

В.В. Грачев**ИДЕАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПЕРИОДА НАРАСТАЮЩЕГО
СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА
С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ****Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО
(Москва).**

Резюме: Целью исследования являлся анализ идеаторных нарушений на ранних этапах развития нервной анорексии у больных подросткового возраста. Исследуемую выборку составили 122 девушки, в возрасте 12,3-17,8 лет, с типичной нервной анорексией. У всех (100%) больных, обследованных нами в периоде активного снижения массы тела, наблюдалось сочетание сверхценных и обсессивных расстройств, причем первые выступали в роли ведущего, стержневого симптома. Усложняясь по мере течения заболевания, они формировали комплекс сверхценных переживаний и нередко достигали уровня сверхценного бреда. Такая динамика психопатологических проявлений должна приниматься во внимание при выборе терапевтических подходов на различных этапах заболевания.

Ключевые слова: нервная анорексия, подростки, нарушения пищевого поведения, сверхценный бред, ОКР.

Введение. Несмотря на постоянно увеличивающееся число публикаций, посвященных различным аспектам подростковой нервной анорексии (НА), психопатология периода нарастающего снижения массы тела редко оказывается в центре внимания исследователей. Особенно это относится к идеаторным нарушениям, феноменологическая и синдромологическая квалификация которых у больных НА до настоящего момента остается не вполне проясненной [20]. В то время как ряд авторов предполагает ведущую роль обсессий в формировании клинической картины заболевания, нередко высказывая мнение о целесообразности включения НА в широкий спектр обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) [17, 18, 29], другие усматривают в основе НА преимущественно сверхценно-бредовые построения [6, 20, 21, 22, 24]. А.Е. Бобров выделяет сверхценный и обсессивный варианты НА с возможностью переходов одного в другой [1].

Не вполне однозначной представляется и оценка содержательной стороны переживаний больных НА подросткового возраста на этапе активного похудения. Так, М.В. Коркина с соавт. [6] хотя и определили их как дисморфоманию, отметили значимые особенности, отличающие недовольство своим телом у больных НА от классических проявлений этого синдрома в виде слабой выраженности идей отношения и ограничительного поведения при особенно интенсивной деятельности по «исправлению физического недостатка». Н.А. Мазаева с соавт. [8] высказывают сомнения, что такой устойчивый синдром как дисморфомания мог бы так легко сглаживаться нередко в отсутствие терапии, под влиянием событий, меняющих структуру ценностей больных, как это бывает во

многих случаях благоприятного исхода НА у подростков, предполагая, что потеря массы тела и похудение могут быть средством достижения определенных целей и самоутверждения.

У больных подросткового возраста успешная интервенция именно на ранних этапах заболевания во многом определяет его исход [3, 25, 27]. Недостаточная разработанность психопатологии инициального периода НА затрудняет выбор терапевтических подходов и может обуславливать высокую частоту случаев неэффективности лечения и хронификации заболевания. Следует отметить, что большинство исследований проводится на взрослых или преимущественно взрослых контингентах больных, у которых начальный этап расстройств пищевого поведения (РПП) может рассматриваться только ретроспективно.

Целью настоящей работы являлся анализ идеаторных нарушений на ранних этапах развития НА у больных подросткового возраста и уточнение их динамики во взаимосвязи с течением и исходами заболевания.

Материал и методы. Исходную выборку составили 122 девушки в возрасте 12,3-17,8 лет (средний возраст $15,4 \pm 1,4$ года) с симптоматикой НА, проконсультированные и в дальнейшем катamnестически наблюдавшиеся автором на кафедре детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО и в подростковых отделениях НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой.

Критериями включения являлись: женский пол, подростковый возраст (10-19 лет согласно с определением этого возрастного периода экспертами Всемирной организации здравоохранения [13]), полное соответствие клинических проявлений критериям рубрики МКБ-10 F50.0 (нервная анорексия) и продолжительность течения заболевания, не превышающая 18 месяцев с момента манифестации. Критериями невключения служили наличие хронических соматических заболеваний и расстройств шизофренического спектра.

Возраст манифестации НА варьировал от 11,5 до 17,1 года (средний возраст $14,4 \pm 1,4$ года). Средняя продолжительность НА в обследованной выборке составила $7,7 \pm 4,2$ месяца, что позволило детально изучить ее начальный этап. После первичной консультации или выписки из стационара больные наблюдались амбулаторно, срок катamnестического наблюдения составил 4 года.

Для оценки тяжести заболевания использовались шкала-опросник «тест отношения к еде» (EAT-26) [16], шкала наблюдения анорексического поведения (ABOS) [28] заполняющаяся родителями, а также в соответствие с рекомендациями DSM-5 [14] значения индекса массы тела (ИМТ). Выраженность обсессивных проявлений оценивалась с помощью шкалы Йеля-Брауна [26]. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat [2].

Результаты. У всех обследованных больных в структуре идеаторных нарушений наблюдалось сочетание сверхценно-бредовой и обсессивно-компульсивной симптоматики. Анализ особенностей клинических проявлений и динамики идеаторных нарушений позволил выделить 2 группы больных.

Первая группа, включала 48 (39%) девушек в возрасте от 12,1 до 17,9 года (средний возраст $15,5 \pm 1,7$ лет), у которых в течение всего периода наблюдения ведущее место в клинической картине занимали сверхценные идеи достижения

максимальной худобы и стройности. Возраст манифестация НА в этой группе больных варьировал от 12,0 до 17,4 лет (средний возраст — $14,7 \pm 1,4$ года).

Генеалогический анализ родословных больных 1-й группы не выявил среди родственников 1-2-й степени родства лиц с расстройствами шизофренического спектра.

Преморбидная личность больных характеризовалась сложной структурой конституционально-личностных особенностей, выраженность которых не выходила за рамки явной акцентуации характера по А.Е. Личко [7]. У 32 (67%) больных были выявлены тревожно-мнительные черты, сочетавшиеся с выраженными в той или иной степени истероидными радикалами, у 14 (30%) — сочетание эпилептоидных и истероидных черт, а еще у 2 (3%) — шизоидных и истероидных.

У 17 (36%) больных в доманифестном периоде НА была выявлена резидуально-органическая симптоматика, обусловленная внутриутробным/перинатальным ишемически-гипоксическим поражением ЦНС: у 10 (21%) больных церебрастенический синдромом, а у 7 (15%) — сочетание последнего с когнитивными нарушениями по органическому типу, отвечавшими критериям рубрики МКБ-10 F06.7 (легкое когнитивное расстройство).

На фоне прогрессирующего снижения массы тела у всех больных наблюдалось усложнение сверхценных образований с постепенным дополнением основной «анорексической» сверхценной идеи другими, близкими ей по содержанию. Формировался комплекс сверхценных переживаний, включавший идеи улучшения внешности, достижения максимальной стройности и идеальной фигуры, стремления к худобе, сверхценный страх прибавки в весе и полноты, особое сверхценное отношение к различным продуктам, подозрительное отношения к лицам, противодействующим анорексическому поведению. Нарастали аффективная напряженность, охваченность сверхценностью, интересы больных полностью сосредоточивались на круге болезненных переживаний.

Формирование комплекса сверхценных переживаний сопровождалось также присоединением, нарастанием и усложнением навязчивостей «анорексической тематики», достигавших на момент значимого снижения массы тела, тяжести ОКР (показатели по шкале Йеля-Брауна варьировали от 8 до 37 баллов; средний показатель — $20,0 \pm 10,0$). Преобладали навязчивости «пищевой» тематики, отмечавшиеся у всех (100%) больных и включавшие подсчитывание калорий, размышления о выборе диет, исключении «неправильных» продуктов, «пищевых» планах на день, а также определенный порядок приема пищи, необходимость ее измельчения, компульсивное выполнение физических упражнений, направленное на «сжигание калорий» и т.п. У 21 (44%) больной проявлялись также «непищевые» навязчивости преимущественно упорядочивания и повторного контроля.

После начала комплексного лечения, включавшего психотерапию, нутриционную коррекцию и психофармакотерапию, в течение 2-4 месяцев у всех (100%) больных наблюдалось снижение аффективной напряженности, дезактуализация комплекса сверхценных анорексических переживаний и значимая прибавка массы тела. Обсессивные и обсессивно-фобические проявления сгла-

живались позднее сверхценных, особенно длительно сохранялся навязчивый страх излишней прибавки в весе.

Катамнестическое наблюдение показало, что через 4 года у всех 100% больных наблюдалось состояние ремиссии: в 41 (85%) случае ремиссию можно было расценить как полную - отсутствие всех симптомов НА, а у 7 (15%) — как частичную (в соответствие с критериями DSM-5 [14]): вес находился в пределах возрастной нормы, но сохранялись дисморфоманические идеи и страх полноты, поведение, предотвращающее прибавку в весе, ограничивалось исключением из рациона ряда продуктов, определяемых больной как «калорийные» или «вредные».

У больных второй **группы**, включавшей 74 (61%) девушки в возрасте от 12,3 до 17,8 года (средний возраст $15,1 \pm 1,4$ года) в динамике заболевания наблюдалась трансформация комплекса сверхценных анорексических идей в сверхценный бред. Манифестация НА, приходилась на возраст 11,2-17,1 года, средний возраст составил $14,2 \pm 1,4$ года и оказался значимо ниже, чем в 1-й группе (критерий Стьюдента 1,99; $p=0,024$). Продолжительность заболевания до включения в исследование больных двух групп значимо не различалась (критерий Стьюдента 0,164; $p=0,435$).

Средние показатели тяжести НА по шкале EAT-26 и ABOS составили $47,4 \pm 12,5$ и $38,0 \pm 5,9$ бала и оказались значимо более высокими, чем в 1-й группе (критерий Стьюдента 3,420; $p=0,001$ и 2,429; $p=0,011$ соответственно). Минимальный ИМТ во 2-й группе варьировал в пределах 10,96-16,70 $\text{кг}/\text{м}^2$ (среднее значение $13,75 \pm 1,40 \text{ кг}/\text{м}^2$) и был значимо ниже, чем в 1-й группе (критерий Стьюдента 2,545; $p=0,006$).

Как и в 1-й группе, среди родственников 1-й и 2-й степени родства больных 2-й группы лиц с расстройствами шизофренического спектра выявлено не было.

Преморбидная личность 36 (49%) больных характеризовалась явной акцентуации характера, по А.Е. Личко [7], тревожно-мнительными чертам сочетающимися с выраженными в той или иной степени истерическими радикалами, 34 (46%) больных — сочетанием эпилептоидных и истероидных черт, а еще у 4 (5%) — шизоидных (стеничные шизоиды). В сравнении с 1-й группой имела место значимо большая представленность лиц с эпилептоидными чертами (критерий Стьюдента 1,709; $p=0,045$).

Во 2-й группе резидуально-органическая симптоматика в преморбидном периоде выявлялась в 66 (90%) случаях, т. е. значимо чаще, чем в 1-й (критерий Стьюдента 5,277; $p=0,000$): у 12 (16%) больных отмечался церебрастенический синдром, а у 55 (74%) церебрастенические расстройства сочетались с неврозоподобными (энурез, тики и заикание) и легкими когнитивными нарушениями по органическому типу. У 7 (9%) больных в анамнезе имели место редкие спровоцированные эпилептические приступы и еще у 6 (8%) — изменения ЭЭГ по эпилептическому типу.

В периоде значительного снижения массы тела у больных полностью исчезала критика к своему состоянию, переживания теряли адекватность, нарушался контроль за поведением, они оказывались неспособными считаться с требованиями реальности, а все устремления фокусировались на ограничении приема пищи, при этом многие переставали даже взвешиваться и оценивать себя в зер-

кале. Резко изменялось отношение к окружающим, появлялась враждебность, лица, мешающие ограничению приема пищи, в том числе родственники, подруги и даже объекты недавней влюбленности начинали рассматриваться как недруги, а любое их слово воспринималось с подозрением. Отношения с подругами и «молодыми людьми» часто разрывались. Пища, а нередко и жидкость описывались как нечто абсолютно вредное, приходилось сталкиваться с высказываниями: «любая еда — это отравка», «хорошо бы вообще не есть».

Нарастала отгороженность, мышление приобретало черты резонерства, обстоятельности, с «увязанием» в ненужных деталях, элементами паралогичности, теряло продуктивность. Состояние в целом можно было расценивать как достигающее психотического уровня, сами больные после улучшения состояния и восстановления критичности отмечали, что после значительного падения массы тела, точно называя этот вес, развивалось особое состояние, когда они переставали адекватно воспринимать ситуацию, терялась критика, альтернатива дальнейшему снижению массы тела отсутствовала, а поведение полностью подчинялось стремлению к максимальному ограничению приема пищи. Трансформация комплекса сверхценных идей в сверхценный бред проходила постепенно, во многих случаях в конкретный момент времени было трудно сказать, к какому именно психопатологическому образованию, сверхценному или бредовому, относится данное состояние.

Как и в 1-й группе, сверхценным образованиям сопутствовали нарастающее по мере течения заболевания ОКР преимущественно «пищевой» тематики (значимых различий тяжести ОКР между двумя группами по шкале Йеля-Брауна получено не было; средний показатель составил $23,0 \pm 10,0$). В то же время на фоне снижения массы тела и формирования сверхценного бреда обсессии видоизменялись, приближались к наплывам насильственных мыслей и образов, малым идеаторным психическим автоматизмам или навязчивым галлюцинациям, достигали уровня помешательства сомнений.

После начала комплексной терапии наблюдалась достаточно быстрая редукция психотической симптоматики, обычно в течение 1-2 недель, нередко даже еще до введения нейролептиков, по-видимому, за счет только нормализации питания и определенного восстановления метаболических процессов в ЦНС. В то же время комплекс сверхценных переживаний и ОКР мог сохраняться длительно, до 4-5 месяцев, и требовал как активной психофармакотерапии, включавшей нейролептики и антидепрессанты, так и психотерапевтическую коррекцию.

Катамнестическое прослеживание показало, что через 4 года признаки процессуальной трансформации заболевания отсутствовали у всех (100%) больных. В 38 (51%) случаях имела место полная ремиссия, в 19 (26%) — неполная, у этих больных вес и ИМТ находились в границах возрастной нормы, но сохранялись дисморфоманические проявления, страх прибавки в весе и полноты, а также действия, направленные на предотвращение прибавки массы тела, у 17 (23%) сохранялись клинически значимые РПП: у 13 больных (17%) персистировала симптоматика НА, а у 4 (5%) наблюдалась видоизмененная РПП в атипичные формы спектра нервной булимии.

Обсуждение. У всех (100%) больных НА, обследованных нами в периоде

активного снижения массы тела, наблюдалось сочетание сверхценно-бредовых и обсессивных расстройств, причем первые выступали в роли ведущего, стержневого симптома и определяли тяжесть заболевания. Обсессии «анорексической» тематики, хотя и могли в определенные периоды доминировать в клинической картине, никогда не являясь инициальным проявлением заболевания, обуславливающим его манифестацию. У девушек-подростков, страдающих НА, с самого начала отсутствовали критическое отношение к «анорексической» идее, характерное для обсессий восприятие этих идей как чуждых и болезненных, а эгосинтонность, выраженная и нарастающая аффективная напряженность, одержимость сразу ставили эти переживания на сверхценный уровень. Присоединение обсессий к сверхценным образованиям не представляется удивительным, так как еще автор понятия «сверхценные идеи» С. Wernicke (1892), отмечал, что при прогрессировании заболевания сверхценности очень быстро «обрастают» другими психопатологическими феноменами, в том числе и навязчивостями [10].

Бредовую симптоматику у больных НА отмечали и другие исследователи. Так А.Е. Личко определил психический статус больных в активном периоде заболевания как «анорексический психоз» [7]. Такие особенности бреда больных НА, как выраженная аффективная заряженность, «одержимость» идеями, доминирующий характер в психической жизни при психологической понятности фабулы переживаний позволяют определить его как сверхценный в понимании А.Б. Смулевича [10]. Перерастание сверхценных идей в бредовые обычно происходит на высоте аффективного напряжения, когда особенно выражена кататимность мышления.

Значимым фактором формирования сверхценного бреда больных НА является длительный эмоциональный стресс, связанный с постоянной борьбой за снижение массы тела, противодействием родителям и другим лицам, требующим оздоровления питания, страхом прибавки в весе и полноты, ассоциирующимися с неуспехом в жизни и социальным неприятием. Почву для развития бреда создает «ослабленность» ЦНС, являющаяся с одной стороны следствием резидуально-органической недостаточности ЦНС вследствие разнообразных экзогенных факторов (чаще внутриутробного/перинатального ишемически-гипоксического поражения), значимо более выраженная у больных с психотической симптоматикой. А с другой - истощающим организм больного длительным голоданием, приводящим к доказанным в настоящее время патологическим изменениям головного мозга в виде значимого снижения объема как серого, так и белого вещества, наиболее выраженного в передней цингулярной извилине, гиппокампе и фронтальных отделах [23]. При этом тяжесть поражения положительно коррелирует с интенсивностью и длительностью голодания, а также степенью морфофункциональной зрелости мозга [15, 23]. Не случайно, что во 2-й группе минимальный ИМТ и возраст манифестации оказались значимо ниже, а показатели шкал тяжести анорексического поведения значимо выше, чем в 1-й. Формирование расстройств бредового регистра в связи с сочетанным влиянием психогенных и органических/соматогенных факторов было показано в прошлом веке рядом отечественных психиатров [5, 9, 11].

Полученные в исследовании данные указывают на необходимость максимально раннего начала терапии, до наступления значимых морфологических изменений и формирования устойчивого комплекса сверхценных переживаний и сверхценного бреда. Последнее подтверждается значительно менее благоприятными исходами заболевания во 2-й группе. Данные указывают и на необходимость дифференцированных подходов к терапии подростков, страдающих НА, в зависимости от этапа заболевания.

В заключение, исходя из полученных данных, представляется возможным предложить в дополнение к стадийности НА, разработанной М.В. Коркиной с соавт. [6], вариант периодизации НА, полезный, в первую очередь, для выбора терапевтической тактики. 1-й этап - сверхценная НА, в этот период целесообразно сочетание психофармакотерапии и психотерапевтических воздействий, направленных на разрешение психологических проблем, способствующих развитию заболевания; 2-й этап - «анорексический психоз», требующий, в первую очередь, активной нутриционной и психофармакотерапии. Традиционные психотерапевтические подходы оказываются малоэффективны, а психологи и психотерапевты наталкиваются на некорректируемую паранойальную подозрительность и враждебность со стороны больных, их активное противодействие. Единственным методом психотерапевтической помощи оказываются так называемые клинические поддерживающие беседы с врачом, которые рассматриваются как психотерапевтический метод [19] и на этом этапе имеют большую эффективность в сравнении с когнитивно-бихевиоральной, интерперсональной и семейной терапией; 3-й этап - это период реконвалесценции, на первый план выступает психотерапия, направленная на сглаживание сверхценного страха прибавки в весе и психосоциальная реабилитация [4, 12] с формированием новых социальных интересов и контактов. Прием психофармакопрепаратов должен быть продолжительным, поддерживающим аффективный тонус и дезактуализацию сверхценно-бредовых образований. Значимость приобретают нейрометаболические и ноотропные препараты, улучшающие обмен веществ в мозге и позволяющие компенсировать сформировавшийся у больных НА выраженный в той или иной степени нейрокогнитивный дефицит. Выбор адекватных терапевтических воздействий на каждом этапе заболевания является, на наш взгляд, важнейшим фактором, определяющим исход заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. 2015. Спецвыпуск 1. С. 13-23.
2. Гайдышев И.П. Программное обеспечение анализа данных AtteStat. Руководство пользователя. Версия 13; 2012. Доступно по: <http://биостатистика.рф/files/13.pdf>. Ссылка активна на 01.06.2021.
3. Грачев В.В. Расстройства пищевого поведения. Нервная анорексия: Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко Издание 2, исправленное и дополненное. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2016. С. 592-615.
4. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2007. 491 с.

5. Жислин С.Г. Об острых параноидах. М: Медицина, 1940. 115 с.
6. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 176 с.
7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
8. Мазаева Н.А., Самочатова Н.В. Психосоматические соотношения при нервной анорексии // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 4. С. 20-30.
9. Молохов А. Н. О параноических и параноидных реакциях. В кн.: 50 лет Психиатрической клиники им. С.С. Корсакова. М., 1940. 99 с.
10. Смулевич А.Б., Щирин М.Г. Проблема паранойи. М.: Медицина, 1972. 183 с.
11. Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. М.: «МЕД-пресс-информ», 2015. 208 с.
12. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Концепция многоуровневой терапии как идеология межпрофессионального взаимодействия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013 (13). № 2. С. 35-40.
13. Интернет-ресурс: сайт ВОЗ
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/ (Ссылка активна на 23.05.2021).

REFERECES

1. Bobrov A.E. Psychiatric aspects of anorexia nervosa // Almanac of clinical medicine. - 2015 - Special Issue 1 - pp 13-23.
2. Gajdy`shev I.P. Programnoe obespechenie analiza danny`x AtteStat. Rukovodstvo pol`zovatela. Versiya 13; 2012. Dostupno po: <http://biostatistika.rf/files/13.pdf>. Ssy`lka aktivna na 19.05.2021.
3. Grachev V.V. Rasstrojstva pishheвого povedeniya. Nervnaya anoreksiya: Detskaya i podrostkovaya psixiatriya. Klinicheskie lekci dlya professionalov / pod red. Yu.S. Shevchenko Izdanie 2, ispravlennoe i dopolnennoe. M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2016. S. 592-615.
4. Gurovich I.Ya. Psixosocial`naya terapiya i psixosocial`naya reabilitaciya v psixiatrii. M.: Medpraktika-M, 2007. 491 s.
5. Zhislin S.G. Ob ostry`x paranoidax. M: Medicina, 1940. 115 s. Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya. 2-e izd. L: Medicina, 1985. 416 s.
6. Korkina M.V., Civil`ko M.A., Marilov V.V. Nervnaya anoreksiya. M.: Medicina, 1986. 176 s.
7. Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya. 2-e izd. L: Medicina, 1985. 416 s.
8. Mazaeva N.A., Samochatova N.V. Psixosomaticheskie sootnosheniya pri nervnoj anoreksii // Psixicheskie rasstrojstva v obshhej medicine. 2008. № 4. S. 20-30.
9. Moloxov A. N. O paranoicheskix i paranoidny`x reakciyax. V kn.: 50 let Psixiatricheskoj kliniki im. S. S. Korsakova. M., 1940. 99 s.
10. Smulevich A.B., Shhirina M.G. Problema paranoji. M.: Medicina, 1972. 183 s.
11. Snezhnevskij A.V. Obshhaya psixopatologiya: Kurs lekciy. M.: «MEDpress-inform», 2015. 208 s.
12. Shevchenko Yu., Severny A.A. The concept of multi-level therapy as an ideology of interprofessional cooperation // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i

podrozkov. 2013 (13). № 2. P. 35-40.

13. Internet-resurs: website WHO
[http://www.who.int/maternal_child_adolescent/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/) topics/adolescence/dev/ru/ (Ssy`lka
 aktivna na 23.05.2021)

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. 991 p.

15. Amianto F., Caroppo P., D'Agata F., et al. Brain volumetric abnormalities in patients with anorexia and bulimia nervosa: A voxel-based morphometry study // Psychiatry Res. 2013. Vol. 213. № 3. P. 210-216. doi:10.1016/j.pscychresns.2013.03.010.

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

17. Halmi K.A. Perplexities of treatment resistance in eating disorders // BMC Psychiatry. 2013. Vol. 13. 292. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/292>.

18. Hoffman E.R., Gagne D.A., Thornton L.M., et al. Understanding the association of impulsivity, obsessions, and compulsions with binge eating and purging behaviours in anorexia nervosa // Eur Eat Disord Rev. 2012. Vol. 20. № 3. P. 129-136. doi: 10.1002/erv.2161.

19. McIntosh V.V., Jordan J., Carter J.D., et al. Assessing the distinctiveness of psychotherapies and examining change over treatment for anorexia nervosa with cognitive-behavior therapy, interpersonal psychotherapy, and specialist supportive clinical management // Int J Eat Disord. 2016. Vol. 49. № 10. P. 958-962. doi:10.1002/eat.22555.

20. Mountjoy R.L., Farhall J.F., Rossell S.L. A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. Psychiatry research. 2014. V. 220, № 1-2. P. 507-512. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.073>.

21. O'Connell J.E., Bendall S., Morley E., et al. Delusion-like beliefs in anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis // Clinical Psychologist. 2017. P. 317-326. DOI: 10.1111/cp.12137.

22. Phillipou A., Mountjoy R.L., Rossell S.L. Overvalued ideas or delusions in anorexia nervosa? // Aust N Z J Psychiatry. 2017. Vol. 51. № 6. P. 563-564. doi: 10.1177/0004867417701581.

23. Seitz J., Konrad K., Herpertz-Dahlmann B. Extend pathomechanism and clinical consequences of brain volume changes in anorexia nervosa // Curr Neuropsychopharmacol. 2018. Vol. 16. № 8. P. 1164-1173. doi: 10.2174/1570159X15666171109145651.

24. Steinglass J.E., Eisen J.L., Attia E., et al. Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa // J Psychiatr Pract. 2007. Vol. 13. № 2. P. 65-71.

25. Steinhausen H.C. Outcome of eating disorders // Child and adolescent psychiatric clinics of North America Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009. Vol. 18. № 1. P. 225-242. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.013.

26. Storch E.A., Larson M.J., Price L.H., et al. Psychometric analysis of the

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist // J Anxiety Disord. 2010. Vol. 24. № 6. P. 650-656. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.010.

27. Treasure J., Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors // Br J Psychiatry. 2011. Vol. 199. P. 5-7.

28. Vandereycken W. Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents // Acta Psychiatr Scand. 1992. Vol. 85. № 2. P. 163-166. doi: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb01462.x.

29. Yaryura-Tobias J.A., Pinto A., Neziroglu F. The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder // Eating Weight Disorder Journal. 2001. Vol. 6. P. 174-180.

V.V. Grachev

**THINKING DISTURBANCES IN THE PERIOD OF INCREASING
WEIGHT LOSS IN ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA**

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. The aim of the study was an analysis disordered thinking in the early stages of anorexia nervosa in adolescent patients. The study sample consisted of 122 girls, aged 12.3-17.8 years, with typical anorexia nervosa. A combination of overvalued and obsessive disorders was observed in all (100%) examined patients in the period of active weight loss. Importantly, the overvalued disorder was the leading and core symptom. Overvalued disorders became more complex as the disease progressed, and formed a system of overvalued experiences and often reached the level of overvalued delusion. Such dynamics of psychopathological manifestations should be taken into account when choosing therapeutic approaches at various stages of the anorexia nervosa.

Keywords: anorexia nervosa, adolescents, eating disorders, overvalued delusions, obsessive-compulsive disorders.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ В КОНФЛИКТЕ С ЗАКОНОМ

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный педагогический университет
(Новосибирск)

Резюме. В статье отражены результаты исследования психоэмоциональных особенностей подростков в конфликте с законом. Выборку составили 42 подростка (15-16 лет), в конфликте с законом, стоящие на учете в Инспекции по делам несовершеннолетних (ИДН) Восточно-Казахстанской области. Определено, что подростки в конфликте с законом склонны к проявлению депрессивных переживаний, наблюдается общее снижение настроения, убежденность в неэффективности при обучении в школе. Такие подростки могут характеризоваться частым ожиданием негативного исхода, повышенным уровнем тревожной симптоматики. Переживание эмоционального состояния ненужности, повышенный уровень истощаемости, наличие чувства одиночества, снижение способности получать удовольствие, которое сопровождается потерей активности в его достижении. При этом появляется негативная оценка собственной эффективности, низкая оценка себя. В качестве экспертов выступили психологи, классные руководители, родители.

Ключевые слова: подростки, психоэмоциональные состояния, дети в конфликте с законом, депрессия, тревожность, агрессивность.

На сегодняшний день в Казахстане одной из актуальных и социально значимых проблем является подростковая преступность. По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан, «каждый год выявляются около восьми тысяч несовершеннолетних, совершивших преступления, из них почти половина привлекается к уголовной ответственности» [6]. Подростки в конфликте с законом составляют ту уязвимую часть населения, которая нуждается в поддержке и сопровождении, а также в предупреждении преступлений и профилактике рецидивов. Под термином «дети, находящиеся в конфликте с законом», понимаются «все лица моложе 18 лет, вступающие в контакт с системой правосудия в качестве подозреваемых или обвиняемых в совершении правонарушений. Большинство детей, находящихся в конфликте с законом, совершают нетяжкие преступления или мелкие правонарушения»[2].

Актуальность проблемы продиктована тем фактом, что современные условия жизнедеятельности предъявляют повышенные требования к эмоциональной сфере подростков, эмоциональной устойчивости по отношению как к внешним воздействиям, так и внутренним личностным противоречиям. Появлению неблагоприятных эмоциональных состояний у детей и подростков способствуют такие факторы и условия, как: урбанизация и экологический фон, ускорение темпа жизнедеятельности, социальное расслоение и конкуренция, все возрастающий информационный поток, изменение требований к когнитивным, эмоциональным и коммуникативным процессам человека, а также дефицит в переживании по-

ложительных эмоций. Как следствие, все это может провоцировать появление неблагоприятных эмоциональных состояний детей и подростков, что, в свою очередь, выражается в депрессивной и тревожной симптоматике, пассивных формах поведения и деятельности, низкой мотивации, беспокойстве и др.

Далеко идущие последствия имеет в целом психическое неблагополучие подростков, и в частности касающееся их эмоциональной сферы. Ряд исследователей видят взаимосвязь «некоторых типов нарушения поведения у детей (побеги, школьные прогулы, бродяжничество, воровство, грабежи, убийства) с различными формами психогенных расстройств, в частности, с депрессивными состояниями» [7, 8]. Была также описана взаимосвязь проблем, связанных с успеваемостью, коммуникацией со сверстниками и взрослыми и подростковой депрессивностью. Результаты исследований дают возможность предположить, что «недостаточное внимание к проблеме депрессивности у подростков становится фактором риска во взрослом возрасте» [3].

Материалы и методы исследования. В диагностическом исследовании использовался тест CDI Ковач, Гиссенский личностный опросник, экспертная шкала на основе шкалы Гиссенского личностного опросника, рисуночный тест Сильвер «Нарисуй историю» (R. Silver, А.И. Копытин).

Тест детской депрессии (CDI) разработан М. Ковач в 1992 г. и адаптирован сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии НИИ психологии; позволяет определить «количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения. Опросник CDI предназначен для самостоятельного заполнения подростками и детьми, его использование не требует медицинской квалификации, т. к. выявляет функциональное состояние депрессии у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования» [5]. Тест состоит из шкалы из 27 показателей, в которой дети и подростки в возрасте от 7 до 17 лет дают оценку своему состоянию.

При оценке испытуемый выбирает в каждой группе одно высказывание и оценивает его по степени выраженности с учетом самочувствия в последнее время. Необходимо отметить, что оцениваемые показатели соответствуют уровню проявления депрессии.

Тест «Нарисуй историю» имеет «комплексный характер и может применяться для оценки когнитивной и эмоциональной сфер и образа «я» испытуемых» [4]. При прохождении методики «Нарисуй историю» испытуемым необходимо из набора в 13-15 стимульных картинок произвести выбор и составить небольшой рассказ о происходящем с использованием выбранных персонажей и предметов. Этот рассказ нужно переложить на бумагу в виде рисунка, дать название. Уточняется, что есть возможность добавлять новые дополнительные детали и персонажи, можно вносить какие-либо дополнения в образы стимула. Тест содержит два эквивалентных варианта – А и Б, что позволяет использовать второй вариант при ретесте. Методика на определение эмоционального состояния состоит из шкалы эмоционального содержания рисунка и шкалы оценки образа «Я». При количественной обработке рисунков возможно приписывание от 1 до 5 баллов с учетом критериев шкалы оценки образа «Я». Для понимания дан-

ной шкалы важно установить, с каким персонажем, представленным в рисунке, происходит идентификация испытуемого.

Гиссенский личностный опросник относится к методикам многомерного исследования личности, взаимосвязи ее структурных компонентов. В России тест адаптирован в клинике неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. Опросник был составлен таким образом, чтобы обследуемый в первую очередь описывал себя через отношения с другими людьми [1]. Гиссенский тест включает 3 варианта одних и тех же 40 биполярных утверждений, которые включены в 6 шкал, имеющих два полюса: социального одобрения, доминантности, контроля, преобладающего настроения, открытости–замкнутости, социальных способностей.

Необходимо отметить, что испытуемые заполняли самооценочный бланк «Я», а экспертам, в качестве которых выступили педагоги и психологи учреждений, давался для оценки бланк «Он/Она». Это дало нам возможность увидеть в динамике возможные изменения в характеристиках поведения подростков в конфликте с законом.

Выборку составили 42 подростка в конфликте с законом, стоящие на учете в Инспекции по делам несовершеннолетних (ИДН) Восточно-Казахстанской области. Возраст испытуемых 15-16 лет (24 юноши, 18 девушек). В качестве экспертов выступили психологи, классные руководители, родители.

Результаты исследования и их обсуждение. Проанализируем результаты, полученные по опроснику детской депрессии (CDI) М. Ковач. Поскольку по данному опроснику Т-балл высчитывается в зависимости от пола, то на рисунке 1 представлены результаты по выборке парней и девушек в конфликте с законом.

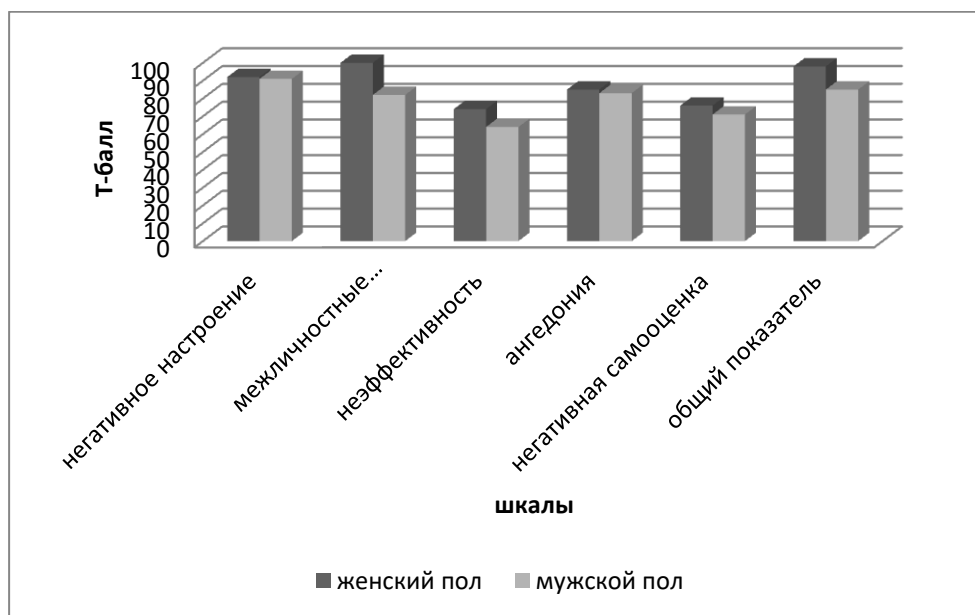


Рисунок 1 – Т-баллы по шкалам опросника детской депрессии (CDI) М. Ковач у подростков в конфликте с законом

Можно определить, что как у девушек, так и у юношей общий показатель депрессивности относится к крайнему показателю «очень значительно превышает средний балл», при том что общий нормативный показатель, предложенный в опроснике CDI – 0-54, при этом показатель в 50 баллов расценивается как критический, и если результаты оказываются выше, то это расценивается как увеличение депрессивной симптоматики. У девушек депрессивные симптомы в межличностной сфере максимально демонстрируют наличие в ней проблем (100 баллов). Они идентифицируют себя с ролью плохой, проявляется агрессивное поведение и высокий негативизм, чувствуют себя одинокой. Данные проявления у парней выражены также на высоком уровне (82 балла). Высокий уровень убеждения в неэффективности в школе также в большей степени присущ девушкам в конфликте с законом (74 балла), чем парням (64 балла). По другим показателям больших различий не обнаружено. Как парни, так и девушки в конфликте с законом характеризуются общим сниженным фоном настроения, наличием негативной оценки собственной эффективности и результативности в целом.

Такие подростки могут характеризоваться частым ожиданием негативного исхода, повышенным уровнем тревожной и беспокойной симптоматики. Переживание эмоционального состояния ненужности, повышенный уровень истощаемости, наличие чувства одиночества, снижение способности получать удовольствие, которое сопровождается потерей активности в его достижении как показатели ангедонии проявились у всех испытуемых (Т-балл 85 у девушек и 83 у юношей). Чуть в меньшей мере проявляется низкая оценка себя, негативная оценка собственной эффективности и результативности, наличие аутоагрессивных мыслей (Т-балл 76 у девушек и 71 у юношей).

Таким образом, подростки в конфликте с законом склонны к проявлению депрессивных переживаний, наблюдается общее снижение настроения, повышенная тревожность, убежденность в неэффективности при обучении в школе.

Анализ результатов по проективной методике «Нарисуй историю» в группе подростков в конфликте с законом представлен табл. 1.

Таблица 1.

Результаты по проективной методике «Нарисуй историю» в группе подростков в конфликте с законом

Шкалы	Критерии оценки	количество человек	%
Шкала эмоционального содержания	выраженное отрицательное	7	16,6
	умеренно отрицательное	12	28,6
	нейтральное	17	40,4
	умеренно положительное	5	11,9
	выраженное положительное	1	2,4
Шкала образа «я»	болезненные фантазии	6	14,3
	неприятные фантазии	9	21,4
	противоречивые или амбивалентные фантазии	18	42,8
	приятные фантазии	4	9,5
	фантазии, связанные с исполнением желаний	5	11,9

Анализ эмоционального состояния подростков позволяет констатировать, что 40,4% нарисовали рисунки с эмоциональным содержанием, которое можно трактовать как нейтральное, где изображение персонажей или отношений происходит без определенного эмоционального содержания или с противоречивым и неясным смыслом. В то же время 28,6% исследуемых подростков продемонстрировали сюжеты в рисунках с умеренно отрицательным содержанием, в которых как сам сюжет, так и действующие лица характеризуются взаимной враждебностью, настороженностью, драматичностью отношений между персонажами. Само изображение фигур могло нести характер обеспокоенных, испуганных, фрустрированных или несчастных.

Изображение сюжета в рисунках, связанного с явно отрицательным содержанием, было определено у 16,6% исследуемых подростков в конфликте с законом. Такие испытуемые предпочитали использовать персонажи и описывали сюжет, в котором изображались действующие лица, испытывающие крайние негативные эмоции, находились в угрожающей жизни обстановке или смертельной опасности, демонстрировали чувства беспомощности, печали, одиночество и безнадежность. Деструктивное изображение персонажей могло также характеризоваться сюжетами убийств или угрозы для жизни.

Положительное эмоциональное содержание рисунков и рассказов, которое можно охарактеризовать как умеренно выраженное и выраженное было отмечено у небольшого числа исследуемых подростков (11,9% и 2,4% соответственно). Такие испытуемые могли изобразить дружественные отношения между персонажами, рисовали эмоционально позитивных, радостных, успешных и активных героев.

При анализе оценки образа «я» большинство испытуемых (42,8%) проявили противоречивые или амбивалентные фантазии: они могли идентифицировать себя с героем, который переживает противоречивые чувства; персонаж мог быть равнодушным, пассивным, либо образ «я» не был четко идентифицирован. 21,4% подростков в конфликте с законом идентифицировали себя с персонажем, которого можно охарактеризовать как испуганного, страшного, фрустрированного и несчастного. Тем самым можно говорить о том, что рисунки содержали неприятные и деструктивные фантазии. Обращают на себя внимание 14,3% испытуемых, фантазии которых можно отнести к болезненным: такие подростки при идентификации себя с героем обращали внимание на одиноких, печальных, грустных, находящихся в опасности персонажей или склонных к суицидальным действиям.

Приятные фантазии или фантазии, связанные с исполнением желаний, отметили 9,5% и 11,9% соответственно, в них подростки идентифицировали себя с жизнерадостным, активным, достигающим своей цели и удовлетворенным персонажем.

Еще одним диагностическим инструментом для оценки психоэмоционального состояния подростков в конфликте с законом послужил Гиссенский опросник, который заполняли сами подростки (табл. 2), а также эксперты, в качестве которых выступили кураторы групп, классные руководители, педагоги, психологи (табл. 3).

