым фактором, способствующим состоянию психического и физического здоровья не только школьников, но и учителей. На основании исследований можно сделать выводы о том, какие характеристики школьного климата являются факторами, способствующими снижению травли в школе. В первую очередь, это формирование личных положительно окрашенных отношений учителя и учеников, и это актуально для любого школьного возраста, в то время как дружеские отношения со сверстниками как профилактика травли выходят на первый план только в средней и старшей школе [7].

Исследования показали тесную взаимосвязь между восприятием учениками школьного климата и самооценками благополучия, устойчивости и моральной идентичности [18]. Они провели два опроса, один для оценки восприятия учащимися особенностей школьного климата, а другой для оценки благополучия, устойчивости и моральной идентичности учащихся, среди 618 учеников 11 классов из 15 независимых школ в Южной Австралии. Результаты показали статистически значимые и положительные отношения между школьными климатическими факторами с устойчивостью моральной идентичности учащихся. Кроме того, были обнаружены косвенные связи (в основном благодаря устойчивости) между школьными климатическими факторами и благополучием учащихся.

По данным авторов [23], защитными факторами от издевательств определяются личные компетенции, такие как развитие эмпатии и ключи к позитивной школьной среде, в которых приводятся результаты успешных программ профилактики в школах в разных странах. Они четко определяют издеательства как проблему общественного здравоохранения, психического здоровья, а профилактику - как сдерживающее средство для будущего антиобщественного и преступного поведения.

Интересные данные по улучшению психического здоровья были получены J. Symonds и соавт. Авторы показали, как развивались тревожность, депрессивные симптомы и позитивное функционирование у подростков по мере их перехода из общеобразовательной школы на дальнейший этап образования и при трудоустройстве на работу. Контролируя достижения в детстве, социально-экономический статус, этническую принадлежность и пол, авторы обнаружили, что подростки NEET (Not in Education, Employment or Training) несут наибольшие потери в психическом здоровье, также как и подростки, оставшихся в школе. У них появились повышенная тревожность и депрессия, а также снижение положительного функционирования. Подростки, перешедшие на постоянную работу или поступившие в профессионально-технические училища, добились значительных успехов в области психического здоровья [22].

Виктимизация в школе оказывает неблагоприятное воздействие на психическое и физическое здоровье учащихся. В своей работе авторы подчеркивают тесную связь между виктимизацией школ и низким субъективным факторам здоровья. При анкетировании 39% учеников сообщили, что подвергались издевательствам, а 16% испытали межличностное насилие. Пострадавшие дети сообщали о вдвое большем количестве психосоматических проблем, более низком уровне удовлетворенности жизнью и снижении HRQoL (качества жизни, связанного со здоровьем с течением времени) по сравнению с детьми без опыта виктимизации. Укрепление самооэффективности учеников и благоприятный школьный климат смогли уменьшить последствия виктимизации для здоровья [15].

Среди работ по влиянию педагогического процесса на состояние здоровья школьников особое место занимают исследования различных форм дидактогении. Влияние неадекватного педагогического процесса и «жесткого» поведения учителя в различных критических ситуациях нередко приводит к возникновению дидактогении [3, 5, 6, 8]. В основе любых форм дидактогений всегда лежит конфликт, в результате которого ученик получает психическую травму по вине

педагога, которая может трансформироваться в невроз и требует срочной консультации у клинического психолога или лечения у психотерапевта.

По данным А.А. Мирошниченко, дидактогения как термин редко употребляется в лексиконе педагогического сообщества и профессиональной деятельности учителей. Но она реально присутствует и различные проявления педагогического насилия существуют на всех уровнях образования. Их объем и динамику в современных условиях невозможно оценить, т.к. в системе образования их мало кто пытается измерить. Признавая педагога основным источником дидактогении в учебном заведении, А.А. Мирошниченко разделила их на три группы. К первой группе, самой малочисленной, она отнесла учителей, которые становятся источником дидактогении вследствие случайных методических ошибок. Вторую по численности группу составляют учителя, для которых дидактогения является обязательным компонентом методики преподавания: «Будет бояться – будет учить». К сожалению, этот тезис в полной мере определяет стиль их работы. Третья группа учителей, самая многочисленная, сама подвержена дидактогении. Ее участники проектируют проявления собственного синдрома педагогического насилия на своих учеников. Причиной формированию третьей группы, по мнению А.А. Мирошниченко, является переход системы образования в сферу услуг, изменение статуса и миссии учителя [6].

И.С. Бердышев дидактогении подразделяет на легкие, среднетяжелые и тяжелые формы. По длительности течения на: острую – с коротким эпизодом, подострую – с повторением эпизода дидактогении и хроническую – систематическую дидактогению [1].

Работа С. Ji-Kang, W. Hsi-Sheng свидетельствует о том, что поддержка сверстников ребенка играет важную посредническую роль между воздействием насилия в школе и психологическим здоровьем учащихся. Полученные авторами результаты показали, что психологическое здоровье учеников не связано напрямую с виктимизацией учениками и плохим обращением со стороны учителей; однако психологическое здоровье детей косвенно связано с виктимизацией со стороны учащихся опосредованно через социальную поддержку сверстников [19].

В статье В. Oldenburg, et al. была показана связь между характеристиками учителя и виктимизацией сверстников в начальных классах. Были опубликованы данные анкетирования 3385 учащихся начальной школы и 139 их учителей (средний возраст 43,9 лет) с использованием регрессионного анализа Пуассона для объяснения степени виктимизации школьников в классе. Анализ результатов показал более высокий уровень виктимизации в классных учителей, которые приписывали запугивание внешним факторам, находящимся вне их контроля [16].

М. Serdiouk et al. считают, что издевательства наиболее изучены в школьном контексте, и положительный или отрицательный климат школы влияет на частоту издевательства и виктимизации. Более высокие уровни запугивания и преследования были связаны с «неуместными» ответами учителя школьникам, плохими отношениями между учителем и учеником, отсутствием поддержки школьников со стороны учителей. Дети, которые проявили больше позитивных отношений между учителем и ребенком при опросе сообщили о более низком уровне виктимизации. Это соотношение не менялось со временем. Так же дети

с большим количеством друзей, как правило, становились жертвами реже [20].

