

# ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2021 (21), №4

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

Учредитель – Ассоциация  
детских психиатров  
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписка на сайте  
«Пресса России»  
<https://www.pressa-rf.ru/cat>

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

Тираж 300 экз.

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .doc на адрес: [acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.ru)

Перепечатка запрещена.  
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2021

Главный редактор

**Н.М. Иовчук**

Заместитель Главного редактора

**А.А. Северный**

**Редакционная коллегия:**

Т.А. Баилова, М.Ю. Городнова, И.А. Горьковая,  
И.В. Добряков, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,  
Н.К. Кириллина, Т.А. Куприянова, И.В. Макаров,  
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, В.С. Собкин,  
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

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

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

|                                                                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина</b><br>ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ НЕКОТОРЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ<br>СИНДРОМОВ, НАБЛЮДАЕМЫХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ<br>ПАТОЛОГИЕЙ.....                                           | 4   |
| <b>Г.Н. Шимонова, М.А. Калинина, Г.В. Козловская</b><br>ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА<br>С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....                                                 | 11  |
| <b>Е.В. Захарчук, Е.Л. Доценко, С.Х. Гаيبов</b><br>ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РИСКОМ<br>ПОВТОРНЫХ НЕПРЕДНАМЕРЕННЫХ ТРАВМ.....                                                                   | 18  |
| <b>Е.Е. Вакнин, А.Н. Султанова, П.А. Максименко</b><br>НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ<br>У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....                                | 24  |
| <b>Д.А. Солоднева, А.Г. Суханова, П.А. Побоккин</b><br>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТРЕВОЖНОСТИ<br>У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....                                                 | 32  |
| <b>ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ,<br/>ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ</b>                                                                                                                           |     |
| <b>Л.П. Кисельникова, Н.А. Сирота, М.П. Лямцева, Т.А. Добролежева</b><br>ОТ ДОМА ДО ВРАЧА: «СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ» - МЕТОД ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ<br>С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ<br>ПРИЕМУ..... | 40  |
| <b>Е.В. Булычева, О.М. Жданова</b><br>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АГРЕССИВНОГО<br>ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....                                                                      | 47  |
| <b>Н.В. Александрова, Е.С. Асмаковец, О.В. Зайцева</b><br>ПРОСВЕЩЕНИЕ ЗАМЕЩАЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ ДЕТСКОЙ<br>ПСИХИАТРИИ: ПОМОЩЬ В ВОСПИТАНИИ И ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОГО<br>СИРОТСТВА.....                            | 59  |
| <b>Г.В. Валеева, А.И. Коробченко, П.В. Меньшиков, М.Р. Арпентьева</b><br>СУБЪЕКТНОСТЬ УЧАСТНИКОВ ВУЗОВСКОГО ИНКЛЮЗИВНОГО<br>НЕЙРООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.....                                                        | 67  |
| <b>ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ</b>                                                                                                                                                               |     |
| <b>Ю.В. Зыкова</b><br>ПРОБЛЕМА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ.....                                                                                                                                                  | 76  |
| <b>Е.Ю. Шакун, Е.В. Фадеева</b><br>ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР: ОБЗОР РОССИЙСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ<br>(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....                                                                                           | 86  |
| <b>В.М. Ганузин</b><br>АНАЛИЗ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИХ<br>В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ: РЯДОВЫЕ ШКОЛЬНЫХ ВОЙН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....                                                                     | 99  |
| <b>С.В. Трушкина</b><br>РОССИЙСКИЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО<br>РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.....                                                                                                  | 111 |
| <b>ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ</b>                                                                                                                                                                     |     |
| <b>С.В. Гречаный</b><br>Рецензия на руководство для врачей «Детская шизофрения».....                                                                                                                                   | 121 |
| <b>ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....</b>                                                                                                                                                                          | 124 |

## **CONTENTS**

### **PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS**

**N.E. Kravchenko, O.A. Suetina**

FEATURES OF THE DYNAMICS OF SOME PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES  
OBSERVED IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM CANCER..... 4

**G.N. Shimonova, M.A. Kalinina, G.V. Kozlovskaya**

FEATURES OF NEUROLOGICAL DISTURBANCES IN YOUNG CHILDREN WITH AUTISM  
SPECTRUM DISORDERS..... 11

**E.V. Zakharchuk, E.L.Dotsenko, S H. Gaibov**

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AT RISK  
OF UNINTENTIONAL RE-INJURIES..... 18

**E.E. Vaknin, A.N. Sultanova, P.A. Maksimenko**

NEUROPSYCHOLOGICAL STUDIES OF GNOTIC PROCESSES IN CHILDREN  
WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS OF VARIOUS DEGREES OF SEVERITY..... 24

**D.A. Solodneva, A.G. Suhanova, P.A. Pobokin**

EATURES OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ANXIETY IN FIRST COURSE  
STUDENTS OF A MEDICAL UNIVERSITY..... 32

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

**L.P. Kiselnikova, N.A.Sirota, M.P. Lyamtseva, T.A. Dobrolezheva**

FROM HOME TO DOCTOR: A SOCIAL HISTORY – A METHOD OF PREPARING  
CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER FOR A DENTAL APPOINTMENT..... 40

**E.V. Bulycheva, O.M. Zhdanova**

PSYCHOLOGICAL PREDICTORS FOR THE FORMATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR  
IN SENIOR SCHOOL AGE STUDENTS..... 47

**N.V. Alexandrova, E.S. Asmakovets, O.V. Zaitseva**

EDUCATION OF SUBSTITUTE PARENTS IN THE FIELD OF CHILD PSYCHIATRY:  
ASSISTANCE IN UPBRINGING AND PREVENTION OF SECONDARY ORPHANITY..... 59

**G.V. Valeeva, A.I. Korobchenko, P.V. Menshikov, M.R. Arpentieva**

AGENCY OF PARTICIPANTS OF THE INCLUSIVE NEURO-EDUCATIONAL PROCESS  
IN THE UNIVERSITY..... 67

### **LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHTERIALS**

**Yu.V. Zyкова**

THE PROBLEM OF INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS (LITERATURE REVIEW)..... 76

**E.U. Shakun, E.V. Fadeeva**

COMPUTER GAME ADDICTION: OVERVIEW OF RUSSIAN STUDIES..... 86

**V.M. Ganuzin**

ANALYSIS OF PSYCHOTRAMMATING FACTORS NEGATIVELY AFFECTING SCHOOL  
AGE: PRINCIPAL SCHOOL WARS (LITERATURE REVIEW)..... 99

**S.V. Trushkina**

RUSSIAN AND FOREIGN APPROACHES TO DIAGNOSTICS OF MENTAL  
DEVELOPMENT IN EARLY AGE..... 111

**THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122**

**Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина**

**ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ НЕКОТОРЫХ  
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, НАБЛЮДАЕМЫХ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

*Резюме.* В статье обсуждаются особенности развития психопатологических симптомокомплексов и состояний при онкологических заболеваниях у детей и подростков, которые могут наблюдаться на разных этапах онкологического процесса.

*Ключевые слова:* психоонкология, онкопедиатрия, психопатологические синдромы, дети и подростки.

Проблема психических расстройств при онкологическом процессе у детей и подростков является одной из обсуждаемых и недостаточно изученных в современной отечественной психиатрии. Между тем, по нашим многолетним наблюдениям, спектр психических нарушений, выявляющихся при этой патологии, достаточно широк и включает разнообразные психопатологические категории. В этом ряду имеют место нарушения как легких, так и более тяжелых регистров. Развитие сопутствующего онкологическому процессу психических расстройств обусловлено сочетанием разных причин (психогенных, соматогенных, токсических, наследственно-конституциональных и т. п.). При анализе факторов, определяющих возникновение психических нарушений у этого контингента больных, прежде всего, необходимо учитывать собственно психогенное воздействие тяжелого заболевания. Кроме того, нельзя исключать и то обстоятельство, что сопровождающая онкологический процесс интоксикация может неблагоприятно воздействовать на головной мозг. Негативным оказывается и влияние неизбежных побочных эффектов специфического лечения (высокодозная химиотерапия, полихимиотерапия, сочетание лучевого и химиотерапевтического способов воздействия, гормональная терапия), следствием которого оказываются токсические поражения центральной нервной системы. Онкологическому процессу у детей и подростков также могут сопутствовать различные имеющиеся до начала злокачественного заболевания психические нарушения.

При изучении этих аспектов проблемы необходимо отметить чрезвычайную значимость возрастной специфики расстройств, ведь характерный спектр психической патологии у несовершеннолетних больных может быть иным, чем у взрослых.

Таким образом, анализ клинико-динамических особенностей психопатологических состояний с целью создания в дальнейшем унифицированного перечня психопатологических синдромов, наблюдаемых у этой категории больных, представляется актуальным.

**Цель** настоящей работы – уточнение и описание динамики некоторых ти-

пичных психопатологических синдромов и состояний, развивающихся на фоне онкологического заболевания и специфической терапии у детей и подростков.

**Материал и методы.** Клинико-психопатологическим методом обследованы дети и подростки с онкологической патологией, наблюдающиеся в НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» и отделениях онкологии и гематологии Морозовской ДГКБ ДЗМ (более 250 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет).

**Результаты.** Сразу подчеркнем, что, обобщая многолетний опыт в процессе анализа клинических случаев в нашем материале, мы опирались на учение классической отечественной психиатрической школы, т. е. на представление о синдроме как о едином целом, единице общей психопатологии [5, 6].

Также необходимо отметить, что до выявления онкологического заболевания подавляющая часть детей и подростков не обращалась за помощью к психиатрам, т. е. состояния, отнесенные нами к нарушениям психического здоровья, впервые возникли на фоне тяжелого соматического недуга. В этом сообщении более подробно мы остановимся на особенностях становления и развития некоторых относительно часто встречающихся в онкопедиатрической практике психопатологических состояний и симптомокомплексов.

Наиболее распространенными, выявлявшимися у всех пациентов с онкогематологическими заболеваниями, а также у подавляющего большинства больных с солидными опухолями, были симптомы астении. Как справедливо отмечается в научных изысканиях, астенический симптомокомплекс представляет собой один из наиболее частых типов соматогений [4]. Являясь неспецифическим, он не относится к категории собственно психопатологических, т. к. может наблюдаться в клинике как психических, так и разных соматических заболеваний – инфекционных, терапевтических, неврологических и т. д. Этот синдром включает в себя физическую и психическую астению. Чем значительнее выражена психическая составляющая синдрома, тем ближе расстройство к группе психопатологических [6]. Так, развитие астенического симптомокомплекса имеет свои особенности, которые заключаются в изменении соотношения компонентов синдрома в процессе его становления. Подобная динамика астении наблюдалась у всех онкогематологических больных. Астенические расстройства возникали у них, как правило, задолго (за несколько месяцев) до установления онкогематологического диагноза. В продроме и на начальных стадиях онкологического процесса преобладали явления физической астении (слабость, утомляемость, замедленное восстановление сил, повышенная потребность в отдыхе и сне, непреходящее чувство усталости). В дальнейшем, в ходе специфического противоопухолевого лечения можно было отметить постепенное изменение картины астении – умеренную редукцию симптомов физической слабости и появление в структуре астенического синдрома признаков психической астении (метеозависимость, трудности концентрации внимания после непродолжительного интеллектуального напряжения, явления раздражительной слабости, эмоциональная лабильность, интеллектуальная истощаемость, трудности запоминания). Данная симптоматика сохранялась в течение нескольких лет и после окончания противоопухолевого лечения: снижалась выносливость к

обычным нагрузкам, школьники отмечали проблемы с запоминанием, концентрацией внимания, нуждались в щадящем режиме обучения. В дальнейшем, по мере восстановления после проведенного лечения, наблюдалось постепенное уменьшение выраженности астенического симптомокомплекса, при этом темп редукции признаков психической астении по сравнению с проявлениями физической слабости был более медленным. Таким образом, происходило постепенное становление органического астенического психического расстройства. Сформировавшиеся органические психические расстройства разной степени выраженности (от легких астенических до выраженных психорганических нарушений, включающих триаду Х. Вальтера-Бюэля – со снижением памяти, ослаблением продуктивности интеллектуальной деятельности, изменением аффективности и включением в некоторых случаях очаговых неврологических симптомов) наблюдались обычно уже на завершающем специфическое лечение этапе. Тяжесть этих органических синдромов во многом определялась факторами, участвующими в их генезе: зависела от возраста больных, наличия в преморбиде резидуально-органической патологии, продолжительности и характера химиотерапии, сочетания химиотерапии с краниальным облучением. В последующем у большинства больных наблюдалось регрессирующее течение органического расстройства с постепенной редукцией компонентов синдрома до минимально выраженных.

В тех же случаях, когда имело место сочетание нескольких повреждающих факторов – нейротоксического воздействия химиотерапевтического лечения, краниального облучения у больных с изначально имеющейся резидуально-органической недостаточностью (в связи с перинатальной патологией, ЧМТ или последствиями интоксикации из-за наркоза при хирургических вмешательствах) – клинические проявления психического расстройства квалифицировались как психоорганические. У ряда детей могли отмечаться нарушения интеллекта (пограничная интеллектуальная недостаточность, легкая умственная отсталость), т. к. этап агрессивного противоопухолевого лечения приходился на возраст до трех лет, выделяемый многими авторами как наиболее уязвимый к неблагоприятным воздействиям. Некоторые особенности психоорганического синдрома зависели от возраста его формирования, в частности, у детей до 4-5 лет преобладали признаки задержанного психоречевого развития (замедление темпов становления речи, снижение уровня речевой активности, невысокая познавательная активность).

Таким образом, наблюдалось изменение структуры астенического симптомокомплекса: сначала преобладала физическая астения, психический компонент в структуре синдрома отсутствовал, либо проявления его были минимальны, позже соотношение элементов синдрома становилось иным – психический радикал астенического синдрома оказывался ведущим, а проявления физической слабости отступали на второй план. Основным повреждающим фактором, приводящим к формированию подобного органического астенического расстройства (с нашей точки зрения), является агрессивное противоопухолевое лечение. Не исключено, что и при других тяжелых соматических заболеваниях динамика астенического синдрома похожа, но это предположение требует до-

полнительных исследований. Большинство пациентов, у которых наблюдались легкие органические симптомы, можно отнести к категории психически больных с известной долей условности, т. к. они не страдали собственно душевным заболеванием и могли получать необходимую лечебную помощь у невролога.

Как известно, в рамках одного психопатологического состояния одни расстройства могут быть коморбидны по отношению к другим в структуре синдрома. Психические расстройства при онкопедиатрических заболеваниях не являются исключением. В детской онкологии, о чем мы писали в наших предыдущих сообщениях [3], наиболее типичным проявлением нарушений психического здоровья являются расстройства адаптации. Нужно иметь в виду, что тяжелые астенические расстройства, когда превалирует физический компонент астении, могут замедлять или маскировать симптомы расстройств адаптации, поэтому они не сразу становятся очевидными. Когда по мере лечения признаки физической астении отступают, а органический астенический симптомокомплекс еще не сформирован, психогенные симптомы выступают на первый план в клинической картине. Их генез обусловлен прежде всего тяжелой стрессовой ситуацией, а происхождение психогенных симптомокомплексов «психологически обосновано». Как мы отмечали в предыдущих сообщениях, значимость того или иного психотравмирующего стимула в череде психогенных обстоятельств определяется возрастом больных, а возрастную модификацию картины психогенных синдромов можно соотнести со сменой по мере взросления «уровней патологического нервно-психического реагирования» [2].

Динамика психогенных тревожно-фобических симптомокомплексов, типичных для детского возраста (дошкольного и младшего школьного), также предполагает свои характерные особенности. В начале становления психогенного образования отмечался комплекс «больничных» страхов – психологически мотивированных, возникающих в ответ на обследование и различные, часто болезненные медицинские манипуляции, отрыв от матери. По психологической сути они были близки к обычным непатологическим страхам маленьких детей – страхам темноты, незнакомых людей и предметов, одиночества. В дальнейшем наблюдался процесс «невротизации» – тревожно-фобические реакции как бы «отрывались» от ситуации и превращались в привычную, стереотипную форму реагирования: любая, даже знакомая и безболезненная манипуляция, встреча с врачом, медперсоналом провоцировала чрезмерно громкий крик, плач, протестное истеро-демонстративное поведение. (Характерные для детей дошкольного возраста эти реакции могут наблюдаться и у более взрослых – у младших школьников в тех случаях, когда психогенное состояние включало отчетливые признаки регресса – появление сюсюкающей речи, детских интонаций, хныканья, просьб «взять на ручки»). Как правило, у младших школьников подобные тревожно-фобические реакции возникают на фоне лабильного или нерезко сниженного настроения, характерными являются нестойкость, приступообразность их появления и постепенная редукция. Наибольшая выраженность тревожных, тревожно-фобических расстройств и ситуативных страхов имела место на начальных этапах пребывания в больнице, в дальнейшем, по мере увеличения продолжительности госпитализации, постепенного «привыкания» к ситуа-

ции длительного лечения, обычно происходило ослабление симптомов тревоги, уровень которой снижался наряду с другими сопровождающими симптомами (расстройствами поведения и страхами). Реже у детей с тревожными чертами характера тревожно-фобическая симптоматика могла сохраняться надолго в виде нестойких, неоформленных проявлений беспокойства и фиксации на ситуациях, связанных с неприятными лечебными процедурами.

Таким образом, базисным расстройством, поддерживающим у детей персистирование психогенной психопатологической симптоматики, являлась тревога.

У подростков ключевым расстройством, на фоне которого могли выявляться те или иные психопатологические феномены (страхи, нарушения поведения, эпизоды тревоги и т. п.), выступал неглубокий, но отчетливо сниженный фон настроения. Клиническое оформление психогенного синдрома во многом определялось «ресурсами личности» – особенностями характерологического склада. В одних случаях можно было отметить усиление замкнутости, углубление сенситивности, ранимости, развитие тревожно-ипохондрических опасений, в других – отрицание проблем и нежелание строить жизнь в зависимости от состояния здоровья, активный протест с агрессией, аутоагрессией, расстройствами поведения. Как правило, психогенные состояния обходились в течение 1-2 месяцев.

Наряду с подобными психогенными реакциями у подростков иногда можно было наблюдать феномен «эндогенизации депрессии». В таких случаях в картине депрессивного состояния сочетались черты реактивного и эндореактивного. Они развивались у некоторых больных, поступающих в онкологические отделения в связи с рецидивом. Подростки, не имеющие признаков психической патологии до развития злокачественного заболевания, осознавали опасность соматического недуга, психогенная депрессия с характерной «центрированностью» переживаний, постепенно утяжелялась и «эндогенизировалась» – появлялся эндогенный циркадный ритм, элементы витальности и депрессивной дереализации, однако содержание переживаний оставалось психореактивным. Если противоопухолевое лечение таких больных завершалось успешно, депрессивные проявления могли полностью редуцироваться. Таким образом, при эндогенизации депрессии речь идет о трансформации относительно нетяжелых психогенных депрессивных расстройств в более тяжелый аффективный синдром с большей глубиной поражения психической деятельности. Не исключено, что подобная модификация отражает некий общий закон формирования психогенных аффективных психопатологических синдромов и возможной динамики этих состояний при тяжелой соматической патологии.