По результатам табл. 2 можно определить, что 57,1% подростков в конфликте с законом характеризуют себя как нетерпеливых, с потребностью настоять на своем, не желающих подчиняться и быть зависимыми от других. 47,6% подростков считают, что они в большей степени легкомысленны и беззаботны в поведении, чем с высоким контролем поведения (30,9%). Также большинство подростков (30,9%) считает себя непривлекательными, возможно, они чувствуют неуважение со стороны других, неуверенные в своей социальной репутации. Преобладающее настроение по оценке 42,8% подростков в конфликте с законом – гипоманиакальное, при котором они не склонны к излишней самокритичности. Могут не скрывать раздражение в отношении других, независимы. Направление развития агрессии преимущественно вовне. 45,2% исследуемых подростков характеризуют себя как необщительных, с низким уровне доверия к другим, не контактных, стремящихся скрывать собственную потребность в любви. С этим связана и низкая социальная способность - у 35,7% подростков, при которой характерна неспособность к длительной привязанности, слабая расположенность к самоотдаче, необщительность.

Таблица 2.

Результаты по самооценке подростков в конфликте с законом по Гиссенскому опроснику

Шкалы	Высокие показатели		Средние показатели		Низкие показатели	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
1. социального одобрения	7	16,6	22	52,4	13	30,9
2. доминантности	5	11,9	13	30,9	24	57,1
3. контроля	13	30,9	9	21,4	20	47,6
4.преобладающего настроения	10	23,8	14	33,3	18	42,8
5. открытости - замкнутости	19	45,2	18	42,8	5	11,9
6. социальных способностей	15	35,7	15	35,7	12	28,5

По результатам табл. 3 можно определить, что большинство экспертов оценивает подростков в конфликте с законом как доминантных, настойчивых и импульсивных (50%), недостаточно контролирующих себя (59,5%), с преобладающим приподнятым настроением, раздражительностью и возбудимостью (54,8%). 40,5% экспертов считают, что исследуемые подростки в конфликте с законом не способны к длительным привязанностям, неоткровенны и недоверчивы (57,1%). При этом 69% экспертов полагают, что подростки исследуемой группы могут успешно добиваться поставленной цели и уверены в своем позитивном социальном имидже.

Основное различие в самооценке подростков и в оценке экспертов мы видим в том, что эксперты определяют у подростков демонстрируемые черты, связанные с оценкой внешней привлекательности, популярности, способностью успешно взаимодействовать с окружающими.

Таблица 3.

Результаты по экспертной оценке подростков в конфликте с законом по Гиссенскому опроснику

	Высокие показатели		Средние показатели		Низкие показатели	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
1. социального одобрения	29	69	10	23,8	3	7,2
2. доминантности	1	2,4	20	47,6	21	50
3. контроля	5	11,9	12	28,5	25	59,5
4. преобладающего настроения	6	14,2	13	30,9	23	54,8
5. открытости - замкнутости	24	57,1	11	26,2	7	16,7
6. социальных способностей	17	40,5	15	35,7	10	23,8

Выводы. Таким образом, анализ психоэмоционального состояния подростков в конфликте с законом позволяет сделать следующие выводы.

Подростки в конфликте с законом склонны к проявлению депрессивных переживаний, наблюдается общее снижение настроения, убежденность в неэффективности при обучении в школе. Такие подростки могут характеризоваться частым ожиданием негативного исхода, повышенным уровнем тревожной симптоматики. Переживание эмоционального состояния ненужности, повышенный уровень истощаемости, наличие чувства одиночества, снижение способности получать удовольствие, сопровождающееся потерей активности в его достижении. При этом появляется негативная оценка собственной эффективности, низкая оценка себя.

Подростки в конфликте с законом характеризуют себя как нетерпеливых, с потребностью настоять на своем, не желающих подчиняться и быть зависимыми от других. Подростки считают, что они в большей степени легкомысленны и беззаботны в поведении, у них недостаточно выражен самоконтроль. Также подростки считают себя непривлекательными, возможно, они чувствуют неуважение со стороны других, неуверенные в своей социальной репутации. Преобладающее настроение по оценке – гипоманиакальное, при котором они не склонны к излишней самокритичности. Могут не скрывать раздражение в отношении других, независимы. Направление развития агрессии преимущественно вовне. Подростков можно описать как необщительных, с низким уровнем доверия к другим, не контактных, стремящихся скрывать собственную потребность в любви. С этим связана и низкая социальная способность у подростков, при которой характерна неспособность к длительной привязанности, слабая расположенность к самоотдаче, необщительность. Результаты экспертной оценки также подтверждают данные характеристики самооценки подростков. Различия обнаружены в том, что эксперты определяют у подростков демонстрируемые черты, связанные с оценкой внешней привлекательности, популярности, способностью успешно взаимодействовать с окружающими.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиссенский личностный опросник [сайт]. URL: <https://psylab.info> (дата обращения: 07.02.2019)

2. Защита прав ребенка в системах уголовного правосудия. Руководство для обучения и справочно-информационный ресурс для специалистов и должностных лиц, принимающих участие в разработке политики в области правосудия для детей. URL: https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/11/CR_TrainingManual_RUSSIAN_WEB.pdf (дата обращения: 07.04.2019)

3. Израйлева М.Н., Габбасова Э.Р., Киреева Д.С., Дереча Г.И., Краснощекова И.В. Склонность к риску, стратегии конфликтного поведения и эмоциональные нарушения у подростков с девиантным поведением. – М.: Изд.: Психическое здоровье, 2018. – С.53-60.

4. Копытин А.И., Свистовская Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: Когито-центр, 2015. – 215 с.

5. Опросник детской депрессии (CDI), М. Ковач. URL: <http://psy-clinic.info/index.php?id=235:oprosnik-detskoj-depressii-cdi-m-kovach> (дата обращения: 07.04.2019).

6. Официальный сайт Министерства внутренних дел Республики Казахстан [Электронный ресурс]. – Сайт доступа: <http://mvd.gov.kz/portal>

7. Подольский А.И., Карабанова О.А., Идобаева О.А., Хейманс П. Психосоциальное благополучие современных подростков: опыт международного исследования // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 2011. – № 2. – С. 9-20.

8. Юсупова Г.В., Климанова Н.Г., Галиуллина А.А. Психосоциальное здоровье подростков как основа устойчивости личности к факторам, провоцирующим суицид // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. -2015.- № 3 (22). - С. 2015-221.

REFERENCES

1. Gissenskiy lichnostsnyy oprosnik [sayt]. URL: <https://psylab.info> (data obrashcheniya: 07.02.2019)

2. Zashchitaprabvenka v sistemakhugolovnogopravosudiya. Rukovodstvodyaobucheniya i spravochno-informatsionnyyresursdlyaspetsialistov i dolzhnostnykh lits, prini mayushchikhuchastiye v razrabotkepolitiki v oblastipravosudiyadlyadetey. URL: https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/11/CR_TrainingManual_RUSSIAN_WEB.pdf (data obrashcheniya: 07.04.2019)

3. Izrayleva M.N., Gabbasova E.R., Kireyeva D.S., Derecha G.I., Krasnoshchekova I.V. Sklonnost' k risku, strategiikonfliktnogopovedeniya i emotsional'nyyenarusheniya u podroستkov s deviantnymповедением. – М.: Изд.:Psikhicheskoyezdorov'ye, 2018. - S.53-60.

4. Kopytin A.I., Svistovskaya Ye. Art-terapiyadetey i podroستkov. – М.: Kogito-tsentr, 2015. – 215s.

5. Oprosnikdetskoydepressii (CDI), M. Kovach. URL: <http://psy-clinic.info/index.php?id=235:oprosnik-detskoj-depressii-cdi-m-kovach> (data obrashcheniya: 07.04.2019).

6. Ofitsial'nyysayt Ministerstva Vnutrennikh del Respubliki Kazakhstan [Elektronnyy resurs]. - Saytdostupa: <http://mvd.gov.kz/portal>
7. Podol'skiy A.I., Karabanova O.A., Idobayeva O.A., Kheymans P. Psikhoemotsional'noyey blagopoluchiyey sovremennykh podrostkov: opyt mezhdunarodnogo issledovaniya // Vestnik MGU. Seriya 14. Psikhologiya. – 2011. – № 2. – S. 9-20.
8. Yusupova G.V., Klimanova N.G., Galiullina A.A. Psikhoemotsional'noyey zdorov'ye podrostkov kak osnova ustoychivostilichnosti k faktoram, provotsiruyushchimsuitsid // Vektornauki TGU. Seriya: Pedagogika, psikhologiya. -2015.- № 3 (22). - S. 2015-221.

O.A. Efremova

PSYCHO-EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS IN CONFLICT WITH THE LAW

Novosibirsk State Pedagogical University (Novosibirsk).

Summary. The article reflects the results of the study of psycho-emotional characteristics of adolescents in conflict with the law. It was determined that adolescents in conflict with the law are prone to the manifestation of depressive experiences, there is a general decrease in mood, a belief in ineffectiveness when teaching at school. Such adolescents may be characterized by a frequent expectation of a negative outcome, an increased level of anxious and restless symptoms. Experiencing an emotional state of uselessness, an increased level of exhaustion, the presence of a feeling of loneliness, a decrease in the ability to receive pleasure, which is accompanied by a loss of activity in achieving it. At the same time, a negative assessment of one's own efficiency appears, a low assessment of oneself.

Keywords: adolescents, psycho-emotional states, children in conflict with the law, depression, anxiety, aggressiveness.

С.В. Гриднева¹, А.И. Ташёва¹, М.Р. Арпентьева², С.В. Коптяева³

**ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНКЛЮЗИИ
ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА**

¹Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону), ²Центр психологической, педагогической, медицинской и социальной помощи «Содействие», ³Центр развития творчества детей и юношества «Созвездие» (Калуга).

Резюме: Эмпирический анализ проблем инклюзии учеников с синдромом Аспергера в образовательную среду школы и вуза включал гуманитарные и исследовательские задачи, которые решались исходя из того, что инклюзия детей, подростков и юношей/девушек с РАС требует учета индивидуальных особенностей и разработки индивидуализированных и гибких программ коучинга, направленных на социальную адаптацию учеников путем снижения их тревожности в разных ситуациях и контекстах инклюзивного взаимодействия, повышения самооценки и оценки окружающих людей, доверия и уважения членов инклюзивного процесса.

Ключевые слова: инклюзия, сопровождение, инклюзивный коучинг, студент, развитие, зона ближайшего развития, перспектива.

Введение. Эмпирический анализ проблем инклюзии учеников с синдромом Аспергера (СА) и иных учащихся и обучающихся с ОВЗ в образовательную среду школы и вуза обычно предполагает связь двух типов задач: гуманитарных (развивающих, помогающих) и исследовательских [10, 15, 17, 20]. Решение этих проблем в случае анализа процессов и результатов образовательной инклюзии и, в том числе инклюзивного коучинга как процесса психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования [7, 8, 15], исходит из того, что инклюзия детей, подростков и юношей/девушек с РАС требует учета индивидуальных особенностей и разработки индивидуализированных и гибких программ коучинга, направленных на социальную адаптацию учеников путем снижения их тревожности в разных ситуациях и контекстах инклюзивного взаимодействия, повышения самооценки и оценки окружающих людей, доверия и уважения членов инклюзивного процесса [3, 4, 16, 19].

Цель исследования – эмпирическое изучение динамики психологического статуса школьников и студентов с СА в инклюзивном образовании, анализ условий психологического обеспечения интеграции в процессе инклюзивного обучения. **Гипотезы** исследования включали предположения о том, что в ходе инклюзивного образования, включающего развернутую программу психолого-педагогического сопровождения социализации, может позитивно значительно изменяться психологический статус ученика с СА, в частности, уровень его социальной адаптации. Также предполагалось, что обучение ученика с особыми нуждами в коллективе обычных детей может способствовать формированию его социальных компетенций, преодолению психологических барьеров между учеником и его сверстниками.

По мнению современных ученых, людям с СА часто труднее учиться, чем другим детям, поэтому постоянная, заинтересованная целительная поддержка,

организованная как процесс инклюзивного коучинга – дополнения инклюзивного образования программами психолого-педагогического сопровождения, должна существенно облегчить процесс обучения и повысить его результативность. Пролонгированное, обусловленное целями совместной учебной деятельности и наполненное радостью и успехом принятия и уважения пребывание в коллективе психически здоровых сверстников и в окружении компетентных, создающих условия для развития учеников педагогов, может минимизировать тревожность и иные негативные симптомы и состояния учеников с СА и другими видами нарушений [7; 8].

Проверка названных гипотез потребовала решения ряда задач. Гуманитарные задачи решались с опорой на концепцию П.Я. Гальперина [6] о планомерно-поэтапном формировании умственных действий и понятий. Они решались при активном участии тьютора: наставника, который учит самостоятельно решать проблемы (переводить их в задачи), помогать соотносить процессы и результаты обучения, воспитания и (транс)формирования образа жизни [7; 8]. Эти задачи включали

1) адаптацию к школе и вузу: помощь ученикам в изучении общешкольного и общеузовского времени и пространства, сформированности понятий «учебное занятие-перемена», запоминание своего места за партой в классе, аудитории, маршрутов между аудиториями и иными помещениями;

2) формирование и развитие учебных и социальных компетенций, в том числе умения самостоятельной, совместной работы и работы под руководством педагога. Особенное внимание уделялось формированию и развитию социальных навыков: навык приветствия/прощания, научение ребенка распознаванию и проявлению эмоций и построению отношений, освоение приемлемых форм взаимодействия со сверстниками и взрослыми, приобретение и развитие навыков построения беседы (слушание другого; задавание вопросов на темы, интересующие собеседника; распознавание необходимости оказания помощи и психологической поддержки и пр.).

Объектом исследования стали ученики школы и вузов Ростова и Калуги с диагностированным СА. Всего в исследовании приняли участие 5 детей и 5 молодых людей. Исследование проводилось с 2015 по 2020 гг.. Выборка была немногочисленной, поскольку респонденты с этим нарушением интересующего нас возраста и периода жизни (поступление в школы и вуз) достаточно редки и в силу своей общей немногочисленности, и в силу того, что многие люди с такими нарушениями могут не попадать в средние, и, особенно, высшие учебные заведения с инклюзивными возможностями. Поскольку до 2012 года в России инфраструктуры инклюзивного образования практически не было вообще, постольку проблема включения уже повзрослевших детей в образование на уровне вуза и даже проблема включения детей младшего школьного возраста в «обычную» школу стоит весьма остро.

Методический инструментарий. В соответствии с задачами исследования и выдвинутыми гипотезами для оценки состояний учащихся и обучающихся с СА до и после программы инклюзивного коучинга были использованы следующие методики: 1) Тест или «Методика исследования социализированности»

для младших и старших школьников М.И. Рожкова предназначена для выявления уровня социальной адаптированности, активности, автономности и нравственной воспитанности учащихся, он предполагает, что если получаемый показатель по каждой из шкал больше трех, то можно констатировать высокую степень социализированности человека; если же он больше двух, но меньше трех, то это свидетельствует о средней степени развития социальных качеств, а если коэффициент окажется меньше двух баллов, то можно предположить, что отдельный учащийся (или группа учеников) имеет низкий уровень социализированности. Как видно из сводной таблицы, исходный уровень социализированности респондентов по всем шкалам низкий, особенно у детей, достигнутый уровень – средний. 2) Методика «Шкала социально-ситуационной тревоги» Р. Кондаша широко используется в России как напрямую, так и в своих адаптациях. Она включает оценку 3 параметров, от 1 до 10 баллов. Чем меньше суммарный бал, тем меньше тревожность. К достоинствам методики относится простота и понятность, к недостаткам – невозможность оценить источники и динамику тревожности и страхов. 3) Проективная рисуночная методика «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич позволяет оценить очень многие показатели развития человека как личности и партнера. По тесту М.З. Дукаревич оценивалось количество «сигналов» оптимизма, высокой самооценки и принятия (и противоположных им сигналов неприятия, пессимизма, низкой самооценки и оценки других). Далее вычислялись суммарные среднеарифметические показатели по каждому респонденту (от 0 до 1, где 0 – свойство в его «позитивном» измерении не характерно, 1 – свойство высоко характерно) и по группе в целом (от 0 до 5, где 0 – низкий уровень встречаемости качества в группе, 5 – высокий уровень встречаемости качества в группе)

Гуманитарные задачи осуществлялись при помощи методик: разъяснения понятий через «АВА-терапию», сенсорно-интегративную терапию, иные методы «мягкого контроля», входившие в программу инклюзивного коучинга, опиравшегося на идеи теории поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина [6]. Помимо методик «прикладной бихевиоральный анализ», «сенсорная интеграция» и некоторых иных вариантов помощи ученикам с СА [1, 7; 8, 11, 18] использовались консультативно-развивающие и коррекционно-диагностические встречи (беседы и т. д.) с дефектологом и психологом/психотерапевтом [7, 8, 12, 15]. Беседы с психологом/психотерапевтом, дефектологом, тьютором организовывались и проводились с целью анализа и обучения навыкам поведения в многосоставных и сложных социальных ситуациях: недостаточность эмпатийной способности компенсировалась опытом когнитивной переработки информации о ситуациях и людях, их множественных стремлениях и целях [16].

Результаты исследования. 1. До поступления в школу и вуз ученики с СА обычно посещают детские сады и школы на особых условиях (неполный день, свободное посещение, особое питание). Кроме того, у них есть регулярные занятия с психотерапевтами и дефектологами в рамках специализированных центров помощи детям с особыми нуждами. Также в реабилитационной работе с этими детьми и молодыми людьми часто используется специализированный

массаж и медикаментозная поддерживающая терапия. В качестве основных характеристик у школьников и даже у некоторых студентов с СА были зафиксированы гиперактивность, подвижность, непоседливость, обычные для детей младшего школьного возраста, появлялись очевидные навязчивые движения (стимминг). Для студентов эти проявления сверхактивности были менее типичны. Данный факт отражает существование тревожности, провоцируемой многочисленностью и разнообразием новых сенсорных и иных сигналов, порожденных знакомством с новой средой и с новыми людьми (сверстниками, педагогами, тьютором). Эта новая среда несет для школьников и студентов существенную новизну, которая, как это свойственно РАС, доставляет выраженный дискомфорт беззащитности и неуверенности, «отсутствия почвы» под ногами. В таких ситуациях также наиболее выпукло обнаруживает себя сенсорная дезинтеграция, манифестирующаяся в гиперчувствительности.

Как и многие дети с СА, изучаемые школьники и студенты имели специальные интересы. Обращение к этим интересам нередко помогало обучению и процессу его психолого-педагогического сопровождения. Речь и мышление респондентов довольно развиты, но имелись некоторые сложности аутизации, использования ее как функционально (для общения с окружающими), так и в качестве аутостимуляций [5]. Интеллект обследуемых сохранен, но часто проявляется синдром дефицита внимания, который заключается в сложностях с его переключением, распределением и удержанием, произвольным управлением. Эмоционально-волевая сфера респондентов своеобразна и не всегда прозрачна. В социальном плане обследуемые достаточно активны, идут на контакт, нередко выступая его инициаторами, любят внимание к себе. Есть признаки стремления к ограничению контактов, изоляции, отклоняющиеся формы реагирования, не соответствующие ситуации, и высокая чувствительность к негативным чувствам других. Протестное поведение выражается в отказе от действий, в убежании, хандре, в «делании наоборот», есть некоторая социальная ригидность. В целом респонденты имели до начала работы с ними высокий уровень притязаний и сниженную самооценку.

2. В начале инклюзивной работы, в том числе в рамках программы психолого-педагогического сопровождения инклюзивного процесса, как правило, составляется план адаптации к школе / вузу и включения ребенка/юноши или девушки в занятия. В своем исследовании мы исходим из того, что инклюзия детей с РАС невозможна без учета индивидуальных особенностей и поведенческой специфики каждого конкретного ребенка [2, 22]. Разработанный план инклюзивного психолого-педагогического сопровождения оперативно корректировался по ходу обучения участниками междисциплинарной команды сопровождения, исходя из данных об изменяющемся состоянии ученика. Учитывались как успехи, так и неудачи ученика, зоны опасности срывов (метлдаунов) и «зоны ближайшего развития».

3. Одним из фокусов исследования была психодиагностика на «входе» и «выходе» из программы, результаты которой приведены в табл. № 1.

Таблица № 1.

Сводные результаты психодиагностического обследования учащихся и обучающихся в процессе инклюзивного коучинга

	До курса сопровождения		После курса сопровождения	
	школа	вуз	школа	вуз
«Методика исследования социализированности» для младших и старших школьников М.И. Рожкова				
адаптированность	1,2	1,6	2,2	2,6
активность	1,8	2,0	2,8	3,2
автономность	1,2	2,0	2,4	3,0
нравственность	1,2	1,6	2,6	2,8
Методика «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич				
оптимизм	2,4	3,8	4,2	4,6
самооценка и оценка других	2,0	2,6	3,8	4,8
принятие	1,6	2,8	4,0	4,8
Методика «Шкала социально-ситуационной тревоги» Р. Кондаша				
Учебная тревога	8,2	8,4	6,2	6,8
Межличностная тревога	8,6	9,2	6,8	7,2
Самооценочная тревога	7,8	8,2	6,4	6,6

Результаты методики «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич показали, что психологический статус учеников с СА в частности уровень их социальной адаптации, повысился. У всех 10 обследованных отмечались выраженные трансформации: 1) оптимистичность и «перспективность» миропонимания и самопонимания (направленность фигур «несуществующих животных» вправо, в будущее, поднятый вверх хвост животного, отсутствие черных и темных цветов, иные отражающие оптимизм детали в рисунках); 2) повышение самооценки и оценки других, доверия и уважения к себе и миру (отсутствие маркеров отвержения и изоляции, маркеры открытости и уверенности - фронтальное расположение «морды» животного, наличие «опоры», почвы под животным, достаточно большой размер животного, его центральное расположение на рисунке); 3) гармоничность и принятие отношений с миром, снижение агрессивности и склонности к обсессивно-компульсивному поведению (снижение количества повторяющихся и «острых» частей тела животного – зубов, шипов, мягкость контура тела животного и т. д.).

Результаты «Методики исследования социализированности школьников» М.И. Рожкова говорят о том, что 1) показатели социализированности как адаптированности существенно повысились; 2) увеличилась автономность и гибкость и принятие в отношениях, способность и готовность понимать мир других людей, чужие представления и переживания; 3) увеличилась активность в отношениях, включенность в них, умение распознавать ложь и правду наряду с толерантностью в принятии отличий других («нейротипиков»); 4) увеличилось и внимание к ценностям, в том числе как факторам регуляции отношений и деятельности.

Результаты использования методики «Шкала социально-ситуационной тревоги» Р. Кондаша таковы: 1) учебная тревога школьников была особенно выраженной и поэтому заметно снизилась в процессе направленной работы с ними; 2) межличностная тревожность также снизилась, что особенно заметно у студентов; 3) самооценочная тревога у школьников и у студентов также оказалась существенно менее выраженной в конце двухлетней программы, чем вначале. В целом, учебная тревога, межличностная и самооценочная тревога у школьников снизилась особенно выражено, у студентов она была уже отчасти компенсирована предыдущим периодом обучения в школе, но также была существенно снижена в рамках работы с ними. Как важный момент успешности, результативности сопровождения можно отметить, что все учащиеся и обучающиеся прошли текущую образовательную аттестацию и в первый, и во второй год программы. Проблемы остались, но изменения были выраженными и достаточно стабильными.

Заключение. Таким образом, нашли подтверждение гипотезы нашего исследования: о том, что в ходе инклюзивного образования, включающего развернутую программу психолого-педагогического сопровождения социализации, может позитивно значительно изменяться психологический статус ученика с СА, в частности, - уровень его социальной адаптации. Обучение ученика с особыми нуждами в коллективе обычных детей может способствовать формированию его социальных компетенций, преодолению психологических барьеров между учеником и его сверстниками. Пролонгированное, обусловленное целями совместной учебной деятельности и наполненное радостью и успехом принятия и уважения пребывание в коллективе психически здоровых сверстников и в окружении компетентных, создающих условия для развития учеников педагогов, способно также минимизировать тревожность учеников с СА. На основе данных, полученных в ходе эмпирического исследования, была разработана система рекомендаций по организации инклюзивного коучинга студентов и школьников с СА, опирающаяся на собственные разработки, а также разработки зарубежных и отечественных исследователей [7, 9, 16, 18].

ЛИТЕРАТУРА

1. Айрис Э.Д. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. М.: Теревинф, 2012. 272 с.
2. Арпентьева М.Р., Степанова Г.А., Демчук А.В., Тащёва А.И., Булатова Г.А. Актуальные проблемы психосоциального сопровождения инвалидов в образовательной среде // Современное педагогическое образование, 2018. № 5. 22 с.
3. Арпентьева М.Р., Тащёва А.И., Гриднева С.В. Идея взаимопомощи и инклюзивная культура // Современные подходы в отечественном и зарубежном образовании / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2018. 24 с.
4. Бедрединова С.В., Тащёва А.И. Концепция психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями и их близких // Психолого-педагогические особенности семьи XXI века / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2016. С. 391-403.
5. Выготский Л.С. Мышление и речь: Психика, сознание, бессознательное. М.: Лабиринт. 2001. 367 с.
6. Гальперин П.Я. Психология как объективная наука. М.: ИПП, Воронеж: НПО Модек, 1998. С. 272-317. URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=107896>. (дата обращения 10.02.2021)

7. Дельцова И.А. Коучинговое сопровождение инклюзивного образования // Coaching in Education. 2017. 7 ноября. С 1. URL: https://www.youtube.com/watch?v=9o4_dXZWCcs (дата обращения: 12.02.2021).

8. Дельцова И.А. Сопровождение инклюзивного обучения в коучинговом формате // Коучинг в образовании. 2017. 18 июля. С.1. URL: <https://coachingineducation.ru/soprovozhdenie-inklyuzivnogo-obucheniya-v-kouchingovom-formate/> (дата обращения: 12.02.2021).

9. Инклюзивное образование: теория, практика, перспективы // Сборник научных статей Международной научно-практической конференции. 26-27 ноября 2018 г. / Под ред. Т.Т. Щелиной, Н.В. Федосеевой. Арзамас: Арзамасский филиал государственного университета Нижнего Новгорода, 2018. 566 с. URL: https://ds47-arz.nnov.prosadiki.ru/media/2019/01/18/1272891293/SBORNIK_INKLYUZIYa_2018_itog.pdf (дата обращения: 12.02.2021).

10. Киселёва О.В. Роль семейных факторов в развитии детей с нервно-психическими расстройствами и расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020.(20). № 1. С. 100-111.

11. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. М.: Теревинф, 2010. 240 с.

12. Костяева Н.А., Кузнецова Е.В. Коучинг как инновационная технология повышения профессионального мастерства педагогов // Педагогическая мастерская. 2015. № 9. С. 19-22.

13. Маялс Б., Хаген К., Холверстот Дж., Хаббарт А. Руководство учителя по синдрому Аспергера / Под ред. Дж.М. Сака [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2005. С. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/156> (дата обращения 10.02.2021)

14. Салливан У., Рэз Д. Чистый язык и символическое моделирование. М.: Велигор, 2011. 252 с.

15. Семакова Е.В., Машкова И.Ю. Клинико-психологический анализ причин дизадаптации детей с РАС // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 2. С. 83-88.

16. Спиженкова М.А., Арпентьева М.Р. Инклюзия: психологические, педагогические и социальные инновации // Взаимодействие педагогов и специалистов социальной сферы с разными категориями населения // IX Междун. соц.-пед. чтения им. Б.И.Лившица. 22-24 ноября 2017 г. / Ред.: И.А.. Ларионова. Екатеринбург: УрГПУ, 2018. С.51-55.

17. Спиженкова М.А., Арпентьева М.Р. Психологическая консультативная помощь студентам с особыми потребностями // Развитие инклюзивного высшего образования в Сибирском федеральном округе. Сборник трудов I Всеросс. научно-практ. конф. 15 декабря 2017 г., Чема. / Ответ. ред. Д.В. Лапин. Новосибирск: Новосибирский ГТУ, 2018. С. 244-248.

18. Стоукс С. Дети с синдромом Аспергера: характеристика, стили обучения и стратегии помощи; [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С.1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/173> (дата обращения: 12.02.2021).

19. Тащёва А.И. Энциклопедия психологической помощи. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 544 с.

20. Тащёва А.И., Золотухина М.О. Особенности инклюзии ребенка с синдромом Аспергера в общеобразовательную школу // Теория, практика и пер-

спективы развития современной школы / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2017. С.287-297.

REFERENCES

1. Ajris Je.D. Rebenok i sensornaja integracija. Ponimanie skrytyh problem razvitiya. M.: Terevinf, 2012. 272 s.
2. Arpent'eva M.R., Stepanova G.A., Demchuk A.V., Tashhjova A.I., Bulatova G.A. Aktual'nye problemy psihosocial'nogo soprovozhdeniya invalidov v obrazovatel'noj srede // Sovremennoe pedagogicheskoe obrazovanie, 2018. № 5. 22 s.
3. Arpent'eva M.R., Tashhjova A.I., Gridneva S.V. Ideja vzaimopomoshhi i inkljuzivnaja kul'tura // Sovremennye podhody v otechestvennom i zarubezhnom obrazovanii / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2018. 24 s.
4. Bedredinova S.V., Tashhjova A.I. Konceptija psihologo-pedagogicheskoy reabilitacii detej s ogranichennymi vozmozhnostjami i ih blizkih // Psihologo-pedagogicheskie osobennosti sem'i XXI veka / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2016. S. 391-403.
5. Vygotskij L.S. Myshlenie i rech': Psihika, soznanie, bessoznatel'noe. M.: Labirint. 2001. 367 s.
6. Gal'perin P.Ja. Psihologija kak obektivnaja nauka. M.: IPP, Voronezh: NPO Modek, 1998. S. 272-317. URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=107896>. (data obrashhenija 10.02.2021)
7. Del'cova I.A. Kouchingovoe soprovozhdenie inkljuzivnogo obrazovanija // Coaching in Education. 2017. 7 nojabrja. S 1. URL: https://www.youtube.com/watch?v=9o4_dXZWCcs (data obrashhenija: 12.02.2021).
8. Del'cova I.A. Soprovozhdenie inkljuzivnogo obuchenija v kouchingovom formate // Kouching v obrazovanii. 2017. 18 ijulja. S.1. URL: <https://coachingineducation.ru/soprovozhdenie-inkluzivnogo-obucheniya-v-kouchingovom-formate/> (data obrashhenija: 12.02.2021).
9. Inkljuzivnoe obrazovanie: teorija, praktika, perspektivy // Sbornik nauchnyh statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. 26-27 nojabrja 2018 g. / Pod red. T.T. Shhelinoj, N.V. Fedoseevoj. Arzamas: Arzamasskij filial gosudarstvennogo universiteta Nizhnego Novgoroda, 2018. 566 s. URL: https://ds47-arz.nnov.prosadiki.ru/media/2019/01/18/1272891293/SBORNIK_INKLYUZIYa_2018_itog.pdf (data obrashhenija: 12.02.2021).
10. Kisel'jova O.V. Rol' semejnyh faktorov v razvitii detej s nervno-psihicheskimi rasstrojstvami i rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020.(20). № 1. S. 100-111.
11. Kisling U. Sensornaja integracija v dialogue: ponjat' rebenka, raspoznat' problemu, pomoch' obresti ravnovesie. M.: Terevinf, 2010. 240 s.
12. Kostjaeva N.A., Kuznecova E.V. Kouching kak innovacionnaja tehnologija povyshenija professional'nogo masterstva pedagogov // Pedagogicheskaja masterskaja. 2015. № 9. S. 19-22.
13. Majals B., Hagen K., Holverstot Dzh., Habbart A. Rukovodstvo uchitelja po sindromu Aspergera / Pod red. Dzh.M. Saka [Jelektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2005. S. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/156> (data obrashhenija 10.02.2021)
14. Sullivan U., Rjez D. Chistyj jazyk i simvolicheskoe modelirovanie. M.: Veligor, 2011. 252 s.

15. Semakova E.V., Mashkova I.Ju. Kliniko-psihologicheskij analiz prichin dizadaptacii detej s RAS // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019 (19). № 2. S. 83-88.

16. Spizhenkova M.A., Arpent'eva M.R. Inkluzija: psihologicheskie, pedagogicheskie i social'nye innovacii // Vzaimodejstvie pedagogov i specialistov social'noj sfery s raznymi kategorijami naselenija // IX Mezhdun. soc.-ped. chtenija im. B.I.Livshica. 22-24 nojabrja 2017 g. / Red.: I.A.. Larionova. Ekaterinburg: UrGPU, 2018. S.51-55.

17. Spizhenkova M.A., Arpent'eva M.R. Psihologicheskaja konsul'tativnaja pomoshh' studentam s osobymi potrebnostjami // Razvitie inkluzivnogo vysshego obrazovaniya v Sibirskom federal'nom okruge. Sbornik trudov I Vseross. nauchno-prakt. konf. 15 dekabrja 2017 g., Chermal. / Otvet. red. D.V. Lapin. Novosibirsk: Novosibirskij GTU, 2018. S. 244-248.

18. Stouks S. Deti s sindromom Aspergera: harakteristika, stili obuchenija i strategii pomoshhi; [Jelektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S.1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/173> (data obrashhenija: 12.02.2021).

19. Tashhjova A.I. Jenciklopedija psihologicheskoy pomoshhi. Rostov-na-Donu: Feniks, 2000. 544 s.

20. Tashhjova A.I., Zolotuhina M.O. Osobennosti inkluzii rebenka s sindromom Aspergera v obshheobrazovatel'nuju shkolu // Teorija, praktika i perspektivy razvitija sovremennoj shkoly / Otv. red. A.Ju. Nagornova. Ul'janovsk: Zebra, 2017. S.287-297.

21. Bauminger, N., Solomon, M., Rogers, S.J. Predicting Friendship Quality in Autism Spectrum Disorders and Typical Development // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2010. Vol. 40(6). P. 8-16.

22. Catlin K., McGraw S. Better Allies: Everyday Actions to Create Inclusive, Engaging Workplaces. London: Better Allies Press, 2021. 282 p.

23. Jana T., Baran M. Subtle Acts of Exclusion. New York: Berrett-Koehler Publishers, 2020. 200 p.

24. Johnson St. K. Inclusify. New York: Harper Business, 2020. 288 p.

25. Jorgensen Ch.M., Kluth P. It's More Than «Just Being». New York: Brookes Publishing, 2018. 256 p.

S.V. Gridneva¹, A.I. Tashcheva¹, M.R. Arpentieva², S.V. Koptyaeva³
EMPIRICAL STUDY OF THE INCLUSION OF SCHOOLCHILDREN
AND STUDENTS WITH ASPERGER'S SYNDROME

¹Southern Federal University (Rostov-on-Don), ²Center for psychological, pedagogical, medical and social assistance «Assistance». ³Center for the Development of Creativity of Children and Youth «Sozvezdiye» (Kaluga).

Summary. The empirical analysis of the problems of inclusion of students with G. Asperger's syndrome in the educational environment of schools and universities included humanitarian and research tasks, which were solved on the basis that the inclusion of children, adolescents and boys / girls with ASD requires taking into account individual characteristics and developing individualized and flexible coaching programs aimed at social adaptation of students by reducing their anxiety in different situations and contexts of inclusive interaction, increasing self-esteem and assessment of the people around them, trust and respect of members of the inclusive process.

Keywords: inclusion, support, inclusive coaching, student, development, zone of proximal development, perspective.

**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ НАРКОЗАВИСИМЫХ
В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ****ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет» (Уфа).**

Резюме. В статье представлены данные об особенностях изменения личности в юношеском возрасте у наркозависимых. Актуальность выбранной темы не вызывает сомнений, т. к. наблюдается тенденция к уменьшению возраста первого употребления наркотических веществ, высокий уровень разрушающего воздействия на организм, высокая скорость формирования стойкой зависимости, частые случаи необратимых последствий в психике, большой уровень летальности при употреблении наркотических веществ – все эти факторы делают тему своевременного выявления изменения личностных особенностей у наркозависимых в юношеском возрасте актуальной сегодня. В ходе исследования установлено: все личностные особенности, группы наркозависимых юношеского возраста оказались более ярко выраженными в сравнении с группой химически независимых ровесников.:

Ключевые слова: юношеский возраст, зависимость, структура личности.

Актуальность. За последние несколько лет картина наркотизации в России изменилась. Эти изменения коснулись таких показателей, как средний возраст наркопотребителей, средний возраст впервые попробовавших наркотики, средняя продолжительность жизни наркопотребителей. Все перечисленные показатели имеют тенденцию в сторону уменьшения в последние годы. Средний возраст приобщения к наркотикам в России составляет, по статистике, 15–17 лет, резко увеличивается процент употребления наркотиков детьми 9–13 лет. Замечены и случаи употребления наркотиков детьми 6–7 лет – к наркомании их приобщают родители-наркоманы. По данным ФСКН РФ, ежегодно в России от наркотиков умирают 70 тысяч человек. Наркоманами становятся 86 тысяч россиян. Каждый наркоман втягивает в наркотический образ жизни 5–7 человек, что придает процессу характер эпидемии. Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Смерть наступает из-за передозировки, соматических осложнений, самоубийств [1, 3, 8].

Также в изменения картины наркотизации в стране можно включить смену одних наркотических веществ на другие. Пришедшие на смену «старым» наркотикам (героин, производные опия, гашиш), так называемые «новые» «легальные» наркотики (соли, спайс), по своим разрушительным характеристикам в разы превосходят своих предшественников. Воздействие современных наркотических веществ на психику наркопотребителей столь сильно и пагубно, а скорость формирования устойчивой зависимости к ним столь высока, что все это сказалось на всех показателях уровня наркотизации населения РФ. За последние 10 лет смертность от употребления наркотиков увеличилась в 12 раз, а среди детей в 42 раза. У 86% больных наркоманией возраст составляет от 15 до 25 лет. Изменились не только средний возраст наркопотребителей и их средняя продолжительность жизни, но и сама картина смерти наркоманов. Если раньше для

данной категории населения характерной причиной смерти были передозировки или смерть от сопутствующих заболеваний (ВИЧ, гепатиты), то сегодня из-за смены наркотических веществ и их воздействия участились случаи гибели наркопотребителей вследствие психозов, которые вызывают эти вещества [2, 4, 6].

Тенденция к уменьшению возраста первого употребления наркотических веществ, уровень разрушающего воздействия на организм, высокая скорость формирования стойкой зависимости, частые случаи необратимых последствий в психике, большой уровень летальности при употреблении наркотических веществ – все эти факторы делают тему своевременного выявления изменения личностных особенностей у наркозависимых в юношеском возрасте актуальной сегодня.

Вторым аргументом в пользу актуальности исследования является то, что понятие «нормы» и «нормальности» в психологии сегодня не является определенной точкой, с точно заданными координатами местоположения, поставленной на «поле жизни». Если бы это было так, то под понятие «нормальности» и «нормы» попадало бы крайне малое количество людей. Следовательно, было бы разумно предположить, что подобный мир, где почти все его представители «ненормальны», существовать долго и успешно не может. Само это предположение является опровержением того, что понятие «нормы» не может являться строго определенной точкой без каких-либо отклонений. Сегодня «норма» и «нормальность» в психологии – это достаточно протяженный диапазон (кривая нормального распределения – кривая Гаусса), границы которого устанавливают. Иметь возможность выявлять личностные особенности, уметь оценивать их уровень и соотносить этот уровень с положением в границах диапазона «нормальности» – идея актуальная во все времена. Касаемо данной работы актуальным является крайне скудное количество как информации, так и проведенных исследований на тему выявления личностных различий людей с химическими зависимостями и людей химически независимых [5, 7].

Организация и методы исследования. Исследование проводилось в период с января по сентябрь 2017 г. в 5 реабилитационных центрах для лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией: РЦ «МОСТ» (г. Стерлитамак), РЦ «КОВЧЕГ» (Дюртюлинский р-н), РЦ «ОЛИМП» (Уфимский р-н), РЦ «БЛАГО» (г. Уфа) и РЦ «ИРЕМЕЛЬ» (д. Михайловка), которые вошли в 1 группу ($n=25$), средний возраст испытуемых составил $15,3 \pm 2,18$ лет. Контрольная группа была представлена группой студентов 1-го курса Колледжа БГПУ им. М.Акумлы (г. Уфа), ($n=24$), средний возраст испытуемых $14,9 \pm 3,2$ лет. В исследованиях принимали участие только лица мужского пола.