V. Hein et al. при анкетировании 602 школьников из 10 школ проверили модель взаимосвязей между восприятием учениками контролирующего поведения учителя, восприятием подавляющих основных психологических потребностей, гневом и запугиванием. Хорошо подобранная ими модель структурного уравнения продемонстрировала, что восприятие учениками негативного отношения и запугивания, проявленного учителем, оказало значительное влияние на учеников. Полученные ими данные свидетельствуют о том, что учителя, которые избегали использования отрицательного отношения и запугивания при обучении сообщали о меньшем количестве учеников с хулиганским поведением в своих классах [11].

В работе Е.А. Катан проанализирована взаимосвязь последствий жесткого обращения и возрастного периода жизни. Первые попытки суицидов и членовредительства среди детей, перенесших жестокое обращение, появлялись в возрасте 7-12 лет. Также дети этого возраста обнаруживали повышенный уровень депрессии, безнадежности и низкой самооценки. Анализ полученных данных позволил автору сделать вывод, что данный возрастной период очень уязвим к воздействию факторов эмоционального насилия: третированию, терроризированию и запугиванию ребенка [4].

Исследование Jr.D.T. Lardier et al. выявило множество факторов, которые влияют на суицидальные мысли среди запуганной школьной молодежи. В частности, влияние школьных издевательств на суицидальные мысли было получено при опросе 488 подростков в возрасте 10–18 лет. Результаты опроса показали, что издеательства в школе внесли значительный вклад в возникновение суицидальных мыслей как у юношей, так и у девушек [13].

Существуют также исследования, показывающее, что высокая распространенность издевательств среди учащихся связана с плохой профессиональной культурой педагога, измеряемой с помощью оценок учителей о лидерстве, сотрудничестве и консенсусе в школе. Кроме того, отношение учителей и фактическое реагирование их при издеательствах в школах продемонстрировали, что большая часть учителей имела высокую приверженность к предотвращению издевательств и занимала позитивную позицию в отношениях между учителем и учеником, что приводило, по мнению учащихся, к меньшей виктимизацией со стороны сверстников. Исследователи обнаружили, что в классах и школах, где ученики чувствовали, что их учителя неодобрительно относятся к издеательствам, виктимизация со стороны сверстников встречалась реже. Однако авторы настоящего исследования не учитывали сообщения подростков, над которыми издевались учителя, а не сверстники [9, 12].

Авторы исследования постарались объединить две точки зрения на поведение учителей, чтобы определить их влияние на издеательства учеников в школе, а именно на характер издеательств учителей и их общее межличностное поведение. Данные были собраны с помощью анкет у 33 учителей старших классов школы и их 784 учеников. Результаты многоуровневого регрессионного анализа показали, что характерные для издеательств учителя и общее межличностное поведение независимо вносили вклад в издеательства среди учени-

ков. Более низкие уровни издевательств были установлены, когда учителя были менее склонны дисциплинировать хулигана, и демонстрировали более межличностное поведение с высоким уровнем контроля и близости и менее межличностное поведение с низким уровнем контроля и близости. Это подчеркивает необходимость учитывать сильные стороны учителя при разработке программ борьбы с издевательствами [17].

Дидактогению, по нашему мнению, необходимо рассматривать не только как негативное психическое состояние учащегося или невроз. Этот феномен надо относить к психосоматическим, т. к. кроме нервной в патологический процесс вовлекаются и другие системы организма ученика. Проведенные ранее нами исследования позволили доказать роль дидактогенных факторов в возникновение синдрома педагогического насилия, обосновать данный термин и предложить его классификацию [3]. Под синдромом педагогического насилия мы понимаем возникновение комплекса отклонений в состоянии здоровья школьников под влиянием неадекватных педагогических методов, действий и учебных программ. Синдром педагогического насилия мы разделили на: синдром легитимного (законного) педагогического насилия; синдром административного педагогического насилия; синдром авторитарного педагогического насилия.

При авторитарном педагогическом насилии у школьников мы выделяем ряд общих признаков [3]:

Страхи. В классах, где практикуется педагогическое насилие, школьники, особенно начальных классов, переживают чувство страха, незащищенности. Поведение их под действием страхов может быть разнообразным - от фантазерства, лживости, обмана, нерешительности, пассивности до аутизма и агрессивности. В ряде случаев у детей формируются пограничные психические состояния и неврозы.

Изоляция. В большинстве случаев, когда практикуется педагогическое насилие, сам факт насилия открыто не обсуждается. Учителя дают понять школьникам, что не следует обсуждать создавшуюся ситуацию в классе, с родителями или друзьями. Это заставляет детей, участвующих в конфликте, чувствовать себя изолированными, не такими, как все в классе. Может быть и обратная ситуация, когда педагоги открыто обсуждают конфликт, различными способами привлекая на свою сторону основную массу учащихся в классе (школе), их родителей, и таким образом способствуют изоляции отдельного ученика или группы школьников.

Разочарование. Часть школьников в силу ряда обстоятельств, таких как плохая подготовка на дошкольном этапе, определенный тип мышления, частые острые заболевания или длительная, периодически обостряющаяся хроническая болезнь, вынужденные пропуски уроков и др., не могут усвоить новые темы, не имея базовых знаний. Постепенно количество предметов, по которым ученик имеет неудовлетворительные оценки, увеличивается. Вместо понимания проблемы и помощи со стороны учителей данные школьники получают обидные прозвища и оскорбления. Они разочаровываются в школе, а порой и в жизни. Постоянный стресс, который они испытывают, вырабатывает у них определенное поведение. Одни становятся «двоечниками-хулиганами» и постоянно создают конфликтные ситуации в школе, на улице, в семье. У других появляются

депрессивное настроение, чувство ненужности, лишнего человека в этой жизни, формируются мысли о суициде.

Чувство «заслуженности» жестокого обращения. У ряда школьников, находящихся в изоляции и разочаровавшихся в себе, в конце концов может сформироваться заниженная самооценка и чувство «заслуженности» жестокого обращения с ними со стороны учителей.

Агрессивное поведение. У части подростков формируется вульгарный вариант взрослого поведения. Они позволяют себе прогулы уроков, открытое курение, появление в школе в нетрезвом состоянии. Все это приводит к усилению эмоционального напряжения, проявляющегося агрессивным поведением.

Психосоциальная дизадаптация. В этих случаях у школьников имеет место несформированность навыков учебной деятельности, коммуникативных навыков, недостаточно развит самоконтроль. Стремление таких подростков к общению и лидерству в сочетании с эмоциональной несбалансированностью приводит к конфликтным ситуациям с педагогами и сверстниками в школе и на улице.