Другой реактивный депрессивный симптомокомплекс, который приходилось иногда наблюдать в клинической практике, был синдром «отставленной» психогенной реакции. В таких случаях реакция, – неглубокая, непродолжительная, с психогенным содержанием, – отмечалась у старших подростков, которые в младенческом или раннем дошкольном возрасте перенесли онкологическое заболевание. При повторном катamnестическом обследовании у онкологов смертельная опасность уже миновавшей болезни осознавалась подростками и приводила к отставленному отреагированию – развитию психогенной депрессии.

Другим своеобразным феноменом, наблюдаемым у детей с онкологической патологией, был синдром нарушений пищевого поведения, формирование которого происходило постепенно. Изменение модуса пищевого поведения возникало после редукции симптомов мукозита (воспаления слизистой рта, частого осложнения высокодозной полихимиотерапии), во время которого дети обычно плохо едят, иногда отказываются от еды из-за выраженных болевых ощущений, тошноты, рвоты. Однако после купирования проявлений мукозита пищевое поведение большинства детей нормализуется. В некоторых случаях (у больных с тревожно-демонстративными чертами) формировался аноректический симптомокомплекс – с полным отказом от еды и питья. Стержневым переживанием этих пациентов являлся страх (глотания, дефекации, рвоты). Маленькие дети фиксировались на переживании появлявшейся во время еды боли, которая выступала как фактор тяжелого психоэмоционального стресса [1]. Подростки пытались избежать вызывающей страх часто повторяющейся рвоты, возникающей по механизму индукции – тотчас или вскоре после приема пищи (при этом тип и количество пищи не имеют значения). Несмотря на исчезновение собственно вызвавшего соматогению фактора (мукозита), разрешения аноректического симптомокомплекса не происходило – сохранялись жалобы на тошноту, рвоту, боли (вернее опасения их повторения). Поведение больного ребенка определяется в таких случаях психогенной симптоматикой, а не актуальным состоянием соматического здоровья. Избегающее поведение при подобной нозогенной реакции является ведущим психологическим защитным механизмом. Непонимание психогенного происхождения этого состояния может приводить к избыточным и не нужным медицинским манипуляциям (наложении стомы, введении назогастрального зонда) в связи с ошибочным суждением о наличии у таких больных опасных осложнений полихимиотерапии (парез кишечника, динамическая непроходимость).

**Выводы.** Подводя итог, можно заключить, что у детей и подростков с онкологической патологией имеется ряд «своих» психопатологических симптомокомплексов, для которых характерны присущие им клинико-динамические особенности; для разных возрастных групп существуют типичные именно для данного возраста психопатологические состояния; правильная и своевременная диагностика этих симптомокомплексов позволяет избегать ошибок в оценке актуального соматического статуса и назначать адекватную терапию этому контингенту больных.

Несомненно, что предложенный перечень состояний не следует рассматривать как исчерпывающий, т. к. в процессе продолжающегося исследования возможно уточнение и описание новых симптомокомплексов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1/ Клипинина Н.В. Некоторые особенности восприятия и переживания боли детьми: взгляд психолога // Русский медицинский журнал. Спецвыпуск «Мать и дитя. Педиатрия» 2007, № 15, С. 3-7.

2 Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.

3 Кравченко Н.Е., Сутина О.А. Психические расстройства в онкопедиат-

рической практике, их диагностика и курация // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2021 (21), № 3. С 47-53.

4. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Астения и коморбидные психические расстройства // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. 4. С. 4-7.

5. Снежневский А.В. Шизофрения. Клиника и патогенез / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1969. С. 5-28.

6. Тиганов А.С. Общая психопатология: Курс лекций. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 184 с.

#### REFERENCES

1/ Klipinina N.V. Nekotorye osobennosti vosprijatija i perezhivanija boli det'mi: vzgljad psihologa // Russkij medicinskij zhurnal. Specvypusk «Mat' i detja. Pediatrija» 2007, № 15, S. 3-7.

2 Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.

3 Kravchenko N.E., Suetina O.A. Psihicheskie rasstrojstva v onkopediatricheskoj praktike, ih diagnostika i kuracija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i подростков, 2021 (21), № 3. S 47-53.

4. Smulevich A.B., Dubnickaja Je.B. Astenija i komorbidnye psihicheskie rasstrojstva // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. 2009. 4. S. 4-7.

5. Snezhnevskij A.V. Shizofrenija. Klinika i patogenez / Pod red. A.V. Snezhnevskogo. М.: Медицина, 1969. S. 5-28.

6. Tiganov A.S. Obshhaja psihopatologija: Kurs lekciij. М.: ООО «Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2016. 184 s.

**N.E. Kravchenko, O.A. Suetina**

#### **FEATURES OF THE DYNAMICS OF SOME PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES OBSERVED IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM CANCER**

**FSBSI «Mental Health Research Centre» (Moscow).**

**Summary.** The article discusses the features of the development of psychopathological symptom complexes and conditions in oncological diseases in children and adolescents observed at different stages of the oncological process.

**Keywords.** psychooncology, pediatric oncology, psychopathological syndromes, children and adolescents.

---

**Г.Н. Шимонова, М.А. Калинина, Г.В. Козловская**  
**ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ**  
**У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ**  
**АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

**Резюме.** Двигательные дисфункции обычно обнаруживаются у детей с нарушениями психического развития. Эти отклонения в развитии произвольного контроля моторных навыков, включающие скорость и координацию движений, а также отдельные симптомы, относимые к так называемым «мягким или нелокализованным неврологическим знакам» (ННЗ). ННЗ - это двигательные и сенсорные состояния, которые не связаны с конкретными церебральными поражениями. В настоящей статье анализируется прогностическая значимость моторных нарушений на начальных этапах заболевания детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС). В течение 3 лет прослежены 120 детей с РАС и описаны неврологические нарушения и их динамика, свойственная РАС. Выделены специфические типы моторно-двигательных расстройств при РАС.

**Ключевые слова:** аутизм; раннее детство; мягкие (нелокализованные) неврологические знаки.

Как показывают данные литературы, двигательные нарушения, в частности кататонические симптомы, в настоящее время рассматриваются в качестве важных прогностических признаков психических нарушений [1, 3, 16, 17]. Близкими к кататоническим, но не идентичными им, являются мягкие или «нелокализованные неврологические знаки» (ННЗ).

Термин ННЗ впервые был использован в 1940-х годах для описания недиагностических аномалий и неврологических заболеваний при обследовании детей с шизофренией. ННЗ определяются как незначительные отклонения при неврологическом обследовании при отсутствии других фиксированных или преходящих признаков неврологического расстройства. Они отражают трудности в области координации, двигательных, сенсорных и интегративных функций.

Преимущественно эти симптомы свойственны шизофрении, расстройствам шизофренического спектра. Эти симптомы обнаруживались еще в донейролептическую эру, хотя ряд исследователей относили их к побочным эффектам применения нейролептических средств. Однако, эти симптомы выявляют как у пациентов, так и их здоровых родственников [9, 11]. Большинство исследований посвящено изучению взрослых больных, в то время как при различных психических нарушениях детского возраста также выявляются ННЗ. ННЗ - это двигательные и сенсорные состояния, которые не связаны с конкретными церебральными поражениями. Сохранение ННЗ в более позднем детстве и подростковом возрасте связано с повышенным риском психических расстройств. Это открытие подтверждает модель нервного развития ННЗ, в которой незначительные неврологические нарушения могут рассматриваться как потенциальные признаки девиантного развития мозга и могут представлять собой маркеры при-

знаков уязвимости к нарушениям развития нервной системы. Их нередко рассматривают как признаки незрелости нервной системы, выраженность которых постепенно уменьшается к подростковому возрасту [8].

Одной из сложных проблем современной психиатрии является синдром детского аутизма. Исследования показывают, что помимо основных клинических проявлений при расстройствах аутистического спектра (РАС) отмечаются сопутствующие нарушения, основными из которых являются неврологические симптомы [9, 10, 11, 13-15]. К ним относятся расстройства двигательных навыков и праксиса, экспрессивных моторных навыков, а также тики, эпилепсия. Часто проявлениям аутизма, даже при отсутствии явных нарушений поведения, предшествует появление ННЗ. Исследователи рассматривают ННЗ как недостаточность подкорковых структур головного мозга, описанные в работах В. Fish, S. Mednick и др., и незавершенность процессов миелинизации нервной системы [7, 9, 13]. По мнению В.В. Колпакова [12], они относятся к микрокататоническим стигмам и являются предшественниками болезни, маркерами шизофрении. Данные моторные нарушения описаны также в работах Г.В. Козловской и А.В. Горюновой [1, 4], А. Meyer-Lindenberg и других современных авторов [6, 10, 11, 15-17].

**Целью исследования** являлось изучение прогностического значения «не локализованных» неврологических знаков (ННЗ) для детей раннего возраста с РАС и их динамики, начиная с раннего возраста.

**Материал и методы.** Под динамическим наблюдением свыше трех лет и более находились 120 детей в возрасте от 2 мес. до 3 лет жизни (90 мальчиков и 30 девочек).

В обследовании были использованы клинические методы: анамнестический, клинко-психопатологический, неврологический, вегетологический, педиатрический, а также психологический, статистический. По показаниям применялись ЭЭГ, R-графия черепа, КТ черепа, МРТ головного мозга, исследование глазного дна и др.

Клинические методы включали сбор и анализ анамнестических данных, которые проводились по разработанным в педиатрии, неврологии и психиатрии схемам, анкетам и опросникам.

Педиатрическое обследование включало исследование соматического статуса детей и младенцев и, в случае необходимости, дополнялось соответствующими лабораторными и инструментальными исследованиями.

Неврологический статус младенца исследовался по общепринятой методике, в которой учитывались показатели моторного развития и неврологические симптомы, характерные для перинатального поражения ЦНС. Также отмечались ННЗ [1, 3, 4].

Исследование психической сферы ребенка осуществлялось психопатологическим методом в соответствии с критериями, представленными в МКБ-10, шкалой CARS. В связи с трудностью диагностики психических заболеваний у детей раннего возраста при постепенном их развитии, и стертой границей между преморбидом и инициальным периодом болезни оценка состояния проводилась в каждом случае в динамике для уточнения квалификации состояния. Также для оценки психического онтогенеза была использована методика

«ГНОМ» (психодиагностический тест отклонений психического развития детей раннего возраста [5]). Методика позволяет по пяти основным психофизическим сферам (сенсорной, моторной, эмоционально-волевой, познавательной и поведенческой) вычислить коэффициент психического развития (КПР) в баллах (норма от 90 до 110 баллов).

**Результаты.** Анализ анамнестических данных показал, что во время беременности у 80,0% матерей детей с РАС отмечались токсикозы первой половины; в 30,0% случаев наблюдались токсикозы второй половины беременности и угроза прерывания беременности. У 20% беременных возникали обострения соматических заболеваний: анемия, пиелонефрит, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, ЖКТ, ВСД. Патологические роды, к числу которых были отнесены стремительные и затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, оказание акушерских пособий, оперативные роды, встречались в 25%. Вместе с тем, несмотря на гестозы, патологические роды, осложнённые асфиксией плода, отмечалась всего в 10,0%, а низкая масса тела при рождении (от 2340 до 2900 г) и морфофункциональная незрелость выявлялись в 15,0% случаев.

Психофизический статус детей отобранной когорты в младенчестве квалифицировался в рамках специфического развития по типу «шизотипического диатеза» с симптомами нерегулярности развития психических функций по типу дисрегуляторности, дисгармонии, дефицитарности и диссоциации [4], выраженных у каждого конкретного больного в разной степени.

В соматическом статусе у 70,0% детей отмечались специфические дисплазии (особенно разнообразные в области черепа) – брахицефалия и долихоцефалия, эпикантус, готическое нёбо, оттопыренные, мягкие уши, множественные макушки, низкий рост волос, торчащие волосы, неправильный рост зубов. Выявлялись стигмы соединительно-тканной дисплазии: гиперэластичность кожи, гипермобильность суставов, диастаз прямых мышц живота, грыжи, кардиопатии, чаще в форме малых аномалий развития сердца (МАРС) и др. [2].

В ходе динамического неврологического обследования у детей выявлялись с различной частотой, и имели разное течение, синдромы гипоксической энцефалопатии. Синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости (СПНРВ) проявлялся общим беспокойством, вздрагиванием, нарушением цикла «сон-бодрствование», оживлением периферических рефлексов. Симптомы СПНРВ появлялись после 3 месяцев жизни, и в дальнейшем, к 6 месяцам и далее, трансформировались в выраженные нарушения сна (ночные крики, бессонница, ночные бдения, ночная еда, ночной террор, страхи и паника в просоночных состояниях и др.). Нарушения биоритма «сон-бодрствование» сохранялись длительное время, до возраста 1 года и старше. Перечисленные протопатические вегетативные дисфункции сопровождались яркими вегетативно-висцеральными проявлениями: гиперемия или бледность лица, пятнистый дермографизм, обильный гипергидроз, частое мочеиспускание, тахикардия и др. Выявлялась выраженная сенсорная гиперчувствительность – кожная, слуховая, кончиков пальцев, негативизм к пеленанию, купанию, стрижке волос, ногтей. У 25,0% детей до 3 месяцев жизни диагностировали гидроцефальный синдром (ГС), сим-

птомы которого были выражены умеренно и к 6 месяцам уменьшались, что свидетельствовало о функциональном характере внутричерепной гипертензии. Синдром вегетативно-висцеральных нарушений (СВВН) проявлялся характерными сосудистыми пятнами, преходящим цианозом, гипергидрозом кистей стоп, расстройствами терморегуляции, желудочно-кишечными дисфункциями со срыгиванием, повышением перистальтики кишечника, урчанием, метеоризмом, запорами, жидким стулом. Кроме того, отмечалась лабильность частоты сердечных сокращений (аритмия, тахикардия) и дыхательной системы (апноэ, глубокие вдохи). Следует отметить, что нарушения ЖКТ, сердечно-сосудистой и дыхательной систем сохранялись длительное время и были связаны с психическим состоянием ребенка.

Особое место занимали синдромы двигательных нарушений (СДН). У 40,0% детей отмечалась задержка моторного развития: позднее календарного срока они переворачивались, садились и начинали ходить. СДН включали нарушение гармонии движений, повышение или снижение двигательной активности. В 100,0% случаев выявлялись ННЗ. Это были расстройства в системе иннервации зрения (медленные толчкообразные движения глазных яблок при прослеживании, недостаточность содружественных движений глаз, возможность изолированного движения глазного яблока, застывание зрения – эквивалент приступа Клооса), рефлекс орального автоматизма, орофациальные гиперкинезы, нарушение мимики, гипомимия, парамимии. Нарушения общей моторики включали вычурные движения пальцами рук (хореоатетоз) позже нормативного возраста, а также изменения мышечного тонуса в виде мышечной гипотонии, или преходящей гипертонии с проявлениями дистонии, пластической гипертонии мышц, симптомов восковой гибкости, рекурвацией в суставах, в более поздние сроки – симптом балерины (ходьба на носочках), множество стереотипий: маневный и челночный бег, ходьба вразвалку, нагнув спину («уткой»), разбрасывая ноги, симптом крыльев и т. п. [4, 6, 12].

Динамика аутистических расстройств у детей отобранной когорты была различной. Общей особенностью для всех детей была эмоциональная дефицитарность, выраженная в разной степени, относительная бедность звукового репертуара на доречевом этапе развития. Собственно аутистические нарушения у большей части детей возникали по регрессивному типу, чаще в возрасте от 1 до 2,5-3 лет. В этот период отмечался манифест аутистических, аффективных, регрессивно-кататонических симптомов, сохранявшихся на фоне ретардации психоречевого развития. К возрасту 3-4 лет у одних детей наблюдалась достаточно яркая картина аутистических нарушений, у других появлялась тенденция к регрессиентности состояния.

Следует отметить, что выраженность ННЗ (как знаков, не имеющих конкретной топической представленности в тканях мозга), зависела от психического состояния ребенка. Они то редуцировались, то становились настолько интенсивными, что приводили к неврологической гипердиагностике в виде заключений о наличии детского церебрального паралича у ребенка, особенно при стойкости симптома балерины или особой вычурности походки. Наблюдение за динамикой ННЗ показало, что их интенсивность особенно ярко проявляется в пе-

риод обострения психического заболевания, а при послаблении клинической картины (наступлении ремиссии), они редуцируются, но могут сохраняться в состоянии риска болезни при практическом здоровье [4].

При проведении психодиагностической методики «ГНОМ» и определения коэффициента психического развития (КПР) он мог быть в пределах как ниже 80, так и выше 110 баллов [5]. Оценка выраженности аутистических нарушений по шкале CARS варьировала от легкой степени (15 баллов) нарушений до тяжелой (48 баллов).

К концу раннего детского возраста наблюдаемые случаи распределились по нозологическим формам и шифрам МКБ-10. Детский аутизм (F84.0) составил 3%, детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга (F84.01) – 15%, детский аутизм вследствие других причин, или инфантильный психоз (F84.02) – 40%, атипичный аутизм с умственной отсталостью (F84.11) – 11%, атипичный аутизм без умственной отсталости (F84.12) – 12%, синдром Ретта (F84.2) – 1%, синдром Аспергера (F84.5) – 2% и, наконец, другие общие расстройства развития (F84.8) – 16% (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение детей с РАС в возрасте 3-4 лет по диагнозам МКБ-10

| Диагноз<br>Пол | F84.0<br>(%) | F84.01<br>(%) | F84.02<br>(%) | F84.11<br>(%) | F84.12<br>(%) | F84.2<br>(%) | F84.5<br>(%) | F84.8<br>(%) | Всего<br>(%) |
|----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| мальчики       | 3            | 12            | 24            | 10            | 8             | 0            | 2            | 9            | 68           |
| девочки        | 0            | 3             | 16            | 1             | 4             | 1            | 0            | 7            | 32           |
| Всего          | 3            | 15            | 40            | 11            | 12            | 1            | 2            | 16           | 100          |

**Обсуждение и выводы.** В настоящем исследовании проспективно на протяжении 3-4 лет наблюдались дети с формирующимися аутистическими расстройствами. Отклонения наблюдались с первых месяцев беременности, продолжались в течение родов, однако гипоксически-ишемические поражения ЦНС составляли лишь 10% случаев, а морфофункциональная незрелость – 15%. В то же время раннее развитие детей сопровождалось соматовегетативными нарушениями, выявлялись дизэмбриогенетические стигмы (МАРС).