Для определения особенностей структуры личности использовался ММРІ, краткий вариант содержит 71 пункт, предложен В.П. Зайцевым.

Результаты исследования и их обсуждение..

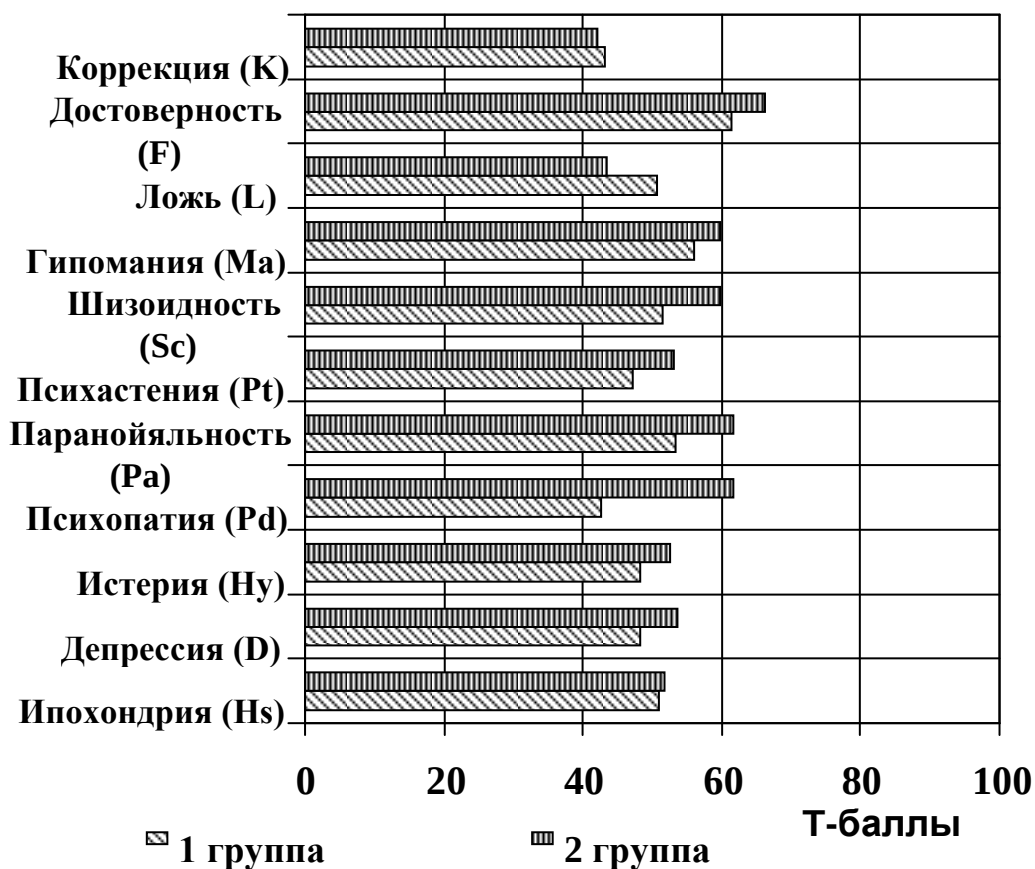


Рисунок1. Выраженность средних показателей по шкалам опросника ММРІ в 1 и 2 группах (в Т-баллах)

По рис.1, у первой группы (контроль) явно выраженными шкалами являются: *Достоверность (F)*, *Паранойяльность (Pa)*, *Шизоидность (Se)*, *Гипомания (Ma)*, *Истерия (Hy)*, *Депрессия (D)*.

Несмотря на явную выраженность показателей, по выше указанным шкалам, следует отметить, что все они находятся в пределах нормы. Шизоидность, гипоманийность и паранойяльность, присущие как личностные особенности первой группе, можно объяснить возрастными особенностями (протестное настроение, желание одобрения со стороны, в первую очередь, сверстников, деление на «свой-чужой» и т. д.). Этим же можно объяснить низкий уровень правдивости ответов по шкале *Достоверность* – желание показаться некомформным у участников группы, а также шизоидное неоднозначное понимание высказываний опросника.

Характеристика второй группы. Явно выражены шкалы: *Достоверность (F)*, *Психопатия (Pd)*, *Паранойяльность (Pa)*, *Шизоидность (Se)*, *Гипомания (Ma)*, *Депрессия (D)* и *Истерия (Hy)*.

Наркозависимые из 2-й группы испытуемых характеризуются выраженной гипоманийностью, шизоидностью, паранойальностью, психопатичностью и депрессивностью. Высокие, но все же в рамках нормы, показатели по перечисленным шкалам легко интерпретируются как нормальные для лиц с клинической картиной отклонений. Например, шизоидный тип формируется в тех случаях, когда даже незначительные фрустрации ведут к возникновению стойких и длительных отрицательных эмоций, а компенсация достигается путем ухода из окружающей среды во внутренний мир [10; 16].

Рассмотрим различия, полученные с помощью U-критерия Манна-Уитни. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты статистической оценки различий показателей по опроснику ММРП «Мини-мульти» между химически независимыми людьми в юношеском возрасте (1 группа) (N=24) и наркозависимыми людьми в юношеском возрасте (2 группа) (N=24) (в Т-баллах)

Название шкал	Показатели переменных в шкалах ММРІ				U-критерий	Уровень значимо-
	1 группа		2 группа			
	ср	ед	ср	ед		
Ипохондрия (Hs)	50,88	5,61	51,67	8,01	264,5	p>0,05
Депрессия (D)	48,17	8,93	53,63	9,08	199,5	p<0,05
Истерия (Hy)	48,21	8,65	52,67	9,34	213,5	p>0,05
Психопатия (Pd)	42,67	13,91	61,75	8,6	72	p<0,01
Паранойальность (Pa)	53,33	11,97	61,79	13,99	189	p<0,05
Психастения (Pt)	47,29	8,39	53,08	10,87	198,5	p<0,05
Шизоидность (Sc)	51,42	8,18	59,71	11,78	168	p<0,01
Гипомания (Ma)	56,13	10,58	59,71	13,92	217	p>0,05
Ложь (L)	50,67	9,58	43,38	7,4	154	p<0,01
Достоверность (F)	61,5	13,13	66,25	10,03	207,5	p>0,05
Коррекция (K)	43,13	7,86	42,13	5,34	275,5	p>0,05

Примечание: достоверные различия выделены жирным шрифтом.

В табл. 1 видим следующие основные показатели: *среднее, стандартное отклонение, U-критерий Манна-Уитни и уровень значимости (p)*.

Различия между первой и второй группами выявлены по следующим шкалам:

1. *Депрессия (D)* – в данном случае говорит о том, что второй группе характерно тревожное ожидание угрозы, в отличие от первой;

2. *Психопатия (Pd)* – говорит о том, что испытуемые из второй группы социально дизадаптированы¹ в отличие от своих ровесников из первой группы,

¹Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дизадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопеди-

так как демонстрируют средний Т-балл 61,75 против 42,67 соответственно;

3. *Паранойяльность (Pa)* – говорит о том, что для представителей второй группы испытуемых более характерны такие личностные особенности, как ригидность, подозрительность, обидчивость, склонность обвинять других в недружелюбии, враждебность и ригидность аффекта, чем для первой группы;

4. *Психастения (Pt)* – говорит о том, что второй группе испытуемых более свойственны такие личностные особенности, как тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения, чем первой группе;

5. *Шизоидность (Sc)* – говорит о том, что представителям второй группы свойственна большая чувствительность в отношении абстрактных явлений и эмоциональная холодность, даже отчужденность в реальных межличностных отношениях, что напрямую сказывается на неумении выстраивать социальную коммуникацию;

6. *Ложь (L)* – говорит о том, что представители второй группы были более искренними, открытыми, не скрывающими своих затруднений, слабостей и психопатологических расстройств, чем представители первой группы [16].

Средние показатели по шкалам всегда выше во второй группе. Исключение составляет шкала Ложь (L): 50,67 Т-баллов у первой группы, против 43,38 у второй группы. Обычно нечестность как личностная особенность, охотнее приписывается наркозависимым (на эту тему существует устойчивый стереотип) и уж точно принято считать, что химически независимые люди лгут меньше, чем зависимые. Полученная по результатам исследования обратная картина может объясняться тем, что:

— во-первых, 1 группа чувствовала себя свободнее и была менее тревожна (что далее подтверждает методика «Шкала тревожности» Спилбергера-Ханина), в отличие от 2 группы, которая находилась в режимном учреждении;

— во-вторых, основополагающим фундаментом всех реабилитационных программ от наркозависимости является возвращение честности, как слаборазвитой или вовсе отсутствующей личностной характеристики у данного контингента [10; 16].

Применение методики ММРІ показало, что группа наркозависимых юношеского возраста по всем шкалам, за исключением шкалы Ложь, демонстрирует более высокие показатели в сравнении с группой химически независимых людей юношеского возраста. Значимый уровень различий был выявлен по шкалам: Депрессия, Психопатия, Паранойяльность, Психастения, Шизоидность и Ложь. Все это говорит, о более яркой выраженности этих личностных особенностей у группы наркозависимых.

По трем шкалам *Депрессии, Паранойяльности и Психастении* уровень значимости достигает $p < 0,05$, а в шкалах *Ложь, Шизоидность и Психопатия* уровень значимости увеличился и стал равен $p < 0,01$. По оставшимся шкалам *Ипохондрии, Истории, Гипомании, Достоверности и Коррекции* значимого уровня

ческий словарь медицинских терминов. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1982. 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. М.: Вече, Аст, 2001. Т. 1. С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «**дизадаптация**» («**dysadaptation**»).

различий между 1 и 2 группами установить не удалось [23].

Таким образом, у первой и второй группы испытуемых есть значимые различия личностных особенностей.

1. Первая группа - химически независимые люди юношеского возраста. Группа характеризуется средними уровнями по всем показателям, полученным в результате исследования. Это говорит о том, что представители данной группы имеют среднюю и нормальную выраженность той или иной измеряемой личностной особенности. Исключение составляют специфические шкалы, оценивающие честность ответов, где значения, полученные этой группой, превысили значения показателей группы наркозависимых. Не смотря на это, исходя из интерпретации предлагаемой с методикой, такой уровень нечестных ответов не просто допустим, но считается нормой с учетом условий, в которых проводилось исследование для данной возрастной группы испытуемых.

Вторая группа - химически зависимые люди юношеского возраста. Группа характеризуется неоднородными уровнями показателей, в сравнении с первой группой. Средний уровень показателей выраженности той или иной измеряемой личностной особенности всегда выше, чем у группы химически независимых сверстников. Следует отметить, что несмотря на более высокие показатели, яркость их выраженности все равно находятся в рамках нормы. Исключение составляют специфические шкалы, оценивающие честность ответов, где значения, полученные этой группой, оказались значительно ниже, чем у группы химически независимых испытуемых в юношеском возрасте. Исходя из интерпретации, прилагаемой с методикой, полученные результаты и различия с другой группой испытуемых, по этим шкалам, являются приемлемой нормой в контексте внешних условий проведения исследования и специфики реабилитационного воздействия на испытуемых.

2. По результатам применения исследования между первой и второй группами по большинству измеряемых шкал были выявлены значимые различия.

Все личностные особенности, группы наркозависимых юношеского возраста оказались более ярко выраженными в сравнении с группой химически независимых ровесников. По большинству исследованных показателей был установлен значимый уровень различий. У группы наркозависимых значимо ярче выражены такие личностные особенности, как депрессия, психопатия, тревожность ситуативная и личностная, склонность винить себя за неудачи в семье, межличностных отношениях и жизни в целом, шизоидность, психастения и паранойальность, чем у группы химически независимых людей в юношеском возрасте. СИТУАТИВНАЯ и личностная тревожность в юношеском возрасте, более характерна, для наркозависимых, чем для химически независимых ровесников.

Таким образом, наша гипотеза о том, что личностные особенности у наркозависимых отличаются от личностных особенностей химически независимых людей в юношеском возрасте, подтвердилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубева А.С. Особенности позитивной профилактики наркотической зависимости в молодежной среде // Приоритетные направления развития науки и образования. сборник статей XI Международной научно-практической конференции. 2020. С. 130-132.

2. Коннов С.С. Наркомания как деструктивный фактор развития челове-

ского капитала молодого поколения в РФ // Контентус. 2017. № 7 (60). С. 33-42.

3.Тимченко Т.В., Данилов Е.В., Халфина Р.Р. Гендерные различия проявления агрессии у подростков // Вестник психофизиологии. 2019. № 3. С. 114-115.

4.Халфина Р.Р., Сафронова Е.В., Сафронов А.М. Психологические особенности склонности к делинквентному поведению подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020.(20). № 1. С. 75-79.

5.Юрков В.С., Лакиза С.А. Зависимость молодежи от легких наркотиков // Роль психолого-педагогических исследований в инновационном развитии общества. сборник статей Международной научно-практической конференции. 2019. С. 158-160.

REFERENCES

1.Golubeva A.S. Osobennosti pozitivnoj profilaktiki narkoticheskoy zavisimosti v molodezhnoj srede // Prioritetnye napravleniya razvitija nauki i obrazovaniya. sbornik statej XI Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. 2020. S. 130-132.

2.Konnov S.S. Narkomanija kak destruktivnyj faktor razvitija chelovecheskogo kapitala molodogo pokolenija v RF // Kontentus. 2017. № 7 (60). S. 33-42.

3.Timchenko T.V., Danilov E.V., Halfina R.R. Gendernye razlichija projavlenija agressii u podrostkov // Vestnik psihofiziologii. 2019. № 3. S. 114-115.

4.Halfina R.R., Safronova E.V., Safronov A.M. Psihologicheskie osobennosti sklonnosti k delinkventnomu povedeniju podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020.(20). № 1. S. 75-79.

5.Jurkov V.S., Lakiza S.A. Zavisimost' molodezhi ot legkih narkotikov // Rol' psihologo-pedagogicheskikh issledovanij v innovacionnom razvitii obshhestva. sbornik statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. 2019. S. 158-160.

6.Khalfina R.R., Timerbulatov I.F., Shakirova E.R. Gender peculiarities of youth aggression manifestations // Вестник психофизиологии. 2020. № 2. С. 123-128.

7.Khalfina R.R., Yevtushenko E.M. Biological factors of formation of deviant behavior of adolescents from the point of view of the biopsychosocial model // Вестник психофизиологии. 2020. № 1. С. 120-121.

8.Khokh I.R., Timerbulatov I.F., Timerbulatova M.F., Khalfina R.R. Psychological features of aggression in communication in adolescents // Вестник психофизиологии. 2020. № 3. С. 126-130.

R.R. Khalfina O.A. Shevchuk

PECULIARITIES OF THE PERSONALITY STRUCTURE OF DRUG ADDICTS YOUNG PEOPLE

Bashkir State University (Ufa).

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

Keywords: adolescents, psychological correction, delinquent behavior

**ПЕРФЕКЦИОНИЗМ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ
И РОДИТЕЛЬСКИЙ СТИЛЬ**¹Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск),²Подужемская средняя общеобразовательная школа (Кемь).

Резюме. В исследовании представлены результаты изучения связи между родительским поведением и перфекционизмом старших подростков. Методы исследования: опросник «Шкала Фроста», адаптация - В.А. Ясная и С.Н. Ениколопов, опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафер, адаптация - Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына. Установлено, что общий уровень перфекционизма подростков имеет значимую связь (на уровне 0.01 по коэффициенту Спирмена) с такими параметрами родительского поведения, как враждебность, директивность и непоследовательность. Материнское поведение в большей мере связано с перфекционизмом старших подростков.

Ключевые слова: старший подросток, перфекционизм, родительский стиль поведения.

Введение. Стремления людей к идеалу и высоким стандартам в своей профессиональной деятельности, внешнем виде, творчестве и спорте и других сферах и сторонах человеческой жизни давно существовали в обществе, лишь менялись идеалы в зависимости от исторической эпохи, культуры, экономического устройства страны и других факторов. Идеалы служат человеку ориентиром в его жизни; в случае, когда идеалы становятся не ориентиром, а целью жизни человека, можно говорить о таком явлении как перфекционизм, под которым понимается стремление человека к совершенству и высоким стандартам деятельности.

В зарубежной психологии существует несколько моделей, сформированных в рамках разных психологических школ, их подробный обзор представлен в статье В.А. Ясной и С.Н. Ениколопова [5]. Несмотря на различие подходов к изучению перфекционизма, можно выделить основные общие для многих моделей его компоненты, это стремление к совершенству, высокие личные стандарты, организованность, беспокойство по поводу ошибок, тревога при выполнении заданий. Современный исследователь J. Stoeber так описывает перфекционизм «Перфекционизм – многомерная личностная предрасположенность, характеризующаяся стремлением к безупречности и установлением чрезвычайно высоких стандартов деятельности, сопровождающихся чрезмерно критическими оценками своего поведения» [9, с.1].

В моделях перфекционизма Р. Фроста, Л. Хьюитта и Г. Флетта различают две формы - ориентированный на себя перфекционизм и социально предписанный перфекционизм и два типа (по направленности) перфекционизма - позитивный и негативный перфекционизм [5; 8]. Позитивный перфекционизм (синонимичные понятия - адаптивный, функциональный, здоровый) характеризуется постановкой реалистичных стандартов и/или целей, адекватным отноше-

нием к ошибкам, соизмерением своих способностей и сил с поставленной целью. Негативный (дизадаптивный, дисфункциональный, патологический) перфекционизм проявляется в постановке недостижимых целей, тревогой по поводу прошлых или возможных ошибок, ориентацией на одобрение со стороны и сравнением себя с другими.

Влияет ли семья на формирование перфекционизма? Немногочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов показывают, что такое влияние есть. Так, было установлено, что родители-перфекционисты служат моделями научения перфекционистским установкам и формам поведения [3], деструктивный перфекционизм проявляют подростки с дисгармоничным стилем воспитания в семье [2], определено, что воспринимаемые родительские ожидания и критика находятся в связи с социально-ориентированным перфекционизмом [6; 7]

Роль семьи, а точнее родительского стиля в формировании перфекционизма стала предметом нашего исследования

Методы и выборка исследования. Для изучения перфекционизма был использован опросник «Шкала Фроста», адаптация В.А. Ясной и С.Н. Ениколопова [4], опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» адаптация - Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая., Е.Е. Ромицына [1]. Выявление связи перфекционизма старшеклассников и их оценки родительского стиля производилось методом ранговой корреляции Спирмена и методом линейной корреляции Пирсона с помощью программы PAWS Statistics 18.0.0 (SPSS).

Исследование проводилось на базе двух общеобразовательных школ в районном городе Карелии. В исследовании приняло участие 92 старшеклассника (возраст от 16 до 18 лет), из них 44 девушки и 48 юношей. В ходе поверхностного статистического анализа было выявлено, что в бланке опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» 72 человека указали обоих родителей, 16 человек указали только мать, а 4 – только отца. Высокий уровень перфекционизма по общей шкале у 18 респондентов, низкий у – 21 и средний – у 53 респондентов.

Результаты и обсуждение. Анализ данных методом ранговой корреляции Спирмена и методом линейной корреляции Пирсона показал, что между общей шкалой перфекционизма старших подростков и отдельными параметрами родительского поведения существует значимая связь (табл. 1)

Общий уровень перфекционизма у подростков имеет значимую связь с такими параметрами родительского поведения, как враждебность и директивность: чем выше уровень перфекционизма, тем более выражена директивность в оценках параметров родительского поведения старшеклассниками. Кроме этого, поведение матери, описываемое как «непоследовательность», также находится в значимой связи с перфекционизмом у детей.

Проанализируем материнский и отцовский стили поведения (в восприятии юношей и девушек) отдельно.

Согласно интерпретациям авторов методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним» под директивностью матери юношами понимается жесткий контроль, элементы гиперопеки и демонстративное самопожертвование.

ние [1]. Под подростковой оценкой враждебности матери понимается агрессивное и строгое, порой манипулятивное, отношение к сыну и чрезмерно подозрительное, отстраненное отношение к дочери. Тесной оказалась связь между перфекционизмом подростков и материнским поведением, которое описывается шкалой «непоследовательность». Непоследовательность матери в глазах подростков проявляется в резком и непредсказуемом поведении, при котором одна тактика сменяется другой, вне зависимости от действий ребенка.

Таблица 1.

Коэффициенты корреляции общей шкалы перфекционизма и родительским поведением

Стиль родительского поведения	мать		отец	
	коэффициент корреляции		коэффициент корреляции	
	по Пирсону	по Спирмену	по Пирсону	по Спирмену
Позитивный интерес	-0,054	-0,077	0,066	0,023
Директивность	0,514**	0,507**	0,294**	0,266*
Враждебность	0,494**	0,508**	0,318**	0,350**
Автономность	-0,250**	-0,256**	-0,230*	-0,197*
Непоследовательность	0,469**	0,419**	0,243*	0,212*

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0.05, ** – корреляция значима на уровне 0.01 (1-сторон.).

Итак, между общей шкалой перфекционизма и параметрами материнского поведения как директивность, враждебность и непоследовательность выявлена значимая прямая связь, что говорит о следующей тенденции: чем выше общий уровень перфекционизма у юноши или девушки, тем выше вероятность их оценки материнского поведения как контролирующего, строгого и/или непоследовательного.

Анализ связи между общим перфекционизмом старшеклассников и стилем отцовского поведения показывает, прямую значимую связь между общей шкалой перфекционизма и таким параметром отцовского поведения, как враждебность. Враждебность отца понимается детьми как его чрезмерная требовательность и строгость, ориентированность в воспитании на абстрактный образ идеального ребенка.

Связь директивности с общим уровнем перфекционизма по коэффициенту Пирсона значима на 0,01 уровне, а по коэффициенту Спирмена на 0,05, тем не менее она остается статистически значимой. Директивность в поведении отца оценивается юношами как тенденции к лидерству, конструктивным проявлениям власти и адекватным методам воспитания. Девушки рассматривают директивность отца как уверенность и строгость в воспитании, готовность внушать нормы и правила поведения, которые общепризнаны.

Коэффициент связи перфекционизма и непоследовательности в поведении отца значим на уровне 0,05. Непоследовательность отца понимается как крайняя непредсказуемость поведения, несоразмерность реакции и ситуации, которая ее вызвала.

Обратная значимая связь обнаружена между общей шкалой перфекционизма и автономностью в поведении и матери, и отца. Следовательно, чем ниже уровень перфекционизма, тем выше респонденты склонны оценивать автономность в поведении матери.

Не обнаружена какая-либо значимая связь между перфекционизмом и таким стилем родительского поведения, как позитивный интерес. Под позитивным интересом матери, согласно интерпретациям юношей и девушек, понимается эмоциональное принятие, адекватные способы общения, в отношении дочерей как очень заботливое поведение. Под позитивным интересом в поведении отца понимается наличие принятия ребенка, теплого и доверительного отношения, способности к конструктивному диалогу.

Полученные данные указывают, что в наиболее тесной связи с перфекционизмом подростка находится враждебность и директивность матери ($r=0,508$ и $r=0,507$ по Спирмену) и враждебность отца ($r=0,350$), с директивностью отца связи слабее ($r=0,266$). Это различие может объясняться тем, что восприятие и оценка одних и тех же параметров поведения отличается относительно обоих родителей. Директивность отца представляется как пример конструктивной родительской власти, в которой признается личность ребенка и есть возможность диалога отца и ребенка. Директивность же матери расценивается как поведение, направленное на «сохранение собственного лица», т. е. больше переживаний за свой статус, чем за реальное поведение ребенка, склонность к игнорированию интересов ребенка. Враждебность отца схожа по описанию с директивностью матери: боязнь родителя за свою репутацию, игнорирование интересов ребенка и требовательность, основанная на абстрактном образе идеального ребенка. Таким образом, можно предположить, что высокие коэффициенты прямой корреляции перфекционизма подростков с директивностью матери и враждебностью отца, объясняются тем, что эти параметры похожи по своему содержанию.

Относительно обратной значимой связи автономности и перфекционизма очевиден факт, что отцовская автономность представляется как юношам, так и девушкам как отстраненность отца от семейных проблем, от воспитания ребенка. Материнская автономность юношами описывается как злоупотребление своей властью, нетерпимость возражений при эмоциональном отвержении ребенка как личности, а девушками как отсутствие заботы, требований, участия в воспитании. В коэффициентах корреляции данный факт отразился так: автономность поведения отца имеет меньший уровень значимости связи с перфекционизмом (значима на уровне 0,05), чем автономность поведения матери (значима на уровне 0,01). Значит, увеличение уровня родительской автономности в оценках старшеклассников связано с уменьшением уровня перфекционизма старшеклассников.

Более детальный анализ связи между перфекционизмом и стилем родительского поведения, позволяет выявить, какие именно составляющие перфекционизма находятся в связи со стилем родительского поведения (табл. 2).

Итак, параметры директивность, враждебность и непоследовательность, которые показали высокий коэффициент корреляции с общей шкалой перфекционизма, при подробном анализе показывают прямую связь конкретно с тремя

чертами перфекционизма. Этими чертами являются «обеспокоенность ошибками», «личные стандарты и родительские ожидания», «родительская критика и сомнения в действиях». Значимость данных девяти коэффициентов на 0,01 уровне, что говорит о высокой достоверности полученных данных.

Таблица 2.

Коэффициенты корреляции компонентов перфекционизма и параметров материнского поведения

Компоненты перфекционизма	Параметры материнского поведения				
	Позитивный интерес	Директивность	Враждебность	Автономность	Непоследовательность
Обеспокоенность ошибками	-0,24	0,36**	0,58**	-0,25*	0,44**
Личные стандарты и родительские ожидания	0,14	0,56**	0,36**	-0,23	0,41**
Родительская критика и сомнения в действиях	-0,35**	0,43**	0,61**	-0,25*	0,46**
Организованность	0,27**	0,18	-0,05	-0,001	-0,013

Примечания: *корреляция значима на уровне 0.05; **корреляция значима на уровне 0.01 (1-сторон.).

Директивность матери, как уже упоминалось выше, подразумевает требовательность и строгость, сообщение своих представлений об «идеальном ребенке», корреляция с такими компонентами перфекционизма, как «личные стандарты и родительские ожидания», является естественной. Связь директивности и шкал обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях выражена менее явно. Вероятно, данную связь можно объяснить тем, что требовательность матери предполагает ее негативную реакцию на неудачи ребенка.

Враждебность, наоборот, в большей мере связана со шкалами обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях. Так как враждебность предполагает подозрительность при низком принятии ребенка, то данный результат также выглядит вполне естественным.

Непоследовательность, как и директивность и враждебность, коррелирует с первыми тремя чертами перфекционизма, но если в случае с директивностью и враждебностью очевиден «перевес» в пользу какой-то одной шкалы, то непоследовательность относительно в равной степени связана со всеми тремя чертами перфекционизма. Возможно, что непредсказуемость поведения родителя вынуждает ребенка подстраиваться под требования родителя, учитывая все возможные варианты его реакции на ту или иную ситуацию.

Автономность показывает обратную значимую связь с такими компонентами, как «обеспокоенность ошибками», «родительская критика и сомнения в действиях». Автономное поведение матери, согласно опроснику, имеет разную оценку со стороны дочери и сына, и, если автономность глазами дочери оцени-

вается как нетребовательность и снисходительность, то автономное поведение матери глазами сына оценивается как диктат. В связи с этим полученные данные об отрицательной связи перфекционизма и автономности матери и у девушек, и у юношей, нуждаются в более подробном изучении.

Особое внимание привлекает появление прямой значимой связи позитивного интереса с такой чертой перфекционизма как организованность. Вероятно, что старшеклассники, которые высоко оценили свою организованность, так же значительно оценили позитивный интерес в поведении родителей. Так как по Р. Фросту организованность является конструктивной чертой перфекционизма, а позитивный интерес, оцениваемый в поведении матери, говорит сам за себя, то мы можем предположить, что позитивный интерес со стороны матери стимулирует в ребенке собранность.

Таким образом, более подробный анализ связи параметров поведения матери позволяет сделать следующие выводы. Преобладание в оценке старшеклассников родительского поведения параметров директивности, враждебности и непоследовательности связано с такими проявлениями перфекционизма, как обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях, родительские ожидания и личные стандарты. Автономность с этими же чертами перфекционизма показала наличие обратной связи. Обнаружена связь организованности и позитивного интереса, что является положительным признаком, так как позволяет сделать предположение о связи между конструктивными чертами перфекционизма и эмоциональным принятием ребенка со стороны матери.

Корреляции между чертами перфекционизмом подростков и стилем поведения отца отражены в табл. 3.

Таблица 3.

Коэффициенты корреляции компонентов перфекционизма и параметров отцовского поведения

Компоненты перфекционизма	Параметры отцовского поведения				
	Позитивный интерес	Директивность	Враждебность	Автономность	Непоследовательность
Обеспокоенность ошибками	-0,23	0,10	0,58**	-0,30*	0,29*
Личные стандарты и родительские ожидания	0,19	0,45**	0,27*	-0,21	0,29*
Родительская критика и сомнения в действиях	-0,10	0,11	0,37**	-0,14	0,24
Организованность	0,32*	0,26*	-0,047	0,074	-0,073

Примечания: *корреляция значима на уровне 0.05; **корреляция значима на уровне 0.01 (1-сторон.).

Выраженная связь директивности в поведении отца только со шкалой личные стандарты и родительские ожидания подтверждает тот факт, что под ди-

рективностью отца понимается конструктивная родительская власть, принятие ребенка как личности, регуляция поведения ребенка адекватными методами. Связь директивности и шкал обеспокоенности ошибками, родительская критика и сомнения в действиях выражена слабо и не является статистически значимой.

Враждебность, оцениваемая старшеклассниками в поведении отца, связана сильнее со шкалами обеспокоенности ошибками и родительской критикой и сомнениями в действиях. Под враждебностью отца понимается упорное следование традиционным представлениям о роли отца в семье, следование культурным представлениям об образцовом ребенке, невнимание к объективным успехам и достижениям ребенка. Соответственно, сравнение отцом реального поведения, личностных особенностей ребенка с образцом, который транслируется окружением, обществом, культурой может привести к озабоченности ребенка своими ошибками и общей неуверенности.

Связь непоследовательности с первыми двумя чертами перфекционизма менее выражена, но значима. Вероятно, в случаях чередования различных реакций и заострения внимания родителя на критике действий ребенка или, наоборот, игнорирования их способствует адаптации поведения ребенка под настроение родителя методом предусмотрительности всех своих действий.

Автономность имеет обратную значимую связь с обеспокоенностью ошибками. Так как автономность отца как девушками, так и юношами оценивается как безразличное отношение к ребенку, выполнение формальных функций родительства и отстраненность от семьи, то маловероятно, что переживания по поводу ошибок имеют место.

Характерной является прямая значимая связь позитивного интереса и директивности в поведении отца с такой чертой перфекционизма, как организованность. Организованность как черта перфекционизма связана с пунктуальностью, аккуратностью, собранностью ребенка и является конструктивным проявлением перфекционизма. Вероятно, что высокая директивность отца является фактором, который помогает ребенку структурировать свою деятельность, регулировать поведение.

Итак, директивность отца в большей мере связана с личными стандартами и родительскими ожиданиями, автономность же показала наличие обратной связи с такой чертой перфекционизма, как обеспокоенность ошибками. Обнаруженная связь между таким компонентом перфекционизма, как «организованность» с позитивным интересом и директивностью в родительском поведении отца, позволяет предположить, что такое сочетание в поведении отца положительно влияет на способность ребенка к организации своей деятельности.

Выводы.

1. Существует связь между перфекционизмом старших подростков и директивностью, враждебностью и непоследовательностью в поведении родителей.
2. Автономность, и в поведении матери, и в поведении отца имеют обратную значимую связь с перфекционизмом старших подростков.
3. Позитивный интерес отца не имеет связи с общей шкалой перфекционизма, а матери связан с такой составляющей перфекционизма, как «организованность».

4. Директивность, враждебность и непоследовательность материнского поведения имеют прямую значимую связь с такими компонентами перфекционизма, как обеспокоенность ошибками, личные стандарты и ожидания, родительская критика и сомнения в действиях.

5. Материнское поведение в большей мере связано с перфекционизмом старших подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. – СПб.: ФАР-Миндекс, 2001. – 68 с.

2. Ларских М.В., Удалых И.А. Зависимость уровня и типологии перфекционизма подростков от типа негармоничного воспитания в семье // Инновации в науке. – 2015. – № 45. – С. 119–126. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23604489> (дата обращения: 28.03.2021).

3. Максименкова Л.О. Роль родительского влияния в формировании и развитии перфекционизма // Фундаментальные научные исследования: теоретические и практические аспекты // Сборник материалов V Международной научно-практической конференции. 2017. – С. 247–249. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32452564> (дата обращения: 28.03.2021). –

4. Ясная В.А. Апробация шкал измерения перфекционизма на российской выборке / В. А. Ясная, С. Н. Ениколопов // Психологическая диагностика. – 2009. – № 1. – С. 101–120.

5. Ясная, В.А., С.Н. Ениколопов // Современные модели перфекционизма // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 29. – С. 1 URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.03.2021). –

REFERECES

1. Vasserman L.I., Gor'kovaja I.A., Romicyna E.E. Psihologicheskaja metodika «Podrostki o roditeljah» i ee prakticheskoe primenenie. □ SPb.: FARMindeks, 2001. □ 68 s.

2. Larskih M.V., Udalyh I.A. Zavisimost' urovnja i tipologii perfekcionizma podrostkov ot tipa negarmonichnogo vospitanija v sem'e // Innovacii v nauke. □ 2015. □ № 45. □ S. 119□126. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23604489> (data obrashhenija: 28.03.2021).

3. Maksimenkova L.O. Rol' roditel'skogo vlijanija v formirovanii i razvitii perfekcionizma // Fundamental'nye nauchnye issledovanija: teoreticheskie i prakticheskie aspekty // Sbornik materialov V Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. 2017. – S. 247□249. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32452564> (data obrashhenija: 28.03.2021). □

4. Jasnaja V.A. Aprobacija shkal izmerenija perfekcionizma na rossijskoj vyborke / V. A. Jasnaja, S. N. Enikolopov // Psihologicheskaja diagnostika. – 2009. – № 1. – S. 101–120.

5. Jasnaja, V.A., S.N. Enikolopov // Sovremennye modeli perfekcionizma // Psihologicheskie issledovanija. □ 2013. □ T. 6. □ № 29. - S. 1 URL: <http://psystudy.ru> (data obrashhenija: 01.03.2021). □

6. Damian L.E., Stoeber J., Negru O., & Băban A. On the development of per-

fectionism in adolescence: Perceived parental expectations predict longitudinal increases in socially prescribed perfectionism // *Personality and individual differences*. Vol. 55 (6). P. 688–693. –URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/10638038.pdf> (дата обращения: 21.03.2021).

7. Domocus I.M., Damian L.E. The role of parents and teachers in changing adolescents' perfectionism: A short-term longitudinal study // *Personality and individual differences*. 2018. Vol. 131. P. 244–248. – URL:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.05.01> (дата обращения: 17.02.2021). –

8. Stoeber J. How Other-Oriented Perfectionism Differs from Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism: Further Findings // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2015. Vol. 37 P. 611–623. URL: <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9485-y> (дата обращения: 17.02.2021).

9. Stoeber, J. The psychology of perfectionism: Theory, research, applications. Routledge, London, 2018 – P. 3-16. URL: <https://kar.kent.ac.uk/59772/1/Stoeber%20%282018%29%20BC%20-%20Introduction.pdf> (дата обращения 22.02.2021)..

L.I. Teplova¹, A.A. Shevchuk²

PERFECTIONISM OF HIGH SCHOOL TEENAGERS AND PARENTAL STYLE

¹Petrozavodsk State University (Petrozavodsk), ²Poduzhenskaya secondary school (Kem).

Summary. The research presents the results of studying the relationships between parenting behavior and perfectionism in high school teenagers. The research methods are "Frost scale" questionnaire, the adaptation of V.A. Yasnoy and S.N. Enikolopova, E. Shafer's questionnaire "Behavior of parents and teenagers' attitude towards them", adapted by L. I. Wasserman, I. A. Gorkova, E. E. Romitsyna. It was found that the general level of teenagers' perfectionism has a significant connection (at the level of 0.01 according to Spearman's coefficient) with such parameters of parental behavior as hostility, directiveness and inconsistency. Maternal behavior is more associated with the perfectionism of high school teenagers.

Keywords: high school teenager, perfectionism, parental style of behavior.

В.Я. Гельман¹, Е.С. Дмитриева²

ВОСПРИЯТИЕ ЗАИКАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ИНТОНАЦИИ РЕЧЕВЫХ СТИМУЛОВ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ²ФГБУН «Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН», (Санкт-Петербург).

Резюме. В работе экспериментально выявлены особенности распознавания эмоциональных интонаций речи в ходе изменения длительности стимула у нормально говорящих и заикающихся детей возрастных групп 7-10 и 11-13 лет. Были получены различия в характеристиках определения валентности эмоциональной интонации речи в ходе изменения длительности стимула как в целом между нормально говорящими и заикающимися детьми, так и в зависимости от возраста слушателей, показывающие некоторое отставание в развитии механизмов восприятия эмоций у заикающихся детей. В работе показано, что для заикающихся детей снижение длительности стимула в диапазоне 2-0,5 с является важным осложняющим фактором восприятия эмоций в отличие от нормально говорящих детей.

Ключевые слова: заикание, восприятие эмоциональной интонации, дети, возрастные особенности, речевые стимулы

Введение. Исследования такого речевого расстройства, как заикание проводились на протяжении многих лет. Оно характеризуется разнообразными симптомами, но до сих пор нет единой точки зрения на этиологию и патогенез данного расстройства. Заикание, как правило, возникает в детстве (от 2 до 5 лет), когда быстро развиваются нейронные связи, поддерживающие речь, язык и эмоциональные функции; его усиление обычно наблюдается в период школьного обучения, особенно в первый год, а затем в подростковом возрасте [12]. Хотя в последние 30 лет исследования по нейробиологии заикания улучшили понимание потенциальных механизмов патологии, но все еще многие вопросы, связанные с этиологией заикания, остаются открытыми [14]. Предполагается, что существуют несколько факторов, способствующих заиканию, что вызвало принятие многофакторной этиологической модели рядом авторов [13]. Хотя заикание в конечном итоге отражает нарушение сенсомоторных процессов речи, его проявления в течение всей жизни сильно зависят от языковых и эмоциональных факторов. Кроме того, работы последних лет с использованием обоих бихевиоральных и физиологических исследований показывают, что эмоциональные факторы могут быть значительными в первые годы заикания и, видимо, эта область заслуживает более детального рассмотрения [20, 21].

Известно, что важную роль в адаптации поведения человека к окружающей среде играют его эмоциональный интеллект и, в частности, индивидуальные особенности распознавания эмоциональной интонации речи в ходе межличностного общения [1, 4, 5, 8, 11, 17]. Подчеркивается также, что некорректная организация взаимодействия между процессом познавательного развития и личностного ста-

²Работа выполнена в рамках государственного задания (№АААА-А18-118013090245-6).

новления ребенка увеличивает риск возникновения различных нарушений в психоэмоциональном развитии детей, в том числе с речевыми проблемами [9]. При сравнении способности распознавания эмоциональной интонации речи нормально говорящими и заикающимися детьми была обнаружена более низкая эффективность распознавания эмоциональной просодики речи у последних [3, 13]. Обнаруженные возрастные особенности в восприятии позволяют предположить, что механизмы, обеспечивающие опознавание эмоций заикающимися детьми, формируются в онтогенезе с опозданием по сравнению с нормально говорящими детьми [3, 4]. Обнаруженные отличия в межполушарных отношениях при обработке эмоциональной интонации речи, а также данные нейропсихологической диагностики и электроэнцефалографии рядом авторов позволили допустить, что предполагаемая дисфункция правого полушария может быть одной из причин нарушения в интегративной обработке речевой информации [3, 7].

Другим важным аспектом в изучении механизмов восприятия эмоциональной интонации является вопрос о том, как в течение времени предъявления стимула происходит распознавание эмоций, передаваемых речевой просодикой. Определение минимальной длительности стимула, при котором происходит пороговое распознавание типа эмоциональной интонации, или «identification point», показали, что эти величины зависят как от типа эмоции, так и от онтогенетических особенностей слушателей [6, 16]. Подобных исследований у слушателей, страдающих заиканием, не проводилось.