В свою очередь, психосоматические и невротические расстройства у школьников часто связаны не только с негативными взаимоотношениями между учителем и школьником, но и с личностью родителей, принимающих значимую роль в формировании личности ребенка, его реакции на буллинг, педагогическое насилие и развитие дидактогении [3].

Для диагностики синдром авторитарного педагогического насилия мы использовали разработанную нами анкету, включающую ряд вопросов, отражающих взаимоотношение учителей и учащихся при проведении образовательного процесса. Нами предложен экспресс-метод для определения синдрома авторитарного педагогического насилия [3]. Он проводится с помощью анонимной анкеты, которая включает в себя ряд вопросов, отражающих взаимоотношения учеников и педагогов:

А. Ваши взаимоотношения с преподавателем:

1. Были ли у Вас конфликты с преподавателями? Да / Нет
2. Боялись ли Вы своих преподавателей? Да / Нет
3. Подвергались ли Вы педагогом унижению? Да / Нет
4. Относились ли к Вам педагоги несправедливо? Да / Нет

Б. Перечисленные выше взаимоотношения с преподавателями явились причиной развития у Вас:

- а) невротического состояния Да / Нет
- б) угнетения настроения Да / Нет
- в) депрессивного состояния Да / Нет
- г) головной боли Да / Нет
- д) боли в животе Да / Нет

В. Если у Вас имелись хронические заболевания, то негативное взаимоотношения с педагогами приводили к их обострению? Да / Нет

Анкетирование 220 учащихся позволило нам выявить психосоматические отклонения, возникающие при обучении их в школе. Анализ результатов исследования показал, что у 58,6% из них отмечалось наличие конфликтов с учителями; к 75,7% учителя относились несправедливо; 51,8% боялись своих учителей;

35,1% подвергались унижению педагогами. Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение состояния здоровья учащихся. При этом у 67,1% школьников отмечались невротические расстройства; у 52,7% угнетение настроения; у 22,5% депрессивное состояние; у 14,4% боли в животе; у 47,5% головные боли; у 14,9% обострения хронических заболеваний.

Учитывая вышеизложенное, мы предлагаем обсудить на страницах журнала возможность разработки и внедрения проекта «Школа без педагогического насилия» в рамках существующей в настоящее время программы «Школа, содействующая укреплению здоровья».

Выводы.

1. Таким образом, исследования проведенные учеными различных стран, показали, что школьный климат, виктимизация, буллинг, дидактогения и синдром педагогического насилия являются факторами, влияющими на физическое и психическое здоровье школьников.

2. Для выявления синдрома авторитарного педагогического насилия мы рекомендуем нашу анкету, которая заполняется анонимно школьниками под руководством школьного психолога, а итоги анкетирования доводятся до администрации и педагогического коллектива школы. В свою очередь администрация, контролирующая психологический климат в школе и классах, при выявлении случаев педагогического насилия должна корректировать стиль работы педагогов с учениками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердышев И.С. Дидактогенические ситуации в практике детского психиатра. Социальная работа: теория, методы, практика // Материалы интернет-конференций и семинаров Выпуск 1. Проблемы здорового развития ребенка и детская психотравма. СПб.: 2012. С.4–9. <http://homekid.ru/family/v12012psychotravma>. (дата обращения: 27. 07. 2020).

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. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении // Медицинская психология в России. 2013. Т. 5. № 5. С. 15.

4. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1. С. 112-120.

5. Ковалева Е.А. Личностные предпосылки проявления насилия в педагогической деятельности // Journal of Psychology. Special Pedagogy. Social Work. Vol. 45. Iss. 4. 2016. P. 49–56. <http://psihologie.upsc.md> (дата обращения 27.07.2020).

6. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2. С. 162–163. (приложение).

7. Новикова М.А., Реан А.А. Влияние школьного климата

на возникновение травли: отечественный и зарубежный опыт исследования // Вопросы образования. 2019. №2. С. 78-97.

8. Худик В.А., Фесенко Ю.А. Дидактогения как ошибки воспитания и обучения детей и подростков // Вестник Череповецкого государственного университета. 2015. № 7. С.147–151.

REFERENCES

1. Berdyshev I.S. Didaktogenicheskie situacii v praktike detskogo psihiatra. Social'naja rabota: teorija, metody, praktika // Materialy internet-konferencij i seminarov Vypusk 1. Problemy zdorovogo razvitija rebenka i detskaja psihotravma. SPb.: 2012. S.4–9. <http://homekid.ru/family/v12012psychotravma>. (data obrashhenija:27. 07. 2020).

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

3. Ganuzin V.M. Sindrom pedagogicheskogo nasilija kak forma didaktogenii // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2013. T. 5. № 5. S. 15.

4. Katan E.A. Ispolzovanie mezhdunarodnogo oprosnika neblagoprijatnogo detskogo opyta dlja vyjavlenija psihotravmirujushhih faktorov v detskom i podrostkovom vozraste // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20). № 1. S. 112-120.

5. Kovaleva E.A. Lichnostnye predposylki projavlenija nasilija v pedagogicheskoy dejatel'nosti // Journal of Psychology. Special Pedagogy. Social Work. Vol. 45. Iss. 4. 2016. R. 49–56. <http://psihologie.upsc.md> (data obrashhenija 27.07.2020).

6. Miroshnichenko A.A. Kompleksnaja ocenka dejatel'nosti uchitelja kak uslovie profilaktiki didaktogenii. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 2. S. 162–163. (prilozhenie).

7. Novikova M. A., Rean A. A. Vlijanie shkol'nogo klimata na vzniknovenie travli: otechestvennyj i zarubezhnyj opyt issledovanija // Voprosy obrazovanija. 2019. № 2. S. 78-97.

8. Hudik V.A., Fesenko Ju.A. Didaktogenija kak oshibki vospitanija i obucheni-ja detej i podrostkov // Vestnik Cherepoveckogo gosudarstvennogo universiteta

9. Banzon-Librojo L.A., Garabiles M.R., Alampay L.P. Relations between Harsh Discipline from Teachers, Perceived Teacher Support, and Bullying Victimization among High School Students // Journal of Adolescence. 2017. Vol. 57. June. P. 18–22.