С раннего возраста выявлялись двигательные нарушения в виде отдельных симптомов так называемых «мягких» неврологических знаков». Распределение в когорте по полу было с превышением мальчиков по сравнению с девочками (2:1). У всех обследованных детей эти симптомы выявлялись с первого года жизни, что можно было расценить как наличие определенных неврологических стигм эндогенного круга, что соответствует мнению ряда зарубежных авторов [14, 15]. В то же время наблюдение показало, что в случаях развития аутистических нарушений в виде инфантильного психоза отмечается расширение спектра неврологической симптоматики: присоединение отчетливых экстрапирамидных нарушений, вегетативной лабильности и др. В случаях редукции психопатологической симптоматики круг неврологических нарушений также сужался, аномальные неврологические знаки сохранялись в редуцированном виде. Похожая динамика ННЗ отмечается отдельными авторами [16, 17], а тяжесть симптоматики также коррелирует с остротой психопатологической симптоматики.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что ННЗ могут являться как стигмами предрасположенности к эндогенным расстройствам, так и клиническими маркерами психического заболевания (типичного, атипичного аутизма). Дальнейшая динамика этих симптомов может быть прослежена в последующих проспективных и катамнестических исследованиях.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1995. 44 с.
2. Калинина М.А., Котляров В.Л., Козловская Г.В., Баз Л.Л., Крылатова Т.А. Особенности психических расстройств у детей с малыми аномалиями развития и нарушениями ритма сердца // Психиатрия. 2016. № 04 (68). С. 12–18.
3. Калинина М.А., Шимонова Г.Н. Неврологические особенности у детей группы риска по шизофрении в проспективной динамике и катамнезе // Матлы науч.-практ. конф. «Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии»: Тула, 2011. С. 201–207.
4. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста: дисс.... докт. мед. наук. М., 1995. 283 с.
5. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Психодиагностический тест «Гном» для определения уровня психического развития детей раннего возраста. 3-е изд. исправ. и доп. М., 2017. 118 с.
6. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология. Том 1-2. М.: Теревинф, 2018. 288 с.

#### REFERENCES

1. Gorjunova A.V. Nevrologicheskie predshestvenniki i markery predraspolozhennosti k shizofrenii: Avtoref. dis. dokt. med. nauk. M., 1995. 44 s.
2. Kalinina M.A., Kotljarov V.L., Kozlovskaja G.V., Baz L.L., Krylatova T.A. Osobennosti psichicheskikh rasstrojstv u detej s malymi anomalijami razvitija i narushenijami ritma serdca // Psihiatrija. 2016. № 04 (68). S. 12–18.
3. Kalinina M.A., Shimonova G.N. Nevrologicheskie osobennosti u detej gruppy riska po shizofrenii v prospektivnoj dinamike i katamneze // Mat'ly nauch.-prakt. konf. «Prioritetnye napravlenija ohrany zdorov'ja rebenka v nevrologii i psihiatrii»: Tula, 2011. S. 201–207.
4. Kozlovskaja G.V. Psichicheskie narushenija u detej rannego vozrasta: diss.... dokt. med. nauk. M., 1995. 283 s.
5. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Gorjunova A.V. Psihodiagnosticheskiy test «Gnom» dlja opredelenija urovnja psichicheskogo razvitija detej rannego vozrasta. 3-e izd. isprav. i dop. M., 2017. 118 s.
6. N'okikt'en Ch. Detskaja povedencheskaja nevrologija. Tom 1-2. M.: Terevinf, 2018. 288 s.
7. Compton MT, Fantes F., Wan CR, Johnson S, Walker E.F. Abnormal movements in first-episode, nonaffective psychosis: dyskinesias, stereotypies, and catatonic-like signs // Psychiatry Res 2015 Mar 30; 226(1): 192-7.
8. D'Agati E., Pitzianti M., Curatolo P., Pasini A. Scientific Evidence for the Evaluation of Neurological Soft Signs as Atypical Neurodevelopment Markers in Childhood Neuropsychiatric Disorders // J Psychiatr Pract. 2018 Jul; 24(4): 230-238.

9. Fish B. Language and Cognition in Schizophrenia. New York .1978. 187 p.
10. Hembram M, Simlai J, Chaudhury S, Biswas P. First rank symptoms and neurological soft signs in schizophrenia. // Psychiatry J. 2014; 931014.
11. Hirjik D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolt N., Sambataro F., Wolf R.C. . Motor dysfunction within the schizophrenia-spectrum: A dimensional step towards an underappreciated domain // Schizophr Res 2015 Dec;169(1-3):217-233.
12. Kolpakov V. Experimental studies on genetically determined predisposition to catatonia in rats as a model of schizophrenia // Behavioral Processes. 1987, vol. 14. 319-341.
13. Mednick S., Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-risk project, 1961-1986 // F. Bull. Schizophrenia. 1987, vol. 13, 3. 485-495.
14. Mayer-Lindenberg A. Autism spectrum storungen/ autism spectrum disorders // Der Nervenarzt, 2011; 82, 5: 551-552.
15. MacNeil L.K., Mostofsky S.H. Specificity of Dyspraxia in Children with Autism // Neuropsychology. 2012 March; 26(2): 165–171.
16. Peralta V., Cuesta M.J. Motor abnormalities: from neurodevelopmental to neurodegenerative through “functional” (neuro)psychiatric disorders // Schizophrenia Bulletin vol. 43 no. 5. 956–971, 2017.
17. Whitty PF, Owoeye O., Waddington JL. Neurological signs and involuntary movements in schizophrenia: intrinsic to and informative on systems pathobiology // Schizophrenia Bulletin vol. 35 no. 2. 415–424, 2009.

**G.N. Shimonova, M.A. Kalinina, G.V. Kozlovskaya**  
**FEATURES OF NEUROLOGICAL DISTURBANCES IN YOUNG**  
**CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

**FSBSI Mental Health Research Center (Moscow).**

**Summary.** Motor dysfunctions are commonly found in children with mental disabilities. These are deviations in the development of voluntary control of motor skills, including speed and coordination of movements, as well as individual symptoms attributed to the so-called "soft or non-localized neurological signs" (NNS). MND are motor and sensory conditions that are not associated with specific cerebral lesions. This article analyzes the prognostic significance of motor disorders at the initial stages of the disease in young children with autism spectrum disorders (ASD). For 3 years, 120 children with ASD were traced and neurological disorders and their dynamics characteristic of ASD were described. The specific types of motor-motor disorders in ASD have been identified.

**Keywords:** autism; early childhood; soft (non-localized) neurological signs.

Е.В. Захарчук<sup>1, 2, 3</sup>, Е.Л. Доценко<sup>2</sup>, С.Х. Гаибов<sup>1, 3</sup>

## ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РИСКОМ ПОВТОРНЫХ НЕПРЕДНАМЕРЕННЫХ ТРАВМ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет», <sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет», <sup>3</sup>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2» (Тюмень).

**Резюме.** Детский травматизм предотвратим, но продолжает оставаться значительной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Более 3 млн. детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России (Росстат). В США по поводу детских травм ежегодно регистрируется около 9,2 миллионов обращений в отделения неотложной медицинской помощи и до 17 миллиардов долларов идет на медицинские расходы. Специалистам в посттравматической работе требуется комплексно учитывать и особенности факторов, обусловивших факт травмы ребенка. В той мере, в которой эти особенности оказали влияние на травматическое событие впервые, они способны обусловить и повторные травмы. Особенности стиля воспитания, поведения родителей и индивидуально-психологические особенности детей могут увеличивать риск травм у детей. Изучение факторов риска повторных непреднамеренных травм имеет важное значения для профилактики детского травматизма.

**Ключевые слова:** непреднамеренные травмы, детский травматизм, повторный травматизм, факторы риска травм у детей.

**Актуальность.** Несмотря на начало нового тысячелетия, детский травматизм остается серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Статистика остается пугающе высокой. Более 3 млн. детских травм регистрируются ежегодно в медицинских учреждениях России. Таким образом, в больницы в связи с травмами обращается примерно каждый восьмой ребенок в возрасте до 18 лет, 50% случаев приходится на бытовые травмы. Учитывая половой признак, 60% детского травматизма приходится на мальчиков и 40% на девочек. (Росстат). В настоящее время в США по поводу детских травм ежегодно регистрируется около 9,2 миллионов обращений в отделения неотложной медицинской помощи, и до 17 миллиардов долларов затрачивается на медицинские расходы. В дошкольном возрасте травмы считают ведущей причиной детской инвалидности [5]. Совместный отчет ВОЗ/ЮНИСЕФ призывает обеспечить безопасность детей путем поощрения научно обоснованных мероприятий по профилактике травм и устойчивых инвестиций всех секторов в этом направлении [1].

В посттравматической работе специалистам требуется комплексно учитывать и особенности факторов, обусловивших факт травмы ребенка. В той мере, в которой эти особенности оказали влияние на травматическое событие впервые, они способны обусловить и повторные травмы у детей [3,9].

---

<sup>1</sup>Исследование выполнено при финансовой поддержке в рамках гранта РФФИ «Психологические предпосылки повторных физических травм у детей (организационно-клиническое сопровождение)» (№ 19-313-90036).

Родители, имеющие детей с повторными непреднамеренными травмами, озадачивают врачей множеством вопросов, возлагая на них надежды по профилактике травм, они описывают следующие типичные ситуации: «К пяти годам ребенка – семь обращений в приемное отделение больницы по поводу травм, из них 2 госпитализации в стационар, 1 из них в отделение реанимации» или «Только отведешь от ребенка глаза на секунду – он уже откуда-нибудь лезет, падает». Родители возлагают надежды на решение проблемы с повторными непреднамеренными травмами у детей именно на врачей: травматологов, хирургов, нейрохирургов, педиатров, неврологов и т. д. Врачи же затрудняются дать конкретные рекомендации родителям в направлении коррекционной работы повторных травм у детей, так как анализ индивидуально-психологических особенностей детей и их микросоциальной ситуации развития выходит за пределы их компетенции медиков. На сегодняшний день врачи не обладают конкретными методическими рекомендациями в этом направлении, им необходимы инструкции и методическое обеспечение [2].

В современной научной литературе представлены публикации, акцентирующие внимание на следующих основных аспектах: среди факторов травмоопасного поведения ребенка выделяют 2 основные группы. К первой относятся индивидуально-психологические особенности ребенка, от личностных до физиологических [7, 9]. Таким образом, ответственность за повторяющиеся травмы возлагается преимущественно на самих же детей. Вторая группа – это микросоциальные факторы развития ребенка, в частности особенности взаимодействия родителей с ребёнком, социальный статус и установки родителей [4, 6, 8]. Системно же организованных исследований в доступной нам литературе обнаружить не удалось. Поэтому мы считаем, что изучение факторов риска повторных непреднамеренных травм имеет важное значения для профилактики детского травматизма.

**Цель исследования** – изучить индивидуально-психологические особенности детей с повторными непреднамеренными травмами.

**Организация и методы исследования.** Исследование проводилось на базе ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» г. Тюмени. В исследовании принимали участие 225 детей: 75 детей с повторными ( $\geq 2$ ) травмами (экспериментальная группа), 75 детей с одной травмой (группа сравнения) и 75 детей без травм (контрольная группа), 156 мальчиков и 69 девочек, в возрасте от 5 до 10 лет (доподростковый возраст), средний возраст детей - 7 лет 1 мес.

В ходе исследования использовались описательные методы изложения теоретических аспектов изучаемой проблемы, эмпирические методы и системный метод обобщения полученных данных. Для решения поставленных задач были использованы проективные методики для детей: «Несуществующее животное», «Семейная социограмма», «Кинетический рисунок семьи», наблюдение, опрос, анкетирование, анализ продуктов деятельности и документов, нейропсихологическая экспресс-диагностика. В качестве коррекции повторного травматизма у детей проводилось психологическое консультирование. При обработке эмпирических данных использовался статистический пакет фирмы SPSS Statistics v.23.0.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведения эмпирического исследования было установлено, что дети с 2 и более травмами более тревожны, они ощущают конфликтность, и испытывают чувство неполноценности в семье в отличие от детей, у которых не было травм. Статистическая значимость уровня травм ребенка и обозначенных переменных -  $p \leq 0.05$ . Для обработки данных использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона.

Рассмотрим индивидуальные особенности детей исследуемых групп.

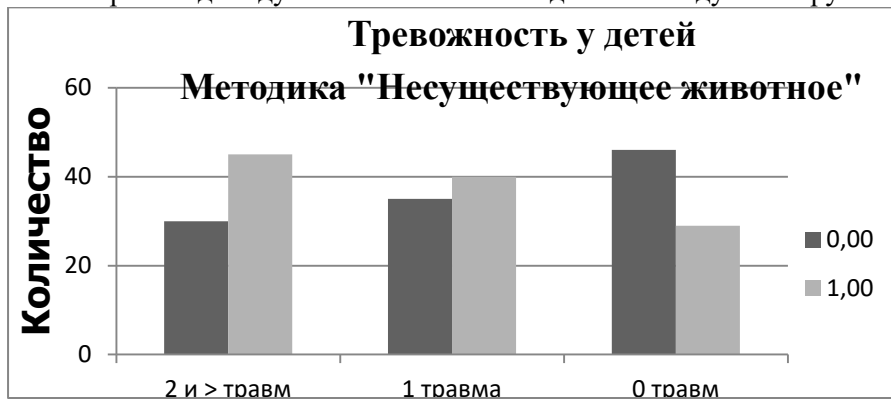


Рисунок 1. Частоты встречаемости Тревожности у детей с разным уровнем травм. Методика «Несуществующее животное».

Из рис. 1 и 2 видно, что у повторно травмирующихся детей тревожность проявляется кардинально чаще, чем у детей контрольной группы (0 травм). Дети из группы однократно травмированных занимают явно промежуточное значение: разброс достаточно велик, а основной объем значений располагается между другими группами, имея некоторую близость к детям из контрольной группы. Это подчеркивает, что тревожность выступает в качестве важной предпосылки повторных травм у детей.



Рисунок 2. Диаграмма частоты встречаемости Тревожности у детей с разным уровнем травм. Методика «Кинетический рисунок семьи».

На рис. 3 видно, что часто травмирующиеся дети чувствуют конфликтности в семье чаще, что отличает их от детей группы сравнения и контрольной группы. Разброс значений между группами 1 и 2, 3 достаточный. В связи с этим, чувство конфликтности в семье у ребенка можно рассматривать в качестве предиктора повторного травматизма детей.



Рисунок 3. Диаграмма частоты встречаемости Конфликтности в семье у детей с разным уровнем травм.



Рисунок 4. Диаграмма частоты встречаемости Чувства неполноценности у детей с разным уровнем травм.

Из рис. 4 следует, что часто травмирующимся детям присуще чувство неполноценности. Разброс значений между группами 1 и 2, 3 достаточный. В связи с этим, чувство неполноценности у ребенка можно рассматривать также в качестве предиктора повторного травматизма детей.

Рассмотрим каждую переменную подробнее

*Агрессивность* – вербальная и физическая активность, направленная на причинение вреда собственному здоровью, людям и/или внешним объектам. Почти очевидно, что агрессивное поведение ребенка ведет к травмам, ребенок драчлив, неуравновешен, он разрушителен по всем направлениям. *Тревожность у ребенка* –

повышенная склонность к переживанию эмоционального дискомфорта, беспокойству, волнению. Она может быть связана с ожиданием и предчувствием неприятных переживаний или опасности. Когда ребенок тревожен, его напряжение нарастает, общая напряженность дублируется напряженностью мышц, что ведет к неловкости движений и повышает риск травм. *Дефицит концентрации внимания* – неловкость ребенка, не учет им травмоопасных факторов, он не замечает рисков травмы (например: телевизор на тумбе, острые углы, перебегаем дорогу в неподходящем месте и т. п.). Неправильно спланированный распорядок дня, режим ребенка или его отсутствием способны обуславливать трудности с вниманием при отсутствии минимальной мозговой дисфункции. *Ощущение ребенком конфликтности в семье* – неправильно выстроенные взаимоотношения с ребенком, если ребенок регулярно, часто наблюдает ссоры, его состояние взвинчивается, он становится, тревожен, не желает выполнять родительские требования.

**Выводы:** Повторно травмирующийся ребенок (травм $\geq$ 2) живет в состоянии конфликтного напряжения. Он, вероятно, субъективно воспринимает отношения с окружающими как отчужденность, как отверженность с их стороны. Таким образом, травмы выступают средством, выявленным с помощью «проб и ошибок», когда ребенку удастся хотя бы частично или на время изменить отношение к себе – получить внимание, заботу, ласку, ясные правила поведения и взаимодействия (как больной или несчастный).

В списке возможных смыслов детских непреднамеренных повторных травм могут существовать следующие: ребенок травмируется и создает ситуации, где взрослым придется сконцентрироваться на заботе о нем, он травмой завоевывает любовь и внимание к себе, ребенок наказывает себя, он чувствует, что он же и виноват, его душевная боль замещается телесной (это «заживет», говорят пациенты). Ребенок, вероятно, может получить хотя бы временно следующее: родители приближаются к ребенку эмоционально и физически (заботятся о нем в трудный период жизни), травмой он компенсирует (балансирует) отношения с родителями, структурированность повседневной жизни (режим дня организуется родителями с учетом выполнения всех необходимых лечебных процедур), родителям приходится учитывать потребности больного ребенка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. – ВОЗ, Женева, 2008. Перевод на русский язык – изд-во «Весь Мир», отпеч. в Швейцарии. 45 с. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/falls>. (дата обращения 16.01.2018 г.).

2. Спиридонов А.В. Детский травматизм – приоритетная медико-социальная проблема // Современные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: труды - Астрахань: АГМА, 2003. Т.27. С.158-159.

3. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи- 4-е издание, переработанное и дополненное. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

#### REFERENCES

1. Vsemirnaja organizacija zdravooxranenija. Bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdravooxranenija. Vsemirnyj doklad o profilaktike detskogo travmatizma. – VOZ, Zheneva, 2008. Perevod na russkij jazyk – izd-vo «Ves' Mir», otpеч. v Shvejcarii. 45 s. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/falls>. (data obrashhenija 16.01.2018 g.).

2.Spiridonov A.B. Detskij travmatizm – prioritnaja mediko-social'naja problema // Sovremennye voprosy obshhestvennogo zdorov'ja i zdravoohraneniya: trudy - Astrahan': AGMA, 2003. T.27. S.158-159.