Цель исследования состояла в том, чтобы экспериментально выявить и сравнить особенности распознавания эмоциональных интонаций речи в ходе изменения длительности стимула у нормально говорящих и заикающихся детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. Испытуемые. Выборка состояла из 50 детей без речевой патологии (далее нормально говорящие дети – НГД) и 46 детей, страдающих заиканием (далее заикающиеся дети – ЗД), - учащихся общеобразовательных школ Санкт-Петербурга в возрасте 7-10 и 11-13 лет. Число мальчиков и девочек в каждой группе было приблизительно равным. Испытуемые имели нормальные пороги слуха в диапазоне 80-8000 Гц; были правшами; не имели опыта подобных обследований; имели удовлетворительную успеваемость в средней общеобразовательной школе.

Тестовые стимулы – отрезки фразы нейтрального содержания, произнесенной с тремя различными интонациями (положительной - радость, отрицательной - гнев, и безэмоционально), с длительностями 0,5 с, 1 с и 2 с. Длительности выбраны в соответствии с логарифмическим законом Вебера-Фехнера.

Процедура. Тестовые сигналы подавались через калиброванные головные телефоны воздушной проводимости в случайной последовательности на правое или левое ухо. Одновременно на контралатеральное ухо по другому каналу подавался «белый шум» той же интенсивности, что и полезный сигнал [2, 4]. Обследуемый должен был выбрать один из трех предложенных вариантов ответа. Оценивались следующие параметры реакции испытуемого: процент правильных ответов (ЭР) и время реакции распознавания (ВР) в целом и для каждого вида стимула. Поскольку длительность стимула варьировалась и включалась в

общее время реакции (ОВР) для обеспечения возможности сопоставления результатов с разной длительностью стимула, рассматривалось постстимульное время реакции $ВР = ОВР - Т_{ст}$ ($Т_{ст}$ – длительность стимула).

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета обработки данных «SPSS for Windows V. 17». Определялись основные статистические характеристики выборок и достоверность различий между группами с помощью критерия Манна-Уитни, а также проводился дисперсионный анализ.

Результаты исследований В целях выявления наиболее значимых факторов, влияющих на эффективность и время распознавания эмоциональных интонаций речевого сигнала при различных длительностях стимулов, был проведен дисперсионный анализ полученных данных.

Рассматривались независимые факторы: «тип испытуемых» (НГД/ЗД), «длительность стимула», «возраст», «тип эмоции», «пол», «сторона предъявления». Из них значимое влияние оказывали на зависимые переменные ЭР и ВР следующие факторы:

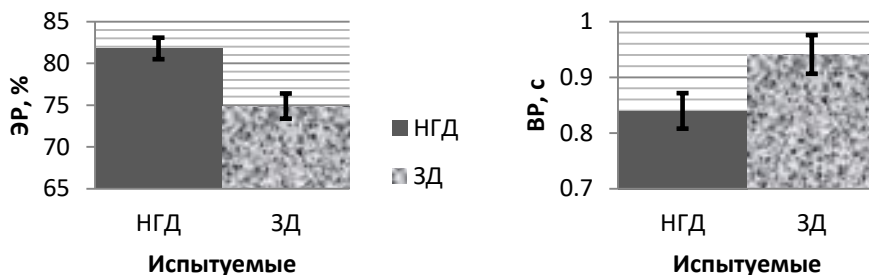
- для ЭР: «возраст» ($F=48,66, p=0,000$), «тип эмоции» ($F=44,15, p=0,000$), «тип испытуемых» ($F=12,37, p=0,000$), «пол» ($F=6,79, p=0,009$), «длительность стимула» ($F=4,36, p=0,013$);

- для ВР: «длительность стимула» ($F=115,95, p=0,000$), «возраст» ($F=45,33, p=0,000$), «тип эмоции» ($F=15,62, p=0,000$), «пол» ($F=11,44, p=0,001$), «тип испытуемых» ($F=9,91, p=0,002$).

Также были обнаружены значимые взаимодействия фактора «тип испытуемых» с другими влияющими факторами.

При анализе рассматриваемых выборок испытуемых (НГД и ЗД) по отдельности фактор «тип эмоции» оказался высоко значимым для ЭР и ВР как для НГД, так и для ЗД (НГД: $F=59,241, p=0,000$ и $F=16,23, p=0,000$; ; ЗД: $F=54,18, p=0,000$ и $F=32,068, p=0,000$, соответственно).

Сопоставление групп испытуемых ЗД и НГД показало, что одной из выявленных главных черт является достоверно более низкий уровень восприятия эмоций ЗД (ниже ЭР и более длительно ВР) по сравнению с нормально говорящими детьми рассматриваемых возрастов в целом по всем рассматриваемым временным интервалам ($p=0,001$ и $p=0,032$, соответственно) (рис. 1).



А

Б

Рисунок 1. Показатели эффективности распознавания (А) и времени реакции после окончания стимула (Б) для нормально говорящих и заикающихся детей для всех испытаний.

Далее более подробно была изучена зависимость характеристик распознавания эмоциональных интонаций в ходе изменения длительности стимула. Сравнивались изменения эффективности восприятия эмоциональной составляющей речевого сигнала и времени реакции при распознавании речевых отрезков различной длительности у НГД и ЗД (рис. 2).

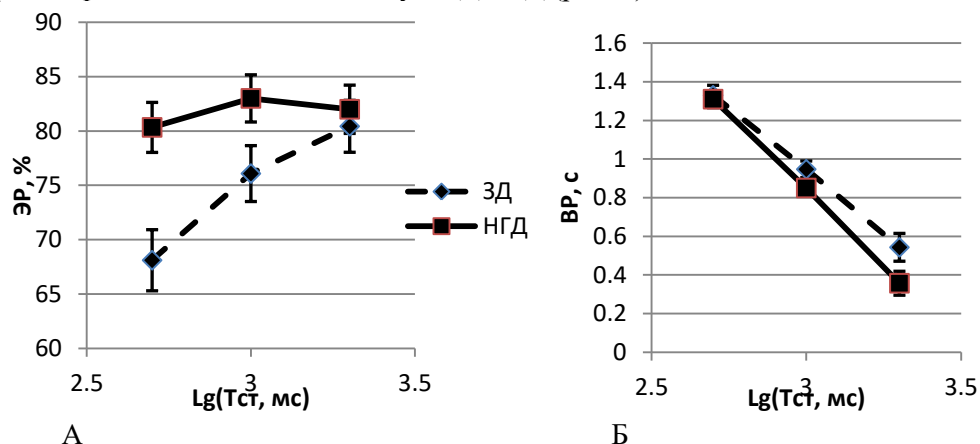


Рисунок 2. Показатели эффективности распознавания (А) и времени реакции после окончания стимула (Б) для нормально говорящих и заикающихся детей в зависимости от логарифма длительности стимула. По оси абсцисс отложены десятичные логарифмы длительности тестовых сигналов в миллисекундах.

По эффективности распознавания стимулов длительностью 0,5 с и 1 с ЗД достоверно хуже распознавали эмоции ($p < 0,041$). Причем, чем короче была длительность стимула, тем сильнее отставали ЗД. По времени реакции достоверные отличия наблюдались только при 2-х секундной длительности стимула – у ЗД было больше ВР ($p = 0,049$).

С увеличением длительности стимула от 0,5 с до 2 с у НГД не происходило достоверного повышения ЭР, но сокращалось ВР ($p = 0,0005$). У ЗД достоверно повышалась ЭР ($p = 0,001$) и сокращалось ВР ($p = 0,0005$).

При исследовании возрастных групп различия между НГД и ЗД проявляются в отставании по ЭР как в младшей возрастной группе ($p = 0,039$), так и в старшей возрастной группе ($p = 0,032$) (рис. 3А). По ВР достоверные отличия между испытуемыми отсутствуют (рис. 3Б).

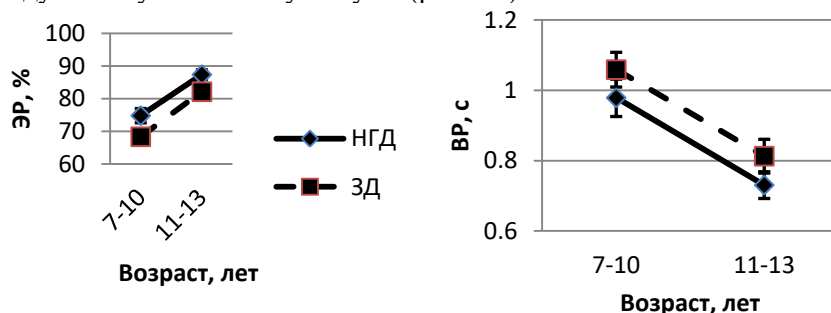


Рисунок 3. Показатели эффективности распознавания (А) и времени реакции после окончания стимула (Б) для нормально говорящих и заикающихся детей в зависимости от возраста.

Для определения особенностей влияния на распознавание НГД и ЗД эмоций различных валентностей, возраста и типа испытуемых был проведен анализ достоверности различий по отдельным группам (табл.).

Таблица

Разности ЭР и ВР по группам «возраст», «эмоции», «испытуемые»

		ЭР			ВР		
		Воз- раст	Эмо- ции	Испытуе- мые	Воз- раст	Эмо- ции	Испытуе- мые
ЗД	Гнев	- 13,13*			0,162		
	Ра- дость	- 12,06*			0,294* *		
	7-10 лет		- 21,53* *			0,189	
	11-13 лет		- 20,45* *			0,321* *	
НГД	Гнев	- 14,72* *			0,331* *		
	Ра- дость	-7,20*			0,220*		
	7-10 лет		- 21,21* *			0,230	
	11-13 лет		- 13,69* *			0,120	
7-10 лет	Гнев			6,31			-0,046
	Ра- дость			6,00			-0,087
11-13 лет	Гнев			7,90			-0,215
	Ра- дость			1,14			-0,013

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

По ЭР при рассмотрении сочетания факторов «возраст», «тип эмоции» и «испытуемые» было получено (табл.), что и у ЗД и у НГД эффективность распознавания эмоций «гнев» и «радость» в целом по всем испытаниям достоверно отличались, как для отдельных эмоций по возрастам ($p < 0,024$), так и для каждой возрастной группы по видам эмоций ($p < 0,0005$).

По ВР достоверные отличия наблюдались по возрастам ($p < 0,033$), за исключением отличий в распознавании эмоции «гнев» заикающимися детьми.

При сравнении различных возрастных групп в различении эмоций достоверных отличий не было, кроме заикающихся детей старшей возрастной группы ($p=0,01$).

Что касается отличий между ЗД и НГД, то они достоверно не различались как по ЭР, так и по ВР. Только в старшей возрастной группе при распознавании эмоции «гнев» наблюдалась тенденция к различию по ЭР ($p=0,10$) и ВР ($p=0,08$).

Далее определялись онтогенетические особенности влияния изменения времени стимула в речевом потоке на распознавание эмоций различных валентностей НГД и ЗД. Были рассмотрены количественные различия в характеристиках определения валентности эмоциональной интонации речи в ходе изменения длительности стимула как в целом между НГД и ЗД, так и в зависимости от возраста слушателей (рис. 4, 5).

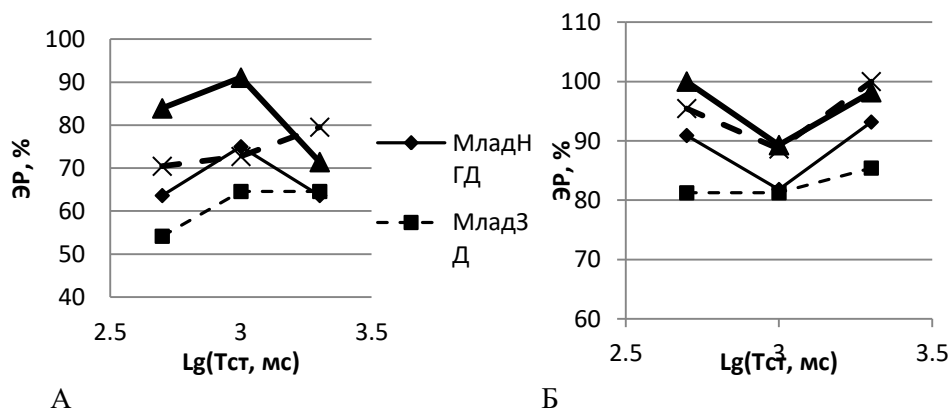


Рисунок 4. Показатели эффективности распознавания эмоций «гнев» (А) и «радость» (Б) для нормально говорящих и заикающихся детей в зависимости от логарифма длительности стимула

По ЭР достоверные отличия наблюдались лишь для эмоции «радость» (рис. 4Б) между возрастными группами (у ЗД – 0,5 с $p=0,033$, 2 с $p=0,007$; у НГД – 0,5 с $p=0,044$). Сходная картина была при рассмотрении времени реакции (рис. 5).

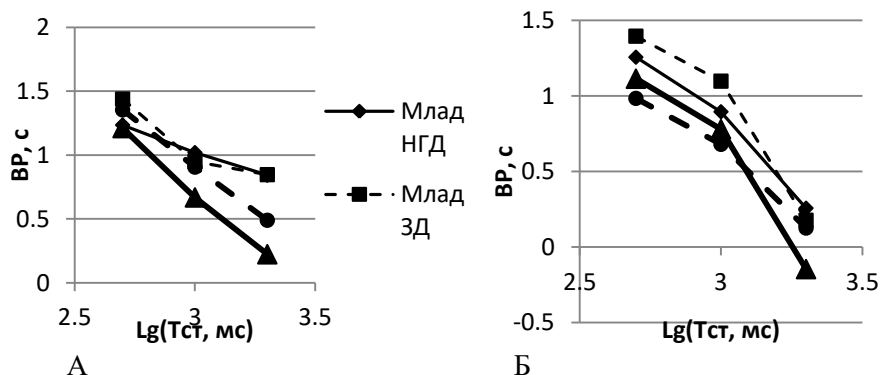


Рисунок 5. Показатели времени реакции после окончания стимула для эмоций «гнев» (А) и «радость» (Б) для нормально говорящих и заикающихся детей в зависимости от логарифма длительности стимула.

Здесь также достоверные отличия наблюдались только между возрастными группами: для эмоции «гнев» (рис. 5А) (у НГД - 2 с $p=0,018$), для эмоции «радость» (рис. 5Б) (у ЗД - 0,5 с $p=0,006$; у НГД - 2 с $p=0,016$).

Обсуждение результатов. Проведенное сравнительное изучение психофизиологических характеристик распознавания эмоциональной интонации речи у детей с заиканием и без патологии речи позволяет говорить как о некоторых специфических чертах восприятия, характерных для группы заикающихся детей, так и об общих с НГД показателях распознавания.

В ходе дисперсионного анализа экспериментальных данных суммарно обеих выборок (НГД+ЗД) было получено, что фактор «испытуемые» значим как для ЭР, так и для ВР.

Если сравнивать изменения ЭР эмоций в зависимости от длительности стимула у детей 7-13 лет (рис. 2А), то можно высказать предположение, что у НГД ЭР, начиная с длительности 0,5 с, уже вышла на эффективный уровень распознавания. В то же время, у ЗД ЭР последовательно повышается от длительности стимула 0,5 с до 2 с, практически сравниваясь с НГД на уровне 2 с. Можно полагать, что для ЗД снижение длительности стимула в диапазоне 2-0,5 с является важным осложняющим фактором восприятия эмоций в отличие от НГД.

Что касается ВР, то оно линейно снижается со снижением сложности задачи практически идентично у ЗД и НГД (рис. 2Б, 5).

Возрастные изменения восприятия эмоциональной компоненты речевого сигнала как у заикающихся, так и у нормально говорящих детей были аналогичны (рис. 3). Как можно было ожидать, в старшей возрастной группе обследуемых детей (11-13 лет) ЭР была выше и ВР короче, чем в группе детей возраста 7-10 лет. В то же время одной из главных черт является более низкий уровень восприятия эмоций заикающимися детьми в целом и в каждой возрастной группе (ниже ЭР (рис. 3, табл.)) по сравнению с нормально говорящими детьми того же возраста. Эти данные согласуются с результатами работ ряда авторов, полученных при других условиях исследования [3, 13]. Причем для эмоциональной интонации «гнев» у НГД повышение ЭР с увеличением возраста более выраженное, чем у ЗД (табл., рис. 4А). Возможно, это можно объяснить более ранним созреванием устойчивых механизмов различения эмоциональной просодики речи у НГД (более поздним у ЗД) [3]. Т.е., у НГД к 11-13 годам уже сформировались механизмы различения эмоциональной информации [3, 4, 18], а у ЗД процесс еще продолжается (рис. 1, 2А).

В исследованиях восприятия эмоциональной информации речи НГ детьми 7-14 лет [4, 19] было получено, что они лучше различают положительную интонацию («радость»), чем отрицательную («гнев»). Результаты, полученные в данном исследовании, также показали лучшее распознавание эмоциональной интонации «радость» по сравнению с интонацией «гнева» (табл.), как для НГД, так и для ЗД, что, возможно, объясняется тем, что на этом этапе онтогенеза сигналы, несущие положительную эмоциональную информацию, более валидны для психической деятельности ребенка, чем сигналы, несущие отрицательную информацию [10]. Существует предположение, что последние в процессе эволюции приобрели большую биологическую значимость для взрослых людей [8, 15].

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что надежное распознавание положительной эмоции «радость» происходит раньше в наблюдаемом интервале предъявления стимулов, чем отрицательной эмоции «гнев» (рис. 5),

что противоречит данным некоторых работ [16]. Расхождение наших результатов с данными авторов, приведенных выше, по-видимому, можно объяснить разным возрастом обследованных слушателей и отличающимся социальным контингентом.

Таким образом, полученные данные, с одной стороны, подтверждают общую с НГД возрастную направленность развития когнитивной деятельности по распознаванию эмоций ЗД, а с другой – указывают на некоторую специфичность восприятия и церебральной обработки ЗД эмоциональной информации речи.

Найденные различия в восприятии эмоциональных интонаций речи между ЗД и НГД подтверждают ранее высказанные предположения, что при заикании значительную роль играют церебральные процессы, связанные с восприятием и обработкой не только семантической, но и эмоциональной информации речи, и, следовательно, его этиологию нельзя приписывать исключительно неспособности речевой моторной программы. По-видимому, это следует принимать во внимание при экспериментальном изучении детского заикания и при высказываемых теоретических предположениях о причинах его возникновения.

Заключение. В работе экспериментально выявлены особенности распознавания эмоциональных интонаций речи в ходе изменения длительности стимула у нормально говорящих и заикающихся детей разных возрастных групп и проведен их анализ.

Были получены различия в характеристиках определения валентности эмоциональной интонации речи в ходе изменения длительности стимула в целом между нормально говорящими и заикающимися детьми, показывающие некоторое отставание в развитии механизмов восприятия эмоций у заикающихся детей. Наряду с этим было отмечено, что возрастное улучшение восприятия у детей с речевой патологией и без нее происходит аналогично, но с отставанием заикающихся детей в каждом возрасте.

В работе показано, что важным осложняющим фактором для восприятия эмоций у заикающихся детей в отличие от нормально говорящих является снижение длительности стимула в диапазоне 2 - 0,5 с.

Полученные данные, с одной стороны, подтверждают общую с нормально говорящими детьми возрастную направленность развития когнитивной деятельности по распознаванию эмоций заикающимися детьми, а с другой – указывают на некоторую специфичность восприятия и церебральной обработки заикающимися детьми эмоциональной информации речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашинская Г.А., Чернов Д.Н. Акустические корреляты индивидуальных особенностей функциональных и эмоциональных состояний // Авиакосмическая и экологическая медицина. – 2007. – Т. 41. – № 2. – С. 3-13.
2. Гельман В.Я., Дмитриева Е.С., Немировская А.В. Психоакустическое тестирование с использованием компьютерных технологий // Физиология человека. – 1998. – Т. 24. – № 2. – С. 128-130.
3. Дмитриева Е.С., Гельман В.Я., Зайцева К.А. Восприятие эмоциональной компоненты речи заикающимися детьми на фоне шума. Сообщение I. Анализ эффективности опознания различных эмоций // Физиология человека. – 2000. – Т. 26. – № 3. – С. 13-20.
4. Дмитриева Е.С., Зайцева К.А., Гельман В.Я. Возрастно-половые особенности восприятия эмоциональных характеристик речи под воздействием шума

// Физиология человека. – 1999. – Т. 25. – № 3. – С. 57-64.5. Дмитриева Е.С., Гельман В.Я., Зайцева К.А., Орлов А.М. Зависимость восприятия эмоциональной информации речи от акустических параметров стимула у детей разного возраста // Физиология человека. – 2008. – Т. 34. – № 4. – С. 149-153.

6. Дмитриева Е.С., Гельман В.Я., Зайцева К.А., Орлов А.М. Исследование восприятия эмоциональной составляющей речевого сигнала при разной длительности стимула // Физиология человека. – 2006. – Т. 32. – №. 5. – С. 36-41.

7. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Щугарева Л.М. Заикание: неврология или логопедия // СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2005.

8. Морозов В.П. Язык эмоций и эмоциональный слух. Избранные труды 1964–2016. – М.: Институт психологии РАН, 2017. – 398 с.

9. Федорова Ю.Н. Социально-педагогические аспекты профилактики отклонений психического развития у детей с нарушением речи в условиях начальной школы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018 (18). – № 4. – С. 89-93.

10. Хризман Т.П., Еремеева В.П., Лоскутова Т.Д. Эмоции, речь и активность мозга ребенка // М.: Педагогика, 1991. – 232 с.

11. Шмырева О.И. Структурообразующие эмоции в подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016 (16). – № 2. – С. 80-84.

REFERENCES

1. Adashinskaja G.A., Chernov D.N. Akusticheskie korreljaty individual'nyh osobennostej funkcional'nyh i jemocional'nyh sostojanij // Aviakosmicheskaja i jekologicheskaja medicina. – 2007. – Т. 41. – № 2. – С. 3-13.

2. Gel'man V.Ja., Dmitrieva E.S., Nemirovskaja A.V. Psihoakusticheskoe testirovanie s ispol'zovaniem komp'juternyh tehnologij // Fiziologija cheloveka. – 1998. – Т. 24. – № 2. – С. 128-130.

3. Dmitrieva E.S., Gel'man V.Ja., Zajceva K.A. Vosprijatie jemocional'noj komponenty rechi zaikajushhimisja det'mi na fone shuma. Soobshhenie I. Analiz jeffektivnosti opoznaniya razlichnyh jemocij // Fiziologija cheloveka. – 2000. – Т. 26. – №. 3. – С. 13-20.

4. Dmitrieva E.S., Zajceva K.A., Gel'man V.Ja. Vozrastno-polovye osobennosti vosprijatija jemocional'nyh harakteristik rechi pod vozdejstviem shuma // Fiziologija cheloveka. – 1999. – Т. 25. – № 3. – С. 57-64.5. Dmitrieva E.S., Gel'man V.Ja., Zajceva K.A., Orlov A.M. Zavisimost' vosprijatija jemocional'noj informacii rechi ot akusticheskikh parametrov stimula u detej raznogo vozrasta // Fiziologija cheloveka. – 2008. – Т. 34. – № 4. – С. 149-153.

6. Dmitrieva E.S., Gel'man V.Ja., Zajceva K.A., Orlov A.M. Issledovanie vosprijatija jemocional'noj sostavljajushhej rechevogo signala pri raznoj dlitel'nosti stimula // Fiziologija cheloveka. – 2006. – Т. 32. – №. 5. – С. 36-41.

7. Lohov M.I., Fesenko Ju.A., Shhugareva L.M. Zaikanie: nevrologija ili logopedija // SPb.: JeLBI-SPb. – 2005.

8. Morozov V.P. Jazyk jemocij i jemocional'nyj sluh. Izbrannye trudy 1964–2016. – М.: Institut psihologii RAN, 2017. – 398 s.

9. Fedorova Ju.N. Social'no-pedagogicheskie aspekty profilaktiki otklonenij psihicheskogo razvitija u detej s narusheniem rechi v uslovijah nachal'noj shkoly // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2018 (18). – № 4. – С. 89-93.

10. Hrizman T.P., Eremeeva V.P., Loskutova T.D. Jemocii, rech' i aktivnost' mozga rebenka // М.: Pedagogika, 1991. – 232 s.

11. Shmyreva O.I. Strukturoobrazujushhie jemocii v podrostkovom vozraste // Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2016 (16). – № 2. – S. 80-84.
12. Bloodstein O., Ratner N. B. A handbook on stuttering. Clifton Park, NY: Delmar Thomson. – 2008.
13. Esposito A., Troncone A. Emotions and speech disorders: do developmental stutters recognize emotional vocal expressions? //Toward Autonomous, Adaptive, and Context-Aware Multimodal Interfaces. Theoretical and Practical Issues. – Springer, Berlin, Heidelberg, 2011. – Pp. 155-164.
14. Neef N. E., Anwender A., Friederici A. D. The neurobiological grounding of persistent stuttering: from structure to function //Current neurology and neuroscience reports. – 2015. – V. 15. – №. 9. – Pp. 63.
15. Ohman A. The psychophysiology of emotion: An evolutionary-cognitive perspective. Advances in Psychophysiology. – 1987. – 2: 79–127.
16. Pell M. D., Kotz S. A. On the time course of vocal emotion recognition // PLoS One. – 2011. – V. 6. – №. 11. – Pp. e27256.
17. Salovey P., Mayer J.D. Emotional intelligence // Imagination, Cognition, and Personality, 1990. V. 9. P. 185–211.
18. Saxby L., Bryden M. P. Left-ear superiority in children for processing auditory emotional material //Developmental Psychology. – 1984. – V. 20. – №. 1. – Pp. 72.
19. Scherer K. R., Oshinsky J. S. Cue utilization in emotion attribution from auditory stimuli //Motivation and emotion. – 1977. – V. 1. – №. 4. – Pp. 331-346.
20. Walsh B., Usler E., Bostian A., Mohan R., Gerwin K. L., Brown B, Weber C., Smith A. What are predictors for persistence in childhood stuttering? //Seminars in speech and language. – NIH Public Access, 2018. – V. 39. – №. 4. – Pp. 299.
21. Zengin-Bolat kale H., Conture E. G., Key A. P., Walden T. A., Jones R. M. Cortical associates of emotional reactivity and regulation in childhood stuttering //Journal of fluency disorders. – 2018. – V. 56. – Pp. 81-99.

V.Ya. Gelman¹, E.S. Dmitrieva²

PERCEPTION OF EMOTIONAL INTONATION OF SPEECH

STIMULI OF DIFFERENT DURATIONS BY STUTTERING CHILDREN

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, «Sechenov «Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry, Russian Academy of Sciences (St.-Petersburg).

Summary. In the work, the features of recognition of emotional intonations in the course of changing the duration of the stimulus in normally speaking and stuttering children of the age groups of 7-10 and 11-13 years were experimentally revealed and analyzed. Differences were obtained in the characteristics of determining the valence of the emotional intonation of speech in the course of changing the duration of the stimulus both between normally speaking and stuttering children as a whole and depending on the age of the listeners, showing some lag in the development of the emotions perception mechanisms in stuttering children. It was shown that for stuttering children as compared to normally speaking ones, a decrease in the duration of the stimulus in the range of 2 - 0.5 s is an important complicating factor in the perception of emotions.

Keywords: stuttering, perception of emotional intonation, children, age characteristics, speech stimuli.

И.В. Полякова**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ
ТРЕВОЖНОСТИ И АГРЕССИВНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет» (Смоленск).**

Резюме. Представлены результаты исследования уровня агрессивности и тревожности младших школьников. Обследованы 25 школьников в возрасте 7-8 лет. Установлено, что каждый четвертый обследованный имеет высокий уровень тревожности, агрессивности и неадекватных эмоциональных реакций. Выявлена обратная средняя корреляционная связь между тревожностью и агрессивностью до психокоррекции. Применение психокоррекционной программы с использованием музыкотерапии повысило уровень адекватности эмоциональных реакций, снизило уровень тревожности и агрессивности; после психокоррекции выявлена прямая средняя корреляционная связь между тревожностью и агрессивностью обследованных.

Ключевые слова: психическое здоровье, тревожность, агрессивность, эмоциональное состояние, эмоциональная компетентность, психологическая коррекция.

Введение. В настоящее время психическое здоровье младших школьников вызывают озабоченность, поскольку «... растет общая невротизация, психосоматические и психические заболевания» [2, с.125]. Ориентация на тревожные стимулы [1, 10], дефицит эмоционального общения, высокий уровень агрессии в обществе и зависимости от взрослых [13] способствуют формированию повышенной агрессивности и тревожности детей младшего школьного возраста, удовлетворенностью общением с окружающими людьми, снижению качества жизни и здоровья и ведут к проблемам в освоении учебной программы [4, 5, 11]. Агрессивность как свойство личности традиционно понимается как готовность в выборе и применении насильственных средств и способов для реализации собственных целей [6]. Социально приемлемая форма агрессивности ребенка способствует его эффективной социализации и результативности учебной деятельности [8], неприемлемые формы агрессии связаны с неумением следовать общественным нормам и правилам, которые регламентируют поведение ребенка в обществе [9, 14]. Функционирование в таких условиях подвергает их здоровье [6, 12, 15] и психику риску антиобщественного поведения и проявляется как беспокойство, неспособность его контролировать, мышечное напряжение, неспособность сохранять работоспособность в условиях длительных и интенсивных интеллектуальных нагрузок, нарушения сна, низкая концентрация, устойчивость и переключение внимания, страхи, раздражительность [12, 13, 15] и может сохраниться в дальнейшей взрослой жизни [3]. Во взрослой жизни они опасаются критики, зависят от мнения окружающих, стремятся к вниманию и одобрению [1].

В настоящее время исследователи рассматривают развитие эмоциональной компетентности в числе возможных средств, снижающих уровень агрессивности

сти и тревожности [12]. В настоящем исследовании мы осуществили проверку в том числе этого положения.

Программа исследования. Цель исследования заключалась в установлении уровня тревожности и агрессивности младшего школьника до и после психокоррекционного воздействия. В качестве гипотетического выдвинуто предположение о том, что агрессивность и тревожность младших школьников взаимосвязаны.

В исследовании приняли участие 25 младших школьников в возрасте 7-8 лет, обучающихся во 2 А классе средней школы № 25 г. Смоленска. Исследование проводилось в октябре 2020 г. в рамках подготовки выпускной квалификационной работы, в исследовании принимала участие студентка психолого-педагогического факультета Смоленского государственного университета И.Л. Щемелева.

В работе были использованы методики: «Тест тревожности» (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), «Тест эмоций Басса-Дарки» (в модификации Г. Резапкиной), «Сюжетные картинки», с помощью которых устанавливался уровень тревожности, агрессивности и адекватности эмоциональных реакций.

Структура исследования включала три этапа: на первом и третьем этапах испытуемым предлагались описанные выше методики психодиагностики, на втором была реализована программа психокоррекции эмоциональных состояний младших школьников (далее ПКП). Цель программы заключалась в снижении уровня тревожности и агрессии. Учащихся обучали различать эмоции по мимике, жестам, интонации; понимать свои чувства и чувства других людей с помощью музыкальных фрагментов; передавать заданное эмоциональное состояние.

Программа включала 10 ежедневных занятий по 35 минут, а также дополнительное занятие по 45 минут один раз в неделю на уроке музыки. В программе использовались дыхательная гимнастика; музыкотерапия; арт-терапия (рисование под музыку); ритмотерапия; сказкотерапия; психодрама. Структура каждого занятия включала 4 этапа: приветствие, психогимнастика, основная часть, прощание. Занятия проводились в музыкальном зале, в котором имелось фортепиано, магнитная доска, стенд для выставки работ учащихся; технические средства (ноутбук, DVD-проигрыватель, колонки), музыкальные и шумовые инструменты; стулья и столы для детей, краски, кисти и цветные карандаши, бумага для рисования; подборка музыкальных произведений: «Грустный вальс» Сибелиуса, «Мелодия» Глюка, «Грезы» Шумана, пьесы Чайковского, «Венгерская рапсодия» Листа, «Фиделио» Бетховена, «Американец в Париже» Гершвина, «Колыбельная» Брамса, «Свет луны» Дебюсси, «Аве Мария» Шуберта, мазурки и прелюдии Шопена, вальсы Штрауса и др.

Результаты и их обсуждение. Уровень тревожности младших школьников устанавливался с помощью методики «Тест тревожности». Результаты исследования представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, до ПКП высокий уровень тревожности выявлен практически у каждого четвертого ребенка, что, безусловно, является неудовлетворительным показателем качества их жизни и требует внимания со стороны взрослых, организующих условия их жизнедеятельности и обучения. У большинства испытуемых (76%) был выявлен средний и низкий уровень тревожности (72% и 4% соответственно). Следует отметить, что высокая степень тревожности испытуемых проявлялась в ситуациях, воспроизводящих взаимодействие со сверстни-

ками («Игра с младшими детьми», «Объект агрессии», «Игра с более взрослыми детьми», «Драка», «Одиночество»). Более низкая степень тревожности выявлена в ситуациях, воспроизводящих взаимодействие со взрослыми («Ребенок и мать с младенцем», «нагоняй», «пренебрежение», «ребенок с родителями») и в обстоятельствах, связанных с воспроизведением ежедневной экзистенциальной активности («Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Умывание», «Уборка игрушек», «Еда в одиночестве»). Следует отметить, что низкий уровень тревожности или «чрезмерное спокойствие» (в терминах А.М. Прихожан) был выявлен у одного учащегося. Вслед за В.М. Рудомозиной [6] мы также полагаем, что подобные проявления могут иметь защитный характер.

Таблица 1.

Результаты испытуемых по методике «Тест тревожности».

№	Уровень тревожности	До ПКП		После ПКП	
		Количество испытуемых	%-й показатель	Количество испытуемых	%-й показатель
1	Высокий	6	24	0	0
2	Средний	18	72	16	64
3	Низкий	1	4	9	36

После прохождения ПКП высокая степень тревожности выявлена в тех же обстоятельствах, воспроизводящих взаимодействие «ребенок-ребенок», что и в начале исследования; степень тревожности в изображениях, воспроизводящих взаимодействие «ребенок-взрослый» и в ежедневной деятельности снизилась: высокий уровень тревожности не был выявлен вообще, а показатель низкого уровня тревожности увеличился с 4% до 36%, что свидетельствует об улучшении эмоционального состояния обучающихся.

Исследование уровня выраженности агрессивных и враждебных форм поведения испытуемых осуществлялось с помощью методики Басса-Дарки (в модификации Г. Резапкиной). Результаты исследования представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты испытуемых по методике Басса-Дарки

Виды агрессии	Уровень выраженности агрессии до/после ПКП					
	Высокий		Средний		Низкий	
	кол-во исп-х	%	кол-во исп-х	%	кол-во исп-х	%
Физическая	9/6	36/24	10/10	40/40	7/9	24/36
Косвенная	10/7	40/28	7/10	28/40	8/8	32/32
Раздражение	7/7	28/28	9/8	36/32	9/9,8	36/39
Негативизм	4/4	16/16	8/8	32/32	8/13	32/52
Обидчивость	7/7	28/28	8/8	32/32	10/10	40/40
Подозрительн.	3/3	12/12	10/13	40/52	8/10	28/40
Вербальная	9/6	36/24	9/8	36/32	8/11	28/44
μ	7/5,7	28/22,8	7,6/10	35/37	8/10	37/40

Как видно из табл. 2, до прохождения ПКП высокий уровень выраженности агрессии в целом выявлен у 7 младших школьников, что составляет 28% от общего числа испытуемых, средний и низкий уровень у 15 испытуемых (72%), 35% и 37% соответственно. Физическая, косвенная и вербальная агрессия выражены больше (9-10 испытуемых, 40%-36%); подозрительность и негативизм выражены меньше (3 и 4 испытуемых; 12% и 16% соответственно). Иными словами, высокий уровень агрессивности проявляется в два с лишним раза чаще, чем высокий уровень враждебности. Раздражение и обидчивость на высоком уровне выраженности выявлены у 7 испытуемых, что составляет 28% от всей выборки. Умеренный, средний и низкий уровень агрессивности и враждебности выявлен у 72% испытуемых.

После прохождения ПКП высокий уровень агрессивности снизился: по шкалам 1, 2, 7 (общий индекс агрессивности (физическая, косвенная и вербальная агрессия) – 36%, 40% и 36% соответственно до ПКП и 24%, 28% и 24% соответственно после ПКП, что свидетельствует об эффективности проведенного обучения. Вместе с тем результаты по шкалам 3-6 после ПКП не изменились, что свидетельствует о том, что необходимы дополнительные (помимо музыкальной терапии) меры коррекционного воздействия.

Эмоциональное отношение младших школьников к нравственным нормам определялось с помощью методики «Сюжетные картинки», в которой предлагалось систематизировать картинки в соответствии с их представлениями о нравственных нормах. Результаты исследования представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Результаты испытуемых по методике «Сюжетные картинки»

№	Степень адекватности эмоциональных реакций	До ПКП		После ПКП	
		Кол-во исп-х	%-й показатель	Кол-во исп-х	%-й показатель
1	Неадекватные	4	16	4	16
2	Слабовыраженные адекватные	9	36	7	28
3	Адекватные	12	48	14	56

Как видно из табл. 3, до прохождения испытуемыми ПКП неадекватные и слабовыраженные эмоциональные реакции к нравственным нормам выявлены у 52% испытуемых. Они проявлялись в том, что испытуемые неверно размещали изображения ситуаций, объединяя в одной папке изображения положительных, моральных и отрицательных, аморальных поступков или, верно раскладывая изображения, не могли обосновать собственный выбор, что определяло их эмоциональные реакции как неадекватные. Слабые адекватные реакции выявлены у 9 испытуемых (36%), они размещали изображения правильно, но не могли объяснить свой выбор. У 12 школьников (48% от общей выборки) были адекватные эмоциональные реакции, они правильно объяснили свой выбор, как правило, формулировали нормы морали, сопровождали собственные ответы выраженными эмоциональными реакциями. в том числе в мимике и пантомимике. Необходимо отметить небольшое количество обучающихся (4 человека, что состав-

вило 16% от общей выборки) с высокой степенью неадекватности эмоционального реагирования. Они проявлялись в неадекватном поведении, скрытой и открытой агрессии. Как видно из второй части таблицы, по завершении ПКП количество этих испытуемых не изменилось, однако группа детей с адекватными эмоциональными реакциями возросла на 8%.

Компаративное соотнесение полученных результатов по всем методикам исследования представлено в табл. 4.

Таблица 4.

Результаты испытуемых по всем методикам до проведения ПКП

№	Методики	Уровень выраженности результатов до проведения ПКП					
		высокий		средний		низкий	
		Кол-во исп-х	%	Кол-во исп-х	%	Кол-во исп-х	%
1	Тест тревожности	6	24	18	72	1	4
2	Тест Басса-Дарки	7	28	7,6	35	8	37
3	Сюжетные картинки	4	16	6	36	12	48
4	Σ	17	68	31,6	143	21	89
5	μ	5,6	22,6	10,5	47,6	7	29,6

Как видно из табл. 4, высокий уровень выраженности результатов исследования агрессивности, тревожности и степенью адекватности эмоционального реагирования выявлен у 22,6% испытуемых, средний и низкий у 47,6% и 29,6% соответственно. Иными словами, умеренная/адаптивная тревожность или оптимальный уровень тревожности установлен у 77,2% учащихся. Понятно, что учащимся с высоким уровнем тревожности и агрессивности оказывается необходимой помощь психолога чаще.

Статистическая обработка полученных результатов тревожности и агрессивности, степени адекватности эмоциональных реакций проводилась с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Коэффициент корреляции Спирмена (ρ) равен 0.500. Связь между исследуемыми признаками - обратная, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – заметная, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$). Таким образом, гипотеза, выдвинутая в начале исследования о наличии взаимосвязи между тревожностью и агрессивностью младших школьников получила свое подтверждение. Выраженная тревожность младших школьников, боязнь ошибиться, не соответствовать ожиданиям взрослых, негативной оценки окружающих снижают их агрессивные проявления в поведении.