10. Chow A., Salmela-Aro K. Mental Health Improves after Transition from Comprehensive School to Vocational Education or Employment in England: A National Cohort Study // Developmental Psychology. Apr. 2016. Vol. 52. N 4. P. 652–665.

11. Hein V., Koka A., Hagger M.S. Relationships between Perceived Teachers' Controlling Behaviour, Psychological Need Thwarting, Anger and Bullying Behaviour in High-School Students // Journal of Adolescence. 2015. No. 42. P. 103–114.

12. Låftman S.B., Östberg V., Modin B. School Climate and Exposure to Bullying: A Multilevel Study // School Effectiveness and School Improvement. 2017. Vol. 28. No 1. P. 153–164.

13. Lardier Jr.D.T., Barrios V.R., Garcia-Reid P., Reid R.J. Suicidal Ideation among Suburban Adolescents: The Influence of School Bullying and Other Mediating Risk Factors // Journal of Child & Adolescent Mental Health. 2016. Vol. 28. No 3. P. 213–231.

14. Librojo L.A., Garabiles M.R., Alampay L.P. Relations between Harsh Discipline from Teachers, Perceived Teacher Support, and Bullying Victimization among High School Students // *Journal of Adolescence*. 2017. Vol. 57. June. P. 18–22.
15. Menrath I., Prüssmann M., Müller-Godeffroy E., Prüssmann C., Ravens-Sieberger U., Ottova-Jordan V., Thyen U. Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*: Jun. 2015. Vol. 36. N 5. P. 305–312.
16. Oldenburg B., Van Duijn M., Sentse M., Huitsing G., Van der Ploeg R., Salmivalli C., Veenstra R. Teacher Characteristics and Peer Victimization in Elementary Schools: A Classroom-Level Perspective // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015. Vol. 43. Iss. 1. P. 33–44.
17. Petrie J.A.C. van der Zanden, Eddie J.P.G. Denessen, Ron H.J. Scholte. The effects of general interpersonal and bullying-specific teacher behaviors on pupils' bullying behaviors at school // *International School of Psychology*. 2015. Vol. 36. P. 467–481.
18. Riekse H., Aldridge J. M., Afari E. The Role of the School Climate in High School Students' Mental Health and Identity Formation: A South Australian Study // *British Educational Research Journal*. Feb. 2017. Vol. 43. N 1. P. 95–123.
19. Ji-Kang C., Hsi-Sheng W. School Violence, Social Support and Psychological Health Among Taiwanese Junior High School Students // *Child Abuse & Neglect*. Oxford. Apr. 2013. Vol. 37. N 4. P. 252–263.
20. Serdiouk M., Berry D., Gest S.D. Teacher-Child Relationships and Friendships and Peer Victimization across the School Year // *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2016. Vol. 46. September. P. 63–72.
21. Swearer S.M., Hymel S. Understanding the Psychology of Bullying: Moving Toward a Social-Ecological Diathesis–Stress Model // *American Psychologist*. 2015. Vol. 70. No 4. P. 344–353. URI <http://hdl.handle.net/20.500.11937/279328>
22. Symonds J., Dietrich J., Chow A., Salmela-Aro K. Mental Health Improves after Transition from Comprehensive School to Vocational Education or Employment in England: A National Cohort Study // *Developmental Psychology*. Apr. 2016. Vol. 52. N 4. P. 652–665.
23. Zych I., Farrington D., Llorent V. J., Ttofi M. M. Protecting Children against Bullying and its Consequences. London: Macmillan Publishers. 2017.

V.M. Ganuzin

BULLING, DIDACTOGENIA AND PEDAGOGICAL VIOLENCE SYNDROME IN DOMESTIC AND FOREIGN STUDIES

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article examines the influence of the school environment and the pedagogical process on the mental and physical health of schoolchildren. An overview of modern domestic and foreign research on ensuring the psychological safety of the educational environment is given. The issues of psychological school climate, bullying, didactogeny, pedagogical violence syndrome and factors contributing to their occurrence are considered.

Keywords: health of schoolchildren; bullying; victimization; pedagogical violence; didactogeny.

А.Н. Белова, Т.В. Жилиева, В.В. Борзиков, А.Н. Кузнецов
ОБЗОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ¹

**Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр
(Нижний Новгород).**

Аннотация. Эмоциональная дисрегуляция (ЭДР) занимает важное место в клинической картине расстройств аутистического спектра (РАС) и лежит в основе множества проблем, характерных для лиц с аутизмом. Было продемонстрировано, что у детей с РАС выраженность ЭДР коррелирует с тяжестью аутизма и с его ключевыми проявлениями. Поэтому развитие подходов к коррекции ЭДР и развитию навыков эмоциональной регуляции относится к приоритетным задачам помощи детям и взрослым с РАС. В связи с этим представляется актуальной разработка специализированных валидных психометрических инструментов для оценки эффективности методов коррекции ЭДР при РАС. Данный обзор литературы посвящен анализу имеющихся к настоящему времени психодиагностических методик, которые могут применяться в научных исследованиях и практической работе при оценке нарушений эмоциональной регуляции при РАС у детей и подростков. В связи с тем, что большинство этих инструментов не имеет русскоязычной адаптации, их перевод на русский язык и валидизация, а также создание надежных и удобных новых инструментов измерения ЭДР имеют в России особую актуальность.

Ключевые слова: нарушения эмоциональной регуляции, расстройства аутистического спектра, психометрические инструменты, эмоциональная дисрегуляция.

Введение. Понятие эмоциональной дисрегуляции и ее роль в клинике РАС. Психологическим термином «эмоциональная регуляция» (ЭР) обозначают способность человека модифицировать психический тонус и уровень своих эмоций для достижения целей и реализации адаптивного поведения [27]. Несмотря на то что изначально концепция эмоциональной регуляции/дисрегуляции разрабатывалась в психологии и опиралась на такие конструкты, как эмоциональный интеллект, ментализация, рефлексия, копинг-стратегии [15], в настоящее время оценка ЭДР имеет большое практическое значение в области клинической психиатрии, так как ЭДР является «сквозным» для широкого спектра психических расстройств феноменом, обуславливающим деструктивное, в том числе аутоагрессивное поведение и другие психопатологические нарушения [15,42]. В отечественной школе психологии А.В. Запорожец задолго до появления концепции ЭР рассматривал эмоции как особую форму отражения действительности, при помощи которой осуществляется коррекция поведения [4]. В широком смысле в настоящее время ЭР определяют как систему, объединяющую динамические и структурные характеристики, связанные с модуляцией эмоций, их идентификацией, оценкой и выражением, способностью контролировать эмоции и согласо-

¹Начало. Окончание см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 1.