3.Jejdemiller Je., Justickis B. Psihologija i psihoterapija sem'i- 4-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. SPb.: Piter, 2008. 672 s.

4.Acar E. E., Dursun O.B., Esin İ.S., Öğütlü H., Özcan H., Mutlu M. Unintentional Injuries in Preschool Age Children: Is There a Correlation With Parenting Style and Parental Attention Deficit and Hyperactivity Symptoms // Medicine (Baltimore). 2015 Aug;94(32):e1378.

5.American Academy of Pediatrics. TIPP: the injury prevention program. A guide to safety counseling in office practice. Age-related safety sheets. Accessed October 9, 2006, at: <http://www.aap.org/family/tippmain.htm>.

6.Azar S.T., Miller E.A., Stevenson M.T., Johnson D.R. Social Cognition, Child Neglect, and Child Injury Risk: The Contribution of Maternal Social Information Processing to Maladaptive Injury Prevention Beliefs Within a High-Risk Sample // Journal of Pediatric Psychology. 2017. Vpl. 42(7). P. 759–767.

7.Morrongiello, B.A. Caregiver supervision and child-injury risk: I. Issues in defining and measuring supervision; II. Findings and directions for future research //Journal of Pediatric Psychology. 2005. 30(7), P. 536–552.

8.Ordonana J. R., Caspi A., Moffitt T. E. Unintentional injuries in a twin study of preschool children: environmental, not genetic risk factors // Journal of Pediatric Psychology. 2008. Vol.33(2). P. 185-94.

9.Worrell S.S., Koepsell T.D., Sabath D.R., Gentilello L.M., Mock C.N., Nathens A.B. The risk of re-injury in relation to time since first injury: A retrospective population-based study // J Trauma. 2006. 60 (2): P. 379-84.

**E.V. Zakharchuk<sup>1, 2, 3</sup>, E.L.Dotsenko<sup>2</sup>, S H. Gaibov<sup>1, 3</sup>**

### **INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AT RISK OF UNINTENTIONAL RE-INJURIES**

**<sup>1</sup>Medical University of Tyumen, <sup>2</sup>University of Tyumen, <sup>3</sup>Regional State Hospital № 2 (Tyumen).**

**Summary.** Children injuries are preventable, but it is still a significant public health problem worldwide. Unintentional injuries are especially preventable in younger age groups. More than 3 million children's injuries are registered annually by medical institutions of Russia (Rosstat). In the United States of America about 9.2 million calls in case of children's injuries are registered to emergency departments annually and medical expenses compose 17 million dollars. In preschool age injuries are considered the leading cause of childhood disability. Post-traumatic area specialists need to comprehensively pay attention to the factors that cause children injury. Primary traumas may also cause repeated injuries. The peculiarities of bringing up style, the behavior of parents and the individual psychological characteristics of children influence the risk of injuries in children. Modern scientific literature describes 2 main groups of the factors of traumatic behavior of children: individual psychological characteristics of a child and the peculiarities of micro-social environment of his development. However, it is not possible to find systematically organized studies in the available literature, so the study of risk factors for repeated unintentional injuries is important for the prevention of children injuries.

**Keywords:** unintentional injuries, childhood injuries, re-injuries, risk factors.

Е.Е. Вакнин, А.Н. Султанова, П.А. Максименко  
**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург), Новосибирский государственный ме-  
дицинский университет, Городская детская клиническая больница скорой  
медицинской помощи (Новосибирск).

**Резюме.** В статье приведены результаты исследования гностической сферы у детей с диагнозом ДЦП разной степени тяжести. Исследуются такие гностические сферы, как: вербальный и невербальный слуховой гнозис, зрительный и тактильный гнозис, а также выявляется взаимосвязь между степенью тяжести заболевания ДЦП с глубиной поражения определенного вида гнозиса. В качестве методики исследования использован Методический альбом нейropsихологической диагностики Л.С. Цветковой. Для статистической обработки данных были использованы коэффициент ранговой корреляции Спирмена и U-критерий Манна-Уитни, предназначенные для работы с непараметрическими данными.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, гнозис, гностические расстройства, восприятие.

Фундаментом для формирования высших психических функций является процесс восприятия, который напрямую зависит от состояния сенсорных систем ребенка. Если сенсорные системы здорового ребенка сохранены, то работа слухового, зрительного, тактильного анализатора – не будет нарушена. Актуальность данной темы подтверждается тем, что у детей с ДЦП структура сенсорных систем повреждена с рождения, и это приводит к формированию гностических расстройств в разных отделах анализаторных систем. В работах М.А. Юнусова [11], К.А. Семеновой [8], Л.М. Шипицыной [10] и др., рассматривалась проблема развития детей с ДЦП не только со стороны особенностей медицинского диагноза, но также и со стороны исследования психологических особенностей личности в зависимости от формы заболевания. Данные авторы подчеркивают, что в связи с патологией развития предметно – практической деятельности и ограниченными возможностями поддержания социальных контактов онтогенез детей с ДЦП всегда будет нарушен. У детей с ДЦП затрудняется процесс составления конкретно-чувственного представления об объектах взаимодействия в виде психических образов. Актуальность темы также в том, что полученные данные о взаимосвязи между определенной формой ДЦП и особенностями функционирования гностической сферы могут создать основу для создания определенных психокоррекционных программ, которые станут базисом для упрощения процесса адаптации детей с ограниченными возможностями в окружающую среду и в процесс их обучения [6]. Исходя из этого, **целью** данного исследования явилось изучение особенностей гностических процессов у детей с различными формами ДЦП.

Исследование проводилось среди 32 детей с диагнозом ДЦП разной степе-

ни тяжести, из них 26 (81%) мальчиков и 6 (19%) девочек. По степени тяжести ДЦП у 22 (69%) детей – средняя степень тяжести, у 2 (6%) – тяжелая степень, у 8 (25%) – легкая степень тяжести. Средний возраст  $9 \pm 1,2$  лет.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ Новосибирской области «Детская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

При исследовании невербального слухового гнозиса у детей с ДЦП, у 32 (100%) детей наблюдаются нарушения при попытках воспроизведения ритмов, связанные с проблемой в дифференцировании ритма и в кинетическом воплощении заданной программы правой и левой рукой. У 4 (12%) детей – нарушения распознавания бытовых шумов. Низкий уровень функционирования невербального слухового гнозиса, патология которого наблюдается у 100% выборки, вне зависимости от степени тяжести, связан с проблемой развития «сукцессивного» восприятия, и отсутствием возможности объединения поступающих информационных слуховых раздражителей в последовательные группы или серии, а также с проблемой в дифференцировании ритма и в кинетическом воплощении заданной программы правой и левой рукой, из-за проблем с соматогнозисом.

При исследовании вербального гнозиса, у 12 детей (37%) с ДЦП, наблюдаются нарушения восприятия речи (нарушение понимания инструкций к заданиям, дизартрия, ограниченность активного и пассивного словаря, речевая кинестезия). При оценке способности к восприятию интонационной стороны речи, у детей с ДЦП, было выявлено, что у 6 (19%) наблюдаются нарушения. Патология вербального гнозиса, связанная с нарушенным процессом восприятия речи, из-за дефектов гностических структур и анализаторных систем: зрительный гнозис, слуховой, тактильный гнозис. Из-за недостаточной взаимосвязи между сенсорными и моторными механизмами, особенностями мыслительной и практической деятельности, а также имеющейся дизартрии и речевой кинестезии, которая более ярко выражена у детей со средней и тяжелой степени тяжести. Соответственно, чем сильнее степень тяжести ДЦП, тем сильнее проявления нарушений вербального гнозиса.

Исследование выявило достоверные различия в нарушениях слухового гнозиса в зависимости от степени тяжести ДЦП. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Сравнительный анализ показателей вербального и невербального гнозиса в исследуемых группах

| Показатели                            | Дети с легкой степенью тяжести ДЦП |      | Дети со средней и тяжелой степенью ДЦП |      | Уровень достоверности различий |
|---------------------------------------|------------------------------------|------|----------------------------------------|------|--------------------------------|
|                                       | М                                  | SD   | М                                      | SD   |                                |
| Узнавание бытовых шумов               | 0,12                               | 0,34 | 0,75                                   | 0,44 | 0,01*                          |
| Воспроизведение ритмов                | 1,00                               | 0,00 | 0,75                                   | 0,44 | 0,03*                          |
| Восприятие речи                       | 0,37                               | 0,50 | 0,75                                   | 0,44 | 0,03*                          |
| Восприятие интонационной стороны речи | 0,18                               | 0,50 | 0,75                                   | 0,44 | 0,03*                          |

Исходя из данных результатов, можно сделать вывод, что дети с диагнозом ДЦП средней и тяжелой степени тяжести имеют более яркую выраженность патологии слухового гнозиса по причине интенсивной выраженности патологических особенностей речевого развития в предречевой период: малая активность звуковых проявлений, задержка появления лепета, патологическое состояние артикуляционного аппарата. Из-за наибольшей степени несформированности зрительно-моторных и оптико-пространственных систем, а также особенностей развития артикуляционно-акустических навыков, выраженность таких расстройств, как дисграфия и дислексия у детей со средней и тяжелой степенью тяжести – выше. Также, по данным исследования Л.А. Даниловой, динамика развития речи у детей с ДЦП зависит от состояния интеллекта [4]. Благоприятная динамика развития речи будет наблюдаться в случае высокого показателя интеллектуального развития ребенка, чем выше интеллект, тем лучше результат логопедической работы в дальнейшем, у детей с ДЦП легкой степени тяжести наблюдаются наименее выраженные нарушения интеллектуальной сферы, чем у детей с ДЦП средней и тяжелой степени тяжести.

При исследовании зрительного гнозиса у детей с ДЦП мы получили результаты, согласно которым процент нарушения предметного восприятия наблюдается у 10 (31%) детей, нарушение процесса цветового восприятия - у 4 (12%), патология лицевого восприятия - у 10 (31%) детей, буквенного у 30 (94%), зрительно-пространственного восприятия - у 22 (69%) детей.

Исследование выявило некоторые достоверные различия в сфере нарушения зрительного гнозиса в зависимости от степени тяжести ДЦП. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Сравнительный анализ показателей зрительного гнозиса в исследуемых группах

| Показатели                            | Дети с легкой степенью тяжести ДЦП |      | Дети со средней и тяжелой степенью ДЦП |      | Уровень достоверности различий |
|---------------------------------------|------------------------------------|------|----------------------------------------|------|--------------------------------|
|                                       | М                                  | SD   | М                                      | SD   |                                |
| Предметное восприятие                 | 0,31                               | 0,47 | 0,75                                   | 0,44 | 0,01*                          |
| Цветовое восприятие                   | 0,12                               | 0,34 | 0,75                                   | 0,44 | 0,00*                          |
| Лицевое восприятие                    | 0,31                               | 0,47 | 0,75                                   | 0,44 | 0,01*                          |
| Буквенное восприятие                  | 0,94                               | 0,25 | 0,75                                   | 0,45 | 0,15                           |
| Зрительно-пространственное восприятие | 0,69                               | 0,48 | 0,75                                   | 0,48 | 0,7                            |

Показатель «буквенное восприятие» и «зрительно-пространственное восприятие» получили недостоверные различия, соответственно можно сделать вывод, что у детей с ДЦП вне зависимости от степени тяжести одинаково стра-

дают способности к синтезированию воспринимаемых символов в симультанный (целостный) объект. Нарушение оптико–пространственного восприятия влияет на способность восприятия пространственных признаков объектов (направленности, расположения, величины). По А.Р. Лурия, в основе оптико–пространственной агнозии лежит нарушение пространственного (квазипространственного) и соматосенсорного анализа и синтеза, что приводит к дефекту синтеза информации разной модальности [5].

Дети со средней и тяжелой степенью тяжести ДЦП имеют более высокий показатель нарушения предметного гнозиса, чем дети с легкой степенью тяжести, обусловленное нарушением восприятия целостного образа объекта.

Дети с ДЦП средней и тяжелой степени тяжести имеют наиболее ярко–выраженные нарушения в лицевом и цветовом гнозисе. Связано это с нарушениями в процессе опознавания лиц, мимики, эмоций, и восприятие объекта происходит с опорой на случайные признаки, а также патологией обобщенности при восприятии отдельных сложных свойств объекта (цвета), чем у детей с легкой степенью тяжести ДЦП [13].

Наиболее выраженная патология, вне зависимости от степени тяжести, встречается при работе с буквенным и зрительно–пространственным гнозисом. Наблюдается патология способности к синтезированию воспринимаемых символов в симультанный (целостный) объект. Нарушение оптико–пространственного восприятия влияет на способность восприятия пространственных признаков объектов (направленности, расположения, величины) [12]. В основе данных нарушений лежит общее нарушение процесса пространственного и соматосенсорного анализа и синтеза.

При исследовании тактильного гнозиса у детей с ДЦП мы получили результаты, согласно которым нарушение схемы тела наблюдается у 6 (37%) детей, нарушение пальцевого гнозиса у 10 (62%) детей.

Исследование выявило некоторые достоверные различия в сфере нарушения тактильного гнозиса в зависимости от степени тяжести ДЦП. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Сравнительный анализ показателей тактильного гнозиса в исследуемых группах

| Показатели       | Дети с легкой степенью тяжести ДЦП |      | Дети со средней и тяжелой степенью тяжести ДЦП |      | Уровень достоверности различий |
|------------------|------------------------------------|------|------------------------------------------------|------|--------------------------------|
|                  | М                                  | SD   | М                                              | SD   |                                |
| Схема тела       | 0,37                               | 0,50 | 0,75                                           | 0,44 | 0,03*                          |
| Пальцевой гнозис | 0,62                               | 0,50 | 0,75                                           | 0,44 | 0,46                           |

По показателю «схема тела» были получены достоверные различия с уровнем  $p < 0,03$ . Это свидетельствует о том, что у детей со средней и тяжелой степенью тяжести ДЦП наблюдается более сильное снижение проприорецептивной

чувствительности, что приводит к нарушению соматогнозиса (формированию схемы тела). При ДЦП получение проприорецептивной информации с периферии искажена, и чем сильнее патология и степень заболевания ДЦП, тем больше трудностей в формирования правильной схемы тела и процесса восприятия движений.

Показатель «пальцевой гнозис» получил недостоверные различия, соответственно можно предположить, что нарушение данного вида гнозиса связано с синдромом Герстманна, который наблюдается у детей с ДЦП вне зависимости от степени тяжести заболевания, так как основные симптомы данного синдрома заключаются в наличии таких признаков, как: дисграфия, акалькулия, пальцевая агнозия, право–левая дезориентация [9].

При оценке взаимосвязи между уровнем патологии гностической сферы и степенью тяжести ДЦП у детей были получены следующие тенденции к корреляционной взаимосвязи: показатель нарушения лицевого гнозиса и предметного гнозиса ( $r=0,66$  при  $p<0,05$ ), показатель нарушения восприятия речи и предметного восприятия ( $r=0,66$  при  $p<0,05$ ), показатель нарушения восприятия интонационной стороны речи и предметного восприятия ( $r=0,68$  при  $p<0,05$ ), показатель нарушения восприятия интонационной стороны речи и схемы тела ( $r=0,58$  при  $p<0,05$ ).

Данные корреляционной связи между уровнем патологии гностической сферы и степенью тяжести ДЦП у детей представлены в табл. 4

Таблица 4.

Взаимосвязь показателей зрительного, слухового и тактильного гнозиса

| Показатели нарушений | Коэффициент корреляции | Уровень значимости | Показатели нарушений |
|----------------------|------------------------|--------------------|----------------------|
| Предметного гнозиса  | 0,66                   | $<0,05$            | Лицевого гнозиса     |
| Предметного гнозиса  | 0,66                   | $<0,05$            | Речевого гнозиса     |
| Предметного гнозиса  | 0,68                   | $<0,05$            | Восприятия интонации |
| Восприятия интонации | 0,58                   | $<0,05$            | Схемы тела           |

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать выводы, что:

1. Показатель нарушения предметного гнозиса у детей с ДЦП разной степени тяжести связан с показателем нарушения лицевого гнозиса, так как нарушение зрительного гнозиса в целом - мономодальное расстройство, и проявления нарушений в восприятии отдельных предметов (предметная агнозия) могут быть взаимосвязаны с патологией восприятия черт других объектов (лицевая агнозия);

2. Показатель нарушения предметного гнозиса у детей с ДЦП разной степени тяжести связан с показателем нарушения речевого (вербального слухового) гнозиса. Связать это можно с необходимостью восприятия именно последовательных слуховых стимулов, так называемое «сукцессивное» восприятие. Данный тип восприятия требует именно «сукцессивный» анализ и синтез акустических раздражителей, которые воспринимаются последовательно. Последовательное «сукцессивное» восприятие слуховых раздражителей, владение слуховым гнозисом требует раздельного «отслеживания» элементов ряда, так как

восприятие отдельного фрагмента слуховой информации не обеспечивает целостного понимания [3]. Отсутствие умения воспринимать последовательные слуховые стимулы и, соответственно, отсутствие способности к сукцессивному восприятию, приводит к тому, что восприятие целостных объектов (предметный гнозис) также затруднено.

3. Показатель нарушения предметного гнозиса у детей с ДЦП разной степени тяжести связан с показателем нарушения восприятия интонационной стороны речи. Интонационная выразительность – одно из ведущих направлений в логопедической коррекционной работе по работе с разными формами дизартрии. Дизартрия – наиболее часто встречающаяся патология развития речевого аппарата у детей с ДЦП [2].

Речь – последовательность определенных звуков, которые формируют слова, предложения или синтагмы. Для того чтобы объединить «набор звуков» в определенные единицы речевого потока, необходимо применить специальные ритмико-интонационные фонетические средства: нисходящие-восходящие интонации, чередование слогов, логические ударения. Данные сегментные средства являются фонетическими аспектами ритма, которые воспринимаются только совместно с общим содержанием воспринимаемой информации. При нарушениях восприятия речи наблюдается нарушение сукцессивного восприятия, при нарушениях зрительного восприятия – симультанного [7].

Гностические функции находятся под влиянием сознательной регуляции и являются основой для формирования познавательной деятельности ребенка, где получение знаний – главный и доминирующий мотив психической активности ребенка. Гнозис формирует ситуативные сведения о предметах и о среде обитания, помогает предвидеть возможные перспективы и последствия взаимодействия, а также формирует способность к планированию и выработке представлений о мире [2]. У детей с диагнозом ДЦП с рождения наблюдаются расстройства гностических структур, что определяет патологию развития как познавательной деятельности в целом, так и процесса адаптации и социализации в среде.