Как видно из табл. 5, после прохождения ПКП у 87% испытуемых был выявлен низкий и средний уровень выраженности тревожности и агрессии, что на 10% выше аналогичных показателей до ПКП. Средний и низкий уровень тревожности испытуемых до и после ПКП увеличился на 24%: с 76% до 100% (тест тревожности). Эмоциональная адекватность увеличилась на 8%. Коэффициент корреляции Спирмена (ρ) равен 0.500. Связь между исследуемыми признаками -

прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – заметная, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$).

Таблица 5.

Компаративное соотнесение результатов исследования после ПКП

№	Методики	Уровень выраженности результатов после проведения ПКП					
		высокий		средний		низкий	
		Кол-во исп-х	%	Кол-во исп-х	%	Кол-во исп-х	%
1	Тест тревожности	0	0	16	64	9	36
2	Тест Басса-Дарки	5,7	22,8	10	37	10	40
3	Сюжетные картинки	4	16	7	28	14	56
4	Σ	9,7	38,8	33	129	33	132
5	μ	3,2	25	11	43	11	44

Выводы. В исследовании выявлена обратная взаимосвязь между тревожностью и агрессивностью младших школьников до ПКП и прямая корреляционная зависимость между ними после ПКП;

предложенная обучающимся ПКП позволила снизить уровень тревожности и агрессивности: не было выявлено высокого уровня тревожности, средний уровень тревожности снизился у 8% учащихся, общий уровень агрессивности на 12%;

развитие эмоциональной компетентности младших школьников способствует эмоциональному отреагированию младших школьников (установлена прямая корреляционная связь после обучения);

создание условий для творческой самореализации младшего школьника с помощью музыкотерапии способствует снижению психического напряжения, агрессии и тревожности;

коррекция уровня выраженности таких форм агрессии младших школьников как раздражение, негативизм, обидчивость и подозрительность требует дополнительных, помимо средств музыкотерапии, мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Т.В., Воликова С.В. Социальная тревожность у детей // Психология в России. 2014. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/social-anxiety-in-children> (дата обращения: 07.03.2021).

2. Абраменкова В.В. Детское здоровье и духовно-нравственное развитие в современной России: концептуальные основания (лекция) // Психическое здоровье детей и подростков. 2021 (21). № 3. С.125-133.

3. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Особенности антисоциального поведения детей и подростков: психопатия и черты холодной бесчувственности // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 16-28.

4. Баева И.А., Семикин В.В. Безопасность образовательной среды, психологическая культура и психическое здоровье школьников // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2005. Т. 5 (12). С. 7-20.

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

6. Галкова К.М. Специфика агрессивности и тревожности у детей младшего школьного возраста в семьях с разными детско-родительскими отношениями // Вестник психофизиологии. Psychophysiology News. 2015. № 3. С. 64-70.

7. Литвиненко Н.В. Психологические особенности дезадаптированных к образовательной среде детей и подростков // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. №5. Том 7. URL: <https://mir-nauki.com/PDF//44PSMN519pdf> (дата обращения: 12.03.2021).

8. Полякова И.В. Взаимосвязь точности восприятия и комплекса неполноценности: проблемы развития // Вестник Владимирского государственного университета им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. Серия: Педагогические и психологические науки. 41 (60). 2020. С. 109-119.

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

10. Рудомазина В.М. Современная картина проявления тревожности у детей младшего школьного возраста // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2016. Том 8. № 1. С. 76–85.

11. Смирнова Е.О., Хузеева Г.Р. Агрессивные дети (психологический очерк) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). №1.- С.4-12.

REFERENCES

1. Avakjan T.V., Volikova S.V. Social'naja trevozhnost' u detej // Psihologija v Rossii. 2014. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/social-anxiety-in-children> (data obrashhenija: 07.03.2021).

2. Abramenkova V.V. Detskoe zdorov'e i duhovno-nravstvennoe razvitie v sovremennoj Rossii: konceptual'nye osnovanija (lekciya) // Psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov. 2021 (21). № 3. S.125-133.

3. Atadzhykova Ju.A., Enikolopov S.N. Osobennosti antisocial'nogo povedenija detej i podrostkov: psihopatija i cherty holodnoj beschuvstvennosti // Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. 2019. Т. 8. № 3. S. 16-28.

4. Baeva I.A., Semikin V.V. Bezopasnost' obrazovatel'noj sredy, psihologicheskaja kul'tura i psihicheskoe zdorov'e shkol'nikov // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena. 2005. Т. 5 (12). S. 7-20.

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

6. Galkova K.M. Specifika agressivnosti i trevozhnosti u detej mladshego shkol'nogo vozrasta v sem'jah s raznymi detsko-roditel'skimi otnoshenijami // Vestnik psihofiziologii. Psychophysiology News. 2015. № 3. S. 64-70.

7. Litvinenko N.V. Psihologicheskie osobennosti dezadaptirovannyh k obrazovatel'noj srede detej i podrostkov // Mir nauki. Pedagogika i psihologija. 2019. №5. Том 7. URL: <https://mir-nauki.com/PDF//44PSMN519pdf> (data obrashhenija: 12.03.2021).

8. Poljakova I.V. Vzaimosvjaz' tochnosti vosprijatija i kompleksa

неполноценности: проблемы развития // Вестник Владимирского государственного университета им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. Серия: Педагогические и психологические науки. 41 (60). 2020. С. 109-119.

9. Rozanov V.A. Psichicheskoe zdorov'e detej i podrostkov – popytka obektivnoj ocenki dinamiki za poslednie desjatiletija s uchetom razlichnyh podhodov // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2018. T. 28 (1). S.62-73.

10. Rudomazina V.M. Sovremennaja kartina projavlenija trevozhnosti u detej mladshego shkol'nogo vozrasta // Psichologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2016. Tom 8. № 1. S. 76–85.

11. Smirnova E.O., Huzeeva G.R. Agressivnye deti (psichologicheskij ocherk) // Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20). №1.- S.4-12.

12. Buta M., Ciornei O., Fizeşan C., Jurje O. Anxiety symptoms in primary school-age children: Relation with emotion understanding competences // Stress and Anxiety. Applications to Schools, Well-Being, Coping, and Internet Use Publisher: Logos Verlag Berlin. Editors: Kathleen A. Moore, Siobhan Howard, Petra Buchwald. 2015. P. 67-76. URL: <https://www.researchgate.net/publication/283076957> (дата обращения: 10.03.2021).

13. Kimonis E., Frik P., Munos L. Callous-unemotional traits and the emotional processing of distress cues in detained boys: Testing the moderating role of aggression, exposure to community violence, and history of abuse. Development and Psychopathology. 2008. 20(2). P. 569-589. Doi:10.1017/S095457940800028X URL: <https://www.researchgate.net/> (дата обращения: 2.03.2021).

14. Shahrabaki E. Comparing the Dietary Behaviors of Hyperactive - Attention Deficit Children with Healthy Children and Its Relationship with Weight Indices in Both Groups // Journal of Child and Adolescent Behavior. 2018. P. 375 DOI: 10.4172/2375-4494.1000375 URL: <https://www.omicsonline.org/archive-child-and-adolescent-behaviour-open-access.php> (дата обращения: 12.03.2021).

15. Maziatul K., Foong L. S. Attachment Styles: Fear of Compassion and Callous-Unemotional Traits among Juvenile Delinquents // Journal of Child and Adolescent Behavior. 2018. P. 371.

16. <https://www.omicsonline.org/child-and-adolescent-behavior.php> (дата обращения: 10.03.2021).

I.V. Polyakova

ANXIETY AND AGGRESSIVENESS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN: PSYCHOLOGICAL CORRECTION

Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The paper presents the results of a study of the level of aggressiveness and anxiety of primary school children. 25 primary school children aged 7-8 years were examined. It was found that every fourth person surveyed has a high level of anxiety, aggressiveness, and inadequate emotional reactions. The inverse average correlation between anxiety and aggressiveness of schoolchildren was revealed. The use of a psychocorrective program with the use of music therapy reduced the level of anxiety and aggressiveness of the examined patients.

Keywords: mental health, anxiety, aggressiveness, emotional state, emotional competence, psychological correction

К.А. Пантюхина, Т.А. Баилова

**ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ КУЛЬТУРЫ
В МАССОВОЙ ШКОЛЕ**

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 4» (Реутов Московской обл.); ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).

Резюме. Работа посвящена изучению влияния специально организованных занятий по формированию инклюзивной культуры на самосознание учащихся инклюзивных классов, и их учителей. В исследовании приняли участие 76 человек (30 учителей и 46 учащихся в возрасте от 8 до 10 лет, из которых 8 человек имели зрительные и комплексные нарушения). Часть из них (экспериментальная группа) участвовала в течение учебного года в разработанной автором программе по формированию инклюзивной культуры. Остальные учителя и дети (контрольная группа) не принимали участие в этой программе. Контрольное тестирование в конце учебного года показало, что произошли определенные позитивные изменения в развитии самосознания у членов экспериментальной группы, что доказывает эффективность разработанной автором программы.

Ключевые слова: инклюзивная культура, самосознание, инклюзивные классы, дети с недостатками в развитии.

Введение. Сложившиеся стереотипы в обществе по отношению к инвалидности создали множество проблем при внедрении инклюзивного образования. По-прежнему актуальными остаются проблемы взаимоотношения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с учителями и обычными сверстниками. По нашему мнению, одной из наиболее актуальных проблем внедрения инклюзивного образования является изменение самосознания всех участников образовательного процесса. Для успешной реализации инклюзивного образования необходимо создать специальные условия, что подразумевает не только создание особого финансирования, доступной среды, подготовки учителей, но и формирование инклюзивной культуры, без которой инклюзивное образование может не только не состояться, но и нанести вред всем участникам образовательного процесса.

Инклюзивная культура как область исследования стала изучаться несколько лет назад, и такие исследователи, как Н.Г.Сигал, Е.В.Богданова, Е.А.Кириллова, В.В.Хитрюк дают ей разные определения [1, 3, 8, 9]. Общим для них является утверждение, что инклюзивная культура – это отношение между обычными людьми и людьми с ОВЗ, основанное на взаимном уважении и сотрудничестве, оказывающее стимулирующее воздействие на личностное развитие всех участников образовательного процесса.

Опираясь на работы этих и других авторов, нами была разработана и апробирована программа занятий «Человекология» по формированию инклюзивной культуры для младших школьников и педагогов, которая была объединена с программой внеурочной деятельности О.В. Хухлаевой «Тропинка к своему Я» [10].

Цель нашего исследования - разработка занятий по инклюзивной культуре и изучение ее влияния на самосознание младших школьников и их учителей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя Общеобразовательная Школа № 4» г. Реутов Московской обл. Эта школа реализует инклюзивное и дистанционное образование для детей, имеющих инвалидность и ОВЗ. В качестве участников образовательного процесса были выбраны школьники с условно нормативным (38 чел.) и нарушенным развитием (10 чел. с зрительными и комплексными нарушениями) в возрасте от 8 до 10 лет и их учителя (30 чел.) в возрасте от 23 до 63 лет.

Общая программа внеурочной деятельности по нашей программе (35 академических часов занятий) для школьников состояла из 5 блоков, где каждый блок программы имел свои цели и задачи: 1) Вводные занятия (5 ч.); 2) «Я – личность» (6 ч.); 3) «Внутренний мир» (9 ч.); 4) «Человекология» (14 ч.); 5) Заключительное занятие (1 ч.).

Программа по формированию инклюзивной культуры, отражённая в блоке «Человекология» состояла из занятий по следующим темам: «Почему человек не животное?»; «Внешний вид»; «Наше общество»; «Мы учимся жить вместе»; «В мире темноты»; «В мире без звуков»; «В мире слепоглухих»; «В мире без слов»; «В мире без движений»; «Новое поколение»; «Возможности без границ»; «Необыкновенный человек с большой победой».

На занятиях данного блока учащиеся начальной школы изучали вопросы понимания инвалидности, знакомились с различными особенностями, встречающимися у лиц с ОВЗ, разбирались, в чём же заключаются их ограничения и пути их преодоления. В рамках таких занятий школьники знакомились с алфавитом Брайля, картинами ослепших художников, пытались поговорить на жестовом языке глухих, познать окружающий мир с помощью осязания, пробовали написать своё имя с закрытыми глазами или по запаху определить окружающие предметы и многое другое.

Экспериментальная группа учащихся состояла из двух подгрупп: 1) дети с нарушениями развития – 5 человек; 2) их условно нормативные одноклассники – 20 человек.

Выборка контрольной группы также состояла из двух подгрупп: 1) дети с нарушениями развития – 3 человека; 2) их условно нормативные одноклассники – 18 человек. Занятия по инклюзивной культуре проходили только с учащимися экспериментальной группы.

Для проверки эффективности программы, мы выбрали ряд методик для группового тестирования, позволяющих оценить уровень развития самосознания школьников до и после занятий по составленной нами программе:

1. «Где вы на этом дереве».
2. Проективная рисуночная проба «Нарисуй букву Я».
3. Проективная рисуночная проба: «Рисунок «Мой мир» [7].

Программа занятий по формированию инклюзивной культуры для преподавателей состояла из мини-лекториев и занятий с тренинговыми упражнениями. Программа включала 10 занятий по 1,5 часа каждое: 1) «Школа для всех» (лекторий); 2) «Мир глазами учащегося с нарушениями зрения» (лекторий); 3) «Урок глазами учащегося с нарушениями зрения» (мини тренинг); 4) «Мир и

урок глазами учащегося с нарушениями речи» (лекторий, мини-тренинг); 5) «Мир и урок глазами учащегося с нарушениями опорно-двигательного аппарата» (лекторий); 6) «Мир и урок глазами учащегося с РАС и РДА» (лекторий, мини-тренинг); 7) Киносеанс «Сотворившая чудо» и просмотр кино-вырезок из фильмов: «Слово на ладони», «Заика», «Письмо детей с особенностями поведения своим учителям», «Эффект бабочки»; «Этикет общения с учащимися с ОВЗ и инвалидностью и их законными представителями»; «Наши помощники» (благотворительные и волонтерские организации); «Учитель для всех» (написание эссе по теме «Современный идеальный учитель».

Педагогам, участвовавшим в программе, предлагалось примерить специальные очки, имитирующие различные виды нарушений зрения и выполнить в них часть заданий, которые дети обычно выполняют на уроках. Таким образом, участники занятий получали возможность имитации наличия у них нарушений зрения.

Экспериментальная группа педагогов составила 15 учителей. В группу вошли те учителя, которые в данном учебном году впервые столкнулись с инклюзивными классами и с которыми проходили занятия по формированию инклюзивной культуры.

Выборка *контрольной группы педагогов* также составила 15 учителей. В данную группу вошли те учителя, которые не работают в инклюзивных классах.

Для изучения изменений в их самосознании были выбраны следующие психодиагностические методики, модифицированные нами:

1. МСС (методика спонтанного самоописания), А.В. Визгина;
2. «Не я», А.В Визгина [2].

Все методики проводились в виде индивидуальных бесед. С экспериментальной группой учителей методики проводились в начале учебного года и после проведения эксперимента (в конце учебного года). С контрольной группой - в начале и в конце учебного года [4, 5, 6].

Результаты обследования экспериментальной и контрольной групп школьников и их анализ



Рисунок 1. Восприятие своего настоящего положения в обществе у школьников экспериментальной группы до и после участия в программе на основе результатов выполнения методики «Где вы на этом дереве».



Рисунок 2. Восприятие своего настоящего положения в обществе школьников контрольной группы в начале и конце учебного года на основе результатов выполнения методики «Где вы на этом дереве» (без участия в программе).

С помощью теста «Где вы на этом дереве» были также исследованы результаты желаемого положения в обществе у учащихся инклюзивного образовательного процесса.

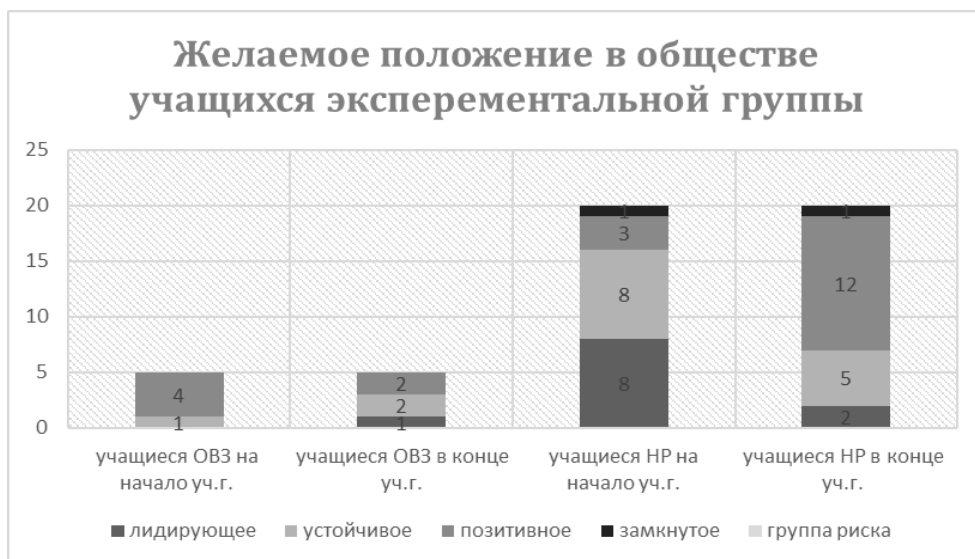


Рисунок 3. Восприятие желаемого положения в обществе учащимися экспериментальной группы до и после участия в программе.



Рисунок 4. Восприятие своего желаемого положения в обществе учащимися контрольной группы в начале и конце учебного года (без участия в программе).

Результаты выполнения методики «Где вы на этом дереве» показали, что без группового психолого-педагогического сопровождения инклюзивного класса в виде занятий по формированию инклюзивной культуры желаемое положение в обществе значительно не изменяется к концу учебного года, но это негативно сказывается на коллективе класса, т. к. у школьников отсутствует желание помогать ближним, быть более открытыми и дружелюбными. У детей без психофизических нарушений возникает тенденция к соперничеству из-за желания занять лидерское положение в обществе. После прохождения занятий учащиеся с ОВЗ становятся смелее в выражении своих желаний, а у их сверстников без нарушений возрастает не только дружелюбие и открытость к людям, но и желание помогать ближним, которые свидетельствуют о позитивном изменении в самосознании.

Полученные результаты проективной рисуночной пробы «Нарисуй букву Я» представлены в рис. 5.



Рисунок 5. Изменения самооценки учащихся экспериментальной и контрольной групп, произошедшие в течение учебного года по результатам выполнения методики «Нарисуй букву Я».

Анализ результатов выполнения школьниками этой методики показал, что без занятий по формированию инклюзивной культуры повышается фиксированность учащихся на неудовлетворённости «собственным Я» и своей жизни, а также часто снижается самооценка. При прохождении занятий по формированию инклюзивной культуры среди всех учащихся повышается стремление найти равновесие между своими эгоистическими потребностями и желаниями других, умение находить компромиссы, характерной для всех становится адекватная самооценка и не отмечается неудовлетворённость «собственным Я» и своей жизнью.

Полученные результаты проективной рисуночной пробы «Рисунок «Мой мир» С.Т. Посоховой представлены на рис. 6.



Рисунок 6. Распределение позиций включенности в эмоциональное рефлексирование у учащихся инклюзивного образовательного процесса

Результаты обследования педагогов из экспериментальной и контрольной групп и их анализ. По результатам выполнения методики МСС в начале учебного года всех педагогов можно было четко распределить на 3 группы: молодые специалисты (опыт работы от 0 до 3 лет), «опытные» специалисты (опыт работы от 3 до 10 лет) и «бывалые» (опыт работы от 10 лет и более).

Молодые специалисты (7 человек из экспериментальной группы и 2 из контрольной) подробно раскрывали содержание своего Образа «Я – Учитель», проявляя глубокий самоанализ. Описывали внутреннюю и внешнюю борьбу рационального и эмоционального Образа «Я - учитель». Чаще встречалась расщеплённость образа на «Я - реальный учитель» и «Я – идеальный учитель». Выявлялось различное самоотношение к своему образу «Я - учитель. Самокри-

тические высказывания и самооправдания побуждали их к неравноправному и защитному двустороннему диалогу.

«Опытные» специалисты (5 человек из экспериментальной группы и 5 из контрольной) более кратко раскрывали содержание своего Образа «Я – учитель». Самоанализ их был поверхностным. Соотношения эмоционального и рационального образа «Я – учитель», постоянно менялось от одного к другому. Выявлялась расщеплённость образа на «Я – учитель своими глазами – «Я – учитель глазами других». Были выявлены противоречивые самоотношения к своему Образу «Я – учитель». Отсутствовало желание к самоизменению. Для них был характерен двусторонний неравноправный внутренний диалог.

У «бывалых» преподавателей (3 человека из экспериментальной группы и 8 из контрольной) отсутствовал самоанализ. Внутреннего диалога не состоялось.

В конце учебного года, после проведения занятий по формированию инклюзивной культуры, учителя экспериментальной группы подробно раскрывали содержание своего образа «Я – учитель», охватывая широту различных аспектов. Их рациональный и эмоциональный «Образ Я- учитель» взаимодействовали между собой. Им была свойственна расщеплённость образа на «Я - реальный учитель» и «Я – идеальный учитель». Выявлялись различные самоотношения к своему образу «Я - учитель», чаще позитивное, реже противоречивое и негативное. Для них были характерны равноправные двусторонние внутренние диалоги.

У педагогов, не проходивших занятий по формированию инклюзивной культуры, самоанализ был более кратким. Был ярко выражен конфликт между эмоциональным и рациональным образом «Я – учитель». Присутствовала расщеплённость образа на «Я – учитель своими глазами» и «Я – учитель глазами других», а также на «Я - реальный учитель» и «Я – идеальный учитель». Выявлено противоречивое отношение к своему образу «Я–учитель». Большинство педагогов осознавало свои недостатки и проблемы, но при этом стремилось кратко оправдать их заслуженностью позитивного к себе отношения. Молодых специалистов отличало то, что они полнее раскрывали свои цели, планы, стремления и намерения. А для всех других педагогов чаще было характерно отсутствие необходимости в самоизменении.

Результаты выполнения методики «Не–Я» также позволили распределить педагогов на 3 группы: «молодые», «опытные» и «бывалые». Для молодых специалистов оказалось характерным противоречивое самоотношение. Они понимали и признавали свои недостатки, при этом они видели и свои достоинства, которые отсутствовали в учителе-антигерое, проявляли желание к саморазвитию в качестве учителей. Для них был характерен двусторонний внутренний диалог, построенный на взаимном дружелюбии их персонажей. После вопроса экспериментатора об отношении их персонажей к инклюзивному образованию они практически поровну разделились на две группы по строго отрицательному и положительному отношению.

Для опытных учителей было характерно чаще позитивное и реже противоречивое отношение к себе, а у отдельных учителей - отрицательное. В отличие от молодых специалистов они больше и дольше рассуждали об отрицательных качествах героев. Необходимо отметить, что опытные специалисты все же говорили о

возможности к изменению себя и саморазвитию, но не всегда в качестве учителя, некоторые изъявляли желание полностью сменить профессию или предмет преподавания. После вопроса экспериментатора об отношении их персонажей к инклюзивному образованию «опытные» и «бывалые» ответили отрицательно.

Результаты выполнения методики «Не-Я» после проведения занятий по формированию инклюзивной культуры показали, что все принимавшие в них учителя стали больше осознавать свои недостатки и проблемы, стремились к саморазвитию и изменению себя как учителя, в том числе и как преподавателя в инклюзивном классе. Для них стало характерно позитивное самоотношение и редко - противоречивое. У всех присутствовал внутренний двусторонний диалог, чаще дружелюбный, реже встречалось доминантность Я – субдоминантность не Я.

По методике «Не-Я», у педагогов, не участвующих в занятиях по формированию инклюзивной культуры, самоотношение чаще было противоречивым, реже позитивными или отрицательными. У них редко выявлялось желание к саморазвитию и изменению себя как учителя.

Выводы

1. Специально организованные занятия по формированию инклюзивной культуры у обследованных нами учащихся младших классов положительно влияют на:

- восприятие своего настоящего и желаемого положения в обществе;
- смелость в выражении своих желаний;
- повышение дружелюбия и открытости к людям, желание помогать ближним;
- стремление найти равновесие между своими эгоистическими потребностями и желаниями других, умение находить компромиссы;
- адекватность самооценки.

2. Без группового психолого-педагогического сопровождения инклюзивного класса в виде занятий по формированию инклюзивной культуры у всех обследованных нами школьников возникают проблемы с восприятием своего положения в обществе; риск по возникновению внутренних конфликтов; снижается самооценка и растет фиксированность на неудовлетворённости «собственным Я» и своей жизни,

3. Участие педагогов в предложенной нами программе по формированию инклюзивной культуры способствует формированию:

- рационального и эмоционального образа «Я- учитель», которые взаимодействуют между собой;
- расщеплённости образа на «Я - реальный учитель» и «Я – идеальный учитель»;
- проявлению различного отношения к своему образу «Я - учитель», чаще позитивного, реже противоречивого;
- равноправному двустороннему, чаще дружелюбному внутреннему диалогу с собой;
- осознанию своих недостатков и проблем без их оправдания;
- стремлению к саморазвитию и изменению себя как учителя, в том числе и как преподавателя в инклюзивном классе.

4. Без группового психолого-педагогического сопровождения в виде занятий по формированию инклюзивной культуры у педагогов в инклюзивном образовании:

- ярко выражен конфликт между эмоциональным и рациональным образом «Я – учитель»;
- присутствует расщеплённость образа на «Я – учитель своими глазами» – «Я – учитель глазами других»;
- возникает противоречивое самоотношение к своему образу «Я – учитель», реже позитивное или отрицательное;
- возникает стремление при осознании своих недостатков и проблем оправдать их своими прошлыми достижениями;
- характерным становится двусторонний неравноправный внутренний диалог и свернутый внутренний диалог;
- наблюдается отсутствие необходимости к самоизменению у большинства опытных специалистов;
- наблюдается явное отрицательное отношение к инклюзивному образованию у педагогов с большим стажем работы в школе, которое гораздо менее выражено у их молодых коллег.

Таким образом, положительная динамика в развитии и изменении самосознания у обследованных нами учащихся и педагогов в инклюзивном образовательном процессе доказывает эффективность реализации программы, направленной на формирование инклюзивной культуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова, Е.В. Этика общения с людьми с ограничениями здоровья как составляющая инклюзивной культуры // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2015. № 32.
2. Визгина А.В. Эмпирическое изучение спонтанных внутренних диалогов // Вопр. психологии. 2007. № 1; Она же. Свободное самоописание как инструмент диагностики внутренней диалогичности // Психология индивидуальности. Мат-лы Всерос. конф. М., 2006.
3. Кириллова, Е.А. Инклюзивная культура как фактор развития поликультурного образования в России. Казань: ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 2016. 6 с.
4. Пантюхина К.А. Формирование инклюзивной культуры у участников образовательного процесса как фактор успешной реализации инклюзивного образования и социальной адаптации учащихся с ограниченными возможностями здоровья // Мат-лы конф. Инновационно-образовательного центра «Северная столица» 2017 года. СПб.: Инновационно-образовательный центр «Северная столица», 2017. С. 264-267.
5. Пантюхина К.А. Изменение самосознания участников образовательного процесса при обучении детей с ОВЗ в инклюзивном пространстве // Организация специальных образовательных условий для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью с нарушениями зрения в рамках инклюзивного и дистанционного образования / авторы-составители О.А. Савельева, О.Н. Бободжонова; Министерство образования Московской области, Академия социального управления. М.: АСОУ, 2020. С. 59–61

6. Пантюхина К.А. Конспект занятия по теме «В мире темноты» программы внеурочной деятельности «Человекология» (Из опыта работы МБОУ «СОШ № 4», г. Реутов) // Организация специальных образовательных условий для обучающихся с ОВЗ и инвалидностью с нарушениями зрения в рамках инклюзивного и дистанционного образования / авторы-составители О.А. Савельева, О.Н. Бободжонова; Министерство образования Московской области, Академия социального управления. М.: АСОУ, 2020. С. 59–61

7. Посохова С.Т. Особенности представлений школьников о мире как индикатор недостатка музейной культуры // Экология визуальности и изобразительное искусство. Доклады и тезисы / Научный ред. Б.А. Столяров. СПб.: 2007. 96 с.

8. Сигал Н.Г. Современное состояние и тенденции развития инклюзивного образования за рубежом: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань : Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2016. 24 с.

9. Хитрюк В.В. Инклюзивная готовность как этап формирования инклюзивной культуры педагога: структурно-уровневый анализ // Вестник БГУ. 2012. № 1 (1).

10. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: уроки психологии в начальной школе (1-4). 7-е изд. _ М.: Генезис, 2015. 312 с.

REFERENCES

1. Bogdanova, E.V. Jetika obshhenija s ljud'mi s ogranichenijami zdorov'ja kak sostavljajushhaja inkljuzivnoj kul'tury // Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova: Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika. 2015. № 32.

2. Vizgina A.V. Jempiricheskoe izuchenie spontannyh vnutrennih dialogov // Vopr. psihologii. 2007. № 1; Ona zhe. Svobodnoe samoopisanie kak instrument diagnostiki vnutrennej dialogichnosti // Psihologija individual'nosti. Mat-ly Vseros. konf. M., 2006.

3. Kirillova, E.A. Inkljuzivnaja kul'tura kak faktor razvitija polikul'turnogo obrazovanija v Rossii. Kazan': FGAOU VPO «Kazanskij (Privolzhsij) federal'nyj universitet», 2016. 6 s.

4. Pantjuhina K.A. Formirovanie inkljuzivnoj kul'tury u uchastnikov obrazovatel'nogo processa kak faktor uspeshnoj realizacii inkljuzivnogo obrazovanija i social'noj adaptacii uchashhihsja s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Mat-ly konf. Innovacionno-obrazovatel'nogo centra «Severnaja stolica» 2017 goda. SPb.: Innovacionno-obrazovatel'nyj centr «Severnaja stolica», 2017. S. 264-267.

5. Pantjuhina K.A. Izmenenie samosoznaniya uchastnikov obrazovatel'nogo processa pri obuchenii detej s OVZ v inkljuzivnom prostranstve // Organizacija special'nyh obrazovatel'nyh uslovij dlja obuchajushhihsja s OVZ i invalidnost'ju s narushenijami zrenija v ramkah inkljuzivnogo i distancionnogo obrazovanija / avtory-sostaviteli O.A. Savel'eva, O.N. Bobodzhonova; Ministerstvo obrazovanija Moskovskoj oblasti, Akademija social'nogo upravlenija. M.: ASOU, 2020. S. 59–61

6. Pantjuhina K.A. Konspekt zanjatija po teme «V mire temnoty» programmy vneurochnoj dejatel'nosti «Chelovekologija» (Iz opyta raboty MBOU «SOSh № 4», g. Reutov) // Organizacija special'nyh obrazovatel'nyh uslovij dlja obuchajushhihsja s OVZ i invalidnost'ju s narushenijami zrenija v ramkah inkljuzivnogo i distancionnogo obrazovanija / avtory-sostaviteli O.A. Savel'eva, O.N. Bobodzhonova; Ministerstvo obrazovanija Moskovskoj oblasti, Akademija social'nogo upravlenija. M.: ASOU,

2020. S. 59–61

7. Posohova S.T. Osobennosti predstavlenij shkol'nikov o mire kak indikator nedostatka muzejnoj kul'tury // Jekologija vizual'nosti i izobrazitel'noe iskusstvo. Doklady i tezisy / Nauchnyj red. B.A. Stoljarov. SPb.: 2007. 96 s.

8. Sigal N.G. Sovremennoe sostojanie i tendencii razvitiya inkljuzivnogo obrazovanija za rubezhom: Avtoref. dis. ... kand. psihol.. nauk. Kazan' : Kazanskij (Privolzhskij) federal'nyj universitet, 2016. 24 s.

9. Hitruk V.V. Inkljuzivnaja gotovnost' kak jetap formirovanija inkljuzivnoj kul'tury pedagoga: strukturno-urovnevij analiz // Vestnik BGU. 2012. № 1 (1).

10. Huhlaeva O.V. Tropinka k svoemu Ja: uroki psihologii v nachal'noj shkole (1-4). 7-e izd._ M.: Geneziz, 2015. 312 s.

K.A. Pantyukhina, T.A. Basilova

THE EXPERIENCE OF FORMING AN INCLUSIVE CULTURE IN SECONDARY SCHOOL

**Secondary School № 4 (Reutov, Moscow region), Moscow State University
of Psychology and Education (Moscow).**

Summary. The work is devoted to the study of the influence of specially organized classes on the formation of an inclusive culture on the self-consciousness of students of inclusive classes, and their teachers. The study involved 76 people (30 teachers and 46 students aged 8 to 9, of which 8 people had visual and complex disorders). Some of them (the experimental group) participated during the school year in the program developed by the author on the formation of an inclusive culture. The other teachers and children (the control group) did not participate in this program. Control testing at the end of the school year showed that there were certain positive changes in the development of self-awareness among the members of the experimental group, which proves the effectiveness of the program developed by the author.

Keywords: inclusive culture, self-awareness, inclusive classes, children with disabilities.

**ОПЫТ СОЗДАНИЯ ОБУЧАЮЩИХ СИТУАЦИЙ,
СТИМУЛИРУЮЩИХ РАЗВИТИЕ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ
С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).**

Резюме: В статье представлен опыт создания обучающих ситуаций, стимулирующих развитие общения с использованием средств альтернативной и дополнительной коммуникации у детей с тяжелыми множественными нарушениями развития в Федеральном ресурсном центре по организации комплексного сопровождения детей с РАС.

Ключевые слова: тяжелые множественные нарушения развития, альтернативная и дополнительная коммуникация, развитие общения, развитие коммуникативных навыков, расстройства аутистического спектра.

У детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) часто наблюдаются трудности коммуникативной сферы, такие как снижение потребности в общении, трудности реализации речевых и неречевых коммуникативных средств вследствие различных причин. Также, для многих детей с ТМНР может быть недоступно общение с помощью традиционных коммуникативных средств вследствие грубых нарушений экспрессивной речи. В таких случаях возникает потребность в подборе ребенку средств альтернативной и дополнительной коммуникации и использовании их в процессе развития коммуникативных навыков [1].

Не имея средств общения, ребенок с ТМНР может демонстрировать подавленность, злость, раздражение, страх, непонимание и фрустрацию. Чем длительнее у ребенка отсутствует доступное ему средство выражения своих потребностей, тем чаще можно наблюдать выраженность перечисленных состояний. Учитывать данную особенность необходимо при развитии навыков общения у детей с ТМНР в дошкольном и школьном возрасте. Такие дети часто могут иметь достаточно длительный негативный опыт, связанный с коммуникацией, например, отсутствие отклика и внимания к доступным ребенку коммуникативным сигналам, регулярное непонимание или неверная их интерпретация коммуникативными партнерами. В связи с этим «не говорящие устно» дети могут демонстрировать замкнутость, отстраненность и отказ от общения; самоповреждающее поведение, связанные со сформировавшимся тревожным отношением к ситуациям общения; неприемлемые формы поведения (крик, агрессию) и др.

Необходимо также учесть, что все дети еще до рождения окружены устной речью, которая становится естественной составляющей их среды. Но дети, не имеющие возможности использовать, а иногда и понимать устную словесную форму общения, часто длительное время не видят в окружении людей, использующих доступные для них, альтернативные и дополнительные средства коммуникации (АДК) – т. е. у таких детей нет полноценной и естественной языковой среды. В связи с этим возникает задача создания доступной коммуникатив-

ной среды ближайшим окружением ребенка – родителями и ухаживающими лицами, родственниками, специалистами и др.

Эффективными средствами обучения детей с ТМНР общению являются:

- моделирование – демонстрация ребенку желательного целевого коммуникативного поведения в определенной ситуации (например, демонстрация необходимого жеста или произнесение необходимой фразы);

- тренинг функциональной коммуникации – замещение проблемного поведения, имеющего коммуникативную функцию, на приемлемую альтернативу;

- подсказки – вербальные, жестовые, физические подсказки выполнения нового для него действия, которое предоставляется ребенку с постепенным уменьшением интенсивности до того момента, как он сможет выполнять это действие самостоятельно;

- обучение в естественных условиях (среде) – стратегия вмешательства, которое происходит о обычных повседневных ситуациях, во время привычных ребенку занятий.

Также эффективным методом является создание обучающих ситуаций, помогающих детям осваивать понимание и использование языка, – таких ситуаций, в которых у детей будут определенные предположения и ожидания относительно людей, действий и событий. При этом внимание детей направляется на устные и прочие формы языка, которыми пользуются другие люди и могут использовать сами дети. В таких ситуациях дети осваивают язык и коммуникацию через участие в социальном взаимодействии. Окружающая среда при использовании данного метода адаптируется так, чтобы конструировать ситуации, в которых может использоваться новая форма коммуникации [2].

В условиях детского коллектива существует множество возможностей для создания ситуаций, стимулирующих развитие общения у ребенка с ТМНР: приход ребенка в школу/детский сад; свободная игра; организованная деятельность (индивидуальные и групповые занятия со специалистами); гигиенические процедуры; одевание и раздевание и др. При включенности в них педагога или психолога они могут стать ситуациями, в которых ребенок, может получить информацию и применить на практике коммуникативные навыки.

В процессе работы с детьми, посещающими группу кратковременного пребывания и 1 класс для детей со сложной структурой дефекта на базе школьно-дошкольного отделения Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, регулярно создаются ситуации, стимулирующие общение детей. Такие ситуации создаются как во время структурированной (индивидуальные, подгрупповые, групповые коррекционные занятия, уроки), так и во время свободной деятельности и режимных моментов.

Дина (имя изменено), девочка 6 лет, имеет диагноз синдром Ангельмана, расстройство аутистического спектра, выраженную умственную отсталость, системное недоразвитие речи. Девочка посещает группу кратковременного пребывания, где кроме нее находятся 5 детей, воспитатель, тьютор. Также, девочка посещает музыкальные занятия, занятия по адаптивной физкультуре, индивидуальные и групповые занятия с логопедом и психологом,

встречается с детьми из второй группы кратковременного пребывания и детьми из школьного отделения во время общих праздников. Таким образом, во время пребывания в центре девочка контактирует с 11 и более людьми. Дина может пользоваться малоразборчивой лепетной речью, естественными (похлопывание себя по одежде – просьба снять верхнюю одежду, если жарко; вытягивание ноги – просьба помочь обуться) и указательными жестами, а также непосредственным показом. Однако, она предпочитает неприемлемые формы коммуникации – крик, агрессию, истерики. Предположительно, данные формы общения используются ребенком в связи с длительным негативным коммуникативным опытом и сформировавшимся тревожным отношением к коммуникативным ситуациям, отсутствием устойчивых средств общения и сопутствующим непониманием ее желаний коммуникативными партнерами. Ухаживающим за Диной взрослым долгое время не удавалось понять, как общаться с ребенком. Они не понимали ее коммуникативные сигналы или интерпретировали их неправильно (например, Дина пыталась дать понять, что хочет пить, а взрослые предлагали ей игрушки; Дина пыталась выразить отказ, а взрослые интерпретировали его как согласие или игнорировали). Таким образом, крик, агрессия и истерики стали для девочки способом привлечь к себе внимание, подчеркнуть значимость своего мнения (в ситуациях желания выразить отказ) и получить желаемое.

В условиях группы Дина демонстрировала особенно яркие аффективные реакции в ситуациях непонимания ее коммуникативных сигналов партнерами и, в ситуациях, где она заранее хотела бы выразить отказ от предлагаемой ей деятельности. Например, педагог спрашивает Дину, хочет ли она пить, в ответ девочка падает на пол, начинает кричать, бить себя по голове, разбрасывать предметы. Также, подобную реакцию девочка демонстрировала при неудачных попытках выразить свою просьбу; например, Дина подходит к шкафу, показывает на него указательным жестом, привлекает внимание взрослых вокализациями и с помощью неразборчивой лепетной речи. Зачастую, в таких ситуациях она хочет получить какой-то конкретный предмет, который видела ранее и заметила, что его убрали в этот шкаф. Педагог открывает шкаф, предлагает ей на выбор разные предметы, спрашивает «ты хочешь это?». В ответ Дина пытается повторять неразборчивое слово или фразу, сопровождая ее указательным жестом. Не получив желаемый предмет с 2-3 попыток, Дина также начинает демонстрировать нежелательные аффективные формы поведения.