вывать их с ситуацией и целями, стоящими перед деятельностью, а также распознавать и прогнозировать эмоциональные состояния других людей и соотносить их с собственными эмоциями [15]. Эмоциональные реакции служат обеспечению жизнедеятельности организма, являясь системой «быстрого реагирования» на любые изменения внешней среды, которые представляются важными с точки зрения потребностей индивидуума [2, 8, 9].

ЭДР, т. е. неспособность эффективно и адекватно регулировать эмоции, является весьма характерным проявлением (РАС) [1, 6, 10-12, 16, 27]. Снижение порога аффективного дискомфорта, являющееся проявлением ЭДР, занимает важное место в клинической картине РАС и лежит в основе множества проблем, характерных для этой патологии [10, 74]. С ЭДР связывают не только собственно аффективные нарушения при аутизме (депрессия, тревога), но и поведенческие расстройства (гиперактивность, агрессия) и социальную дезадаптацию [6, 27, 35, 80]. Более того, «аффективная гипотеза» рассматривает аутизм как следствие врожденного нарушения эмоциональных контактов и говорит о «первичном дефиците аффективности» при РАС [17, 45].

Полагают, что ЭДР является следствием таких типичных для аутизма явлений, как нарушение способности к решению проблем и к планированию, нарушение распознавания чужих эмоций и социальных сигналов [53, 59]. Вероятно, определенный «вклад» в нарушения эмоционального регулирования вносит типичная для аутизма сенсорная гиперсенситивность [16, 72].

С теоретических позиций, непосредственное проявление эмоций и регулирование эмоций – это два разных процесса [37], однако на практике различить их сложно; высказывается точка зрения, что тенденция испытывать сильные негативные эмоции неразличима от нарушения регулирования этих эмоций [73, 82].

Типичной манифестацией ЭДР при РАС (более чем в 80% случаев) является повышенная раздражительность и возбудимость [58, 77]. ЭДР и не соответствующие стимулу эмоциональные реакции при РАС могут проявляться также вспышками гнева, плача или крика, агрессией, нанесением себе травм [74]. С одной стороны, для ЭДР при РАС типичным считается быстрое нарастание плохо контролируемых негативных эмоций, с другой стороны – низкий уровень мотивации и положительных эмоций [62].

Запоздалое, нарушенное либо неэффективное регулирование эмоций типично и для детей, и для взрослых, страдающих аутизмом [42, 65, 74]. Так, дети с РАС в ответ на фрустрирующие ситуации демонстрируют более высокий уровень негативного аффекта и эмоциональную ригидность: отрицательные эмоции у них сохраняются дольше, чем у здоровых детей, несмотря на предпринимаемые попытки успокоить ребенка [42, 46]. Было продемонстрировано, что у детей с РАС выраженность ЭДР коррелирует с тяжестью аутизма и с его «ключевыми» проявлениями [3, 74]. В подростковом периоде, когда в организме происходят гормональные изменения и возрастает социальная нагрузка, проявления ЭДР обостряются [59]. Взрослые лица с РАС в ситуациях дистресса демонстрируют неадекватные ситуации стратегии совладания – такие, как избегание, отрицание, «эмоциональное оцепенение», «зацикливание» [30, 49, 60].

Поскольку эмоции помимо аффективного компонента (эмоциональные ре-

акции) проявляются также физиологическими и поведенческими реакциями, следствием ЭДР может стать проблемное поведение [17, 64]. Существуют предположения, что тревога и проблемное поведение у детей с РАС имеют функциональную или причинно-следственную связь: проблемное поведение может возникать с целью уменьшения тревожности путем избегания/уклонения от ситуаций, которые приводят к появлению тревоги (т. н. отрицательное подкрепление) и/или с целью получения стимулов, вызывающих чувство уверенности, комфорта, с целью самоуспокоения (т. н. положительное подкрепление) [17, 64]. Нарушения ЭР служат значительным барьером между лицами с РАС и их педагогами, родителями, другими окружающими людьми; кроме того, ЭДР может иметь жизнеугрожающий характер: так, в одном из исследований была продемонстрирована связь между выраженностью ЭДР и суицидальностью при РАС [35].

Поэтому разработка методов коррекции ЭДР и развитие навыков ЭР относятся к приоритетным задачам помощи детям и взрослым с РАС [27], которая должна осуществляться в комплексе, на основе междисциплинарного многоуровневого подхода, включающего не только коррекцию биологических нарушений, но и поведенческие, личностные и другие направления вмешательств [21]. Полагают, что нормализация ЭР может оказаться в той же степени эффективной, в какой эффективна симптоматическая терапия тревоги и депрессии у лиц с аутизмом [36, 74].

Коррекционные методики включают индивидуальные и групповые формы когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии, направленной на осознание дефектов ЭР и повышение толерантности к фрустрации [36, 68, 69]. Разрабатываются специальные обучающие программы, позволяющие детям с РАС научиться управлять своими эмоциями и таким образом изменить свое поведение [36]. Создаются специальные портативные мониторирующие устройства типа смартфонов, которые работают по принципу биологической обратной связи и помогают в реализации различных стратегий эмоциональной саморегуляции [78, 81]. Поиск путей коррекции ЭДР при РАС продолжается [30]. Полагают, что специализированные тренирующие программы смогут помочь в коррекции разрушительного или агрессивного поведения, обусловленного ЭДР, и снизить необходимость применения медикаментов (напр., антипсихотиков) [74]. Однако для мониторинга эффективности как новых, так и старых педагогических и терапевтических методов необходимо наличие валидных, надежных и чувствительных средств оценки ЭР, роль которых обычно выполняют психометрические инструменты [61].

Оценка нарушений ЭР при аутизме. Развитие инструментов для оценки ЭДР при РАС продвигалось по пути увеличения специфичности объекта измерения: от общих психопатологических психодиагностических опросников, предназначенных для скрининга и диагностики любых психических расстройств у детей и подростков, к узко специфичным инструментам для оценки непосредственно ЭДР у детей с уже установленным диагнозом РАС.