Изучение гностических расстройств у детей с диагнозом ДЦП – актуальная проблема нейропсихологии как науки, так как ДЦП – наиболее распространенное заболевание из общего числа патологий развития, которое провоцирует разную степень выраженности детской инвалидизации, а расстройства гностических структур – основная причина недоразвития познавательной деятельности и проблем при адаптации и социализации в обществе [6]. Результаты исследования свидетельствуют о том, что вне зависимости от локализации патологии гнозиса и степени тяжести заболевания у детей с ДЦП одинаково страдает процесс «сукцессивного» восприятия, которое отвечает за восприятие последовательных стимулов, как при зрительном, так слуховом и тактильном восприятии. Выраженность большинства патологий гнозиса действительно зависит от степени тяжести заболевания, однако не все показатели имеют прямую взаимосвязь согласно результатам исследования. Так, в случае с нарушением невербального слухового гнозиса, у 100% выборки детей наблюдаются нарушения при попытках воспроизведения ритмов, связанные с проблемой в дифференцировании ритма и в кинетическом воплощении заданной программы правой и

левой рукой, что говорит о взаимосвязи между патологией развития слухового и тактильного гнозиса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М.: Директ-Медиа, 2008. 131 с.
2. Бронников В.А. Детский церебральный паралич. Книга для родителей ребенка с ДЦП. Пермь, 2019. 359 с.
3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. Теория и практика. М.: Издательство АСТ, 2021. 544 с.
4. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – М.: Медицина, 2008. 95 с.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. уч- реж-дений высш. проф. Образования. 8-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2013. 384 с.
6. Малкова Е.Е. Проблемы организации системы медико-психолого-социальной реабилитации детей с детским церебральным параличом // Сб. тезисов VIII междисциплинарного науч.-практ. конгресса с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей», г. Москва, 1-2 ноября 2018 года. С. 96-97
7. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М.: Просвещение, 1995. 203 с.
8. Семёнова К.А., Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М.: Книга по Требованию, 2013. 328 с.
9. Тонконогий И., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб.: Питер, 2007. 528 с.
10. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2015. 368 с.
11. Юнусов Ф.А., Ефимов А.П., Абилизация детей с церебральным параличом и его синдромами. Практическое руководство. М.: Издательство: ИНФРА-М, 2019. 143 с.

#### REFERENCES

1. Anohin P.K. Principial'nye voprosy obshhej teorii funkcional'nyh sistem. M.: Direkt-Media, 2008. 131 s.
2. Bronnikov V.A. Detskij cerebral'nyj paralich. Kniga dlja roditelej rebenka s DCP. Perm', 2019. 359 s.
3. Vizel' T.G. Osnovy nejropsihologii. Teorija i praktika. M.: Izdatel'stvo AST, 2021. 544 s.
4. Danilova L.A. Metody korrekcii rechevogo i psihicheskogo razvitija u detej s cerebral'nym paralichom. – M.: Medicina, 2008. 95 s.
5. Lurija A.R. Osnovy neïropsihologii: ucheb. posobie dlja stud. uch- rezhdenij vyssh. prof. Obrazovanija. 8-e izd., ster. M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2013. 384 s.
6. Malkova E.E. Problemy organizacii sistemy mediko-psihologo-social'noj

reabilitacii detej s detskim cerebral'nym paralichom // Sb. tezisov VIII mezhdisciplinarnogo nauch.-prakt. kongressa s mezhdunarodnym uchastiem «Detskij cerebral'nyj paralich i drugie narushenija dvizhenija u detej», g. Moskva, 1-2 nojabrja 2018 goda. S. 96-97

7. Mastjukova E.M., Ippolitova M.V. Narushenie rechi u detej s cerebral'nym paralichom. M.: Prosveshhenie, 1995. 203 s.

8. Semënova K.A., E.M. Mastjukova, M.Ja. Smuglin Klinika i reabilitacionnaja terapija detskih cerebral'nyh paralichei. M.: Kniga po Trebovaniju, 2013. 328 s.

9. Tonkonogij I., Puante A. Klinicheskaja nejropsihologija. SPb.: Piter, 2007. 528 s.

10. Shipicyna L.M., Mamajchuk I.I. Psihologija detej s narushenijami funkcij oporno-dvigatel'nogo apparata: Ucheb. posobie dlja stud. vyssh. ucheb. zavedenij. M.: Gumanit. izd. centr VLADOS, 2015. 368 s.

11. Junusov F.A., Efimov A.P., Abilitacija detej s cerebral'nym paralichom i ego sindromami. Prakticheskoe rukovodstvo. M.: Izdatel'stvo: INFRA-M, 2019. 143 s.

12. Malkova E. Features visual and auditory gnosis of younger schoolchildren with specific disorders of the development of school skills. *Psychiatria Danubina*, 2019; Vol. 31, Suppl. 4. P. 686

13. Odding E., Roebroek M.E., Stam H.J. The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk. factors. 2006. 183 p.

**E.E. Vaknin, A.N. Sultanova, P.A. Maksimenko**  
**NEUROPSYCHOLOGICAL STUDIES OF GNOSTIC PROCESSES**  
**IN CHILDREN WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALYSIS**  
**OF VARIOUS DEGREES OF SEVERITY**

**Herzen State Pedagogical University of Russia (Saint Petersburg), Novosibirsk State Medical University, City Children's Clinical Hospital of Emergency Medical Care (Novosibirsk)**

**Summary.** The article presents the results of the study of the gnostic sphere in children diagnosed with cerebral palsy of different severity. Gnostic spheres such as verbal and non-verbal auditory gnosis, visual and tactile gnosis are studied, as well as the relationship between the severity of the disease of cerebral palsy with the depth of damage to a certain type of gnosis is revealed. The Methodological Album of Neuropsychological Diagnostics of Tsvetkova L. S. For statistical data processing, the Spearman rank correlation coefficient and the Mann-Whitney U-criterion were used to work with non-parametric data.

**Keywords:** cerebral palsy, gnosis, gnostic disorders, perception.

Д.А. Солоднева<sup>1</sup>, А.Г. Суханова<sup>2</sup>, П.А. Побокин<sup>1</sup>  
**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА  
И ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», <sup>2</sup>Военная академия войсковой противовоздушной обороны Вооруженных Сил Российской Федерации имени Маршала Советского Союза А.М.Василевского (Смоленск).

**Резюме.** Статья описывает особенности эмоционального интеллекта и уровня тревожности у студентов первого курса медицинского университета. В процессе исследования были подробно изучены такие личностные характеристики, как: понимание и управление своими эмоциями, эмпатия, межличностный эмоциональный интеллект, контроль экспрессии, коммуникативные способности.

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, студенты, кластерный анализ

**Постановка проблемы.** Эмоциональная грамотность студентов обеспечивает оптимальный уровень адаптации к требованиям академической и социальной среды выбранного вуза, что напрямую связано с возможностью успешного освоения образовательной программы и получения профессии. Низкий уровень развития эмоционального интеллекта, способен затруднить процесс адаптации и повлиять на формирование неадаптивных стратегий общения. В процессе обучения студенты переживают кризис, им нужно ставить перед собой новые цели, меняется социальный статус, предлагаются для решения новые задачи, программа обучения предполагает необходимость приспосабливаться к новым условиям и соблюдения ряда правил. Студентам сложно быстро сориентироваться в новой культурно-образовательной среде. На фоне таких серьезных изменений растет ситуативная тревожность обучающихся. Если студент не обладает достаточным багажом знаний, испытывает затруднения при выполнении заданий и взаимодействии с преподавателями, то это негативно сказывается на его самооценке и дальнейшей мотивации к учебной деятельности, кроме того акцентуации характера, при их наличии, могут приобрести патологические черты.

Несмотря на наличие исследований, которые связаны с особенностями адаптации первокурсников, освещение темы эмоционального интеллекта актуально и требует дополнительного изучения, чтобы продуктивно и профессионально выстраивать учебный процесс, создавать условия для построения оптимальных взаимоотношений со студентами. Исходя из этого, важно рассмотреть особенности эмоционального интеллекта и тревожности студентов, выявленные в процессе обучения, чтобы своевременно провести профилактическую и психокоррекционную работу.

Для того чтобы выстроить профессионально-педагогическое общение со студентами, преподавателям необходимо учитывать то, что юношеский возраст является одним из критических моментов в психологическом развитии, и накладывает отпечаток на ценностно-смысловую сферу личности [4]. Поэтому ор-

ганизация педагогической интеракции является важной задачей, встающей перед преподавателями [3].

Мы считаем, что эмоциональная составляющая интеллекта является важным фактором успеха. В современном обществе способности разбираться в своих эмоциях и эмоциях окружающих людей говорят о гармоничном развитии личности, успешной реализации своих целей и грамотном и взвешенном распределении всех имеющихся ресурсов [8]. Эмоции помогают оценить актуальность потребностей личности и выстроить план дальнейшего реагирования на ту или иную ситуацию. В процессе учебной деятельности высокий эмоциональный интеллект дает возможность обучающемуся по поведенческим актам и внешнему виду точно оценивать и определять чужие эмоции, понимать и контролировать свои эмоции, быть эффективным и гибким в построении планов и реализации важных целей, рассматривать возможности решения задач с разных сторон, посмотреть на ситуацию с точки зрения других людей, транслировать разные эмоции при необходимости, верно оценивать происходящее [5].

Л.А. Безбородова утверждает, что эмоциональный интеллект имеет важное значение при анализе академической успеваемости студентов, а также для «оптимистической» осведомленности, понимания и контроля собственных эмоций, при взаимодействии преподавателя и студента [2].

М.А. Алферова при исследовании стратегий поведения в конфликте в взаимосвязи с тенденциями образа Я и эмоциональным интеллектом выяснила, что стратегии поведения, образ Я и эмоциональный интеллект связаны между собой [1].

Необходимо отметить, что в юношеском возрасте увеличивается разрыв между молодыми людьми в сфере особенностей, характеризующих личность [9]. В процессе обучения крайне важны личностные особенности студентов, в частности уровень тревожности, который предопределяет успешность процесса адаптации к новым условиям в процессе обучения.

Мы согласны с Л.Н. Собчик, которая утверждает, что показатели тревожности достоверно сопряжены с мотивацией избегания. [7]. Как субъективное проявление неблагополучия личности тревожность находится в центре внимания психиатров, психотерапевтов, клинических психологов [6]. Некоторыми авторами тревожность рассматривается как сложный конструкт, включающий в себя, наряду с традиционно определяемыми тревогой и страхом, еще и невротизм, то есть снижение адаптивных возможностей и готовность к формированию невротических болезненных расстройств. В исследованиях, проводимых Американской медицинской ассоциацией на основе международного обзора, 27% студентов-медиков сообщили о симптомах депрессии. Исследователи объясняют это большой интеллектуальной нагрузкой в борьбе студентов за высший итоговый балл, что позволит в дальнейшем получить желаемое распределение и специализацию [10].

Проведенный нами анализ психологической литературы говорит о том, что эмпирическое исследование на данную тему является актуальным и перспективным для последующего глубокого изучения вопроса развития эмоционального интеллекта и преодоления высокой тревожности у студентов в про-

цессе учебной деятельности.

**Организация исследования.** В данном исследовании была поставлена **цель** выявить особенности парциального и интегративного уровня эмоционального интеллекта и уровня тревожности у студентов первого курса медицинского вуза. Для проведения эмпирического исследования нами были выбраны следующие методики:

- Методика Д.В. Люсина «Опросник ЭМИн»;
- Методика Н. Холла для диагностики эмоционального интеллекта;
- Шкала проявлений тревоги Д. Тейлора (адаптация Т. Немчинова);
- Методика Л. Михельсона «Тест коммуникативных умений».

Применялись методы математической статистики: метод к-средних кластерного анализа (STATISTICA 12), G-критерий знаков, t-критерий Стьюдента.

Эмпирическое исследование проводилось в ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет». В исследовании приняли участие 167 студентов первого курса лечебного факультета.

**Результаты и их анализ.** В экспериментальную процедуру данного исследования вошли методики: тест (опросник) эмоционального интеллекта Д.В. Люсина и методика Н. Холла для диагностики эмоционального интеллекта. Данные по двум методикам были проверены на согласованность с помощью G-критерия знаков, который показал отсутствие статистически значимых различий показателей эмоционального интеллекта по данным методикам. С помощью данного критерия был установлен уровень статистической значимости различий двух свойств у респондентов одной выборки. Исходные данные предварительно были нормированы с целью устранения различий в имеющихся для исследования показателях.

Тест (опросник) эмоционального интеллекта Д.В. Люсина, состоящий из 9 шкал, дает представление об особенностях межличностного и внутриличностного эмоционального интеллекта студентов. Данный опросник позволяет подробно проанализировать составные части эмоционального интеллекта, такие как: «понимание своих эмоций», «управление своими эмоциями», «управление чужими эмоциями», «понимание чужих эмоций», «контроль экспрессии». Методика Н. Холла для диагностики эмоционального интеллекта позволила нам указать дополнительные критерии оценки, такие как «Эмпатия» и «Самотивация».

В результате проведенного кластерного анализа были выделены 3 основных кластера, существенно различающиеся между собой по целому ряду показателей. В 1 кластер попали 72 студента, во второй кластер 45 студентов, в третий кластер 50 студентов. Кластерный анализ был выполнен с использованием программы STATISTICA 12. Наглядное представление показателей по кластерам дают графики средних значений, что позволяет интерпретировать полученные результаты и выяснить какие кластеры были выявлены (см. рис. 1).

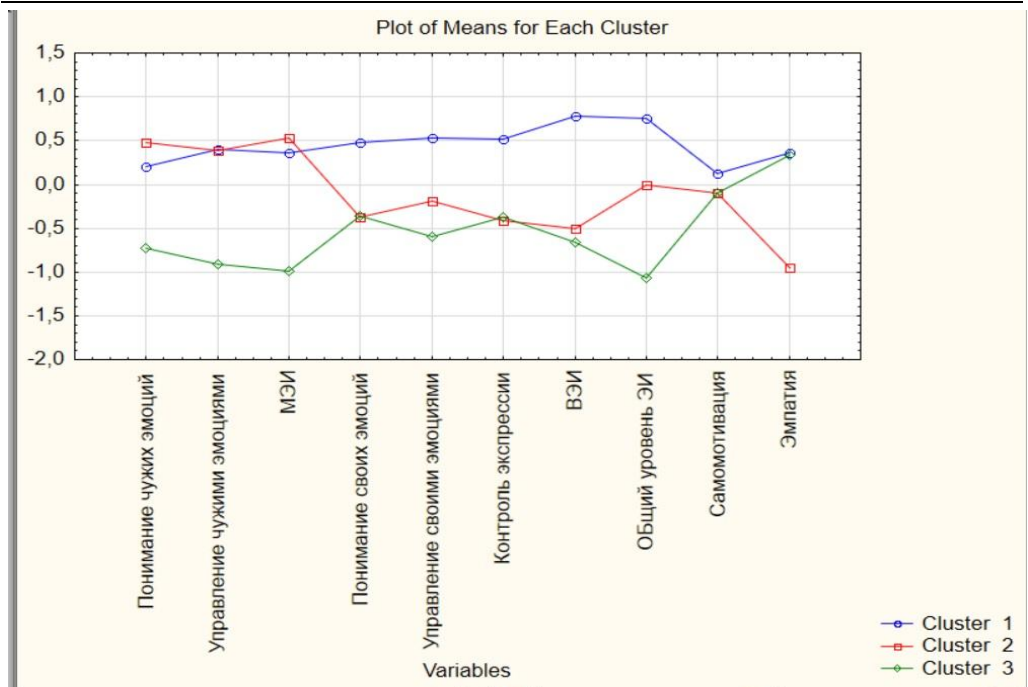


Рисунок 1. Графики средних значений показателей по кластерам.

Таблица 1.

## Дисперсионный анализ

| Показатели                 | Межгрупповая дисперсия | Внутригрупповая дисперсия | $F_{эмп}$ | p     | Ось значимости    |
|----------------------------|------------------------|---------------------------|-----------|-------|-------------------|
| Понимание чужих эмоций     | 39,385                 | 126,615                   | 126,615   | 0,000 | Зона значимости   |
| Управление чужими эмоциями | 59,922                 | 106,078                   | 106,078   | 0,000 | Зона значимости   |
| МЭИ                        | 71,582                 | 94,418                    | 94,418    | 0,000 | Зона значимости   |
| Понимание своих эмоций     | 29,767                 | 136,233                   | 136,233   | 0,000 | Зона значимости   |
| Управление своими эмоциями | 39,701                 | 126,299                   | 126,299   | 0,000 | Зона значимости   |
| Контроль экспрессии        | 33,807                 | 132,193                   | 132,193   | 0,000 | Зона значимости   |
| ВЭИ                        | 76,328                 | 89,672                    | 89,672    | 0,000 | Зона значимости   |
| Общий уровень ЭИ           | 97,827                 | 68,173                    | 68,173    | 0,000 | Зона значимости   |
| Самомотивация              | 2,091                  | 163,909                   | 163,909   | 0,354 | Зона незначимости |
| Эмпатия                    | 55,212                 | 110,788                   | 110,788   | 0,000 | Зона значимости   |

Анализируя полученные данные, мы можем сказать, что кластер № 1 характеризуется высокими значениями по таким показателям, как внутриличностный эмоциональный интеллект и общий уровень эмоционального интеллекта. Можно обратить внимание на отсутствие резкого понижения и повышения средних значений по основным шкалам, в целом гармонично сочетающиеся данные по выделенным критериям.

Для 2 кластера характерно резкое понижение значений по шкалам «Понимание своих эмоций», «Контроль экспрессии», «Управление своими эмоциями», кроме того для данной группы студентов характерен низкий уровень эмпатии. Необходимо выделить то, что общий уровень эмоционального интеллекта у этой группы значительно ниже, чем у студентов, входящих в 1 кластер.

3 кластер позволил выделить группу студентов, для которых характерным является низкий уровень межличностного эмоционального интеллекта. В данной группе можно наблюдать снижение по шкалам «Понимание чужих эмоций», «Управление чужими эмоциями», при этом респонденты обладают низким уровнем общего эмоционального интеллекта.

Результаты проведенного исследования позволили нам в дальнейшем работать с полученными кластерами и исследовать особенности эмоционального интеллекта и тревожности для каждого кластера в отдельности.

Для определения общего уровня тревожности студентов 1 курса нами была использована методика «Шкала проявлений тревоги Д. Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова). В данной работе по каждому кластеру были проанализированы средние показатели тревожности, которые демонстрируют, что для первого кластера характерны низкие показатели тревожности ( $M=17,18$ ), а для третьего кластера – повышенные ( $M=33,86$ ). Второй кластер занимает промежуточное положение ( $M=26,33$ ). В табл. 2 представлены описательные статистики по шкале тревоги для каждого кластера (данные исходные, ненормированные).