Основной задачей педагогов в данной ситуации стало формирование у Дины положительного отношения к ситуациям общения. Для этого необходимо было длительное время создавать ситуации, в которых ее желания будут поняты и она получит желаемое при использовании приемлемых форм коммуникации.

В начале обучения, у девочки не было устойчивых мотивационных стимулов – она быстро теряла интерес к игрушкам и предметам, редко проявляла интерес к одному и тому же предмету, играла с ними непродолжительное время, затем выбрасывала. Однако, в течение первых двух месяцев наблюдений было выявлено, что для нее мотивационным стимулом является игра «Поехали-поехали по кочкам» на коленках у взрослого при наличии эмоционального

контакта с ним. Так, девочка проявляла яркую заинтересованность к подобной игре с психологом, воспитателем и тьютором. Именно эти специалисты стимулировали дальнейшее взаимодействие с Диной: доставали футбол, отходили с ним от девочки, начинали прыгать на мяче и напевать знакомые песенки. Они поддерживали ее инициативу, когда она проявляла заинтересованность к подобного рода играм (например, подходила к взрослому, протягивала руки, использовала лепетное слово «мячики»), комментировали ее действия («Ты хочешь прыгать с Машей на мяче»). В данных ситуациях было чрезвычайно важно, чтобы взрослые были активно включены в общение, давали яркий эмоциональный отклик, не отвлекались на другую деятельность, делали паузы, давая Дине возможность отреагировать.

Педагоги предлагали ей другие подобные игры: «Баба сеяла горох», «Мишка косолапый», «Идет бычок качается», «Дед макдональд», «Если нравится тебе», «Шалтай-болтай» и др. В результате были отобраны игры, которые особенно нравились девочке. Была сделана карточка (см. рис. 1), обозначающая игру на мяче, которой девочка могла воспользоваться для просьбы поиграть. После того как девочка выражала свою просьбу с помощью карточки, педагог мог задать ей вопрос: «А в какую игру ты хочешь играть?», а затем перечислял все любимые игры, делая после называния каждой паузу, дожидаясь согласия или несогласия Дины. Педагог также мог подключить к коммуникативной ситуации другого взрослого, с которым у девочки сформирован эмоциональный контакт. Два таких взрослых становились рядом с ребенком и протягивали к ней руки, один из них озвучивал вопрос: «С кем хочешь прыгать, с Машей или Лерой?», - давая возможность девочке сделать выбор, взяв одного из педагогов за руку. После того, как Дина делала выбор, взрослый озвучивал ее действие, например, говорил: «Ты хочешь прыгать с Машей, хорошо!».

В ситуациях, когда Дина демонстрировала неприемлемые способы коммуникации (например, падала на пол, кричала, пытаясь выразить отказ от деятельности или предлагаемой игрушки), был применен метод тренинга функциональной коммуникации. Первый педагог давал ей время успокоиться, затем демонстрировал приемлемую форму отказа самостоятельно или с помощью моделирования коммуникации с участием второго взрослого, например, говорил ему: «Маша, ты хочешь юлу?», - «Нет?». Маша отрицательно качала головой, одновременно используя жест «нет» - выставляет вперед ладонь. Первый педагог отвечал: «Нет. Поняла!» и убирал юлу.

Несколько раз педагог помогал Дине выполнить жест «нет» с помощью физической подсказки. Сначала он выполнял жест с помощью руки девочки, используя полную физическую подсказку, держа Дину за локоть и кисть, затем подсказка была ослаблена до частичной – педагог направлял руку девочки, поддерживая ее за локоть, затем подсказка была ослаблена до моделирования - педагог демонстрировал Дине образец жеста. Аналогичные ситуации создавались для этой девочки как можно чаще в естественной среде: «Ты хочешь пить?»; «Ты хочешь играть в конструктор?»; «Ты хочешь в туалет?»; «Ты хочешь надеть свитер?».

Об особенностях организации подобных ситуаций были предупреждены

другие педагоги, которые включались в них в качестве коммуникативных партнеров. Родителям девочки были даны рекомендации по поддержке нового навыка дома. Каждый раз после демонстрации девочкой приемлемой формы отказа, коммуникативный партнер моментально прекращал нежелаемое действие/убирал нежелаемый предмет. В результате многократного повторения аналогичных ситуаций, требующих от Дины выражения отказа в приемлемой форме, она намного реже стала использовать неприемлемые формы коммуникации для достижения своих целей.

Мотивация ребенка к понравившемуся ему занятию использовалась для создания договоренности между Диной и педагогами. Был сделан чек-лист с обозначением расписания учебных и игровых ситуаций, на который надо было наклеивать жетоны под выполненными пунктами (см. рис.1). Педагог предлагал девочке выбрать, что она хочет делать, затем обозначал свои условия. Например, он спрашивал: «Чем ты хочешь заняться?». Дина наклеивала карточку «прыгать на фитболе» и озвучивала свой выбор лепетной речью. Педагог говорит: «Ты хочешь прыгать на фитболе! Хорошо!» и следом проговаривает свои условия: «Ты сделаешь три дела: соберешь разбросанные игрушки, сделаешь 2 задания за столом, и я с тобой попрыгаю на фитболе».



Рисунок 1.

Нина (имя изменено), девочка 9 лет, имеет расстройство аутистического спектра, выраженную умственную отсталость, нарушение зрения, системное недоразвитие речи. Обучается в классе для детей со сложной структурой дефекта. Помимо нее, в классе еще 3 ученика, учитель и тьютор. Во время завтрака, обеда и общешкольных праздников девочка встречается с другими учениками школы. Она также посещает в школе уроки музыки, ИЗО и адаптивной физкультуры, занятия с логопедом и психологом. Таким образом, в условиях школы девочка ежедневно контактирует с 10-ю и более людьми.

У Нины есть определенные интересы: девочка имеет около 10 любимых звучащих книг; игрушечный музыкальный телефон; она любит прыгать на ба-

туте; качаться на качелях; прыгать на фитболе; ей очень нравится массаж тела жесткой щеткой или колючим мячиком.

Девочка использует коммуникативную систему обмена карточками, пользуется индивидуальным коммуникативным альбомом, в который включены карточки с изображением и письменным кратким обозначением мотивационных стимулов и потребностей (туалет, пить, есть), фотографии возможных коммуникативных партнеров (см. рис.2). В дополнение к коммуникативной книге у девочки есть коммуникативная лента, на которой девочка собирает из карточек фразы типа «я хочу... (предмет/деятельность)» и «это...(свойство предмета, предмет)» (см. рис.3). Также Нина может выразить согласие и несогласие, сделать выбор из двух предлагаемых предметов, попросить помощь, если действие, вызывает у нее затруднение.

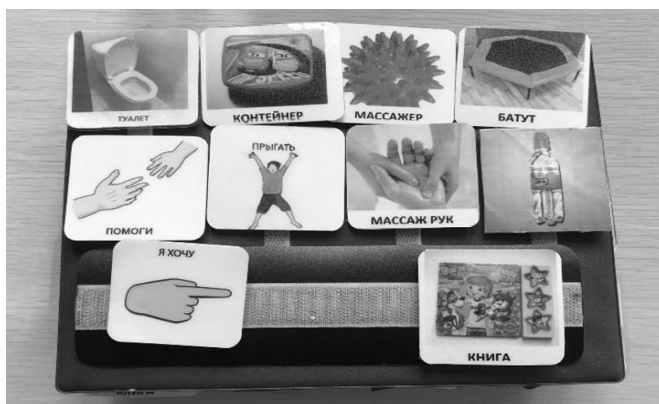


Рисунок 2

Нина использует коммуникативную книгу главным образом в условиях индивидуального занятия. Перед определенным занятием с педагогом она может предварительно выбрать карточку, обозначающую награду в виде любимой игры, которую может получить в конце занятия (педагог включает девочке различные звуки, а она определяет возможный источник звука, выбирая соответствующую карточку, например, «корова» на звук «му» (см. рис. 4)). Или в конце занятия на комментирование (педагог показывает Нине разноцветные кубики и шарики), а она собирает на коммуникативной ленте соответствующую фразу из трех карточек - «Это красный кубик» (см. рис.3).

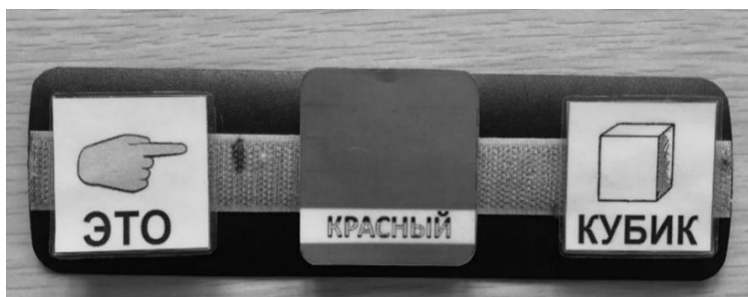


Рисунок 3.



Рисунок 4.

В начале обучения в школе Нина использовала для выражения просьбы только непосредственный показ – брала человека за руку, подводила к интересующему предмету и направляла руку взрослого к нему. Для того, чтобы научить девочку использовать коммуникативную книгу для общения в естественной среде, были организованы следующие ситуации, стимулирующие общение.

Музыкальные книги, которые она любит, были сложены в прозрачный пластиковый ящик и поставлены на шкаф – так, чтобы они находились в поле зрения девочки, но не были ей доступны. Когда девочка подходила к взрослому и пыталась использовать непосредственный показ (тянула за руку), взрослый давал подсказку указательным жестом (показывал на коммуникативную книгу), затем, на нужную для просьбы карточку. После этого он помогал Нине собрать на коммуникативной ленте фразу из двух карточек «Я хочу книгу», протянуть ее взрослому и показать последовательно на карточку «я хочу» и «книгу». В это время педагог одновременно с движением ее указательного жеста, озвучивал просьбу девочки («Я хочу книгу»), затем давал яркую эмоциональную реакцию («Ух ты! Молодец!») и пояснял: «Ты хочешь, чтобы я достал тебе книгу. Конечно, я достану тебе книгу!». Взрослый доставал ящик и давал девочке выбрать книгу. Далее ситуация общения развивалась, и педагог после озвучивания просьбы ребенка мог задать вопрос: «Так ты хочешь, чтобы я достал тебе книгу?», сделать паузу для того, чтобы дожидаться ответа (согласия или несогласия девочки с помощью кивка), и предлагал ей выбор, предлагая карточки с фотографиями книг, находящихся в ящике.

Аналогичные ситуации создавались с другими значимыми для Нины предметами и видами деятельности, в них включались новые коммуникативные партнеры. Например, если девочка просила качаться на качелях, коммуникативный партнер мог спросить у нее: «А с кем ты хочешь качаться?» и предложить ей выбор. Так как вербальная инструкция являлась для Нины недостаточно понятной, педагоги сопровождали ее визуальной поддержкой – каждый

из взрослых, между которыми она выбирала, протягивал ей руку и задавал вопрос: «С кем ты хочешь качаться?», а при необходимости добавлял инструкцию: «Покажи». В такой ситуации Нина указывала на выбранного человека жестом или брала его за руку, а ее действия комментировались словесно: «Ты хочешь качаться с Машей!». Также, девочке предлагали выбрать одного из педагогов на фотографиях в коммуникативной книге.

В организации ситуаций общения для Нины также была очень важна эмоциональная включенность и сосредоточенность взрослого на коммуникативной ситуации, поддержание зрительного контакта, отсутствие лишних действий. В результате многократного повторения аналогичных ситуаций, она начала часто самостоятельно использовать коммуникативную книгу для выражения своей просьбы, ей стал доступен естественный диалог в подобных ситуациях: педагог видел, что Нина идет к книге и говорил: «Нина, что ты хочешь?». Девочка в ответ собирала на коммуникативной ленте фразу: «Я хочу качаться», подходила к педагогу, протягивала ему ленту и указательным жестом последовательно показывала на карточки «я хочу» и «качели». Педагог озвучивал ее просьбу, затем проговаривал: «Ты хочешь покачаться на качелях!» и добавлял вопрос: «С кем?». Нина в ответ, наклеивала на коммуникативную ленту фотографию педагога, который находился в соседней комнате. Педагог говорил: «Ты хочешь качаться с Машей, но ее здесь нет. Пойдем позовем Машу?», - делал паузу, давая девочке возможность выразить согласие или несогласие. После того как девочка соглашалась, отводил ее в соседнюю комнату и звал второго педагога: «Маша, Нина очень хочет, чтобы ты покачала на качелях!». Второй педагог обращался к девочке: «Расскажи мне, что ты хочешь?». Нина подходила и обращалась с просьбой. Взрослый отвечал: «Я поняла, ты хочешь, чтобы я тебя покачала на качелях. Хорошо, Нина, пойдем!».

Стеша (имя изменено), девочка 9 лет, имеет расстройство аутистического спектра, выраженную умственную отсталость, системное недоразвитие речи, эпилепсию. Обучается в классе для детей со сложной структурой дефекта вместе с Ниной и посещает те же занятия в школе. Во время завтрака, обеда и общешкольных праздников девочка встречается с другими учениками школы. Ежедневно контактирует с 10-ю и более людьми в школе. Долгое время у Стеши не было выраженного и устойчивого интереса к игрушкам, предметам, деятельности. Она была пассивна, большую часть времени проводила в аутостимулирующих действиях (ходила кругами по помещению, двигала пальцами перед глазами или перебирала разные предметы с привлекательными сенсорными свойствами). Не проявляла заинтересованности во взаимодействии с родственниками и другими детьми и взрослыми. Если понравившейся ей предмет оказывался недоступным, она теряла к нему интерес. Девочка не пользовалась ни устной речью, ни средствами альтернативной и дополнительной коммуникации.

В работе со Стешей первоочередной задачей стал поиск мотивационных стимулов. Педагоги стали предлагать ей разные виды деятельности, игрушки, предметы и наблюдали за ее реакцией. В течение второго года обучения у девочки появилось несколько устойчивых интересов: игра «Ладушки», рисование

карандашами, щекотка. Было решено обучать девочку общению с помощью системы обмена карточками. Так, задачей обучающих ситуаций стало формирование простой просьбы мотивационного предмета. По степени заинтересованности девочки, был выбран стимул «карандаши».

Для формирования навыка простой просьбы была организована следующая обучающая ситуация: карандаши, которыми рисовала Стеша, были помещены в прозрачную коробку (чтобы она видела, что за предмет в ней находится), но которую она не могла открыть сама. Коробка с карандашами была поставлена на то же самое место, где до этого всегда лежали карандаши, которыми девочка рисовала. Рядом с ней положили карточку с изображением карандашей и подписью «карандаши» (см. рис.5).

Когда Стеша захотела рисовать и взять карандаши, она обнаружила изменения, взяла в руки коробку и попробовала ее открыть. В этот момент педагог подошел к ней, одной рукой указал на лежащую возле коробки карточку, другой рукой изобразил жест «дай». Стеша взяла карточку и протянула педагогу, педагог озвучил ее действия: «Ты хочешь карандаши! Конечно, я сейчас тебе их дам», - и открыл коробку. После того как девочка закончила рисовать, педагог попросил ее убрать карандаши в коробку и закрыть ее. В следующие разы, когда девочка проявляла интерес к карандашам, ситуация повторялась, но педагог постепенно ослаблял подсказки по мере того, как девочка осваивала навык – давал подсказку с задержкой, частичную подсказку (только указательный жест или только жест «дай»). Так было организовано обучение девочки простой просьбе мотивационного предмета.

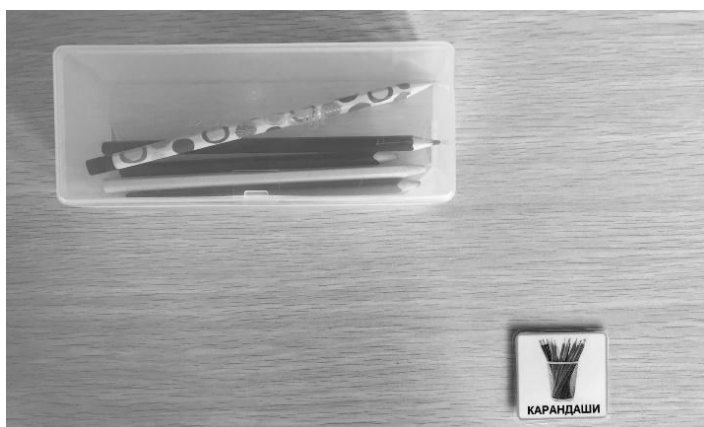


Рисунок 5.

Итак, развитие общения детей с ТМНР, не владеющих устной речью, может осуществляться в специально организованных обучающих ситуациях, стимулирующих общение, которые требуют от специалиста:

–применения метода активного наблюдения за поведением ребенка в разных ситуациях, особенностей его глазного контакта, позы тела, активных движений, мимики, избирательного отношения к взрослым и детям в ситуациях спонтанной деятельности и общения, любых самостоятельных инициатив ре-

бенка, его отношения к телесным контактам с другими людьми;

–учета избирательного отношения ребенка к взрослым и желание общаться с определенными педагогами;

–вербальной эмоциональной поддержки и комментирования чувств и действий ребенка, которые могут выражаться в уточнении и отражении чувств ребенка (например, проявление сочувствия, признание значимости его желаний, уважение мнения ребенка, например, «похоже, это тебя расстроило»), пояснения его желаний (ты хочешь открыть дверь, правильно?»), планирования действий (итак, сначала ты соберешь за собой игрушки, а потом мы пойдем на музыку).

Таким образом, создание ситуаций, стимулирующих общение детей с ТМНР в условиях образовательного учреждения, является эффективным способом обучения и закрепления у детей навыков общения и моделирования коммуникативной среды при отсутствии у них естественной экспрессивной устной речи.

ЛИТЕРАТУРА

1.Течнер С., Мартинсен Х. Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра. М.: Теревинф, 2014. 432 с.

REFERENCES

1.Techner S._ Martinsen H. Vvedenie v alternativnuyu i dopolnitelnuyu kommunikaciyu_ jesti i graficheskie simvoli dlya lyudei s dvigatel'nimi i intellektual'nimi narusheniyami_ a takje s rasstroistvami autisticheskogo spektra. M.: Terevinf. 2014. 432 s.

М.А. Vetrova

EXPERIENCE IN CREATING LEARNING SITUATIONS THAT STIMULATE THE DEVELOPMENT OF COMMUNICATION IN CHILDREN IN SEVERE MULTIPLE DISABILITIES

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. This article presents the experience of creating learning situations that stimulate the development of communication with the use of alternative and additional communication tools in children with severe multiple developmental disorders in the Federal Resource Center for the Organization of Comprehensive Support for Children with ASD.

Keywords: severe multiple developmental disorders, alternative and additional communication, communication development, development of communication skills, autism spectrum disorder.

**СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ
И ФОРМИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОЗИЦИИ
У ЗАМЕЩАЮЩИХ МАТЕРЕЙ, ПРОШЕДШИХ КУРС
ПОДГОТОВКИ «ШКОЛА ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ»**

**Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).**

Резюме. В статье представлены результаты исследования, в которых анализировались особенности психологической готовности к материнству кандидатов в замещающие родители, проходящих обязательный курс подготовки – Школа приемных родителей, (ШПР) и связь с формированием у них родительской позиции в отношении уже принятого на воспитание приемного ребенка. Всего в исследовании приняли участие 61 женщина, проходящая ШПР. В работе проведен корреляционный анализ и выявлены связи компонентов психологической готовности к материнству с компонентами сформированности родительской позиции.

Ключевые слова: замещающие родители, приемные родители, психологическая готовность к материнству, родительская позиция.

Введение. Проблема социального сиротства в нашей стране остается одной из острых и актуальных. На 1 мая 2020 года в Федеральном банке данных количество детей, оставшихся без попечения родителей, составляет 44 421 человек [8]. За последнее десятилетие государством были предприняты меры, направленные: на организацию органов системы профилактики, которые выявляют семейное неблагополучие на ранних стадиях; создание системы обязательной подготовки, кандидатов в замещающие родители; разработка и внедрение финансовой и имущественной поддержки приемных семей; организацию системы сопровождения семей с принятым ребенком.

Подготовка замещающих родителей остается недостаточной для осуществления выбора и принятия в семью приемного ребенка. Например, в 2019 году количество лиц, прошедших подготовку и не сумевших подобрать ребенка, составило 12 318 человек. Объективными выявленными причинами этого является желание: принять на воспитание или здорового ребенка, имеющего I и II группу здоровья; или младенца - ребенка в возрасте до года; или ребенка от года до 7 лет; или ребенка-сироту, у которого умерли оба родителя или единственный родитель [9].

Число отмененных решений о передаче ребенка на воспитание в семью растет на протяжении ряда лет. В 2017 году оно составило - 4788 решений, в 2018 году – 5268 решений, в 2019 году – 5304 решения. Причинами отмены решений является: ненадлежащее выполнение обязанностей замещающих родителей по воспитанию детей, жестокое обращение и инициатива самих замещающих родителей [9]. Перечисленные выше статистические данные напрямую указывают на неготовность замещающих родителей к принятию приемного ребенка.

Подготовка кандидатов в замещающие родители - необходимое и обяза-

тельное условие процесса принятия ребенка в семью. Подготовка осуществляется как государственными, так и некоммерческими организациями в соответствии с Приказом ДТЭСН № 567 от 23 мая 2016 года [10].

Программа ШПР предусматривает не менее 56 академических часов обучения. Установленная законодательством программа Школы, включает минимальные требования, и может быть наполнена по содержанию учреждением, в котором она проводится. С конца 2016 года обязательным также становится итоговая аттестация, в результате которой оценивается готовность кандидата к принятию ребенка в семью. Целью программы подготовки кандидатов является «оказание психолого-педагогической и правовой помощи лицам, желающим принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без печения родителей» [10]. Основными задачами программы является: выявление и формирование воспитательных компетенций, родительских навыков и ресурсов семьи для содержания и воспитания ребенка; помощь в определении своей готовности к приему на воспитание ребенка, оставшегося без попечения родителей; осознание реальных проблем и трудностей, с которыми предстоит встретиться в процессе воспитания приемного ребенка.

В условиях российской действительности обязанности по заботе и уходу за детьми чаще лежит на женщине. Мать занимает особое место в процессе формирования здоровой личности ребенка, удовлетворяя его потребности. После принятия ребенка в семью приемная мать нередко встречается со сложностями, возникающими в процессе заботы и эмоционального принятия приемного ребенка. В действительности это сопряжено не только с процессами адаптации, но и со сформированностью качественной материнской позиции в отношении приемного ребенка, которую можно определить как «интеграционную характеристику, отражающую совокупность эмоционального отношения родителя (в частности, матери) к ребенку, восприятие ребенка приемной матерью и способов поведения с ребенком». Г.В.Бурменская в соавторстве с коллегами говорит о том, что «материнскую позицию определяют такие параметры, как: образ себя как родителя, модели ролевого родительского поведения, степень удовлетворения собой как родителем» [3].

Важным фокусом перед принятием ребенка в семью остается вопрос о психологической готовности к материнству. С.Ю. Мещерякова рассматривает феномен психологической готовности к материнству «как специфическое личностное образование», основой которого является субъектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку, в случае замещающего родительства, к еще непринятому ребенку. Только при отношении взрослого к ребенку как к субъекту происходит общение, направленное на личность ребенка. Это общение будет способствовать благоприятному развитию ребенка [5]. Е.И. Захарова обращает внимание на то, что многочисленность теоретических подходов объединяется «в осмыслении феномена психологической готовности к родительству как комплексного образования, которое обеспечивает выживание и успешное развитие ребенка» [4].

Г.Г. Филиппова рассматривает готовность к материнству как ведущий фактор адаптации к беременности и материнству. Автор выделяет следующие компоненты: личностная готовность матери, адекватная модель родительства, мо-

тивационная готовность, материнская компетентность, сформированность материнской сферы [6].

В данной работе впервые поднимается вопрос исследования психологической готовности к материнству у кандидатов в замещающие родители. Впервые предпринимается лонгитюдное исследование связи между готовностью к материнству и принятием родительской позиции у приемных матерей.

Методы и методики. Анкета по онтогенезу материнской сферы Г.Г. Филипповой. Данная опросная методика выявляет отношение респондента с матерью, ценность ребенка и ценность материнства, а также содержание каждого из онтогенетических этапов развития материнской сферы. В.В. Ивакина выделила 3 стадии онтогенеза материнской сферы: латентное материнство, беременность, актуальное материнство [5]. Вопросы, на которые отвечали респонденты, раскрывают такие этапы развития материнской сферы, относящиеся к латентной стадии онтогенеза, которые выявляют особенности коммуникативного опыта респондента в раннем детстве: 1) взаимодействия и отношения с собственной матерью в детстве; 2). игровая деятельность; 3). собственный опыт взаимодействия с младенцем, эмоциональные переживания в процессе контакта. Основываясь на концепции М.И. Лисиной и исследованиях С.Ю. Мещеряковой, при анализе особенностей коммуникативного опыта в раннем детстве полученные данные оценивались по шкалам: позитивный, негативный, амбивалентный опыт [1].

Проективная рисуночная методика «Я и мой ребенок». Методика направлена на исследование эмоционального отношения к материнству, ценности материнства и ценности ребенка. Рисунок оценивался по критериям, предложенным Е.И. Захаровой с учетом значимости критерия «субъективизации ребенка».

- эмоциональное принятие приемного ребенка (принятие, непринятие, амбивалентность)

- адекватность когнитивного образа приемного ребенка (в соответствии с желаемым, транслируемым возрастом и полом ребенка в анкете полуструктурированного интервью) - (субъективизация ребенка, объективизация)

- отношение к себе в роли матери (принятие, непринятие, амбивалентность).

Модификация методики самооценки Дембо-Рубинштейн. Респондентам предлагается оценить уровень развития качеств у себя (готовность к родительству, ум, внешность, здоровье, чувствительность, наличие психологической травмы), а затем важность для респондента наличия этих качеств у приемного ребенка (ум, внешность, возраст, здоровье, чувствительность, наличие психологической травмы). Методика направлена на исследование самооценки респондентов к готовности к родительству и их ожиданий от приемного ребенка. Оценивание проводилось дважды за время обучения в ШПР - в начале курса и в конце курса. Предполагалось, что динамика изменений будет говорить о формировании субъективной оценки респондентом своей готовности к родительству, а также об изменении уровня притязаний в отношении приемного ребенка и готовности к его субъективизации.

Семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер). Методика позволяет выявить положение респондента в семейной системе межличностных отношений и оп-

ределить характер коммуникаций. В исследовании методика используется как прогностичная и нацелена на выявление представлений о коммуникации и распределении ролей и взаимосвязей в семейной системе с будущим приемным ребенком. Результаты исследования распределялись по шкалам: позитивная, негативная и амбивалентная коммуникация.

Опросник Е.И. Захаровой «Степень принятия родительской позиции». Методика представляет собой перечень утверждений, справедливость которых респондент оценивает по 5-балльной шкале: абсолютно верно; скорее всего, это так; в некоторых случаях это верно; трудно с этим согласиться; абсолютно не так. Анализ проводится по следующим параметрам: отношение к заботе о ребенке, удовлетворению его потребностей, отношение к ответственности родителя, отношение к зависимости положения родителя; отношение к руководству ребенком, отношение к необходимости поддерживать ребенка, эмоциональное отношение к ребенку;

Несмотря на множество теоретических подходов в понимании феномена психологической готовности к материнству, мы видим, что в основном они направлены на обеспечение матерью условий для развития ребенка. Разделяя позицию С.Ю. Мещеряковой о структуре психологической готовности к материнству, мы выделили следующие критерии феномена [5]:

1) особенности коммуникативного опыта женщины в ее детстве:

- опыт взаимодействия с собственной матерью
- опыт, приобретаемый будущей матерью в игровых ситуациях с манипулированием куклами в игре «дочки-матери».
- опыт первичного общения с младенцем;

2) отношение матери к еще не принятому в семью ребенку в процессе прохождения ШПР:

- желанность ребенка;
- субъективизация ребенка - построение образа ребенка.

3) установки женщины на стратегию воспитания ребенка:

- субъективное отношение, - ориентация на потребности ребенка/объективное отношение – ориентация на свои потребности.

Этапы исследования. 2014–2016 гг.- проведено 10 ШПР (далее ШПР) на базах: МСППН (Московская служба психологической помощи населению) и 12 Детский дом г. Москвы. 2017–2019 гг. - проведен анализ сформированности родительской позиции у женщин, взявших на воспитание приемного ребенка.

Выборка исследования. Выборку исследования представляет 61 респондент. Возраст женщин, вошедших в выборку, от 25 до 53 лет. Средний возраст респондентов 38,9 года. В браке состоят 75,4% опрошенных, не замужем 31,4% женщин. Отсутствие кровных детей - у 68,8% женщин, один ребенок в семье - у 19,7%, двое детей – у 6,6%, более 3-х детей - у 4,9% опрошенных женщин.

Анализ результатов исследования.

Особенности коммуникативного опыта женщины в ее раннем детстве.

Анализ данных Анкеты по онтогенезу материнской сферы выявил, что 4,9% респондентов имеют позитивный коммуникативный опыт в раннем детстве, 55,7% -амбивалентный опыт, 39,3 % негативный.

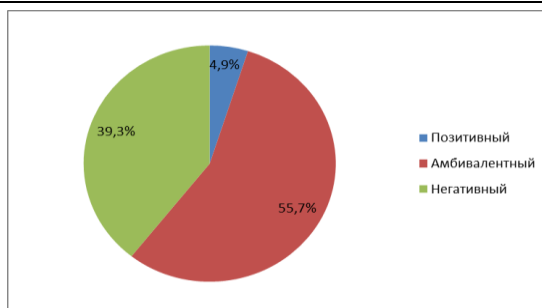


Рисунок 1. Особенности коммуникативного опыта женщины в ее детстве.

Структурные компоненты коммуникативного опыта раннего детства, влияющие на готовность к материнству, складываются из опыта отношений с собственной матерью, наличие игровой деятельности с куклами и первичного отношения к младенцу. Данные, полученные в результате анализа анкет, показывают: 4,9% респондентов имеют позитивный опыт отношений в раннем детстве с собственной матерью, 50,8% - амбивалентный опыт, 44,3% - негативный.

Наличие игрового опыта с куклами в ролевой игре «дочки-матери» наблюдается у 31,0% респондентов (респондент указывает на любовь к игре в «дочки-матери», описывает куклу, эмоционально включен в ответ). Отсутствует опыт у 30% (женщина отвергает вопрос, не помнит содержание игр, воспоминания направлены на развивающие игры, на такие, как конструктор, мозаики и т. д.); Амбивалентный опыт у 39% (женщина вспоминает опыт игры, оттенок воспоминаний негативный, подчеркивает неважность игры в куклы).

Позитивный опыт отношения к младенцу сложился во время первого контакта у 8,2% респондентов (женщины вспоминают такие чувства, как нежность, теплота, восхищение, интерес), у 73,8% - амбивалентный (интерес и ужас, любопытство и страх навредить ребенку), у 18% - негативный (отвращение, смещение, раздражение).

Отношение матери к еще не принятому в семью ребенку в процессе прохождения ШПР:

При помощи модификации методики самооценки Дембо-Рубинштейн мы исследовали динамику как по каждому респонденту, так и по выборке в целом.

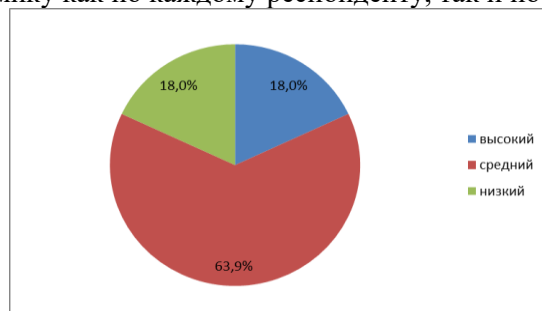


Рисунок 2. Общий уровень притязаний в отношении к приемному ребенку после прохождения программы ШПР.

После прохождения ШПР наблюдается следующая картина по уровням притязаний в отношении приемного ребенка: 18% респондентов имеют высокий уровень, превышая свои ожидания в отношении приемного ребенка, указывая категоричность требований в отношении внешности, пола, здоровья и т. д. 63,9% респондентов имеют средний уровень притязаний, 18% имеют низкий уровень.

При анализе рисуночной пробы «Я и мой ребенок» в целом по выборке преобладает негативное эмоциональное отношение к приемному ребенку. Более 49% респондентов изобразили помимо приемного ребенка другие фигуры и предметы, которые размещены между матерью и ребенком. Также эмоциональное непринятие выражалось на рисунке большой дистанцией между респондентом и приемным ребенком. У 6,6% респондентов приемный ребенок отсутствовал вовсе. Амбивалентность эмоционального отношения часто выражается на рисунке в частичном скрывании фигуры ребенка, плохой прорисовке или отсутствии лица ребенка. Около 20% респондентов изображая приемного ребенка, детализировали изображение в соответствии с заявляемым возрастом и полом, использовали цвет для прорисовки, располагали фигуры матери и приемного ребенка близко друг к другу. При декларируемом в опроснике желаемом возрасте и гендере приемного ребенка только у 32,8% респондентов наблюдается соответствие в рисунке. 67,2% респондентов изобразили ребенка другого пола и другого возраста. Это указывает на неготовность к субъективизации ребенка. Ребенок изображен как объект, без детализации, без цвета, нечетко прорисован.

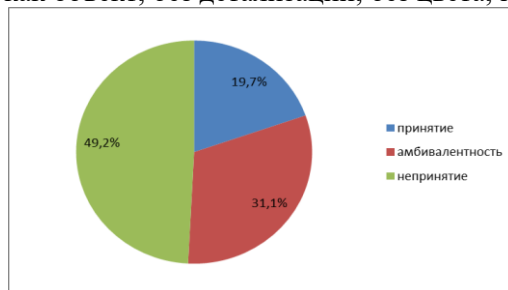


Рисунок 3. Особенности эмоционального отношения к еще не принятому приемному ребенку.

Отношение женщины к стратегии воспитания приемного ребенка в процессе прохождения ШПР:

Прогностичность межличностных отношений и характер коммуникаций с приемным ребенком анализировался при помощи методики «Семейная социограмма».

Позитивная коммуникация наблюдается у 29,5% респондентов. На схеме респонденты учитывали приемного ребенка и других членов семьи, социограмма центрировалась по самому респонденту, дистанция между членами семьи и приемным ребенком была равноудаленной или меньшей, чем с другим членами семьи. Амбивалентность в коммуникациях была выявлена у 59% респондентов. При негативной коммуникации в социограмме часто встречается наложение кругов друг на друга (респондента и супруга) или большая дистанция между членами семьи, отсутствие

на рисунке значимых членов семьи (сверялось с данными полуструктурированного интервью). Результаты данной методики иллюстрируют наличие у матери конкурирующей ценности с ценностью ребенка. К примеру, слияние с мужем будет ориентировать будущую мать на удовлетворение потребностей мужа. В этом случае мы можем говорить об объективном отношении матери к ребенку.

В результате первого этапа исследования мы получили данные по уровню психологической готовности к материнству по всей выборке. Только 10% респондентов имеют высокий уровень психологической готовности к материнству, который включает такие компоненты, как позитивный опыт общения с собственной матерью, наличие в опыте респондента ролевой игры с куклами, позитивный опыт переживания первичного общения с младенцем, субъект-ориентированное отношение к приемному ребенку. У 33% - средний показатель готовности, и у 56,7% - низкий.

Сформированность материнской позиции. За период 2017–2019 гг. был проведен анализ сформированности родительской позиции у женщин, взявших на воспитание приемного ребенка.

Из общего числа женщин (61 респондент), участвовавших в первом этапе, 29,5% респондентов (19 человек) взяли на воспитание в свою семью приемного ребенка.

Для исследования родительской позиции использовался опросник «Степень принятия родительской позиции» Е.И. Захаровой. Помимо результатов, полученных по каждому из показателей опросника, мы провели общий анализ сформированности родительской позиции у участников второго этапа.

38,9% женщин, принявших на воспитание в свою семью приемного ребенка, имеют высокую степень принятия родительской позиции, 33,3% - средние показатели степени принятия родительской позиции, и 27,8% имеют низкие показатели.

Анализ данных предыдущего этапа показал, что высокий уровень психологической готовности к материнству имели на момент завершения обучения в ШПР 50,0% женщин, принявших на воспитание ребенка, оставшегося без попечения взрослых, 44,4% имели средний уровень, 5,6% - низкий.

Для исследования связи между психологической готовностью к материнству и степенью принятия родительской позиции применялся корреляционный анализ, который производился с использованием SPSSforWindows, standartversion 14.0. Для оценки связи психологической готовности к материнству и степени принятия родительской позиции использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Корреляционный анализ показал, что: между интегральными показателями психологической готовности к материнству и степенью принятия родительской позиции наблюдается прямая связь: $R=0.527$ ($p<0.05$).

При рассмотрении связи компонентов психологической готовности к материнству и компонентов сформированности родительской позиции были выявлены следующие связи: показатели особенностей коммуникативного опыта матерей в детстве имеют тесную связь: с отношением респондента к ответственности $R=0.57$ ($p<0.05$), с отношением к зависимости положения родителя $R=0.778$ ($p<0.05$), с отношением к необходимости поддерживать приемного ре-

бенка $R=0.522$ ($p<0.05$). А также имеют тенденцию к связи с показателем «отношение к руководству приемным ребенком» $R=0.494$ ($p<0.05$).

Выводы. Целью исследования являлось выявление особенностей феномена психологической готовности к материнству кандидаток в замещающие родители, которые имеют связь с формированием у них родительской позиции в отношении уже принятого на воспитание приемного ребенка.

На первом этапе исследования были получены данные об уровне психологической готовности к материнству по завершению ШПР. Только 10% респондентов имели высокий уровень психологической готовности к материнству, исходя из таких компонентов как: позитивный опыт общения с собственной матерью, наличие в опыте респондента ролевой игры с куклами, позитивный опыт переживания первичного общения с младенцем, субъективным отношением респондента к приемному ребенку, субъект-ориентированным отношением к приемному ребенку.

На втором этапе исследования определялась степень принятия родительской позиции у женщин, прошедших ШПР и ставших приемными матерями. Высокая степень принятия родительской позиции была выявлена у 38,9% женщин, принявших на воспитание в свою семью приемного ребенка.

Согласно достоверно выявленной связи, можно говорить, о том, что высокий уровень психологической готовности к материнству будет влиять на сформированность родительской позиции по отношению к приемному ребенку после принятия его в семью.

Значимость особенностей коммуникативного опыта матерей в детстве для принятия родительской позиции по отношению к приемному ребенку указывает на необходимость их учета в ШПР. Одной из основных мишеней работы во время подготовки замещающих родителей должно стать переосмысление особенностей коммуникативного опыта в детстве женщины-кандидата в замещающие родители.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. 2006. Том 11. № 2. С. 82–92.

2.Бодалев А.А., Столин В.В., и др. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. М.: Педагогика, 1989. 208 с.

3.Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А., Лебедева Н.Н. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учебное пособие / Издание 2-е, расширенное. М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. 480 с.

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

5.Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18—27.

6.Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Психологический журнал, 1999. № 5. С. 81-88..

7.Психологическая помощь москвичам: десятилетний опыт работы МСППН. Методологические рекомендации для специалистов / Под.ред.

А.И.Ляшенко, В.Е.Иноземцевой, Е.А.Залученовой, М.: 2015.

8.Приказ ДТСЗН № 567 от 23 мая 2016 г, URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 30.06.2020)

9.Статистические данные. Федеральный банк данных URL:<http://www.usynovite.ru> (дата обращения: 01.05.2020 г.)

REFERENCES:

1.Avdeeva N.N. Osobennosti materinskogo otnosheniya i privjazannost' rebenka k materi // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2006. Tom 11. № 2. S. 82–92.

2.Bodalev A.A., Stolin V.V., i dr. Sem'ja v psihologicheskoy konsul'tacii: Opyt i problemy psihologicheskogo konsul'tirovaniya / Pod red. A.A. Bodaleva, V.V. Stolina; Nauch.-issled. in-t obshhej i pedagogicheskoy psihologii Akad. ped. nauk SSSR. M.: Pedagogika, 1989. 208 s.

3.Burmenskaja G.V., Zaharova E.I., Karabanova O.A., Lebedeva N.N. Vozrastno-psihologicheskij podhod v konsul'tirovanii detej i podrostkov: Uchebnoe posobie / Izdanie 2-e, rasshirennoe. M.: Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2007. 480 s.