1. Неспецифическая оценка проявлений ЭДР при РАС с помощью инструментов для скрининга и диагностики психических расстройств у детей и подростков. Так как одним из самых ярких проявлений ЭДР у детей и подростков с РАС является повышенная тревожность [47, 64, 77], акцент при использовании неспецифических инструментов делался на оценке именно тревожных расстройств.

Child and Adolescent Symptom Inventory (CASI), или Перечень симптомов у детей и подростков, – это опросник из 132 пунктов, который был разработан в начале 90-х годов прошлого века на основе диагностических критериев психических расстройств DSM-IV (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, IV издание) [38–41]. Предназначен для выявления педиатрических психических расстройств, заполняется на основе опроса родителей/ухаживающих лиц и включает модули для детей (Child Symptom Inventory-4) [38, 41] и подростков (Adolescent Symptom Inventory-4) [39, 40].

В CASI категория тревожных расстройств оценивается 26 пунктами, не являющимися специфичными для PAC. По каждому из пунктов предусмотрены оценки от 0 (никогда) до 3 (очень часто). Для оценки тяжести каждой из психопатологической категории баллы суммируются [76]. Для оценки уровня тревожности детей с pervasive расстройствами развития (PDD) были отобраны 20 пунктов, наилучшим образом характеризующих такие аспекты тревоги при PDD, как генерализованная тревога, сепарационная тревога, паника, простые фобии и социофобия [77]. Данный модуль CASI был апробирован на выборке из 171 ребенка с PDD в возрасте от 5 до 17 лет, из которых 151 имел PAC: были продемонстрированы его удовлетворительные психометрические свойства в отношении выявления и оценки тяжести тревожных расстройств у детей с PAC [77].

Однако в дальнейшем применение этого субтеста CASI для оценки 445 детей и подростков с PAC в возрасте от 4 до 17 лет выявило, что на результаты оценки могут влиять уровень речевого и интеллектуального развития обследуемых; кроме того, разные аспекты тревоги представлены неравномерно: 8 пунктов оценивают сепарационную тревогу, тогда как социальной фобии адресовано только 2 пункта из 20 [43]. Поэтому продолжались работы по созданию PAC-специфичного опросника для выявления тревожных расстройств, в основу которого положены пункты CASI, но который был бы лишен названных выше недостатков [26].

Infant-Toddler Social-Emotional Assessment (ITSEA), или Социально-эмоциональная оценка детей грудного и младенческого возраста, оценивает навыки и проблемы в социально-эмоциональной сфере у детей в возрасте 1-3 лет [31, 32]. ITSEA также не является специфичным для PAC инструментом, однако ее несомненным преимуществом является возможность выявления ЭДР и проблемного поведения у совсем маленьких детей (большая часть шкал и опросников, оценивающих ЭДР, предназначена для более старшего возраста). Трудности оценки ЭР и связанных с ним поведенческих особенностей у малышей определяются многими факторами: те реакции и поведение, которые у детей старшего возраста считаются девиантными, могут у младенцев соответствовать норме; отклонения могут обнаруживаться лишь в определенных условиях; отчет о проблемах предоставляют родители или ухаживающие лица, чье восприятие может в значительной степени варьировать [31].

Двумя связанными между собой, но тем не менее независимыми конструктами опросника являются (1) социально-эмоциональные проблемы и (2) компетенции (соответствующие возрасту навыки). Полная версия ITSEA включает 169 пунктов. Пункты опросника сформулированы в виде утверждений и соответствуют 17 субшкалам, формирующим четыре основные домена поведения:

«Экстернализация» (внешние проблемы, конфликты с окружением, 24 пункта); «Интернализация» (внутренние конфликты/симптомы, 30 пунктов), «Дисрегуляция» (34 пункта), «Компетенции» (37 пунктов). Кроме того, предусмотрены три индекса («малыадаптивности», атипичности и социальной потребности). И, наконец, в опросник включены индивидуальные пункты, отражающие клинически значимые проявления, которые не соответствуют ни одной из субшкал или доменов опросника (напр., «не реагирует на боль», «специально наносит себе повреждения – например, ударяется лбом»).

Оценка каждого из пунктов опросника производится по трехбалльной шкале. Предусмотрен вариант ответа «нет возможности», если у заполняющего опросник нет возможности наблюдать то или иное поведение (например, общение со сверстниками). Заполнение опросника требует около 30 минут [31]. Валидизация ITSEA подтвердила, что опросник дает возможность идентифицировать малышей с высоким риском развития дальнейших нарушений в психоэмоциональной сфере, в том числе РАС, и оценивать эффективность коррекционных мероприятий [28]

Опросник **Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)**, или Краткая социально-эмоциональная оценка детей грудного и младенческого возраста, предназначен для рутинного педиатрического скрининга с целью раннего выявления проблем в эмоциональной и поведенческой сферах, а также поддержки развития навыков [28, 29]. BITSEA содержит 42 пункта, которые были взяты из полной версии опросника ITSEA и формируют две шкалы: эмоционально-поведенческие проблемы (BITSEAA/P) и компетенции (BITSEA C). Содержание пунктов отражает несколько сфер: интернализация (8 пунктов), экстернализация (6), дисрегуляция (8), компетенции (7), социальная потребность (3), «малыадаптивность» (3), атипичность (4). Еще три пункта отражают клинически значимые проявления, не относящиеся к указанным доменам или индексам. Примеры отобранных для короткой версии пунктов: «не поддерживает зрительный контакт»; «менее веселый, чем другие дети»; «отказывается есть»; «плачет или пребывает в истерике до изнеможения»; «ищет вас, когда расстроен». Заполнение опросника требует около 5-7 минут, оценка производится, как и в полной версии, по 3х балльной системе. Баллы суммируются с построением профиля оценок [28, 29]. Опросник продемонстрировал высокую конвергентную и дивергентную валидность, а также тест-ретестовую надежность [28, 48], его использование, как полагают авторы, может служить *первым шагом* к выявлению типичной для РАС эмоциональной и поведенческой дисрегуляции [28].

Child Behavior Checklist (CBCL), или Чек-лист поведения ребенка, является стандартизированным инструментом оценки широкого спектра эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и является частью диагностической системы **Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)**, или Системы эмпирической оценки Ахенбаха. Предназначен для родителей либо других взрослых, наблюдающих ребенка в контексте семьи. Первоначально представлял собой стандартизированный опросник для оценки дизадаптивного поведения и эмоциональных проблем у дошкольников в возрасте 2=3 лет, а также у детей и подростков в возрасте от 4 до 18 лет [25]. Первая версия опросника вышла еще в 1983 г. Затем опросники ASEBA претерпели целый ряд изменений

и дополнений, в результате чего появилось несколько различных версий.