Таблица 2.

Описательные статистики по методике Д. Тейлора «Шкала проявлений тревоги» для каждого кластера

| Статистика               | Кластер 1 | Кластер 2 | Кластер 3 |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Среднее значение         | 17,182    | 26,333    | 33,86     |
| Стандартное отклонение   | 4,287     | 1,692     | 4,324     |
| Объем выборки            | 72        | 45        | 50        |
| Ошибка среднего значения | 0,505     | 0,252     | 0,611     |

Для проверки значимости различий средних значений был использован t-критерий Стьюдента. Результаты математической статистики представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Значимость различий средних значений тревожности между кластерами

| Сравниваемые выборки  | $t_{\text{эмп}}$ | Критические значения |               | Ось значимости  |
|-----------------------|------------------|----------------------|---------------|-----------------|
|                       |                  | $p \leq 0,05$        | $p \leq 0,01$ |                 |
| Кластер 1 и кластер 2 | 16,21            | 1,96                 | 2,58          | Зона значимости |
| Кластер 1 и кластер 3 | 21,02            | 2,37                 | 3,5           | Зона значимости |
| Кластер 2 и кластер 3 | 11,38            | 2,45                 | 3,71          | Зона значимости |

Результаты, представленные в табл. 3 показывают, что средние значения тревожности по кластерам значимо различаются на уровне значимости  $p \leq 0,01$ .

Для определения особенностей взаимодействия с окружающими студентов 1 курса, была использована методика Л. Михельсона «Тест коммуникативных умений» которая продемонстрировала, что респонденты редко проявляют агрессивный тип реагирования (6%), что показывает тенденцию избегать категорических оценок, часть студентов продемонстрировала зависимый тип реагирования (15%), что говорит о неуверенности респондентов в своих поступках, активную опору на мнение окружающих, эмоциональную незрелость. Основная часть студентов проявляет компетентный стиль реагирования (79%) что говорит об уверенном взаимодействии с окружающими и настройкой на поиск компромисса.

**Заключение.** Проведенное эмпирическое исследование показало, что для студентов с средним и высоким уровнем общего эмоционального интеллекта характерно наличие высокого уровня внутриличностного эмоционального интеллекта, они хорошо разбираются в своих эмоциях, способны ими управлять, кроме того респонденты этой группы демонстрируют высокий уровень понимания чужих эмоций и обладают развитой эмпатией. Уровень тревожности данной группы находится в пределах нормы, что, несомненно, будет позитивно отражаться на продуктивности учебной деятельности.

Для группы студентов с низкими значениями по шкалам «Понимание своих эмоций», «Контроль экспрессии», «Управление своими эмоциями» характерен невысокий уровень эмоционального интеллекта и низкий уровень эмпатии. Несмотря на то, что уровень тревожности респондентов данной группы находится в пределах нормы, его значения выше, чем у студентов с высоким общим уровнем эмоционального интеллекта.

Группа студентов с низким уровнем общего эмоционального интеллекта продемонстрировала выраженное снижение уровня межличностного эмоционального интеллекта, что говорит о том, что респонденты плохо понимают особенности эмоционального состояния человека на основе внешних проявлений эмоций, им сложно намеренно вызывать у других людей те или иные эмоции. У респондентов этой группы был выявлен высокий уровень тревожности. Что говорит о необходимости психологической и педагогической работы с такими студентами для дальнейшей успешной адаптации их в учебном заведении.

По результатам проведенной методики Л. Михельсона «Тест коммуникативных умений» было выявлено, что чаще всего респонденты проявляют компетентный стиль реагирования, однако студенты, которые демонстрируют аг-

рессивный и зависимый тип поведения нуждаются в помощи и советах компетентного специалиста.

Таким образом, при планировании учебно-воспитательного процесса необходимо учитывать особенности интегративного и парциального эмоционального интеллекта студентов. Также необходимо выявление студентов с высоким уровнем тревожности для проведения профилактической и психокоррекционной психологической работы с ними, грамотной разработки плана работы психологической службы учебного заведения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алферова М.А. Связь стратегий поведения в конфликте с тенденциями образа Я и эмоциональным интеллектом // Международный научно-исследовательский журнал. Владивосток :Академия естествознания. 2018. № 6( 72).

2. Безбородова Л.А., Безбородова М.А. Эмоциональный интеллект как важный фактор коммуникативного взаимодействия преподавателя и студентов // Наука и школа, 2019.

3. Дворецкая Т.А., Ахмадиева Л.Р. Смысложизненные ориентации и мотивы учебной деятельности студентов вузов // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Образование и педагогические науки. 2018. № 3 (802).

4. Доржиева М.О. Особенности самоактуализации личности в юношеском возрасте (на примере студентов вуза) // Общество: социология, психология, педагогика. 2016. № 2.

5. Ившина Т.С., Плотникова Е.С. Сравнительный анализ осмысленности жизни в юношеском и зрелом возрасте // Постулат. 2019. № 3 (41).

6. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000.

7. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностического исследования. М.: Питер Ком, 1999.

8. Солоднева Д.А., Побокин П.А. Особенности развития социального интеллекта в юношеском возрасте // Ярославский психологический вестник. 2021. № 1. С.33-38.

9. Чудновский В.Э. Становление личности и проблема смысла жизни. Избранные психологические труды. М.: МПСИ, 2006.

#### REFERENCES

1. Alferova M.A. Svjaz' strategij povedenija v konflikte s tendencijami obraza Ja i jemocional'nym intellektom // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. Vladivostok :Akademija estestvoznanija. 2018. № 6( 72).

2. Bezborodova L.A., Bezborodova M.A. Jemocional'nyj intellekt kak vazhnyj faktor kommunikativnogo vzaimodejstvija prepodavatelja i studentov // Nauka i shkola, 2019.

3. Dvoreckaja T.A., Ahmadijeva L.R. Smyslozhiznennye orientacii i motivy uchebnoj dejatel'nosti studentov vuzov // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta. Obrazovanie i pedagogicheskie nauki. 2018. № 3 (802).

4. Dorzhieva M.O. Osobennosti samoaktualizacii lichnosti v junosheskom

---

voзрасте (na primere studentov vuza) // Obshchestvo: sociologija, psihologija, pedagogika. 2016. № 2.

5. Ivshina T.S., Plotnikova E.S. Sravnitel'nyj analiz osmyslennosti zhizni v junosheskom i zreлом vozraste // Postulat. 2019. № 3 (41).

6. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov: psihologicheskaja priroda i vozrastnaja dinamika. M.: Moskovskij psihologo-social'nyj institut; Voronezh: Izdatel'stvo NPO «MODJeK», 2000.

7. Sobchik L.N. Vvedenie v psihologiju individual'nosti. Teorija i praktika psihodiagnosticheskogo issledovanija. M.: Piter Kom, 1999.

8. Solodneva D.A., Pobokin P.A. Osobennosti razvitija social'nogo intellekta v junosheskom vozraste // Jaroslavskij psihologicheskij vestnik. 2021. № 1. S.33-38.

9. Chudnovskij V.Je. Stanovlenie lichnosti i problema smysla zhizni. Izbrannye psihologicheskie trudy. M.: MPSI, 2006.

10. Glauser W. Medical schools addressing student anxiety, burnout and depression. CMAJ. 2017. V. 189(50). P. E1569–E1570.

**D.A. Solodneva<sup>1</sup>, A.G. Suhanova<sup>2</sup>, P.A. Pobokin<sup>1</sup>**

**FEATURES OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ANXIETY  
IN FIRST COURSE STUDENTS OF A MEDICAL UNIVERSITY**

**<sup>1</sup>Smolensk State Medical University, <sup>2</sup>Military Academy of the Air Defense Forces Named after Marshal of the Soviet Union A.M. Vasilevsky (Smolensk).**

**Summary.** The article describes the features of emotional intelligence and the level of anxiety in first-year medical university students. In the course of the study, such personal characteristics as understanding and managing one's emotions, empathy, interpersonal emotional intelligence, expression control, and communication abilities were carefully analyzed.

**Keywords:** emotional intelligence, students, cluster analysis.

---

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

---

**Л.П. Кисельникова, Н.А. Сирота, М.П. Лямцева, Т.А. Добролежева  
ОТ ДОМА ДО ВРАЧА: «СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ» - МЕТОД  
ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЕМУ  
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва).**

**Резюме.** Применение метода «социальная история» повышает сотрудничество с стоматологом детей с расстройством аутистического спектра = как вербальных, так и невербальных. Метод «социальная история» как один из научно-обоснованных подходов прикладного анализа поведения помогает снизить проявление нежелательного поведения у детей с расстройством аутистического спектра и может быть использован в качестве подготовки ребенка к стоматологическому приему и проведению стоматологических манипуляций.

**Ключевые слова:** дети, расстройство аутистического спектра, социальная история.

**Введение.** Расстройства аутистического спектра (РАС) – это расстройства психического развития, характеризующееся нарушениями в общении, социальном взаимодействии, а также ограниченными интересами и повторяющимся поведением [7]. В настоящее время Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) оценивают, что каждый 59-й ребенок имеет РАС. У большинства детей диагноз впервые выявляется в возрасте до 3 лет, а 39% детей не проходят обследование в первые 4 года жизни [8]. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ, за 2021 г. в России аутизм диагностирован более чем у 36 тысяч детей. Это соответствует примерно 0,1% детского населения страны [3].

РАС признано серьезной проблемой общественного здравоохранения из-за раннего начала, продолжительности в течении всей жизни и высокого уровня сопутствующих нарушений [14]. Эти нарушения связаны не только с основными симптомами РАС, но и с рядом сопутствующих состояний, которые часто испытывают дети с данным диагнозом. Эти состояния включают эмоциональные и поведенческие проблемы (тревожность, компульсии, агрессию и отказ от сотрудничества), проблемы со сном (трудности с засыпанием, поверхностный сон, раннее пробуждение и низкая эффективность сна), проблемы с питанием, проблемы с желудочно-кишечным трактом, сенсорной чувствительностью, низкую обучаемость и умственные нарушения, а также сопутствующие заболевания [15].

Стоматологическое здоровье детей с РАС оценивается как плохое по нескольким причинам: плохой уровень гигиены полости рта ввиду трудностей, связанных с мануальными навыками, а также наличием сенсорной гиперчувствительности [9. 10].

Общеизвестно, что стоматологическое лечение детей с РАС затруднено. Во время визита к стоматологу дети с РАС могут испытывать сенсорную гиперчувствительность к применению стоматологических инструментов, проявлять не-

желательное поведение и полный отказ от сотрудничества, что затрудняет проведение основных стоматологических манипуляций [16].

Решение данной проблемы требует особых подходов. При планировании стоматологического сопровождения детей с РАС необходимо учитывать их коммуникативные навыки. В настоящее время в практике коррекции поведения детей с РАС широко используются научно обоснованные подходы прикладного анализа поведения, включающие коррекцию поведения как вербальных, так и невербальных детей [2, 4, 12, 13]. Одним из методов прикладного анализа поведения является «социальная история». Данный метод был разработан С.А. Gray, J.D. Garand в 1991 г. для того, чтобы улучшать понимание детьми с РАС социальных ситуаций. «социальная история» – это стратегия обучения детей с РАС социальным навыкам, посредством которой человеку даются ответы и варианты действий в различных социальных ситуациях [5, 6, 13].

В отечественной литературе имеются немногочисленные работы, посвященные описанию исследования социальной истории как метода адаптации детей с РАС к различным сферам деятельности [5, 6]. В зарубежной литературе имеются единичные исследования коррекции проблемного поведения детей с РАС с помощью метода социальной истории [11]. Однако изучение влияния социальной истории на адаптацию к стоматологическому приему детей с РАС ранее не проводилось.

**Цель** нашего исследования – оценить результаты метода «социальная история» как одного из научно обоснованных подходов прикладного анализа поведения для подготовки детей с РАС к стоматологическим манипуляциям (осмотр и профессиональная гигиена полости рта).

**Материалы и методы:** в рамках проекта «Дружелюбная стоматология для детей с РАС», который реализовался Фондом «Импульс развития» с использованием гранта Президента РФ на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов, в партнерстве с МГМСУ им. А.И. Евдокимова и Ассоциацией «Аутизм-Регионы» с августа 2020 г. по май 2021 г., было обследовано 96 детей с РАС в возрасте от 7 до 12 лет. Нами была разработана социальная история «Посещение врача-стоматолога» на основе индивидуальных предпочтений детей, учитывались их увлечения и особенности восприятия информации.

Дети были разделены на две группы по их коммуникативным навыкам. Первая группа включала 58 детей с достаточно развитой рецептивной и экспрессивной речью. Во вторую группу вошли 38 неговорящих детей или имеющих форму речи в виде эхолалии.

В течение следующих 30 дней для подготовки ребенка к проведению профессиональной гигиены полости рта родители детей с РАС использовали метод «социальная история».

Для оценки состояния гигиены полости рта был использован индекс ОНІ-S, для оценки налета на аппроксимальных поверхностях – индекс API, для оценки интенсивности и распространенности кариеса – индексы КПУ, кп, для оценки состояния тканей пародонта – индекс РМА.

Уровень сотрудничества ребенка во время обследования и проведения

профессиональной гигиены оценивался по Шкале Франкла, которая делит поведение ребенка на четыре категории:

1. Абсолютно негативное «F--». Ребенок отказывается от лечения. Плачет, полон страха.

2. Негативное «F-». Ребенок с неохотой принимает лечение, имеются некоторые признаки негативизма, но не столь явно выраженные.

3. Позитивное «F+». Ребенок принимает лечение, но с настороженностью. Он выполняет требования врача.

4. Абсолютно позитивное «F++». Хороший контакт с врачом, ребенок проявляет интерес к проводимым процедурам, смеется, радуется.

В первой группе говорящих детей использовали социальную историю с цветными картинками (рис.1) с кратким пояснительным текстом, который ежедневно прочитывался родителями и повторялся ребенком. Если ребенок с РАС умел читать, то родители представляли историю, прочитав ее трижды в течении трех дней. Затем ребенок читал историю сам ежедневно. Для второй группы детей с дефектами речи родители записывали чтение истории на видео. Ребенок просматривал видео с помощью смарт-технологий каждый день.

Для регистрации полученных данных нами были разработаны карты обследования для данной категории пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Уровень гигиены у всех детей, участвующих в исследовании, оценивался как плохой ( $3,86 \pm 0,11$ ): у вербальных детей индекс ОНІ-S в среднем равнялся  $3,50 \pm 0,13$ , у невербальных —  $4,25 \pm 0,10$ .

Индекс АРІ также показал неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у всех исследуемых детей -  $78,27 \pm 4,12$ . Индекс АРІ у вербальных детей, участвующих в исследовании, был равен  $72,34 \pm 4,26\%$ , у невербальных -  $84,20 \pm 3,95\%$ .

Индекс РМА показал легкую тяжесть воспаления десны среди всех детей с РАС -  $23,79 \pm 3,95\%$ . Среднее значение индекса РМА у вербальных детей составило  $16,76 \pm 3,47\%$ , у невербальных -  $30,81 \pm 4,25\%$ , что соответствует гингивиту средней тяжести.

При клиническом обследовании у всех пациентов отмечался высокий уровень интенсивности кариеса: среднее значение индекса КПУ -  $8,23 \pm 2,93$ ,  $кп_3$  -  $16,78 \pm 2,48$ . Индекс КПУ у вербальных детей, участвующих в исследовании, был равен  $6,89 \pm 2,67$ , у невербальных  $9,58 \pm 1,68$ .

Таким образом, у детей с РАС выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, воспалительные заболевания пародонта и высокая заболеваемость кариесом.

Выявлено, что уровень коммуникативных навыков детей с РАС оказывает выраженное влияние на тяжесть стоматологической патологии. У невербальных детей определяется более высокий уровень распространенности кариеса, воспалительных заболеваний пародонта, более низкий уровень гигиены полости рта при оценке уровня коммуникации, чем у вербальных детей с РАС.

При оценке уровня коммуникации с врачом было выявлено следующее: у 43,75% детей с РАС отмечалось абсолютно негативное поведение, 25,00% детей с РАС на стоматологическом приеме проявляли негативное поведение, 13,55%

детей с РАС имели позитивное поведение, а у 17,70% детей с РАС отмечалось абсолютно позитивное поведение (табл.1).

Было выявлено, что у невербальных детей с РАС уровень взаимодействия с врачом значительно хуже, чем у вербальных ввиду того, что невербальные дети практически полностью не понимают обращенную речь. Соответственно, среди этой группы детей встречались лишь единичные случаи с позитивным и абсолютно позитивным отношением к стоматологическому приему.

Таблица 1.

Оценка уровня взаимодействия детей с РАС по Шкале Франкла.

|              | Абсолютно негативное |            | Негативное |            | Позитивное |            | Абсолютно позитивное |            |
|--------------|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|------------|
|              | До                   | После      | До         | После      | До         | После      | До                   | После      |
| Всего        | 42(43,75%)           | 24(25,00%) | 24(25,00%) | 32(33,34%) | 13(13,55%) | 23(23,95%) | 17(17,70%)           | 17(17,71%) |
| Вербальные   | 13(13,54%)           | 9(9,38%)   | 19(19,79%) | 15(15,62%) | 10(10,42%) | 18(18,74%) | 16(16,70%)           | 16(16,70%) |
| Невербальные | 25(26,04%)           | 15(15,61%) | 9(9,38%)   | 17(17,70%) | 3(3,13%)   | 5(5,21%)   | 1(1,04%)             | 1(1,04%)   |

При повторном обследовании (через 1 мес.) детей с РАС мы наблюдали следующие изменения в поведении (Шкала Франкла). Позитивное поведение в обеих группах детей с РАС повысилось с 13,55% до 23,95% (рис.1).

Выявлено, что после применения метода «социальная история» (в течении 1 мес.) абсолютно негативное поведение в группе вербальных детей снизилось с 13,54% до 9,38% и возросло количество детей с позитивным поведением с 10,42% до 18,74%.

Наиболее ярко результаты применения метода «социальная история» проявились у невербальных детей: нежелательное поведение было снижено почти в два раза – с 26,04% до 15,61%.