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

5.Meshherjakova S.Ju. Psihologicheskaja gotovnost' k materinstvu // Voprosy psihologii. 2000. № 5. S. 18—27.

6.Filippova G.G. Materinstvo: sravnitel'no-psihologicheskij podhod // Psihologicheskij zhurnal, 1999. № 5. S. 81-88..

7.Psihologicheskaja pomoshh' moskvicham: desjatiletnij opyt raboty MSPPN. Metodologicheskie rekomendacii dlja specialistov / Pod.red. A.I.Ljashenko, V.E.Inozemcevoj, E.A.Zaluchenovoj, M.: 2015.

8.Prikaz DTSZN № 567 от 23 мая 2016 г, URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 30.06.2020)

9.Statisticheskie dannye. Federal'nyj bank dannyh URL:<http://www.usynovite.ru> (дата обращения: 01.05.2020 г.)

A.U.Kuzmina

THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL READINESS FOR MOTHERHOOD AND THE FORMATION OF A PARENTAL POSITION IN SUBSTITUTE MOTHERS WHO HAVE PASSED THE TRAINING COURSE - "SCHOOL OF FOSTER PARENTS"

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow

Summary. The article presents the results of a study that analyzed the features of psychological readiness for motherhood of candidates for substitute parents who are undergoing a mandatory training course – the school of foster parents, and the relationship with the formation of their parental position in relation to an already adopted foster child. In total, the study involved 61 women who pass the school of foster parents. In this paper, a correlation analysis is carried out and the relationship between the components of psychological readiness for motherhood and the components of parental position formation is revealed.

Keywords: substitute parents, foster parents, psychological readiness for motherhood, parental position.

А.М. Лановая¹, Е.В. Фадеева^{1,2}**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ СВЯЗИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ
И МОЛОДЕЖИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

¹ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»,
²ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).

Резюме. В статье приводятся данные по распространённости проблемного использования электронных средств связи среди подростков и молодежи, основанные на международных мониторинговых проектах и отечественных исследованиях. Обсуждаются причины, приводящие к чрезмерному использованию электронных средств связи и социальных сетей, обозначаются основные неблагоприятные последствия, а также резюмируются ключевые гендерные аспекты описываемого типа поведения.

Ключевые слова: проблемное использование электронных средств связи, социальные сети, интернет-зависимость, подростки, молодежь.

Введение. Проблема последствий информационной социализации подростков и молодежи активно обсуждается отечественными учеными уже порядка 20 лет. К социально-психологическим изменениям чаще всего относят деформацию процессов восприятия, динамику коммуникативной сферы и сферы самосознания [2]. Социальные сети в данном контексте играют одну из наиболее значимых ролей. Так, например, описываются параметры поведенческой активности пользователей социальных сетей, которые достоверно связаны с их психологическим благополучием, к ним относятся: число «Друзей» и «Подписчиков», а также «Добавление контента» в виде фотографий [4]. Бочавер А.А. и соавт. предлагают воздержаться от категоричных умозаключений касательно использования электронных технологий: их «сбалансированное» присутствие в жизни подростка скорее имеет положительное значение и благоприятное влияние, однако чрезмерное использование социальных сетей сопряжено с проявлениями депрессивной симптоматики [3]. В исследованиях зарубежных исследователей по рассматриваемой проблеме отмечается, что к мотивации использования смартфонов зачастую относятся скука, привычка, а также способ совладания с негативными эмоциями [12]. Согласно недавнему мета-анализу, посвященному проблемному использованию социальных медиа и вопросам психического благополучия, между описываемыми параметрами была выявлена значимая отрицательная взаимосвязь, также было выявлено, что чрезмерное пользование социальных сетей достоверно связано с депрессивной симптоматикой и чувством одиночества [17]. В одной из работ приводятся результаты опроса, где у самих подростков возникают опасения, связанные с рисками при пользовании Интернетом и социальными медиа: ухудшение настроения, нарастание тревоги и беспокойства, в том числе из-за

кибербуллинга – травли с использованием компьютерных устройств [21]. Один из наиболее распространённых феноменов, связанных с темой чрезмерного использования социальных медиа и Интернета, описывается как синдром упущенной выгоды - страх упустить какую-либо важную информацию (fear of missing out, FoMO). Во многих исследованиях он описывается как предиктор возникновения проблемного поведения, либо как сопутствующее проявление [12, 13]. Проблемное использование социальных медиа также может выступать и как следствие при различных нарушениях сна [20].

Несмотря на широкий научный и практический интерес к описываемой проблеме, существенным препятствием для специалистов в области диагностики, профилактики и лечения зависимого поведения в России является недостаточная систематизация отдельных аддиктивных феноменов и диагностических критериев проблемного использования Интернета и электронных средств коммуникации, а также отсутствие диагностических инструментов на уровне определения клинического диагноза, что создает значительные проблемы при проведении исследований популяционного уровня, в том числе клинико-психологических и генетических [5, 9, 10]. В !!-м издании Международной классификации болезней (МКБ-11) будет введена новая нозология – «игровое расстройство», определяемое как модель зависимого поведения при игре в цифровые игры или видеоигры, что уже является значительным прогрессом в области профилактики и лечения. Решение было принято на основе экспертных совещаний ВОЗ, анализа имеющихся доказательств в научной литературе и серии случаев, а также опыта клинической практики, предоставленного международными экспертами в области психиатрии, клинической психологии, внутренней медицины, семейной практики, эпидемиологии, нейробиологии и общественного здравоохранения [22]. Однако ни интернет-зависимость, ни зависимость от социальных сетей не были включены в последние руководства по классификации болезней, например, в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition - DSM-5) и не будут включены в МКБ-11, что создает дополнительные трудности для профилактики, дифференциальной диагностики и лечения данных расстройств.

Не вызывает сомнений, что проблемное и чрезмерное использование смартфонов и других гаджетов имеет ряд негативных эффектов для психологического благополучия личности. Последние международные отчеты, направленные на изучение распространённости описываемой проблемы особенно среди подростков и молодежи, подчеркивают ее значимость для исследователей и специалистов профилактики.

Основная часть. В отчете Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) отражена проблема чрезмерного использования социальных медиа посредством электронных средств связи. Согласно отчету, около 94% опрошенных (более 93 тысяч студентов), принявших участие в исследовании ESPAD, сообщили об использовании социальных сетей (например, WhatsApp, Twitter, Facebook, Skype, Blogs, Snapchat, Instagram, Kik) за последние 7 дней. В среднем они проводят в социальных сетях 2-3 часа в обычный учебный день и

около 6 или более часов в обычный выходной день. В большинстве стран девочки сообщили об использовании социальных сетей в нешкольные дни чаще, чем мальчики. Авторами был разработан индекс для оценки предполагаемых рисков, связанных с использованием социальных сетей: 1) восприятие учащимся проблем, связанных со временем использования электронных средств связи, 2) негативные изменения эмоционального состояния в ситуации ограниченного доступа к социальным сетям, а также 3) связанные с данной проблемой семейные конфликты. В соответствии с применением данных диагностических критериев почти половина студентов (46%) может быть отнесена к группе с рискованным уровнем использования социальных сетей [15].

Согласно глобальному аналитическому отчету цифрового рынка «Мы социальные» («Digital 2021 Global Overview Report, Russian Federation: We are social»), в России насчитывается около 99 миллионов активных пользователей социальных сетей, что составляет около 70% всего населения страны. Важно отметить, что в сравнении с отчетом 2020 года количество пользователей увеличилось на 4,8 миллиона человек. Большая часть пользователей - молодежь в возрасте 25-34 лет (женщины 14,5%, мужчины 12,6%) и пятую часть составляют дети, подростки и молодые взрослые 12-24 лет (9,5% девушек, 10,0% молодых людей). При этом отмечается, что 89,1% активных пользователей применяют мобильные средства связи для того, чтобы воспользоваться именно мессенджерами и 92,2% - социальными сетями. Примечательно, что каждый российский пользователь заводит в среднем около 7 аккаунтов в различных социальных сетях и(или) мессенджерах. Однако данные платформы используются не только для отдыха и развлечения, но и в деловых целях: по статистике, 32% российских пользователей используют социальные сети для работы [14].

Один из крупнейших международных мониторинговых проектов с участием РФ – «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC) – отмечает следующие проблемы, касающиеся распространенности коммуникации с помощью электронных средств связи или онлайн коммуникации: интенсивное использование электронных средств связи, предпочтение онлайн коммуникации межличностному общению с друзьями и проблемное использование социальных сетей [18, 19]. Один из рассматриваемых в проекте показателей касается частоты общения подростков с друзьями и другими людьми в Интернете с использованием электронных средств коммуникации. Так, 31% российских девочек 11-ти лет, 37% девушек 13-ти лет и 41% девушек 15-ти лет отмечают интенсивное использование электронных средств коммуникации, тогда как средние значения по данному показателю среди всех девушек, принявших участие в проекте, составляют 28%, 40% и 46% соответственно [19].

Стоит отметить, что интенсивное использование средств электронной коммуникации для общения с категорией близких друзей у девочек с возрастом повышается: от 26% от общего числа контактов в 11 лет, до 33% в 13 лет и 34% в 15 лет, средними значениями являются 21%, 34% и 40% соответственно. Тот же показатель касательно общения с другими людьми (родственниками, знакомыми), наоборот, идет на спад к 13 годам и немного повышается к старшему подростковому возрасту: 21% в 11-летнем возрасте, 11% в 13 лет и 13% в 15 лет. Средние

же значения общения с данной категорией по всем девушкам, участвующим в исследовании, составили 19%, 18% и 16% соответственно. Также российским девочкам 11-летнего возраста более свойственно общение с использованием средств электронной коммуникации с друзьями и приятелями (21%), чем их старшим соотечественницам (14% в 13 лет и 15% в 15 лет). Средние значения в данной категории: 12%, 14% и 14% соответственно. Одним из аспектов, специфичным для российских девочек младшего подросткового возраста, стала высокая доля общения с такой категорией, как «Друзья, с которыми произошло знакомство онлайн». Так, у 11-летних девочек эта доля составляет 12% (среднее значение 7%), у 13-летних девочек – 14% (среднее 9%), к 15 годам такой тип общения снижает свою актуальность до 10% (среднее значение то же) [19].

Вторым рассматриваемым показателем являлось предпочтение онлайн-коммуникации «живому» межличностному общению. Так, 13% российских девочек 11-ти лет, 17% девушек 13-ти лет и 22% девушек 15-ти лет отмечают предпочтение онлайн коммуникации, тогда как средние значения по данному показателю среди девушек, принявших участие в проекте, составляют 8%, 14% и 16% соответственно.

Третьим показателем, который подвергался анализу исследователей проекта «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), являлось проблемное использование социальных сетей, влекущее за собой негативное влияние на различные аспекты жизни подростков. Так, 6% российских девочек 11-ти лет, 7% девушек 13-ти лет и 8% девушек 15-ти лет имеют негативные последствия использования социальных сетей, тогда как средние значения по данному показателю среди девушек, принявших участие в проекте, составляют 5%, 9% и 10% соответственно [19].

Таким образом, можно отметить следующие специфичные для российских девушек проблемные аспекты использования электронных средств коммуникации: для 11-ти летних девочек характерны интенсивное использование электронных средств коммуникации и проблемное использование социальных сетей, влекущее за собой негативное влияние на различные аспекты их жизни, а для девочек 11-ти, 13-ти и 15-ти лет характерно предпочтение онлайн-коммуникации «живому» межличностному общению.

В сравнении с результатами женской части аудитории, принявшей участие в исследовании «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), интенсивное использование электронных средств коммуникации для общения в Интернете среди мальчиков имело несколько иные показатели. Согласно полученным данным, 26% российских мальчиков в возрасте 11 лет, 32% мальчиков 13-ти лет и 34% молодых людей 15-ти лет отмечают в своем поведении чрезмерное использование электронных девайсов и гаджетов для общения с друзьями и другими людьми в пространстве Интернет. Таким образом, показатели российских мальчиков являются близкими к средним значениям их ровесников из других стран, принявших участие в исследовании (27%, 31% и 36% соответственно) [2].

Касательно категорий лиц, с кем чаще всего российские мальчики и молодые люди общаются, интенсивно используя электронные средства коммуникации, можно отметить следующие особенности: достаточно высокие результаты

по общению с друзьями, с которыми 11-летние мальчики познакомились онлайн: 15% (среднее значение 11%), для 13-летних и 15-летних мальчиков-подростков доля составила 12% (средние значения 11%). Российским мальчикам и подросткам менее свойственно, чем их сверстникам из других стран, общение посредством использования гаджетов с другими людьми, не являющимися их друзьями или приятелями: 17% для 11-летних, 16% для 13-летних и 13% для 15-летних, в то время как средние значения составляют 20%, 18% и 16% соответственно [19].

Показатель особого предпочтения онлайн-общения живому контакту среди подростков мужского пола в РФ отражается в следующих цифрах: 22% среди 11-летних мальчиков, 24% среди 13-летних и 19% среди 15-летних, в то время как средние значения по данному показателю среди всех подростков-мальчиков составляют 11%, 15% и 17% соответственно. Примечательно, что распространенность данного показателя среди российских мальчиков и молодых людей более высокая в сравнении со средними результатами участников проекта из других стран, причем в младшем возрасте разница является более значимой (в 11%), а к 15 годам близится к среднестатистической [19].

Согласно показателю проблемного использования социальных сетей среди российских мальчиков-подростков в возрасте 11-ти лет были получены результаты в 9%, немного выше, чем средние значения (6%) в данной возрастной категории. Среди 13-летних и среди 15-летних молодых людей, проживающих в России, были получены равные результаты: у 7% в обеих возрастных категориях отмечается поведение, сопровождающееся проблемным использованием социальных сетей, что крайне близко к средним показателям всех сверстников мужского пола того же возраста, принявших участие в проекте (8% и 7% соответственно) [19].

Из полученных результатов можно заключить, что российские мальчики-подростки наиболее придают предпочтение онлайн-коммуникации межличностному взаимодействию в возрасте 11-ти лет, сохраняя данную тенденцию и в 13, и в 15 лет. Также показатели интенсивного и проблемного использования социальных сетей имели более высокую значимость в 11-летнем возрасте мальчиков [19].

Представленные данные международных мониторинговых проектов могут быть дополнены исследованиями отечественных специалистов, занимающихся изучением распространенности использования Интернета, включая использование электронных средств связи среди подростков и молодежи в РФ. По данным российских исследователей, интернет-зависимость выявляется преимущественно среди молодой части населения — у старших подростков и молодых взрослых [5, 7, 9, 10], и ее распространенность оценивается от 4,3% до 22,6% [7]. В исследовании, проведенном при участии 1119 школьников в возрасте от 15 до 18 лет с целью выявления распространенности признаков интернет-зависимого поведения, было выявлено, что минимальный риск интернет-зависимого поведения был выявлен у 31,2% обследованных, умеренный риск интернет-зависимости - у 58,4% обследованных, высокий риск или выраженные признаки интернет-зависимости - у 10,4% обследованных [11]. При этом российские ученые отмечают, что степень выраженности аддиктивного поведения зависит от вида деятельности в Интернете и компьютерные онлайн-игры обладают сравнительно большей аддиктогенностью [1, 5, 6]. Согласно исследованию, проведенному среди 214 подростков в

возрасте от 14 до 17 лет (110 юношей - 51,5%, 104 девушки - 48,5%), было выявлено, что 60 подростков (30 юношей и 30 девушек) не имели признаков интернет-зависимого поведения, 68 участников (40 юношей и 28 девушек) предпочитали компьютерные игры, а 86 подростков (40 юношей и 46 девушек) предпочитали сервисы онлайн-коммуникации [1]. Сходные результаты были получены группой исследователей из Санкт-Петербурга и Москвы, изучавших форму и содержание онлайн-активности, половых различий, коморбидной психической и наркологической патологии у лиц с интернет-зависимостью. Согласно данному исследованию, наиболее частыми формами интернет-активности для женщин были «социальные сети» (91,8%, $p=0,047$). Основываясь на результатах исследования С.В. Гречаного и соавт., при статистически сопоставимых показателях уровня тревоги, депрессии, продромальных психотических симптомов и общего психопатологического профиля в группе преимущественного использования социальных сетей отмечалась большая выраженность компульсивных симптомов интернет-зависимости и симптомов отмены [5].

Заключение. При изучении распространенности проблемного использования электронных средств связи среди подростков и молодежи в РФ было выявлено, что показатель предпочтения коммуникации онлайн «живому» общению среди российских подростков имеет одни из наивысших показателей среди всех участников международного исследования HBSC в возрастной категории 11-ти лет. Отечественные исследователи также подчеркивают, что именно молодая часть населения наиболее подвержена риску возникновения интернет-зависимости.

В отношении гендерных аспектов проблемного использования электронных средств связи среди подростков и молодежи в России на основании изученных источников можно отметить, что наиболее частыми формами интернет-активности для девушек-респондентов были «социальные сети», а российские подростки мужского пола в возрасте 11-ти и 13-ти лет более склонны предпочитать общение в режиме «онлайн» личной коммуникации. Однако, к 15 годам данный показатель меняется, и подобный способ общения с использованием электронных средств коммуникации становится более предпочтительным у девушек.

Многие исследователи отмечают, что проблемное использование социальных сетей зачастую сопровождается компульсивными симптомами и симптомами отмены, а также тревогой и проявлениями депрессивной симптоматики.

Стоит отметить, что социальные медиа в целом, как и электронные средства связи, в качестве способа коммуникации и распространения информации, несомненно, несут большую пользу для общества и для подрастающего поколения. Цифровая грамотность, а также объективный (отчеты о проведенном времени в мобильных приложениях) и субъективный (самостоятельное отслеживание и управление активностью использования гаджетов) контроль при использовании электронными гаджетами могут внести позитивный вклад в благополучие личности: общение с близкими и родными, новые приятели и друзья, самоидентификация и чувство принадлежности к определённой референтной группе, самостоятельное обучение и изучение новых возможностей проведения досуга, снятие стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антониенко А.А. Интернет-зависимость подростков от компьютерных

игр и онлайн-общения: клинико-психологические особенности и профилактика: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04. – Москва, 2014. – 19 с.

2. Белинская Е.П. Информационная социализация подростков: опыт пользования социальными сетями и психологическое благополучие // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2013. – Т. 6. – №. 30. – С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 13.04.2021)

3. Бочавер А.А., Докука С.В., Спивак Е.В., Смирнов И.Б. Использование социальных сетей в интернете и депрессивная симптоматика у подростков // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. – №. 3. С. 1-18.

4. Горелова Г.Г., Иноземцев Д.В. Анализ психологического благополучия на основании параметров поведенческой активности пользователей социальных сетей // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2020. – №. 2 (180). С. 489-494

5. Гречаный С.В., Егоров А.Ю., Солдаткин В.А., Яковлев А.Н., Илюк Р.Д., Шмуклер А.Б. Интернет-аддикция у молодых взрослых: формы онлайн-активности, половые различия, коморбидные психические и наркологические расстройства // Вопросы наркологии. – 2020. – №. 4. – С. 78-102.

6. Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Голубинская О.И., Вышинский К.В. Основные тенденции изучения компьютерной и игровой зависимости, чрезмерного использования интернета в Российской Федерации // Вопросы наркологии. – 2016. – №. 7-8. – С. 17-23.

7. Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л. Особенности социально-психологической адаптации и психопатологических феноменов, сопровождающих интернет-зависимость у подростков // Вопросы наркологии. – 2020. – №. 4. – С. 63-77.

8. Солодников В.В., Зайцева А.С. Использование социальных сетей и социализация российских подростков // Социологическая наука и социальная практика. – 2021. – Т. 9. – №. 1. – С. 23-42.

9. Трусова А.В., Гречаный С.В., Поздняк В.В. и др. Психологические факторы риска интернет-зависимости: данные пилотного исследования здоровых молодых взрослых // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29. – №. 3.

10. Трусова А.В., Гречаный С.В., Солдаткин В.А. и др. Предикторы развития интернет-аддикции: анализ психологических факторов. // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2020. – №. 1. – С. 72-82. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-72-82>

11. Трусова А.В., Канашов А.Е., Ангеловский А.А. и др. Гендерные различия индивидуально-психологических характеристик у подростков с различным уровнем проявлений интернет-зависимого поведения // Вопросы наркологии. – 2020. – №. 4. – С. 45-62.

REFERENCES

1. Antonienko A.A. Internet-zavisimost' podrostkov ot komp'yuternyh igr i onlajn-obshheniya: kliniko-psihologicheskie osobennosti i profilaktika: avtoref. dis. kand. psihol. nauk: 19.00.04. – Moskva, 2014. – 19 s.

2. Belinskaja E.P. Informacionnaja socializacija podrostkov: opyt pol'zovanija social'nymi setjami i psihologicheskoe blagopoluchie // Psihologicheskie issledovanija: jelektronnyj nauchnyj zhurnal. – 2013. – Т. 6. – №. 30. – С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (data obrashhenija 13.04.2021)

3. Bocharov A.A., Dokuka S.V., Spivak E.V., Smirnov I.B. Ispol'zovanie social'nyh setej v internete i depressivnaja simptomatika u podrostkov // Klinicheskaja i special'naja psihologija. – 2019. – T. 8. – №. 3. S. 1-18.
4. Gorelova G.G., Inozemcev D.V. Analiz psihologicheskogo blagopoluchija na osnovanii parametrov povedencheskoj aktivnosti pol'zovatelej social'nyh setej // Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta. – 2020. – №. 2 (180). S. 489-494
5. Grechanyj S.V., Egorov A.Ju., Soldatkin V.A., Jakovlev A.N., Iljuk R.D., Shmukler A.B. Internet-addikcija u molodyh vzroslyh: formy onlajn-aktivnosti, polovye razlichija, komorbidnye psihicheskie i narkologicheskie rasstrojstva // Voprosy narkologii. – 2020. – №. 4. – S. 78-102.
6. Korchagina G.A., Fadeeva E.V., Golubinskaja O.I., Vyshinskij K.V. Osnovnye tendencii izuchenija komp'juternoj i igrovoj zavisimosti, chrezmernogo ispol'zovanija interneta v Rossijskoj Federacii // Voprosy narkologii. – 2016. – №. 7-8. – S. 17-23.
7. Merkur'eva Ju.A., Malygin V.L. Osobennosti social'no-psihologicheskogo adaptacii i psihopatologicheskikh fenomenov, soprovozh-dajushhih internet-zavisimost' u podrostkov // Voprosy narkologii. – 2020. – №. 4. – S. 63-77.
8. Solodnikov V.V., Zajceva A.S. Ispol'zovanie social'nyh setej i socializacija rossijskich podrostkov // Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika. – 2021. – T. 9. – №. 1. – S. 23-42.
9. Trusova A.V., Grechanyj S.V., Pozdnjak V.V. i dr. Psihologicheskie faktory riska internet-zavisimosti: dannye pilotnogo issledovanija zdo-rovyh molodyh vzroslyh // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. – 2019. – T. 29. – №. 3.
10. Trusova A.V., Grechanyj S.V., Soldatkin V.A. i dr. Prediktory razvitiya internet-addicij: analiz psihologicheskikh faktorov. // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. – 2020. – №. 1. – S. 72-82. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-72-82>
11. Trusova A.V., Kanashov A.E., Angelovskij A.A. i dr. Gendernye razlichija individual'no-psihologicheskikh harakteristik u podrostkov s razlichnym urovnem projavlenij internet-zavisimogo povedenija // Voprosy narkologii. – 2020. – №. 4. – S. 45-62.
12. Brown L., Kuss D.J. Fear of missing out, mental wellbeing, and social connectedness: a seven-day social media abstinence trial //International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – T. 17. – №. 12. – P. 4566.
13. Dhir A. et al. Online social media fatigue and psychological wellbeing—A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression //International Journal of Information Management. – 2018. – T. 40. – P. 141-152.
14. Digital 2021 Global Overview Report, Russian Federation [электронный ресурс] // We are social. URL: „<https://www.slideshare.net/DataReportal/digital-2021-russian-federation-january-2021-v01> (дата обращения 13.04.2021)
15. ESPAD group: Sabrina Molinaro, Julian Vicente, Elisa Benedetti, et al. (2020). ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. URL: https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/espad-report-2019_en (дата обращения 13.04.2021)
16. Goodyear V., Armour K., Wood H. The impact of social media on young people's health and wellbeing: Evidence, guidelines and actions. – 2018.

17. Huang C. A meta-analysis of the problematic social media use and mental health // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2020.

18. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jastad A, Cosma A и др. (редакторы). В центре внимания здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 гг. в Европе и Канаде. Международный отчет. Том 1. Основные результаты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333064/9789289055123-rus.pdf> (дата обращения 13.04.2021)

19. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/publications/2020/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data> (дата обращения 13.04.2021)

20. Lin C.Y. et al. Temporal associations between morningness/eveningness, problematic social media use, psychological distress and daytime sleepiness: Mediated roles of sleep quality and insomnia among young adults // *Journal of sleep research*. – 2020. P. 1-10.

21. O'Reilly M. et al. Is social media bad for mental health and wellbeing? Exploring the perspectives of adolescents // *Clinical child psychology and psychiatry*. – 2018. – Т. 23. – №. 4. – P. 601-613.

22. Rumpf HJ, Achab S et al. Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective: Commentary on: A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution (van Rooij et al., 2018) // *Journal of behavioral addictions*. – 2018. – Т. 7. – №. 1. – P. 1-9.

23. Swist T. et al. Social media and the wellbeing of children and young people: A literature review. – 2015.

A.M. Lanovaya¹, E.V. Fadeeva^{1,2}

PREVALENCE OF ELECTRONIC COMMUNICATION DEVICES PROBLEMATIC USE AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN THE RUSSIAN FEDERATION

¹National Research Center on Addictions – branch, National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology n. a. V.Serbsky, ²Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The article provides information concerned the prevalence of problematic use of electronic communications among adolescents and young adults based on international monitoring projects and national studies. The reasons for the excessive use of electronic means of communication and social media were discussed and the main adverse effects were identified. The key gender aspects of the described behavior were summarized.

Keywords: problematic use of electronic communication devices, electronic means of communication, social networks, internet addiction, adolescents, youth, young adults.

**ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР У ПОДРОСТКОВ,
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМОРБИДНОСТИ**

¹ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина», ²Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. В последнее время в медицинском научном сообществе ведутся споры о том, насколько целесообразно диагностировать зависимость от компьютерных игр в качестве психического расстройства. Является ли оно отдельным расстройством или просто «фасадом» другой психической и/или наркологической патологии? В то время как Американская психиатрическая ассоциация (АРА) в свете существующих доказательств включила зависимость от видеоигр как «состояние, требующее дальнейшего изучения», в DSM- V как «расстройство интернет и видеоигр». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила и позже включила термин «игровое расстройство» в 11-й пересмотр Международной статистической классификации болезней и связанных с ними проблем со здоровьем (МКБ-11). В мире ведутся активные дискуссии по поводу целесообразности «медикализации» данной проблемы, рассматривают вопросы её симптоматики и диагностики. Ряд исследователей отмечает высокую коморбидность зависимости от компьютерных игр и интернета с другой психической и наркологической патологией, расстройствами пищевого поведения, химическими и «нехимическими» аддикциями. Вместе с тем, в противовес данным только о вредном использовании компьютерных игр существуют и данные исследований, отмечающие их полезные свойства.

Ключевые слова: зависимость от компьютерных игр, видео игры, болезни зависимостей, онлайн гемблинг, МКБ-11, DSM-V, расстройства пищевого поведения.

Актуальность проблемы. В последнее время получает широкое распространение проблемное поведение при использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий. Оно представляет собой достаточно новую и актуальную тему как для научного сообщества, так и для человечества в целом по причине стремительного развития данного вида технологий и все более широким охватом всех сфер жизни человека компьютерной техникой. Скорость развития данных технологий создает и определенную проблему для людей, которые пытаются классифицировать проблемное поведение, связанное с этими средствами, по той причине, что изменяются как сами средства и программные продукты, так и социальный слой, который ими пользуется.

«Интернет-гейминговая зависимость» и современные принципы диагностики. Подростковый/юношеский возраст представляет собой один из наиболее существенных факторов риска по развитию расстройств поведения, связанных с формированием зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В то же время лишь в последние годы получили широкое распространение формы аддиктивного поведения, не связанные с употреблением ПАВ, более того, лишенные самого химического субстрата зависимости. С появлением и распространением в клинической практике феноменов геймерства, зависимости от персонального компьютера (ПК) и интернета все чаще звучат высказывания о том, что собственно поведенческие составляющие зависимости, выявляемые при исследовании пациентов с ПК-зависимостью и интернет-аддикцией, более соответствуют критериям расстройств привычек и влечений [2]. Наиболее вовлечённой в процесс компьютерных игр являются прежде всего лица подросткового возраста. В 2013 году в американской национальной диагностической классификации DSM-V была введена диагностическая категория под названием «Интернет-гейминговая зависимость», но лишь в качестве категории, требующей дополнительных уточнений, которая в будущем может быть пересмотрена и исключена из классификации [6].

Диагностические критерии геймингового расстройства (по DSM- V):

1. Избыточная увлеченность играми.
2. Симптоматика отмены, когда нет возможности играть.
3. Повышение толерантности, проявляемое в увеличении количества времени, проводимом в играх.
4. Безуспешные попытки контролировать участие в играх.
5. Потеря интереса к предыдущим хобби и развлечениям за исключением компьютерных игр.
6. Продолжающееся чрезмерное использование игры несмотря на понимание того, что это вызывает психосоциальные проблемы.
7. Сознательное введение в заблуждение членов семьи, терапевта и других касательно количества времени, проведенного в игре.
8. Использование компьютерных игр с целью избегания плохого настроения или снятия его.
9. Возникновение опасности потерять или потеря значимых отношений, работы, образования или возможности карьерного роста из-за участия в играх.

В МКБ-11, которая находится в проекте, зависимость от компьютерных игр тоже включена, но с несколько иными, хотя и сходными диагностическими критериями, чем в DSM-V. В проекте МКБ-11 перечисляется значительно меньше критериев. Игровую зависимость предлагается именовать лишь «гейминговым расстройством» (дословный перевод) без указания слова «интернет», т. к. определяется данная зависимость и при оффлайн играх. Игровая зависимость определяется в бета-проекте МКБ-11 как стойкое

или рецидивирующее онлайн- и/или оффлайн-игровое поведение, проявляющееся тремя основными диагностическими критериями:

1. Утрата контроля над временем, проводимым в играх
2. Повышение приоритетности компьютерным играм в ущерб иным жизненным интересам и делам;
3. Продолжение игрового процесса несмотря на негативные последствия, вызванные им.

Более того, зависимость от компьютерных игр следует диагностировать в соответствии с критериями МКБ -11 только тогда, когда модель поведения имеет достаточную степень тяжести, чтобы привести к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или в других важных областях функционирования. [14].

«Интернет-гейминговая зависимость»: непатологические и патологические формы. Определение аддиктивной зависимости от ПК, компьютерных игр и интернета требуется в связи с тем, что:

1) персональный компьютер стал в настоящее время электронным средством, вошедшим в семейный быт, и ребенок не может быть исключен из этого средового информационного поля, даже при формировании зависимых отношений;

2) преподавание информатики сегодня входит в программу общего образования, и в рамках этих требований ребенок должен приобретать навыки работы на ПК, следовательно, систематически работать на нем;

3) при пристрастии к компьютерным играм сохраняется необходимость включения занятий на компьютере в реальный учебный процесс. Это таким образом определяет цели психокоррекционной работы, что занятия на ПК не могут быть заменены каким-либо другим, сублимирующим видом деятельности.

В психологическом плане аддикция начинается там, где возникает замещение удовлетворения реальных потребностей новой, сверхценной потребностью в аддиктивном агенте [2].

Существуют данные о том, что зависимость от компьютерных игр и интернета может служить своеобразным предиктором дальнейшего потребления ПАВ подростками [13]. Исследование, проведенное в Турции, показало, что такие подростки характеризуются не только более высоким уровнем потребления ПАВ, но и склонностью к суицидальным мыслям, самоповреждениям и делинквентному поведению [7].

Наиболее изученной «нехимической аддикцией» на сегодняшний день является гемблинг. В отличие от компьютерных игр, которые существуют сравнительно недавно, гемблинг существует очень давно, но в последнее время, особенно с законодательным запретом в России и ряде других стран казино, стал активно осваивать интернет-пространство. Имеются данные, что проблемные интернет-геймеры ближе к химически зависимым лицам, чем проблемные интернет-геймеры [15].

Существуют исследования, в которых сравнивается гемблинг онлайн как наиболее изученное поведенческое расстройство с гейминговым расстройством [12]. Так, в исследовании, проведенном в Испании между геймерами и гемблерами онлайн, обе клинические группы имели более высокие психопатологические показатели и менее функциональные личностные черты по сравнению с нормативной испанской популяцией. Однако при сравнении людей с интернет-гейминговым расстройством с онлайн-гемблингом возникли и некоторые различия. Во-первых, пациенты с интернет-гейминговым расстройством были моложе, обычно в возрасте до 20 лет, чаще одиноки, не имели постоянной работы, и у них также был более низкий возраст начала расстройства. Кроме того, они показали более низкие показатели соматизации и депрессии вместе с более низкой распространенностью употребления табака, но более высокие показатели расстройств пищевого поведения и более высокий средний индекс массы тела. Наконец, они представили меньшее стремление к новизне и настойчивость. Однако, лица, входящие в обе группы, были достаточно молоды в отличие от игроков в азартные игры офлайн. Т. е. активное использование интернета, в том числе с вредоносными последствиями, будет в ближайшем будущем проблемой нового поколения, т. н. «миллениалов».

Согласно данным метаанализа, куда вошли 8 исследований, суммарно включивших 1641 пациента с интернет-зависимостью и 11210 лиц из группы контроля, была выявлена значимая связь интернет-геймингового расстройства со злоупотреблением алкоголем, СДВГ, депрессией и тревогой [8]. Существенная связь прослеживается между интернет-гейминговым расстройством и прочими аддикциями: табакокурением, алкоголизмом, наркоманией, а также патологическим гемблингом [1, 3, 5, 9, 16].

Имеются исследования, показавшие, что среди детей и подростков с ожирением распространенность интернет-игровой зависимости в два раза выше, чем среди их сверстников, не страдающих ожирением [4]. Эти данные могут косвенно указывать на коморбидность аддикции к перееданию и интернет-геймингового расстройства.

Недавно были опубликованы результаты эпидемиологического исследования коморбидности, проводившегося в рамках большого международного проекта «Исследование психологических и генетических факторов аддиктивного поведения», которое охватило 3003 подростка и молодых взрослых (42,6% мужчины; средний возраст 21 год). Были обнаружены связи между: 1) курением и проблемным использованием интернета, избыточными физическими упражнениями, расстройствами пищевого поведения и гемблингом; 2) употреблением алкоголя и проблемным использованием интернета, проблемными онлайн-геймингом, онлайн-гемблингом и расстройствами пищевого поведения; 3) употреблением каннабиса, онлайн-геймингом и онлайн-гемблингом. Авторы делают вывод о выраженной коморбидности разных вариантов зависимости, которая, ве-

роятно, связана с наличием общих психологических, генетических и нейробиологических механизмов. Возможно, что не столько сами компьютерные игры способны вызвать зависимость, сколько, скорее всего, генетическая предрасположенность и проблемное воспитание в совокупности с психологическими проблемами. Полученные данные также подтверждают концепцию дефицита системы награды и компонентную модель зависимостей, которые предлагают общий феноменологический и этиологический фон для возникновения различных зависимостей [10]. Однако именно это ставит под вопрос сам факт выделения в отдельную диагностическую категорию данное расстройство, возможно, что подобная вредоносная увлеченность компьютерными играми является просто одним из симптомов иной психической/наркологической патологии или все поведенческие «нехимические» аддикции могут быть просто формами одной патологии. С практической точки зрения, если для врача-клинициста в случае с ПАВ можно понять критерий выделения патологии в отдельную диагностическую категорию по принципу «вещество – действие на организм», то в случае нехимических и поведенческих нарушений сделать это представляется более проблематичным, т. к. выделять всякого рода «нехимические зависимости» начиная от «компульсивного шопинга» и компьютерных игр, заканчивая использованием мобильного телефона, «сексоголизмом», зависимостью от физических упражнений и работ, можно до бесконечности. Но этот вопрос изучен в современной науке недостаточно.

Дискуссионные аспекты «Интернет-гейминговой зависимости».

Однако, на проблематику компьютерных игр есть и диаметрально противоположные взгляды. В этом плане достаточно интересным является изучение людей, для которых компьютерные игры являются профессией (например, есть образовательные программы в рамках спортивных образовательных учреждений в таких странах, как Южная Корея) и их сравнение с людьми, зависимыми от компьютерных игр. В рамках исследования, проведенного в Южной Корее (Республика Корея) между подростками с диагностированным гейминговым расстройством и профи-геймерами было выявлено следующее [11].

В то время как профи-геймеры играют в соответствии с определенными жизненными привычками, уделяя время и другим делам по запланированному учебным заведением графикам, то подростки с игровым расстройством (IGD) демонстрируют нерегулярный образ жизни и нерегулируемое импульсивное игровое поведение. Участие в исследовании приняли 14 подростков с игровым расстройством и 12 профессиональных игроков. Период наблюдения составил один год, оценивались демографические данные, производилось тестирование с помощью Child Behavior Checklist (CBCL), оценивались депрессивное настроение, тревожность. Также была проведена функциональная МРТ в состоянии покоя. В течение года подростки с игровой зависимостью (не получая лечения или психоте-

рапии) играли в игры по своему обычному расписанию, чаще всего так и когда хотели, в то время как студенты профи-геймеры играли по запланированному графику, готовясь к чемпионатам. Через год показатели профи-геймеров снизились в таких показателях, как: общее проблемное поведение, импульсивность и агрессия, депрессия и тревога, по сравнению с показателями подростков с игровой зависимостью, чьи показатели остались неизменными. Обе группы демонстрировали повышенную мозговую активность в теменной доле коры головного мозга (активное внимание). Но по сравнению с профи-геймерами, подростки с зависимостью от игр демонстрировали бóльшую активность в левой орбитофронтальной коре. По мнению учёных из Республики Корея, полученные данные могут указывать на то, что компьютерные игры развивают внимание, но только хорошо организованная игровая деятельность дает положительные результаты.

Заключение. Введение в диагностическую классификацию такой отдельной психопатологической категории, как зависимость от компьютерных игр, на данном этапе представляется весьма дискуссионным решением. Прежде всего, существуют риски чрезмерной «медикализации» данной проблемы, в результате которых многие подростки могут столкнуться с социальными и образовательными проблемами. Тем не менее, избыточная увлечённость компьютерными играми очень часто коморбидна другой психической и наркологической патологии, такой как СДВГ, аффективная патология, потребление канабиса, никотиновая и алкогольная зависимость, расстройства пищевого потребления, патологический гемблинг. Возможно, зависимость от компьютерных игр не является, какой-то отдельной патологией, но лишь симптоматикой других психических расстройств, проявляющейся в форме, актуальной сегодняшнему дню («зnamenie времени»). При выделении данной патологии в отдельную диагностическую категорию используется терминология и диагностический аппарат сходный с тем, что применяется для диагностики патологического гемблинга и гемблинга в онлайн форме. Однако данные показывают, что гемблинг онлайн и интернет-гейминговая зависимость не тождественны. Наблюдаются различия между возрастом начала заболевания, коморбидностью с другим психическим расстройством, социальными и психологическими портретами пациентов, нейробиологические различия, похоже, тоже имеются, но требуется больше данных. Имеются и диаметрально противоположные взгляды на компьютерные игры как на явление не вредное, но полезное при правильном подходе к организации игрового процесса.

ЛИТЕРАТУРА

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

2.Пережогин Л.О. Программа психотерапевтической помощи несовершеннолетним, обнаруживающим признаки зависимости от интернета и мо-

бильных устройств // Практическая медицина. 2019. Т. 17, № 3. С. 96-99.

3. REFERENCES

1. Egorov A.Ju., Kuznecova N.A., Petrova E.A. Osobennosti lichnosti podrostkov s Internet-zavisimost'ju // Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2005 (5). № 2. S. 20-27.

2. Perezhogin L.O. Programma psihoterapevticheskoy pomoshhi nesovershennoletnim, obnaruzhivajushhim priznaki zavisimosti ot interneta i mobil'nyh ustrojstv // Prakticheskaja medicina. 2019. Т. 17, № 3. S. 96-99.