В нашей стране, как правило, используется русифицированная версия CBCL/4-18, адаптированная на русскоязычных выборках в 1995 г. [13]. Методика включает 113 утверждений, предназначенных для оценки эмоциональных и поведенческих нарушений у детей в возрасте от 4 до 18 лет. Каждый пункт опросника оценивается баллами 0 (не верно), 1 (отчасти верно) или 2 (верно) относительно степени выраженности тех или иных проблем у ребенка в течение последних 6 месяцев. Вопросы структурированы в специфические шкалы («Замкнутость», «Соматические проблемы», «Тревожность/Депрессия», «Социальная дизадаптация», «Трудности мышления», «Трудности внимания/гиперактивность», «Делинквентность», «Агрессивность») и две обобщающих, интегральных шкалы – «Интернализация» (основана на утверждениях, входящих в шкалы «Замкнутость», «Соматические проблемы» и «Тревожность/Депрессия») и «Экстернализация» (включающая утверждения, составляющие «Делинквентность» и «Агрессивность»). На основе всех утверждений опросника (за исключением двух) подсчитывается «Общий балл проблемности» детского поведения - общий индекс количества и степени выраженности проблем. Опросник стандартизирован, измеряет степень отклонения различных типов детского поведения от популяционных норм: полученные для каждого ребенка результаты могут быть отображены в виде профиля, который будет показывать положение ребенка относительно репрезентативной выборки.

Однако в 2000-е годы методика претерпела значительные изменения, в результате были разработаны формы CBCL/1.5-5 для дошкольников и CBCL/6-18 для детей в возрасте от 6 до 18 лет [22, 23], которые давали возможность оценить выраженность эмоциональной и поведенческой дисфункции, в частности, у детей с аутизмом разных возрастных групп. Так, CBCL/6-18 включал субшкалы тревожность/депрессия (13 пунктов), замкнутость/подавленность (8 пунктов) и агрессивное поведение (18 пунктов); выраженность симптомов на протяжении предшествующего месяца оценивается по трехбалльной шкале [22]. Дальнейшая апробация опросников CBCL/1.5-5 и CBCL/6-18 подтвердила их валидность и надежность в отношении измерения эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков с РАС [66, 67].

В специальных исследованиях показано, что методики Ахенбаха хороший инструмент для оценки эффективности вмешательств, в том числе, динамики эмоциональных и поведенческих нарушений на фоне коррекции [19, 63, 66].

В дополнение к стандартизированным шкалам CBCL было предложено рассчитывать **Emotion Dysregulation Index (EDInd)**, или Индекс эмоциональной дисрегуляции [24, 74]. В процессе разработки EDInd экспертным комитетом были отобраны 18 пунктов CBCL, которые в наибольшей степени характеризовали нарушение эмоционального регулирования. Пункты Индекса были отобраны из разных субшкал (агрессивность, социальные проблемы, тревожность/депрессия, замкнутость/подавленность, проблемы с мышлением) и отражали нарушения поведения, связанные с интернализацией и экстернализацией (напр., крики, частые споры, плач, драки, порча вещей). Валидизация EDInd была проведена в выборке, включавшей 56 детей и подростков с РАС в возрасте от 6 до 16 лет и 38 нормально развивавшихся детей. Авторы показали, что Ин-

декс эмоциональной дисрегуляции коррелировал с ключевыми проявлениями аутизма и, несмотря на ограничения исследования (отсутствие четких различий между проблематичными эмоциональными реакциями и трудностями с ЭР, малый объем выборки, значительный возрастной разброс), заслуживает дальнейшей апробации [74]. По мнению авторов Индекса, он лучше других тестов отражает выраженность ЭДР при аутизме [74].

Behavior Assessment System for Children (BASC), или Система оценки поведения детей, относится к числу инструментов, наиболее широко используемых для оценки эмоциональных и поведенческих особенностей в детском и юношеском возрасте; длительное время использовалась вторая редакция теста (BASC-2) [70], в настоящее время в компьютеризированной версии представлена третья редакция (BASC-3) [71]. BASC представляет собой многомерную систему для уточнения диагноза и подбора индивидуальной корректирующей программы на основании оценки эмоционального состояния, поведенческих аспектов (включая адаптивное и неадаптивное поведение) и самовосприятия детей и молодых людей в возрастном диапазоне от 2 лет до 25 лет [79]. Система состоит из пяти основных шкал: (1) Шкала оценок педагога (Teacher Rating Scale, или TRS); (2) Шкала оценки родителя (Parent Rating Scale, или PRS); (3) Самоотчет (Self-Report, или SRP), (4) Структурированный анамнез развития (Structured Developmental History, или SDH), и (5) Система наблюдения за учащимся (Student Observation System, или SOS). TRS, PRS и SOS оценивают поведенческие паттерны, SRP дает представление об эмоциях и переживаниях, а SDH предоставляет справочную информацию. Кроме того, BASC дает возможность сравнения мнений родителей, учителей и самого обследуемого.

Форма SDH заполняется путем опроса родителя или представителя ребенка и помогает собрать информацию, касающуюся развития, образования, заболеваний, психологических и социальных особенностей обследуемого. Форма SOS отражает результаты прямого наблюдения за обследуемым с регистрацией особенностей его поведения.