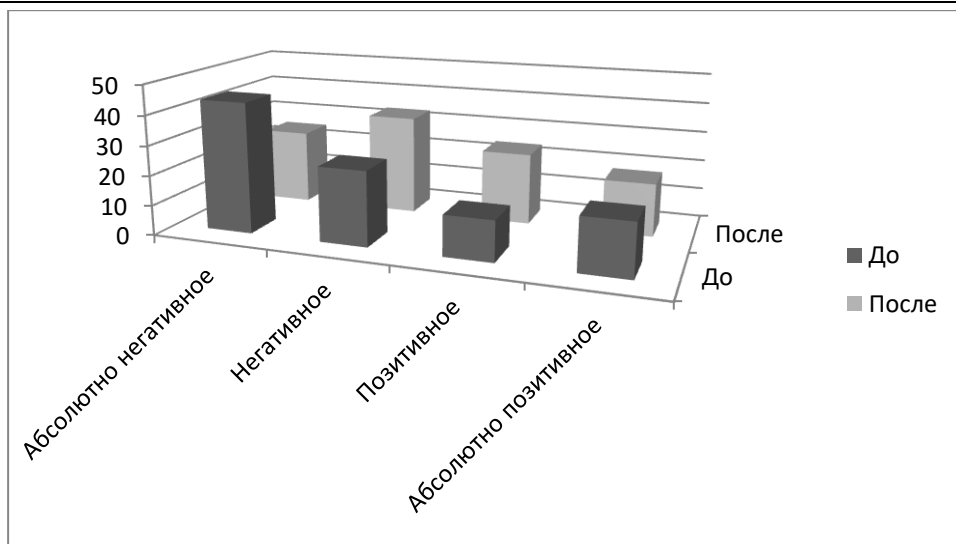


Рисунок 1. Оценка уровня взаимодействия детей с РАС по Шкале Франкла.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии применения метода «социальная история» как одного из научнообоснованных подходов прикладного анализа поведения на отношение детей с РАС к посещению стоматолога.

Нами доказана особая положительная роль метода «социальная история» невербальных детей с РАС, что помогает им считывать события, которые будут проходить на стоматологическом приеме и не проявлять нежелательное поведение.

#### **Выводы.**

1. Применение метода «социальная история» повышает сотрудничество со стоматологом детей с РАС, как вербальных, так и невербальных.

2. Метод «социальная история» как один из научно обоснованных подходов прикладного анализа поведения помогает снизить проявление нежелательного поведения у детей с РАС и может быть использован в качестве подготовки ребенка к стоматологическому приему и проведению стоматологических манипуляций.

3. Проведенное исследование показало, что для стоматологической реабилитации детей с РАС необходимо использовать научно обоснованные подходы прикладного анализа поведения в зависимости от их коммуникативных навыков.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Лисенков М.Р., Гажва Ю.В. Сравнительная оценка стоматологического здоровья у детей с ограниченными возможностями // Здоровье и образование в XXI веке. 2019. № 7.

2. Мелешкевич, О., Эрц, Ю. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития // Самара: Издательский Дом «Бахрах- М», 2014. 208 с.

3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Письмо 15-3/407 от 15 марта 2021 г.

4. Орлова Е.А., Чемоданова Д.И. Метод анализа вербального поведения в обучении и психологическом сопровождении детей с нарушениями аутистического спектра // Мир науки, культуры, образования. 2016, № 2 (57), 279–280.

5. Эстербрук С.А., Орлова Е.А., Карпекова Т.А. Метод социальных историй в развитии социального взаимодействия детей с нарушениями аутистического спектра (по материалам зарубежных источников) // Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). 2018. № 1: 1–11.

6. Эстербрук С.А., Эстербрук Р.Л., Орлова Е.А., Карпекова Т.А. Теоретические и практические аспекты применения метода анализа вербального поведения для обучения и психологического сопровождения детей с аутизмом с нарушениями в развитии коммуникации и речи // Психология обучения. 2016. № 4. С. 102–114.

#### REFERENCES

1. Gazhva S.I., Belousova E.Ju., Lisenkov M.R., Gazhva Ju.V. Sravnitel'naja ocenka stomatologicheskogo zdorov'ja u detej s ogranichennymi vozmozhnostjami // Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2019. № 7.

2. Meleshkevich, O., Jerc, Ju. Osobyje deti. Vvedenie v prikladnoj analiz povedenija (AVA): principy korrekcii problemnogo povedenija i strategii obuchenija detej s rasstrojstvami avtisticheskogo spektra i drugimi osobennostjami razvitija // Samara: Izdatel'skij Dom «Bahrah- M», 2014. 208 s.

3. inisterstvo zdavoohranenija Rossijskoj Federacii. Pis'mo 15-3/407 ot 15 marta 2021 g.

4. Orlova E.A., Chemodanova D.I. Metod analiza verbal'nogo povedenija v obuchenii i psihologicheskom soprovozhdenii detej s narushenijami avtisticheskogo spektra // Mir nauki, kul'tury, obrazovanija. 2016, № 2 (57), 279–280.

5. Jesterbruk S.A., Orlova E.A., Karpekova T.A. Metod social'nyh istorij v razvitii social'nogo vzaimodejstvija detej s narushenijami avtisticheskogo spektra (po materialam zarubezhnyh istochnikov) // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta (jelektronnyj zhurnal). 2018. № 1: 1–11.

6. Jesterbruk S.A., Jesterbruk R.L., Orlova E.A., Karpekova T.A. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty primenenija metoda analiza verbal'nogo povedenija dlja obuchenija i psihologicheskogo soprovozhdenija detej s avtizmom s narushenijami v razvitii kommunikacii i rechi // Psihologija obuchenija. 2016. № 4. S. 102–114.

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014 // Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, April 27th, 2018.

9. Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. J Clin Pediatr Dent 2016;40:21-5.DOI: [10.17796/1053-4628-40.1.21](https://doi.org/10.17796/1053-4628-40.1.21).

10. Fakroon S, Arheiam A, Omar S. Dental caries experience and periodontal treatment needs of children with autistic spectrum disorder // Eur Arch Paediatr Dent 2015;16:205-9. DOI: [10.1007/s40368-014-0156-6](https://doi.org/10.1007/s40368-014-0156-6).

11. Gray C.A. Teaching children with autism to read social situations // Teach-

---

ing children with autism: Strategies to enhance communication and socialization / ed. K.A. Quill. New York: Delmar, 1995b. P. 219–242.

12. Gray C.A. The new Social Story book. Arlington, Future Horizons, 2000. 120 p.

13. Gray C.A., Garand J.D. Social stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. In: Focus on Autistic Behavior, 1993, no. 8 (1), pp. 1–10.

14. Maskey M, Warnell F, Parr JR, Le Couteur A, McConachie H. Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder // J Autism Dev Disord 2012;43:851-859. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-012-1622-9>.

15. Pearson DA, Loveland KA, Lachar D, Lane DM, Reddoch SL, Mansour R, et al. A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD-NOS // Child Neuropsychol 2006;12:321-333. PMID: 18645422.

16. Pollard, Betz, & Higbee (2012). Journal of Applied Behavior Analysis, 45, 387-393.).

17. Popple B, Wall C, Flink L, Powell K, Discepolo K, Keck D, et al. Brief Report: Remotely Delivered video modeling for improving oral hygiene in children with ASD: A pilot study // J Autism Dev Disord 2016;46:2791-2796. doi: [10.1007/s10803-016-2795-4](https://doi.org/10.1007/s10803-016-2795-4).

**L.P. Kiselnikova, N.A.Sirota, M.P. Lyamtseva, T.A. Dobrolezheva**  
**FROM HOME TO DOCTOR: A SOCIAL HISTORY – A METHOD**  
**OF PREPARING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER**  
**FOR A DENTAL APPOINTMENT**

**FSBEI HE A.I. Yevdokimov MSMSU (Moscow).**

**Summary.** The use of “Social Stories” method as an alternative communication system improves the adaptation of children with autism spectrum disorders to dental treatment. Method of social history as one of the science-based approaches of applied behavior analysis helps to decrease the manifestation of unwanted behavior of children with autism spectrum disorder and can be used as child's preparation for the dental appointment and conduct of dental manipulations.

**Keywords:** children, autism spectrum disorder, social story.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ  
СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» (Оренбург).**

**Резюме. Введение.** Научные данные последних лет свидетельствуют о том, что агрессия в школьной среде становится угрожающе распространённой. **Материалы и методы.** С целью выявления психологических предикторов формирования агрессивного поведения у школьников с адекватной выраженностью агрессии (1-я группа), агрессивным поведением (2-я группа) и подавлением агрессии (3-я группа) проведена сравнительная характеристика стрессоустойчивости, стресса, тревожности, негативных эмоциональных переживаний, познавательной активности и коммуникативной успешности. С помощью корреляционного анализа были проанализированы взаимосвязи между различными формами агрессивных и враждебных реакций и показателями психического здоровья. **Результаты.** Установлено, что у учащихся с агрессивным поведением относительно данных школьников групп сравнения уровень раздражительности в среднем был выше в 1,4 раза, подозрительности в 1,3 раза, враждебности в 1,3 раза и целевой (мотивационной) агрессии в 1,2 раза, что, вероятно, обусловлено неудовлетворительной нервно-психической устойчивостью (50,0%), формированием высокого уровня стресса (32,1%), тревожности и негативных эмоциональных переживаний в повседневной и учебной деятельности школьников (12,5-21,9%). Доказано, что с увеличением нервно-психического напряжения за счет стресса, тревожности, негативных эмоциональных переживаний и низкой стрессоустойчивости у школьников увеличивалась степень выраженности агрессивности ( $r=0,4-0,7$ ) и враждебности ( $r=0,3-0,7$ ), что в совокупности обеспечивало формирование целевой (мотивационной) агрессии. **Заключение.** Высокий уровень распространённости агрессивного поведения среди современных школьников (48,8%) определяет необходимость проведения в условиях учебных учреждений скрининг-диагностики психоэмоционального состояния учащихся для раннего выявления психологических предикторов агрессивного поведения и своевременной их коррекции.

**Ключевые слова:** школьники, агрессивное поведение, психологические предикторы агрессии, стрессоустойчивость, стресс, тревожность, гнев, познавательная мотивация, коммуникативная успешность/

**Введение.** В последние годы одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения является расширение масштабов агрессии среди школьников [1-3, 5, 8, 12, 17]. Научные исследования показали, что агрессивное поведение имеет негативные физические и психические последствия для всех его участников, как жертв, так и агрессоров [6, 7, 14, 15]. Дети и подростки, вовлеченные в издевательства, значительно чаще других переживают тревожность, беспокойство, депрессию, суицидальные мысли и социальную изоляцию

[6, 7, 14, 15]. Неприятие сверстниками приводит к избеганию школы, прогулам, что в последующем негативно сказывается на академической успеваемости жертв школьного насилия [6, 7, 14, 15]. Проблемы, связанные с агрессивным поведением, не ограничиваются жертвами: агрессивные подростки часто испытывает такие же негативные последствия, как и их жертвы [11, 18]. Агрессоры подвержены высокому риску развития поведенческих трудностей, таких как употребление психоактивных веществ, суицидальное поведение, преступность и насилие, неуспеваемость и прекращение обучения в школе в подростковом возрасте [11, 18]. Кроме того, страдают от негативных последствий агрессии и сторонние наблюдатели – свидетели агрессивного поведения, которые, в свою очередь, могут усвоить агрессивные модели взаимоотношений для защиты от агрессивных нападений, что приведет к формированию порочного круга виктимизации для потенциальных жертв со стороны сверстников, которые сохраняют их роль жертв [6, 7, 14, 15].

Принимая во внимание высокую распространённость агрессии и виктимизации, имеющих место в школьной среде, и их разрушительные последствия, изучение психологических факторов риска возникновения агрессивного поведения среди учащихся старшего школьного возраста имеет решающее значение в целях разработки эффективных профилактических стратегий уменьшения агрессивного поведения и снижения вовлеченности детей и подростков в различные формы антиобщественного поведения.

**Цель исследования** – выявить психологические предикторы формирования агрессивного поведения у учащихся старшего школьного возраста.

**Материалы и методы.** Участниками настоящего исследования стали 287 школьников мужского (n=132) и женского (n=157) пола в возрасте 15-17 лет, обучающихся в старших (9-11) классах средней общеобразовательной школы. Выборка была сформирована с учетом групп здоровья школьников (I-II группа здоровья) и наличия письменного информированного согласия учащихся и их родителей на обследование. Исключались ученики, отказавшиеся принимать участие в медицинском наблюдении. Сбор данных осуществляли в течение двух месяцев второй учебной четверти (ноябрь-декабрь) с соблюдением этических принципов Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Форталеа, 2013).

У школьников проведена оценка выраженности агрессии с помощью опросника Басса-Дарки (1957), стандартизированного А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым, Ю.А. Кузнецовой (2005), позволяющего выявить основные виды агрессивных и враждебных реакций: физическая, косвенная и вербальная агрессия, раздражение, обида, негативизм, чувство вины и подозрительность, на основе которых осуществлялся подсчет индекса агрессивности, включающего в себя сумму баллов шкал физической, косвенной и вербальной агрессии; индекса враждебности – суммирование балльной оценки шкал обиды и подозрительности; уровня агрессивной мотивации – суммирование балльной оценки шкал физической и вербальной агрессии, раздражения. В зависимости от набранных баллов проводилась оценка выраженности агрессии: если сумма баллов индекса агрессивности и уровня агрессивной мотивации была одинаковой, состояние

школьника соответствовало адекватному проявлению агрессии; при увеличении индекса агрессивности, состояние оценивалось как подавление агрессии; а повышение уровня агрессивной мотивации характеризовало состояние агрессивного поведения. В итоге были сформированы три группы наблюдения: первая группа была представлена учениками с адекватной выраженностью агрессии ( $n=58$ ); вторую группу составили школьники с агрессивным поведением ( $n=140$ ) и третью группу – ученики с подавлением агрессии ( $n=89$ ). С целью выявления психологических предикторов формирования агрессивного поведения у учащихся трех групп проведена сравнительная характеристика нервно-психической устойчивости с помощью опросника В.Ю. Рыбникова «Прогноз-2»; выраженности стресса по методике «Шкала психологического стресса PSM-25»; уровня тревожности, негативных эмоциональных переживаний и познавательной активности в повседневной и учебной сферах с помощью опросника Ч.Д. Спилберга в модификации А.Д. Андреевой (1988); и коммуникативной успешности по методике В.Б. Шапарь (2004).

На втором этапе исследования с помощью корреляционного анализа и расчета коэффициента корреляции Пирсона ( $r$ ) были проанализированы взаимосвязи между различными формами агрессивных и враждебных реакций и показателями психического здоровья. Статистические данные подчинялись закону нормального распределения (проверка на нормальность проведена с помощью критерия Колмогорова-Смирнова) и были представлены в виде средней арифметической и ошибки среднего ( $M \pm m$ ). Для выявления статистически значимых различий в сравниваемых группах был использован параметрический критерий Стьюдента с последующим расчетом достоверности ( $p$ ). Значимыми считали различия при  $p \leq 0,05$ . Все вычисления были выполнены с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Office 2013», «Statistica 13.0».

**Результаты.** Установлено, что адекватное проявление агрессии отмечено лишь у 20,2% старшеклассников, тогда как у 48,8% школьников выявлено агрессивное поведение, остальные же 31,0% учащихся подавляли агрессивные реакции. При этом доминирующей формой выражения агрессии у старшеклассников являлась вербальная агрессия ( $7,1 \pm 0,25$  баллов), характеризующая школьников со склонностью проявлять негативные эмоции с помощью слов, угроз, насмешек и т. д. (рис.1).

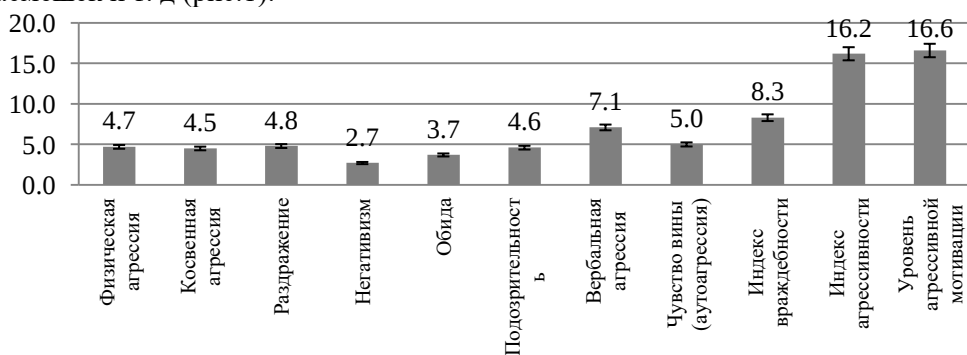


Рисунок 1. Бальная оценка выраженности агрессивных и враждебных реакций среди старшеклассников (баллы).

Показано, что более чем половина учащихся (73,8%) имела высокий уровень вербальной агрессии, у каждого третьего школьника определена высокая степень раздражительности (39,3%) и подозрительности (33,3%), у каждого четвертого выявлен выраженный уровень негативизма (29,8), аутоагрессии (28,6%), у пятой части учеников отмечена повышенная физическая агрессия (21,4%) (рис.2).

Для разработки эффективных мер профилактики и вмешательства необходимо четкое понимание причин, лежащих в основе формирования агрессии. В связи с этим у школьников с различными формами проявления агрессии, такими как адекватная выраженность агрессии (1-я группа), агрессивное поведение (2-я группа) и подавление агрессии (3-я группа) проведена оценка психоэмоционального состояния с целью выявления возможных факторов, формирующих агрессию и агрессивное поведение. Так, установлено, что у школьников 2-й группы относительно данных учащихся групп сравнения выявлена максимальная балльная оценка раздражительности ( $5,7 \pm 0,40$  баллов), обиды ( $3,9 \pm 0,36$  баллов), подозрительности ( $5,1 \pm 0,31$  баллов), вербальной агрессии ( $7,6 \pm 0,38$  баллов) и индекса враждебности ( $9,0 \pm 0,57$  баллов) (табл.1). Соответственно, число школьников 2-й группы с высоким уровнем выраженности таких агрессивных и враждебных реакций, как раздражение (75,6%), было больше в 1,8 и в 1,3 раза, обиды (39,0%) в 3,0 и 3,4 раза, подозрительности (73,2%) в 1,6 раз и 2,1 раз, вербальной агрессии (85,4%) в 1,2 раза и 1,3 раза, чем учеников 1-й и 3-й групп (рис.3).