3. Black D.W., Belsare G., Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior // J Clin Psychiatry. 1999. Vol.60. N.12. P.839-844.

4. Bozkurt H, Özer S, Şahin S, Sönmezgöz E. Internet use patterns and Internet addiction in children and adolescents with obesity // Pediatr Obes. 2018. Vol.13. N.5. P.301-306..

5. Bozkurt H., Coskun M., Ayaydin H., Adak I., Zoroglu S.S. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction // Psychiatry Clin. Neurosci. 2013. Vol.67. N.5. P.352-359..

6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.- 992 p. — doi:10.1176/appi.books.9780890425596.

7. Evren C., Dalbudak E., Evren B., Demirci A.C. High risk of Internet addiction and its relationship with lifetime substance use, psychological and behavioral problems among 10(th) grade adolescents // Psychiatr Danub. 2014. Vol.26. N.4. P.330-339.

8. Ho R.C., Zhang M.W., Tsang T.Y., Toh A.H., Pan F., Lu Y., Cheng C., Yip P.S., Lam L.T., Lai C.-M. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: A meta-analysis // BMC Psychiatr. 2014. Vol.14. P.183. doi: 10.1186/1471-244X-14-183.

9. Kim B.S., Chang S.M., Park J.E., Seong S.J., Won S.H., Cho M.J. Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic Internet use // Psychiatry Res. 2016. Vol.244. P.249–256.

10. Kotyuk E., Magi A., Eisinger A., Kiraly O., Vereczkei A. et al., Co-occurrences of substance use and other potentially addictive behaviors: Epidemiological results from the Psychological and Genetic Factors of the Addictive Behaviors (PGA) Study // Journal of Behavioral Addictions. 2020. Vol.9. N.2.

11. Kwak K. H. et al. Comparison of Behavioral Changes and Brain Activity between Adolescents with Internet Gaming Disorder and Student Pro-Gamers //International journal of environmental research and public health. 2020. Т. 17. №. 2. С. 441.

12. Mallorqui-Bague N. et al. Internet gaming disorder and online gambling disorder: Clinical and personality correlates //Journal of behavioral addictions. 2017. Т. 6. №. 4. С. 669-677.

13. Rucker J., Akre C., Berchtold A., Suris J.C. Problematic Internet use

is associated with substance use in young adolescents // *Acta Pediatr.* 2015. – Vol.104. N.5. P.504–507..

14. Rumpf H.J., Achab S., Billieux J. et al. Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective // *J Behav Addict.* 2018. Vol.7. – N.3. P.556-561.

15. Walther B., Morgenstern M., Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computergaming // *Eur Addict Res.* 2012. Vol.18. N.4. P.167–174.

16. Wölfling K., Müller K.W., Dreier M., Ruckes C., Deuster O., Batra A., Mann K., Musalek M., Schuster A., Lemenager T., Hanke S., Beutel M.E. Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction: A Randomized Clinical Trial // *JAMA Psychiatry.* 2019. Vol.76. N.10. P.1018-1025. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1676.

N.A. Sobolev¹, S.A. Igumnov²

**DEPENDENCE ON COMPUTER GAMES IN ADOLESCENTS,
PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND COMORBIDITY**

¹Psychiatric Clinical Hospital № 4 n. a. P.B. Gannushkin, ²National Research Center of Narcology - branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology n. a. V.P. Serbsky (Moscow).

Summary: Recently, there has been a debate in the medical scientific community about how appropriate it is to diagnose addiction to video games as a mental disorder. Controversy around the diagnosis includes whether the disorder is a separate clinical entity or a manifestation of underlying psychiatric disorders. The American Psychiatric Association (APA) in light of existing evidence included video game addiction as a "condition requiring further study" in the DSM-5 as Internet gaming disorder. The World Health Organization (WHO) had proposed and later included "gaming disorder" in the 11th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). The researchers, based on the data of the medical literature, raise the question of the expediency of "medicalizing" this problem consider the issues of its symptoms and diagnosis. They note a high comorbidity of dependence on computer games and the Internet with other mental disorders, including eating disorders and addictions. Identify similarities and differences with other chemical and "non-chemical addictions". In contrast to the data only on the harmful use of computer games, there are also research data that note their useful properties.

Keywords: internet gaming disorder, video games, addiction problems, ICD-11, DSM - V, online gambling, eating disorder.

**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ
И РАННЕМ ДЕТСТВЕ (DC:0-5)**

**Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).**

Резюме. В Международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC:0-5), применимой к детям до 6 лет, проанализирована ось «Клинические нарушения». Она состоит из диагностических рубрик: нарушения психического развития; нарушения сенсорных процессов; тревожные расстройства; расстройства настроения; обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства; расстройства сна, пищевого поведения и плача; посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства; расстройства отношений. Отмечены клинические параллели с диагностикой в рамках отечественной детской психиатрии и новые клинические данные.

Ключевые слова: младенчество, ранний детский возраст, классификация нарушений психического здоровья, диагностические рубрики, клинические нарушения.

DC:0-5 — сокращенное название Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, опубликованной в 2016 г. и применимой к детям от младенческого возраста до 5 лет включительно [1]. Нами ранее анализировался начальный вариант этой классификации - DC:0-3, вышедший в 1994 г. [10, 11, 16], и ее вторая редакция - DC:0-3R, изданная через 10 лет [9, 13, 17]. Возрастной диапазон рассматриваемой классификации (в DC:0-3 он ограничивался первыми тремя годами жизни, в DC:0-3R — первыми четырьмя годами) был в последнем издании расширен до 5 лет включительно.

В предисловии к DC:0-5 отмечено, что за прошедшее время знания о ранних нарушениях психического здоровья значительно умножились, но в ICD-10 и в DSM-5 они не получили отображения, из-за чего последняя редакция значительно переработана и дополнена. Над этим работала группа специалистов, состоящая, как и в случаях DC:0-3 и DC:0-3R, из ведущих детских психиатров и психологов Европы и Северной Америки, занимающихся соответствующими проблемами. Анализировалось множество конкретных, длительно прослеженных случаев от «практиков 6 континентов» (к сожалению, российские специалисты в их число пока не входили). Предварительные критерии выделяемых расстройств для их обсуждения дважды размещались на сайте Zero to Three, т. е. в детерминацию определений DC:0-5 включен широкий международный опыт.

Как и предыдущие редакции, DC:0-5, - это многоосевая классификационная система с 5 направлениями диагностики, отражающими ее междисциплинарную ориентированность: Ось 1 «Клинические нарушения», Ось 2 «Контекст семейных

отношений», Ось 3 «Состояние соматического здоровья», Ось 4 «Психосоциальные стрессоры» и Ось 5 «Уровень развития». Все оси значительно пересмотрены по сравнению с предыдущей версией классификации. В этом сообщении мы коснемся анализа основной оси DC:0-5 - «Клинические нарушения».

Эта ось содержит описание многих ранних психических отклонений, впервые представленных по развернутому единому плану. Он включает: 1) диагностический алгоритм в виде *специфических критериев* расстройства, а также *неспецифических симптомов* нарушения социального функционирования ребенка и (или) его семьи (они едины для всех расстройств); возраст начала нарушения и продолжительность; 2) диагностические детали расстройства; 3) дополнительные данные в поддержку диагноза; 4) особенности развития при данном расстройстве; 5) популяционную частоту; 6) данные о течении; 7) факторы риска и прогноза; 8) проблемы диагностики, связанные с культуральными особенностями семьи; 9) гендерные различия; 10) дифференциальный диагноз; 11) сведения о коморбидности; 12) отражение диагноза по DC:0-5 в ICD-10 и DSM-5.

Расстройства, схожие в диагностическом значении, объединены в рубрик. В порядке следования в оси 1 это: **нарушения психического развития; нарушения сенсорных процессов; тревожные расстройства; расстройства настроения; обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства; расстройства сна, пищевого поведения и плача; посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства; расстройства отношений.** Ряд названий рубрик терминологически нов для отечественных специалистов, но, как будет показано ниже, обычно под этими названиями кроются хорошо известные нам на практике психопатологические состояния. Каждой из диагностических рубрик DC:0-5 предшествует общая характеристика входящих в нее расстройств.

Обратимся в качестве примера к первой диагностической рубрике **«Нарушения психического развития» (Neurodevelopmental Disorders)**. Сюда отнесены психопатологические расстройства, в сумме, по последним данным, составляющие около 15% данной возрастной популяции, которые начинаются в младенчестве или раннем детстве; имеют непрерывное течение без ремиссий и рецидивов; отличаются частой коморбидностью внутри группы; более распространены среди мальчиков; в их этиологии присутствуют различные генетические аномалии (проявляющиеся во взаимодействии с неблагоприятными экзогениями и негативными психосоциальными факторами); для их лечения и коррекции требуется междисциплинарная команда специалистов. Этим признакам, согласно DC:0-5, отвечают расстройство аутистического спектра, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью, общая задержка психического развития, задержка речевого развития, расстройство координации. Отметим, что схожая рубрикация есть и в DSM-5 и предлагается в ICD-11 [5], но в DC:0-5 представлены более разработанные возрастные критерии. Для подтверждения приведем кратко изложение в DC:0-5 подрубрики **расстройства аутистического спектра (ASD -Autism Spectrum Disorder)**.

В разделе диагностического алгоритма под *специфическими критериями ASD* (все из них должны быть соблюдены) понимаются: 1) *ограничение или ати-*

ичность социально-эмоциональной «чувствительности» ребенка с отсутствием социально-эмоциональной взаимности, доказательством чего служит по крайней мере один из следующих феноменов: а) нечастый или ограниченный ответ на предложение социального контакта; б) ограниченная инициатива в социальном взаимодействии; в) редуцированная инициатива совместного внимания или его отсутствие; г) ограниченная способность вступать в совместную со взрослым игру; 2) *дефицит невербальных коммуникативных умений*, что проявляется по крайней мере одним из следующих феноменов: а) отсутствие или малая интеграция в невербальную и вербальную коммуникативную деятельность; б) атипичный глазной контакт; в) трудности понимания или использования невербальной коммуникации; г) уменьшение лицевой экспрессии; 3) *трудности взаимодействия со сверстниками*, что проявляется по крайней мере одним из следующих симптомов: а) трудности адаптации к требованиям взаимообщения; б) трудности вступления в символическую игру; в) ограничение или отсутствие интереса к сверстникам; 4) *два из четырех признаков стереотипного или однообразного поведения*: а) стереотипное повторение собственной голосовой продукции, моторных актов или употребления предметов или игрушек; б) сохранение однообразия среды, ритуализированное стереотипное невербальное поведение или употребление стереотипных, зачастую непонятных слов и фраз (идиосинкратический язык); в) специфические, ограниченные и необычные интересы; г) как повышенная, так и пониженная стереотипная атипичная чувствительность к сенсорным объектам, склонность к их необычному использованию. Среди *неспецифических симптомов, нарушающих социальное функционирование ребенка и (или) семьи*, должен наблюдаться хотя бы один из следующих: а) расстройство вызывает дистресс у ребенка; б) расстройство распространяется на отношения ребенка с близкими; в) расстройство ограничивает возрастную деятельность ребенка; г) расстройство затрудняет участие семьи во взаимодействии с ребенком и уход за ним; д) расстройство ограничивает возрастной прогресс.

В отношении *возраста начала* отмечено, что ASD обычно начинается в промежутке 1 года-3 лет и что диагноз должен ставиться с осторожностью у детей младше 1 месяца. *Продолжительность* ASD не лимитирована.

Среди *диагностических деталей* подчеркнуто: симптоматика ASD в раннем детстве такая же, как и в другие возрастные периоды, но в силу возрастной ограниченности социально-коммуникативных связей ряд симптомов может быть менее выраженным.

В разделе *дополнительные данные в поддержку диагноза* указывается, что многие дети с ASD первоначально попадают в поле зрения клиницистов из-за задержки речи, общей задержки развития или недоношенности. Симптоматика в пользу ASD может отмечаться среди младших sibсов детей с ASD, у которых эмпирический риск этого заболевания достигает 19%.

В разделе *особенности развития* подчеркивается наличие «широких индивидуальных вариаций». Отмечено: ASD начинается у части детей с ослабления нормально развитых социально-коммуникативных и речевых навыков, в других случаях они изначально задержаны. Обычно родители обращаются при достижении ребенком 1,5-2 лет. Детям без задержек развития диагноз в целом ста-

вится позже. Многие дети с ASD и общей задержкой дают хорошее продвижение на протяжении раннего детства.

В отношении популяционной частоты ASD приводятся следующие цифры, характерные для США, - 1 на 68 детей, причем у мальчиков в 4 раза чаще: 1 на 42, у девочек 1 на 189.

В разделе течение ASD подчеркивается, что диагноз ASD становится веским к 3 годам и приобретает стабильность к 4-хлетнему возрасту.

В разделе факторы риска и прогноза отмечены следующие факторы риска: наличие старшего сибса с ASD или диагноз ASD у кого-нибудь в семье, мужской пол, общая задержка психического развития, задержка развития речи, недоношенность или малый вес при рождении, пожилой возраст родителей, воздействие токсинов во время беременности (например, прием вальпроатов или близость жилья к токсичным производствам), синдром X-фрагильной хромосомы, туберозный склероз. Прогноз лучше для детей с более высоким уровнем речевого и когнитивного функционирования, а также при более развитом совместном внимании.

Проблемы культуральной диагностики освещены на примере США, где зафиксировано более позднее диагностирование ASD у детей из условий бедности, а также из семей расово-этнических меньшинств.

В разделе гендерные различия подчеркивается, что хотя частота ASD «драматично» повышается, соотношение заболевших мальчиков к больным девочкам остается стабильным.

Дифференциальный диагноз при ASD проводится с синдромом Ретта (в его раннем периоде), с выраженной общей задержкой психического развития, а также с реактивным расстройством привязанности.

В разделе коморбидность отмечены следующие расстройства: общая задержка развития, задержка речевого развития, расстройство координации, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью, проблемы сна и пищевого поведения, раздражительность и самоповреждающее поведение, в последующем — высокий уровень тревоги и склонность к депрессии.

Отражение ASD в других классификациях: в DSM-5 Autism Spectrum Disorder, в ICD-10 Childhood Autism (F4.0).

Отметим свежую для наших специалистов информацию в столь тщательном, основанном на многолетних лонгитудинальных исследованиях описании ASD в DC:0-5. (Напомним, оно приведено в сокращенном варианте.) Прежде всего, это высокие цифры распространенности ASD, которые, правда, касаются только США, однако должны быть приняты во внимание в силу хорошего уровня ранней диагностики в этой стране [20]. Приведены также очень высокие цифры эмпирического риска ASD для младших сибсов больных детей по сравнению с известными [6]. Заслуживает упоминания однозначное принятие возможности начала расстройства после периода нормального развития, что не согласуется с точкой зрения, имевшей место ранее среди ряда специалистов. Представляется значимым введения такого клинического подкритерия ASD, как совместное внимание, суть которого мы уже раскрывали в предыдущих публикациях [13]. Важен акцент на наличие и выраженность этого признака при прогнозе ASD. Систематизацией

отличается изложение факторов риска. Некоторое сомнение вызывает положение об осторожности в диагнозе ASD у детей младше 12 месяцев: на практике известны случаи развития сходного, но менее выраженного состояния уже на первом году. Однако дальнейшее ознакомление с анализируемой рубрикой приводит нас к следующему за ASD диагнозу — это *раннее атипичное расстройство аутистического спектра (Early Atypical Autism Spectrum Disorder, сокращенно EAASD)*. Это расстройство как раз и предлагается диагностировать в возрасте от 9 до 36 месяцев при еще неразвернутой аутистической симптоматике. Согласно DC:0-5, его отражение в ICD-10 - диагностическая категория «общее расстройство развития неуточненное» (F4.9) и сходная категория в DSM-5, кратко описывающие в общих, размытых чертах относящиеся к ним состояния, в то время как описание EAASD, сделанное по принятому в DC:0-5 единому развернутому плану, отличается полнотой и четкостью.

Интерес представляет изложенное в DC:0-5 «*расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью*» (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder, сокращенно ADHD*) в рубрике «Нарушения психического развития». Это нарушение, более известное в России в его кратком обозначении как СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), есть в ICD -10 в разделе «гиперкинетические расстройства» (F90). Там же указывается, что до 7 лет СДВГ трудно диагностируется из-за «разнообразных вариантов нормы», но здесь же подчеркивается, что СДВГ начинается в раннем детстве. Клиницистам это известно, поскольку СДВГ — частая причина обращения к ним уже в первые годы жизни. По DC:0-5, диагноз возможен с 3 лет. В DC:0-5 приведено более четкое описание специфических критериев невнимательности, двигательной расторможенности и импульсивности, типичных для раннего и дошкольного возраста. Это, например, невнимательность ребенка к особенностям ухода и деталям игры, трудности привлечения к структурированной возрастной деятельности, такой как процесс одевания или чтение книги родителями, и ряд других. Согласно ICD-10, известно, что отличительный признак СДВГ - постоянство симптоматики более чем в одной ситуации. В DC:0-5 отмечен и второй значимый диагностический признак - постоянство симптомов при взаимодействии со всеми лицами (родителями, воспитателями, сверстниками и др.). Важно и перечисление коморбидных к СДВГ состояний из рубрики «Нарушения психического развития»: общей задержки развития, задержки речи, расстройства координации и расстройств аутистического спектра. Как коморбидные встречаются тревожные расстройства и расстройства настроения, где симптоматика СДВГ наблюдается эпизодически. Среди факторов риска расстройства в DC:0-5 впервые, помимо известных, указаны такие, как воспитание в домах ребенка с неблагоприятными условиями и воспитание по типу выраженной доминантности в семье.

Следующая подрубрика в рубрике «Нарушения психического развития» - «*общая задержка психического развития*» (*Global Developmental Delay, сокращенно GDD*). Отмечено, что этого диагноза нет в ICD-10, но он - очевидная клиническая реальность. В ICD-10 он кодируется в аморфной группе «другие расстройства психологического развития», в DSM-5 впервые появляется под конкретным названием: Global Developmental Delay. GDD подразумевает, в от-

личие от умственной отсталости (mental retardation), устойчивый прогресс детей по мере роста и психокоррекции. Диагноз возможен с 6 месяцев. Он базируется на выявлении отставания по стандартизованным шкалам и снижения адаптивности в одном-двух или больше видах возрастной деятельности (например, в уходе и игре). GDD коморбидна многим ранним психическим расстройствам.

Две другие подрубрики в рубрике **Нарушения психического развития** - «*нарушение развития речи*» (*Developmental Language Disorder*) и *расстройство координации*» (*Developmental Coordination Disorder*) – по их критериям в DC:0-5 сходны с излагающимися в таких разделах ICD-10, как «расстройства развития речи» (F80.2) и «специфическое расстройство развития двигательных функций» (F82). Но и здесь выделены ранние критерии этих нарушений. Указано, что при нарушении развития речи может быть не только задержка вокализации, гуления и лепета, но и задержка развития жестов как одного из способов невербальной коммуникации. Подчеркнуто отличие речевых норм у билингвальных детей.

Следующая диагностическая рубрика **«Расстройства сенсорных процессов» (Sensory Processing Disorders)**, как отмечено выше, непривычна для российских клиницистов даже по своему названию. При расширенных критериях она есть и в первой (DC:0-3), и во второй (DC:0-3R) редакциях DC, что говорит об устойчивой реальности этого диагноза в первые годы жизни. Нами неоднократно показано, что эти нарушения во многом соответствуют синдромам невропатии - состояниям, хорошо известным нашим детским психиатрам [3, 4, 12, 15]. Особенно сходная симптоматика с невропатиями описывалась при первичном выделении этого расстройства в англоязычной литературе классиком американской ранней детской психиатрии С. Гринспеном. Именно он предложил в 1992 году диагноз «расстройства регуляции» как «новый диагностический конструкт» [19]. В DC:0-5 диагноз этих расстройств основан главным образом на *клиническом* выявлении измененной сенсорной чувствительности ребенка, имеющей часто генетическую (конституциональную) природу. По DC:0-5, значение имеют 2 вида этих расстройств: *«сверхвысокая сенсорная чувствительность» (Sensory Over-Responsivity Disorder)* и *«сниженная сенсорная чувствительность» (Sensory Under-Responsivity Disorder)*. Оба вида расстройств должны определяться в одной или более сенсорной сфере (зрительной, слуховой, тактильной, вестибулярной, проприо- и интероцептивной), наблюдаться более, чем в одном окружении ребенка (например, дома и в детском саду) и при взаимодействии не менее, чем с двумя лицами. Диагноз возможен с 6 месяцев. При «сверхвысокой сенсорной чувствительности» отмечена ее значительная популяционная частота: 5-16,5% по эпидемиологическим данным в виде родительских отчетов. Подчеркнуто: «сверхвысокая сенсорная чувствительность» может быть началом серьезных нарушений пищевого поведения и сна, тревожных и навязчивых расстройств (т. е. вести к развернутым невропатическим состояниям раннего возраста в нашем понимании). Биологические факторы риска: схожая наследственность, недоношенность, малый вес при рождении, общая задержка психического развития, неблагоприятное течение беременности. Отрицательные средовые факторы: жестокое обращение, недостаток двигательной и

тактильной стимуляции (например, при воспитании в доме ребенка). При дифференциальной диагностике исключаются РАС и СДВГ. Диагноз «пониженная сенсорная чувствительность», по DC:0-5, редок. «Расстройства сенсорных процессов» высокоспецифичны для младенчества и раннего детства и не имеют конкретного диагностического отражения ни в ICD-10, ни в DSM-5 (как и синдромы невропатии). Они кодируются в остаточных рубриках: в ICD-10 как «другие расстройства психологического развития», в DSM-5 - «другие расстройства психического развития».

Следующая диагностическая рубрика - «**Тревожные расстройства**» (**Anxiety Disorders**). В общей характеристике отмечено: в первые 5 лет диагноз правомочен, когда тревога и страхи, будучи выраженными, ведут к нарушениям социального функционирования ребенка и (или) его семьи, наблюдаются не менее чем в 2 видах ежедневной деятельности (например, в игре и в процессе общения), обычно приводят к избеганию этих видов деятельности, проявляются более, чем в одном месте и, по возможности, во взаимодействии более чем с одним лицом. Продолжительность симптоматики - не менее 2 недель. Суммарная частота ранних тревожных расстройств, по данным в DC:0-5, - более 9%, а по отдельным эпидемиологическим исследованиям - до 20%. Представлены следующие виды ранних тревожных расстройств с описанием их диагностического алгоритма и особенностей клиники: *сепарационное тревожное расстройство (Separation Anxiety Disorder)*, *социальная фобия (Social Phobia)*, *генерализованное тревожное расстройство (Generalized Anxiety Disorder)*, *элективный мутизм (Selective Mutism)*, *боязнь новизны (Inhibition to Novelty Disorder)*. Первые четыре расстройства отражены в «детской» главе ICD-10 (F93.0; F93.2; F93.8 ; F94.0), и под этими же обозначениями - в DSM-5. В целом, их симптомы соответствуют тем же, что и у более старших детей, но в DC:0-5 подчеркнуто, что тревога и страх у маленьких детей часто имеют особые эмоционально-поведенческие проявления, такие как безутешный плач, «цепляние» за мать, прятанье, вспышки гнева, что отражает стремление детей избежать воображаемой угрозы. Диагноз пятого расстройства - «*боязнь новизны*» - новый для детской психопатологии. Описаны его специфические симптомы: 1) постоянный выраженный страх при встрече незнакомых объектов, людей и незнакомых ситуаций; 2) персистирующий эмоциональный негативный фон. Расстройство может начинаться с 2 лет и часто является предиктором других тревожных расстройств, составляющих данную рубрику.

В диагностической рубрике «**Расстройства настроения**» (**Mood Disorders**) рассматриваются две основные диагностические единицы: «*депрессивное расстройство раннего детства*» (*Depressive Disorder of Early Childhood*) и «*дисрегуляционное расстройство с раздражительностью и агрессией в раннем детстве*» (*Disorder of Disregulated Anger and Agression of Early Childhood*). Оба расстройства диагностируются с 2 лет. Критерии «*депрессивного расстройства раннего детства*» во многом совпадают с имеющимися для других возрастов: значительное снижение настроения в большинстве дней в последние 2 недели; ангедония (в раннем детстве, по DC:0-5, — это заметное снижение удовольствия от возрастной деятельности и взаимодействия с роди-

телями, позже со сверстниками), а также по крайней мере 2 симптома из таких известных, как снижение аппетита (в раннем возрасте возможна и задержка роста), нарушения сна, заторможенность или ажитация, рассеянность, быстрая утомляемость, идеи вины, позже преобладание тем смерти (они проявляются, например, в игре), попытки самоповреждения. Факторы риска для ранних депрессий: идентичная отягощенность в первой степени родства, тяжелые стрессовые события, длительные соматические заболевания, особенно с наличием хронического болевого синдрома. По DC:0-5, частота депрессивного расстройства в возрасте 3-5 лет — от 0,5% до 2%.

Диагноз *«дисрегуляторного расстройства с раздражительностью и агрессией в раннем детстве»* в DC появляется впервые. Характерны хронически выраженные раздражительность, вспыльчивость, неуступчивость, нарушение ежедневных правил, агрессия на огорчение, страх или угрозу и «упреждающая» агрессия в виде угроз другим. Продолжительность — не менее 3 месяцев. Частота у детей 3-5 лет - 3%-8%. Сходные состояния в более старших возрастах описаны в нашей детской психиатрической литературе под названием «дисфорических депрессий»[2].

В общей характеристике следующей диагностической рубрики **«Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства» (Obsessive Compulsive and Related Disorders)** указано, что их клиника в первые 5 лет более проста, чем в старших возрастах и у взрослых, и они более редки. Отмечена их связь с генетической предрасположенностью и коморбидность с тревожными нарушениями. Подрубрики включают: 1) *«обсессивно-компульсивное расстройство» (Obsessive Compulsive Disorder)* с возможным началом с 3 лет; 2) *синдром Туретта (Touretters Disorder)* с редким началом с 1,5 лет; 3) *«моторное или вокальное тикозное расстройство» (Motor or Vocal Tic Disorder)* с началом в 3 года; 4) *«трихотилломания» (Trichotilomania)* с возможным началом в младенчестве; 5) *«расстройство ковыряния кожи» (Skin Picking Disorder)* с возможным началом с первого года - новый диагноз в ранней психопатологии. При этом нарушении также возникают навязчивые трения и кусания кожи, что в совокупности ведет к образованию небольших ранок при безуспешном дерматологическом лечении. Все расстройства, кроме последнего, отражены в «психопатологических» главах ICD-10 и DSM-5; пятый диагноз в обеих классификациях есть в «дерматологической» главе.

Следующая рубрика - **«Расстройства сна, пищевого поведения и плача» (Sleep, Eating and Crying Disorders)**. Эти расстройства начинаются с первых месяцев, проявляясь в связи с особенностями ухода за ребенком, хотя в их генезе есть и биологические факторы (генетические и др.)

Диагноз **«Расстройства сна» (Sleep Disorders)** возможен со 2го полугодия, когда происходит активное созревание паттернов сна. Здесь различают следующее: 1) *трудности засыпания*: ребенок более 30 минут не засыпает в большинстве дней недели за месяц; 2) *чрезмерные ночные пробуждения* в большинстве ночей в неделю за месяц; 3) *неполные пробуждения* с 2-х лет с выраженными страхами, вегетативной ажитацией или снохождением; 4) *ночные кошмары* с 2-х лет в виде эпизодов страшных сновидений, продолжительно-

стью не менее месяца. Первые два вида расстройств имеют популяционную частоту до 10 %, остальные — 1-3%.

Диагноз **«Расстройства пищевого поведения» (Eating Disorders)** включает следующее: 1) *переедание* (ребенок постоянно ест больше необходимого, ищет еду между основными приемами пищи озабочен темой еды, не находя еды, раздражителен или тревожен), начало с 2 лет, частота до 10%; 2) *недоедание* (ребенок постоянно ест меньше необходимого, проявляя одну или больше черт неадаптивного пищевого поведения: страх и избегание еды, отказ от еды определенного цвета или текстуры и т. п.), начало с первых месяцев, частота 3%-10%; 3) *атипичное расстройство пищевого поведения*, связанное с пренебрежительным отношением к ребенку или с задержкой развития (*симптомы «накопления» пищи*, когда ребенок прячет пищу в необычных местах, а также *поедание несъедобного и руминация*), частота данных состояний значительно варьирует. «Расстройства сна» и «Расстройства пищевого поведения» имеют коды в ICD-10 и DSM-5, где не отражена специфика ранних нарушений.

Расстройство **«Чрезмерный плач» (Excessive Crying)** начинается в первые 3 месяца. Младенец безутешно плачет не менее 3 часов в день, не менее 3 дней в неделю в течение по крайней мере 3 недель (правило «трех»). Частота расстройства от 16% до 29%. По ряду исследований, есть связь с «младенческими коликами», по другим - она отсутствует. По-нашему мнению, это может свидетельствовать о гетерогенности нарушения.

Предпоследняя диагностическая рубрика - **«Посттравматические, стрессовые и депривационные расстройства (Trauma, Stress and Deprivation Disorders)**. Известно, что в генезе их ведущую роль играют внешние психотравмирующие факторы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возможно у детей, перенесших тяжелое травмирующее событие или знающих об его угрозе, после 12 месяцев. Симптомы: повторное воспроизведение травмы (особая посттравматическая игра, навязчивые высказывания и вопросы), избегающее поведение, эмоционально-социальная отгороженность, повышенная возбудимость. У большинства детей раннего возраста ПТСР отсутствует. Факторы риска — высокая тревожность ребенка и ПТСР у родителей. В ICD-10 диагноз отражен в коде F43.10 (описана клиника ПТСР у взрослых), но в DSM-5 уже существует и «детский» диагноз - «Posttraumatic Stress Disorder for Children 6 Years and Younger». В отечественной литературе имеются подробные описания ПТСР у детей раннего возраста [14].

«Нарушение адаптации» (Adjustment Disorder) диагностируется при неглубоких эмоционально-поведенческих расстройствах, возникающих при действии стрессоров «умеренной» или «мягкой» силы, специфичных для раннего и дошкольного детства: отлучение от груди, изменение привычного окружения, рождение сибса, помещение в ясли или детсад и т. п. Продолжительность - не более 3 месяцев. Соответствующие коды имеются в ICD-10 и в DSM-5 (с описанием клиники у взрослых)

Расстройство **«Осложненная реакция горя в младенчестве и раннем детстве» (Complicated Grief Disorder of Infancy/Early Childhood)** ставится по-

сле потери/смерти объекта привязанности при длительности состояния не менее 1 месяца. Симптомы: у младенцев при сформировавшейся привязанности - выраженные эмоциональный стресс и соматовегетативная дисрегуляция, у старших детей дополнительно - озабоченность темой смерти, идеи самообвинения. Диагноз «*Persistent Complex Bereavement Disorder*» описывает эти состояния у взрослых в ICD-10 (F43.) и в DSM-5.

Диагноз «**Реактивное расстройство привязанности**» (*Reactive Attachment Disorder*) правомочен с 9 месяцев при несформированности устойчивой во времени и по силе выраженности эмоциональной связи со взрослым (привязанности). Расстройство проявляется у детей из домов ребенка с плохими условиями, а также у детей из неблагополучных семей. В клинике, по уточненным в DC:0-5 критериям, наблюдаются парааутизм, отсутствие или сниженное стремление ребенком поиска комфорта от окружающих при дистрессе и неприятие их утешения, ограниченность позитивного аффекта с эпизодами интенсивных страхов и раздражительности. Расстройство обнаруживается не у всех детей из неблагоприятных условий и может редуцироваться при изменении социальной ситуации. Оно впервые появляется под таким же названием в ICD-10 (F94.1), а также и в DSM-5 (будучи до этого и в DSM-4).

Последняя диагностическая подрубрика в этом разделе - **Распорможенное расстройство вступления в социальные связи** (*Disinhibited Social Engagement Disorder*). Оно проявляется в нарушении поведения у части детей после длительного пренебрежительного отношения, ограничивающего формирование устойчивой привязанности. Типичны рецидивирующие попытки ухода с незнакомым взрослым без каких-либо колебаний и сомнений и (или) вступление с ним в назойливое взаимодействие («прилипчивое поведение», «сверхдружелюбность»). Диагноз отчетлив со 2 года жизни. При положительном изменении социальной ситуации синдром может сохраняться. Под сходными названиями расстройство имеется в ICD-10 (F94.2) и в DC:0-5.

В общей характеристике последней рубрики в DC:0-5 - «**Расстройства отношений**» (*Relationship Disorders*) отмечено, что исследования отношений маленького ребенка с разными ухаживающими за ним взрослыми (родителями, другими родственниками, нянями, воспитателями в детских учреждениях и др.) показали, что их качество может значительно различаться. Дети могут проявлять при общении с каким-либо одним лицом постоянные и выраженные эмоционально-поведенческие нарушения, не наблюдающиеся при взаимодействии с другими (оппозиционное поведение, агрессию, боязливость и страхи, отказы от еды, нарушения сна и т. п.). Если такие феномены вызывают одно или больше нарушений социального функционирования ребенка и (или) его семьи, то диагноз расстройства отношений будет правомочен. Начало расстройства возможно с первых месяцев жизни, продолжительность не менее одного месяца. В DSM-5 это состояние рассматривается в разделе Parent-Child Relational Problem, в ICD-10 под кодом Z62.20 (Other Specified Problems Related to Upbringing – другие специфические проблемы, относящиеся к воспитанию).

Заканчивая обзор диагностических категорий DC:0-5, остановимся на следующем. При развитии современной ранней детской психопатологии как новой

психиатрической дисциплины наличие хорошо систематизированных и подробно изложенных диагностических разработок трудно переоценить. Однако, как и всякая классификация, DC:0-5 не совершенна. Например, в ней отсутствует раздел, посвященный шизофрении, диагностика которой вполне возможна в 4-5-летнем и даже в еще более раннем возрасте. Известны заслуги отечественных детских психиатров в теоретико-практическом обосновании данного диагноза в раннем детстве как под этим же названием [8], так и в рамках атипичного детского психоза эндогенного [7]. Для целостности картины ранней детской психопатологии представлялось бы также важным включение в DC:0-5 раздела, посвященного олигофрениям - состояниям, обычно диагностируемым в первые годы жизни. Но несмотря на свою неполноту, DC:0-5, находясь в развитии, уже сейчас отличается масштабностью изложенного в ней материала и может служить хорошим диагностическим руководством. Ознакомление отечественных детских психиатров с психопатологическими аспектами DC:0-5 представляется целесообразным и продуктивным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина. 1999. 256 с.
2. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс. 1999. 0 с.
3. Кириченко Е.И. Козловская Г.В., Скобло Г.В., Бударева Л.А. Клинико-психологическое изучение детей раннего возраста с невротическими и невротоподобными нарушениями. М.: Изд-во ЦОЛИУВ Мин. здравоохранения СССР. 1992. 30 с.
4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1995. 2 с.
5. Корень Е.В. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2 (приложение). С.122-123.
6. Ремшмидт Х. Аутизм: клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем. М.: Медицина. 2003. 120 с.
7. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. Дисс. докт. мед. наук. М., 2006. 21 с.
8. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М. 194 . 131 с.
9. Скобло Г.В. Анализ первых международных классификаций нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 5 (выпуск 2). С. 4-9.
10. Скобло Г.В., Белянчикова М.А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (первое сообщение). // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002 (2). № 2. С.96-99.
11. Скобло Г.В., Белянчикова М.А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (второе сообщение). // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2003 (3). № 4. С.101 -104.

12. Скобло Г.В., Белянчикова М.А., Трушкина С.В. Диагноз «расстройства регуляции» в раннем детстве. // Мат-лы 3-его Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань. 2006. С. 95-96.

13. Скобло Г.В., Трушкина С.В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: расстройства аутистического спектра, конституциональные и резидуально-органические нарушения. (первая часть обзора). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. № 7. С.7 - 4.

14. Трушкина С.В. Стресс и его последствия у детей первых лет жизни // Современное дошкольное образование. Теория и практика. 201 . № 3 (5). С. 24-31.

15. Фесенко Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. СПб: Наука и техника. 2010. 320 с.

REFERENCES

1. Bashina V.M. Rannjaja detskaja shizofrenija (statika i dinamika). 2-e izd., pererab. i dop. M.: Medicina.19 9. 256 s.

2. Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Depressii u detej i podrostkov.M.: Shkola-Press. 1999. 0 s.

3. Kirichenko E.I. Kozlovskaja G.V., Skoblo G.V., Budareva L.A. Kliniko-psihologicheskoe izuchenie detej rannego vozrasta s nevroticheskimi i nevrozopodobnymi narushenijami. M.: Izd-vo COLIUV Min. zdravoohranenija SSSR. 19 2. 30 s.

4. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Medicina, 19 5. 2 s.

5. Koren' E.V. Klassifikacija v detskoj psihiatrii v perspektive prinjatija MKB-11 // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 2 (prilozhenie). S.122-123.

6. Remshmidt H. Autizm: klinicheskie projavlenija, prichiny i lechenie: Per. s nem. M.: Medicina. 2003. 120 s.

7. Simashkova N.V. Atipichnyj autizm v detskom vozraste. Diss. dokt. med. nauk. M., 2006. 21 s.

8. Simson T.P. Shizofrenija rannego detskogo vozrasta. M. 194 . 131 s.

9. Skoblo G.V. Analiz pervyh mezhdunarodnyh klassifikacij narushenij psihicheskogo zdorov'ja v mladenchestve i rannem detstve. // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2013. № 5 (vypusk 2). S. 4-9.

10. Skoblo G.V., Beljanchikova M.A. O mezhdunarodnoj diagnosticheskoy klassifikacii narushenij psihicheskogo zdorov'ja v pervye gody zhizni (pervoe soobshhenie). // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2002 (2). № 2. S.96-99.

11. Skoblo G.V., Beljanchikova M.A. O mezhdunarodnoj diagnosticheskoy klassifikacii narushenij psihicheskogo zdorov'ja v pervye gody zhizni (vtoroe soobshhenie). //Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2003 (3). № 4. S.101 -104.

12. Skoblo G.V., Beljanchikova M.A., Trushkina S.V. Diagnostika «rasstrojstva reguljacii» v rannem detstve. // Mat-ly 3-ego Mezhdunarodnogo kongressa «Molodoe

pokolenie HHI veka: aktual'nye problemy social'no-psihologicheskogo zdorov'ja». Kazan'. 2006. S. 95-96.

13. Skoblo G.V., Trushkina S.V. Narusheniya psichicheskogo zdorov'ja v pervye gody zhizni: rasstrojstva autisticheskogo spektra, konstitucional'nye i rezidual'no-organicheskie narusheniya. (pervaya chast' obzora). // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2016. № 7. S.7 - 4.

14. Trushkina S.V. Stress i ego posledstvija u detej pervyh let zhizni // Sovremennoe doskol'noe obrazovanie. Teorija i praktika. 201 . № 3 (5). S. 24-31.

15. Fesenko Ju.A. Pogranichnye nervno-psichicheskie rasstrojstva u detej. SPb: Nauka i tehnika. 2010. 320 s.

16. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. (DC:0-3). Washington, DC: ZERO TO THREE. Press. 1994. 393 p.

17. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition. (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE. Press. 2005. 75 p.

18. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-5). Washington, DC: ZERO TO THREE. Press. 2016. 212 p.

19. Greenspan S.I. Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges. Madison, CT: International Universities Press. 1992. 14 p.

20. Zeanah C.H.Jr. (ed): Handbook of Infant Mental Health. 3rd ED. New York London: Guilford Press. 2009. 622 p.

G.V. Skoblo

PSYCHOPATHOLOGIC ASPECTS OF INTERNATIONAL DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISORDERS IN INFANCY AND EARLY CHILDHOOD (DC:0-5)

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. In International Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-5), applicable to children under 6 years old, the axis «Clinical Disorders» is analyzed. This axis consists of diagnostic rubrics: neurodevelopmental disorders; sensory processing disorders; anxiety disorders; mood disorders; obsessive compulsive and related disorders; sleep, eating, and crying disorders; trauma, stress, and deprivation disorders; relationship disorders. Clinical parallels with diagnostic within the framework of Russian child psychiatry and new clinical data are marked.

Keywords: infancy, early childhood, classification of mental health disorders, diagnostic rubrics, clinical disorders.

**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 18.06.2021 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