Шкалы PRS и TRS оценивают как адаптивные навыки (напр., «легко приобретает друзей»), так и проблемное поведение (напр., «отказывается от участия в групповых видах деятельности») в общественных местах/дома (PRS) и в школе (TRS). Для этих шкал предусмотрены 3 формы для 3-х возрастных периодов: дошкольного (2-5 лет), детского (6-11 лет), подросткового (12-21). Шкала TRS содержит от 100 до 139 пунктов, заполняется педагогом либо иным квалифицированным наблюдателем; шкала PRS включает 134-160 пунктов и заполняется родителем. Высказывания, представленные в пунктах этих шкал, оцениваются по 4-балльной шкале Ликерта («никогда», «иногда», «часто», «почти всегда»). Заполнение и PRS, и TRS требует около 10-20 минут. Могут быть рассчитаны как суммарные оценки, отражающие выраженность поведенческих проблем в целом, - напр., Индекс поведенческих симптомов (Behavioral Symptoms Index, или BSI), так и оценки по различным субшкалам и доменам. Пункты TRS и PRS формируют субшкалы, отражающие клинические проявления (агрессия, тревога, депрессия, гиперактивность, проблемы с обучением, проблемы с вниманием, атипичность, соматизация, избегание, проблемы с поведением) и

адаптационные характеристики обследуемого (повседневная активность, адаптивность, функциональная коммуникация, лидерство, социальные навыки, учебные навыки). Наборы этих субшкал для разных возрастных уровней, а также для форм, заполняемых педагогом либо родителем, различаются. Некоторые субшкалы формируют домены: так, субшкалы «гиперактивность», «агрессия», а для детского и подросткового уровня – субшкала «проблемы с поведением», формируют домен «Проблемы экстернализации»; субшкалы «тревога», «депрессия», «соматизация» формируют домен «Проблемы интернализации». Кроме того, имеется возможность расчета баллов, характеризующих такие дополнительные показатели, как «контроль гнева», «нарушения социального развития», «эмоциональный самоконтроль», «задиристость», «негативная аффективность», «исполнительное функционирование», «стабильность» [79].

Шкала SRP дает возможность оценить мысли и чувства обследуемого; имеются самоопросники для детей (от 8 до 11 лет), подростков (от 12 лет до 21 г), а также для учащихся колледжей (от 18 до 25 лет) с общим числом пунктов от 139 до 185. на заполнение которых тратится около 30 минут. В третьей версии предусмотрена форма для детей 6-7 лет, заполняемая на основании интервью с ребенком. Ответы предоставляются или в формате «правда/неправда», или по указанной выше 4-балльной шкале. К клиническим субшкалам SRP, набор которых варьирует в зависимости от возрастного уровня, относятся «алкогольная зависимость», «тревога», «проблемы с вниманием», «отношение к школе», «отношение к педагогу», «атипичность», «депрессия», «гиперактивность», «локус контроля», «неприспособленность к школе», «сенситивность», «чувство неадекватности», «социальный стресс», «соматизация»; к субшкалам адаптивности – «межличностные отношения», «отношения с родителями», «самооценка», «самоуверенность». Наборы этих субшкал для разных возрастных уровней также различаются. По результатам опроса рассчитываются суммарные баллы по категориям «Проблемы в школе», «Проблемы интернализации», «Невнимание/гиперактивность», «Личностная адаптация», а также общий Индекс эмоциональных симптомов (Emotional Symptoms Index, или ESI). Дополнительными контентными категориями для подростков и учащихся в колледже являются «контроль гнева», «выраженность Эго», «мании», «переживание беспокойства».

PRS, TRS и SRP могут использоваться изолированно либо в любых комбинациях. Для каждой из шкал имеются таблицы нормативных баллов (Т-баллы и перцентили). В BASC предусмотрены 3 индекса валидности, которые позволяют выявить искажения суммарных баллов из-за невнимательности респондента, из-за заведомо более негативных, либо, наоборот, заведомо более положительных оценок.

BASC существует в компьютерных англоязычной и испаноязычной версиях. Результат предоставляется в виде нормированных оценок, в форме таблиц и профилей по соответствующим шкалам и субшкалам. Может быть рассчитан общий суммарный балл, являющийся предиктором широкого спектра поведенческих и эмоциональных проблем, а также проблем с образованием. Высокий балл свидетельствует либо о том, что поведение обследуемого является крайне отклоняющимся, либо о том, что ребенку дана более негативная оценка, чем он заслуживает.

Использование BASC не требует предварительного обучения. Имеется руко-

водство с описанием проведения опроса и процедуры получения результатов [70]. Расчет нормированных баллов для шкал TRS, PRS и SRP был проведен на основании обследования соответственно 4650, 4800 и 3400 детей [79]. Валидность и надежность этого инструмента при оценке эмоционально-поведенческих нарушений у детей с РАС была подтверждена в нескольких крупных исследованиях [44, 54].

В России диагностика эмоциональной сферы при РАС может осуществляться стандартизированной методикой, аналогичной выше приведенным зарубежным: **Клинико-психологической скрининговой анкетой для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста** [18]. Анкета состоит из 35 вопросов, затрагивающих психопатологические проявления в раннем возрасте и основные сферы психического и психологического развития ребенка: инстинктивно-вегетативную и сенсорную сферы; биопсихосоциальную систему «мать-дитя»; эмоциональную и познавательную сферы и социальное взаимодействие. В настоящее время данная анкета является основным скрининговым инструментом для детей раннего возраста по выявлению риска возникновения нарушений психического развития, в том числе РАС, на русском языке.

Кроме того, для оценки эмоциональной сферы у детей с РАС до 3 лет в России может применяться **стандартизированная психометрическая методика ГНОМ**, которая позволяет оценить и квантифицировать особенности развития в разных сферах, в том числе в эмоционально-волевой, в соответствии с нормативными показателями для соответствующего возраста [7].

A.N. Belova, T.V. Zhilyaeva, V.V. Borzikov, A.N. Kuznetsov
A REVIEW OF PSYCHOMETRIC INSTRUMENTS FOR ASSESSING
EMOTIONAL REGULATION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS²

Volga Federal Medical Research Center (Nizhny Novgorod).

Summary. Emotional dysregulation (ED) plays an important role in the clinical manifestations of autism spectrum disorders (ASD) and underlies many of the problems common to individuals with autism. It has been demonstrated that the severity of ED correlates with the seriousness of autism in children and its key symptoms. Therefore, the development of approaches to the correction of ED and the formation of skills of emotional regulation is one of the priority tasks in the work with children and adults with ASD. In this regard, it seems relevant to develop specialized valid psychometric instruments to assess the effectiveness of interventions for the development of emotional regulation skills in ASD. This literature review is devoted to the analysis of currently available psycho-diagnostic techniques which can be used to assess disorders of emotional regulation in children and adolescents with ASD in scientific researches and practical work. Due to the fact that most of these instruments do not have a Russian-language adaptation, translation them into Russian and validation, as well as development of reliable and convenient new instruments for assessment of ED is of particular relevance in Russia.

Keywords: emotional regulation disorders, autism spectrum disorders, psychometric instruments, emotional dysregulation

²Beginning part. Final part see: Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2021 (21). № 1. .

**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 приставном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно приставному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, 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 18.12.2020 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