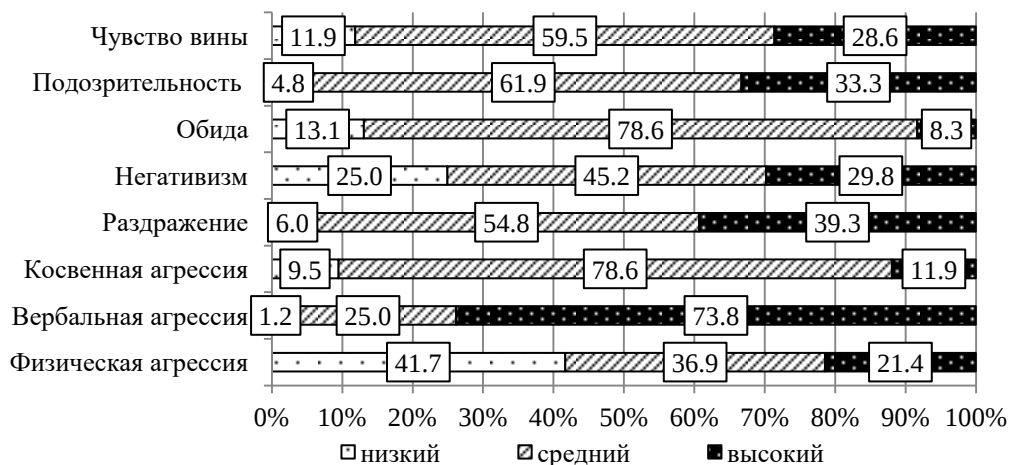


Рисунок 2. Распределение учащихся в зависимости от степени выраженности агрессивных и враждебных реакций (%).

У школьников 3-й группы зарегистрированы максимальные показатели косвенной агрессии ( $5,9 \pm 0,45$  баллов) и негативизма ( $3,3 \pm 0,30$  баллов) и минимальный уровень аутоагрессии ( $4,4 \pm 0,44$  баллов). Причем среди учащихся 3-й группы также отмечен максимальный удельный вес числа школьников с высокой степенью сформированности косвенной агрессии (46,2%) и негативизма (53,8%), и минимальная доля лиц с высоким уровнем аутоагрессии (19,2%).

Таблица 1.

Показатели агрессивных и враждебных реакций у исследуемых групп школьников (баллы)

| Показатели                           | Группы школьников |            |               |
|--------------------------------------|-------------------|------------|---------------|
|                                      | 1-я               | 2-я        | 3-я           |
| <b>Физическая агрессия</b>           | 4,4±0,68          | 4,6±0,51   | 5,0±0,64      |
| <b>Косвенная агрессия</b>            | 4,3±0,58          | 3,8±0,42   | 5,9±0,45***** |
| <b>Раздражение</b>                   | 4,2±0,61          | 5,7±0,40*  | 4,2±0,47**    |
| <b>Негативизм</b>                    | 2,1±0,26          | 2,7±0,22*  | 3,3±0,30**    |
| <b>Обида</b>                         | 2,9±0,47          | 3,9±0,36*  | 3,6±0,44      |
| <b>Подозрительность</b>              | 4,1±0,51          | 5,1±0,31*  | 3,9±0,39**    |
| <b>Вербальная агрессия</b>           | 6,4±0,61          | 7,6±0,38*  | 7,3±0,48      |
| <b>Чувство вины (аутоагрессия)</b>   | 5,3±0,54          | 5,4±0,41   | 4,4±0,44**    |
| <b>Индекс враждебности</b>           | 7,1±0,90          | 9,0±0,57*  | 7,5±0,72**    |
| <b>Индекс агрессивности</b>          | 15,1±1,60         | 15,9±1,06  | 18,2±1,32***  |
| <b>Уровень агрессивной мотивации</b> | 15,1±1,60         | 18,0±1,04* | 16,4±1,36     |

\* $p \leq 0,05$  при сравнении данных учащихся 1-й группы с данными школьников 2-й группы; \*\* $p \leq 0,05$  при сравнении данных учащихся 2-й группы с данными школьников 3-й группы; \*\*\* $p \leq 0,05$  при сравнении данных учащихся 1-й группы с данными школьников 3-й группы.

Известно, что фактором, провоцирующим агрессивное поведение у подростков, может являться несформированная способность к эмоциональной и поведенческой регуляции [14]. Показано, что у учащихся 2-й группы балльная оценка уровня стрессоустойчивости составляла 30,5±2,29 балла, что соответствовало неудовлетворительному уровню нервно-психической устойчивости, у учащихся 1-й (26,8±3,65 баллов) ( $p \geq 0,05$ ) и 3-й (23,7±2,42 баллов) ( $p \leq 0,05$ ) групп значение нервно-психической устойчивости (НПУ), напротив, соответствовало удовлетворительному уровню. На этом фоне высокий уровень стрессоустойчивости выявлен у четвертой части школьников 1-й (25,0%) и 3-й (26,3%) группы, и всего у 15,6% школьников 2-й группы (рис. 4).

По этой причине, вероятно, уровень стресса у учеников 2-й группы (94,5±6,50 баллов) был выше на 18,1%, чем у школьников 1-й (77,4±9,73 баллов) ( $p \leq 0,05$ ) и на 11,6% в сравнении с учениками 3-й группы (83,5±8,23 баллов) ( $p \geq 0,05$ ). Низкий уровень стресса зарегистрирован лишь у 46,4% школьников 2-й группы, что в 1,6 раза и в 1,3 раза меньше, чем число учеников 1-й и 3-й группы (рис. 5).

Кроме того, у школьников 2-й группы уровень тревожности был максимальным и в повседневной сфере составлял 21,1±0,59 балла при данных 19,6±0,66 баллов у учеников 1-й группы ( $p \leq 0,05$ ) и 19,2±0,48 баллов у школьников 3-й группы ( $p \leq 0,05$ ); а в учебной сфере – 19,7±0,58 баллов при значении 17,7±0,71 баллов ( $p \leq 0,05$ ) и 18,3±0,61 баллов ( $p \leq 0,05$ ) у учеников 2-й и 3-й групп соответственно (табл. 2). Об этом также свидетельствовал тот факт, что у

18,8% и 12,5% школьников 2-й группы установлен высокий уровень тревожности, среди же 1-й группы ученики с высокой тревожностью отсутствовали, среди 3-й группы их число не превышало 5,6% (рис. 6).

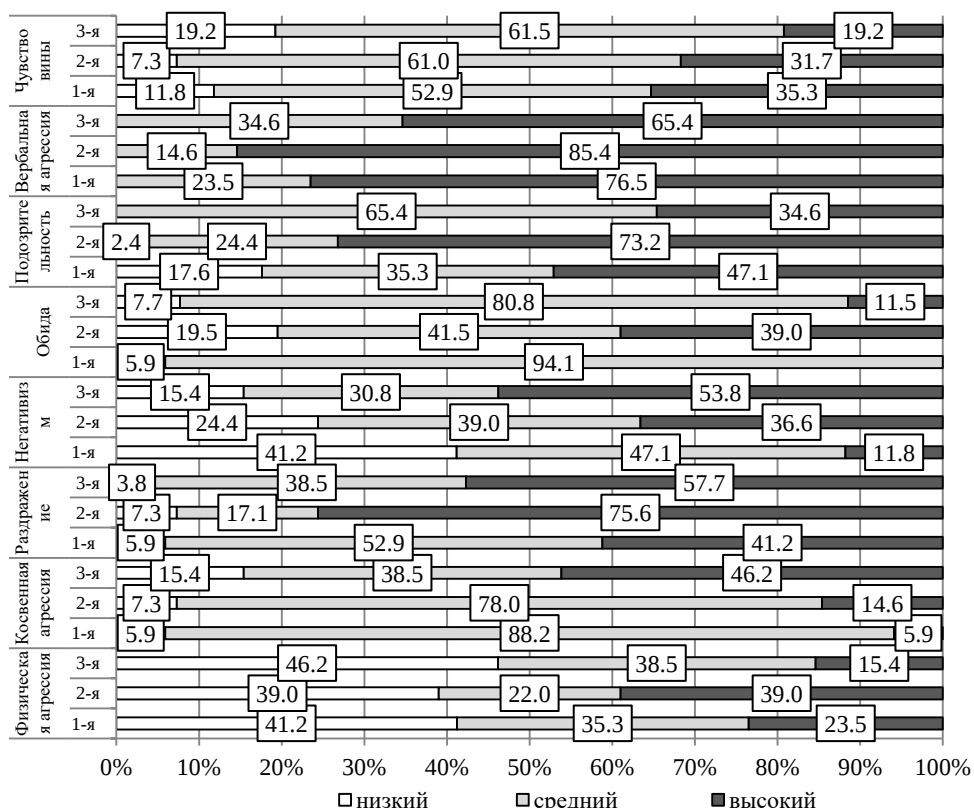


Рисунок 3. Распределение школьников в зависимости от степени выраженности агрессивных и враждебных реакций (%).

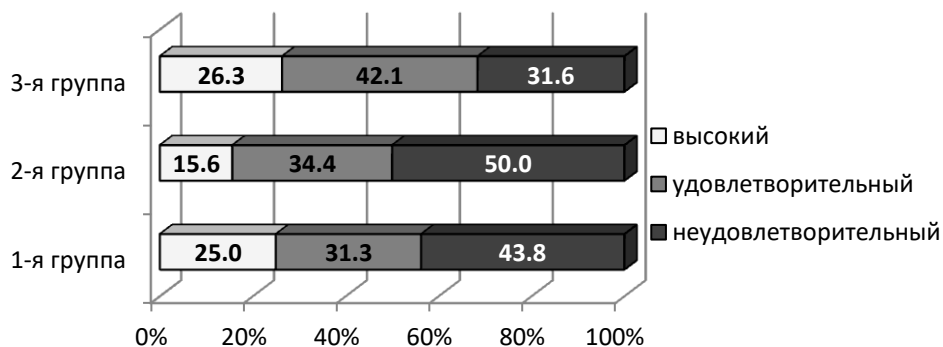


Рисунок 4. Распределение школьников в зависимости от уровня развития стрессоустойчивости (%).

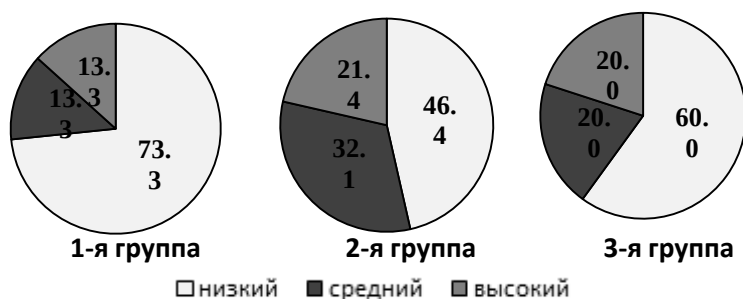


Рисунок 5. Распределение школьников в зависимости от уровня стресса (%).

Таблица 2.

Показатели тревожности, познавательной активности, негативных эмоциональных переживаний у исследуемых групп школьников (баллы)

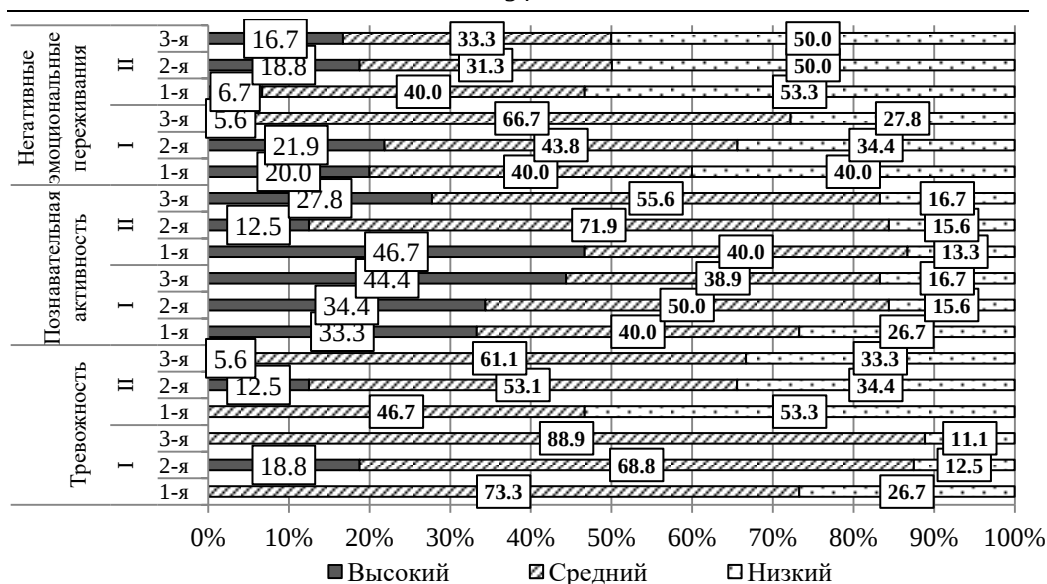
| Показатели                           |    | Группы школьников |            |             |
|--------------------------------------|----|-------------------|------------|-------------|
|                                      |    | 1-я               | 2-я        | 3-я         |
| Тревожность                          | I  | 19,6±0,66         | 21,1±0,59* | 19,2±0,48** |
|                                      | II | 17,7±0,71         | 19,7±0,58* | 18,3±0,61** |
| Познавательная активность            | I  | 28,7±1,50         | 27,6±0,86  | 28,1±0,99   |
|                                      | II | 28,0±1,34         | 24,6±0,89* | 25,3±1,32   |
| Негативные эмоциональные переживания | I  | 18,4±1,42         | 20,1±1,08  | 18,8±0,79   |
|                                      | II | 13,1±1,29         | 14,5±1,14  | 13,4±1,28   |

\* $p \leq 0,05$  при сравнении данных учащихся 1-й группы с данными школьников 2-й группы; \*\* $p \leq 0,05$  при сравнении данных учащихся 2-й группы с данными школьников 3-й группы; \*\*\* $p \leq 0,05$  при сравнении данных учащихся 1-й группы с данными школьников 3-й группы.

I - в повседневной деятельности; II - в учебной деятельности.

Балльная оценка уровня негативных эмоций у учеников 2-й группы также превышала данные старшекласников других групп, однако это увеличение имело недостоверный характер. Обращает на себя внимание тот факт, что у школьников 2-й группы познавательная активность на учебных занятиях была снижена на 12,1% по сравнению с учениками 1-й группы ( $p \leq 0,05$ ) и на 9,6% сравнительно данных обследуемых 3-й группы ( $p \geq 0,05$ ). Удельный вес числа учащихся 2-й группы (12,5%) с высокой познавательной мотивацией в учебе был ниже в 3,7 раза и 2,2 раза, чем количество учеников групп сравнения.

Индекс коммуникативной успешности у учащихся исследуемых групп не имел достоверных отличий и составлял у учеников 1-й группы  $0,44 \pm 0,197$  ед., у школьников 2-й группы –  $0,47 \pm 0,177$  ед. и  $0,56 \pm 0,253$  ед. у учащихся 3-й группы ( $p \geq 0,05$ ). В то же время высокий уровень сформированности коммуникативных способностей имел каждый третий ученик 1-й (33,3%) и 3-й (36,0%) группы и не более чем четверть учащихся 2-й группы (25,3%) (рис. 7).



*I - в повседневной деятельности; II - в учебной деятельности;*

Рисунок 6. Распределение учащихся в зависимости от уровня выраженности тревожности, познавательной активности, негативных эмоциональных переживаний (%).

В целях подтверждения полученных результатов и доказательности формирования агрессивного поведения в зависимости от индивидуальных психологических факторов проведен корреляционный анализ (табл. 3). Установлено, что показатели агрессивных и враждебных реакций имели прямую корреляционную зависимость от балльной оценки стресса ( $r=0,2-0,7$ ), стрессоустойчивости ( $r=0,3-0,7$ ), тревожности ( $r=0,1-0,6$ ) и негативных эмоциональных переживаний ( $r=0,2-0,7$ ). Вместе с этим показатели агрессивных и враждебных реакций отрицательно коррелировали с уровнем познавательной активности в повседневной и учебной сфере ( $r=-0,1-0,4$ ). Между показателями агрессии и индексом коммуникативной успешности выявлены слабые корреляционные зависимости ( $r=-0,1-0,2$ ).

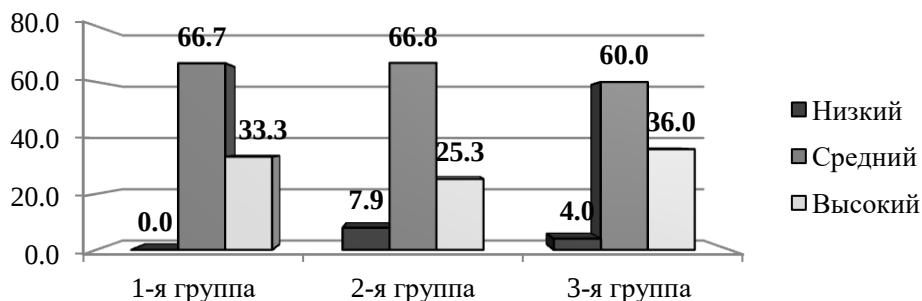


Рисунок 7. Распределение учащихся в зависимости от коммуникативной успешности (%).

Таблица 3.

Корреляционная зависимость между показателями агрессивных и враждебных реакций и параметрами психоэмоционального состояния учащихся (единицы)

| Показатели агрессивных и враждебных реакций | Показатели психического здоровья |     |      |       |       |        |        |         |     |
|---------------------------------------------|----------------------------------|-----|------|-------|-------|--------|--------|---------|-----|
|                                             | Стресс                           | НПУ | Т(I) | Т(II) | ПА(I) | ПА(II) | НЭП(I) | НЭП(II) | ИКУ |
| Физическая агрессия                         | 0,2                              | 0,4 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,5    | 0,4     | 0,1 |
| Косвенная агрессия                          | 0,7                              | 0,6 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,6    | 0,5     | 0,1 |
| Раздражение                                 | 0,6                              | 0,7 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,7    | 0,5     | 0,1 |
| Негативизм                                  | 0,2                              | 0,3 | 0,   | 0,    | 0,    | -      | 0,4    | 0,3     | -   |
| Обида                                       | 0,6                              | 0,7 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,6    | 0,5     | 0,2 |
| Подозрительность                            | 0,4                              | 0,5 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,4    | 0,2     | 0,1 |
| Вербальная агрессия                         | 0,5                              | 0,5 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,6    | 0,5     | 0,1 |
| Чувство вины                                | 0,2                              | 0,3 | 0,   | 0,    | 0,    | 0,     | 0,2    | 0,1     | 0,1 |
| Индекс враждебности                         | 0,6                              | 0,7 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,6    | 0,4     | 0,1 |
| Индекс агрессивности                        | 0,5                              | 0,6 | 0,   | 0,    | -     | -      | 0,7    | 0,6     | 0,1 |
| Уровень агрессивной мотивации               | 0,5                              | 0,6 | 0,5  | 0,4   | -0,2  | -0,2   | 0,7    | 0,6     | 0,1 |

НПУ – нервно-психическая устойчивость; Т(I) – тревожность в повседневной жизни; Т(II) – тревожность в учебной сфере; ПА(I) – познавательная активность в повседневной жизни; ПА(II) – познавательная активность в учебной сфере; НЭП(I) – негативные эмоциональные переживания в повседневной жизни; НЭП(II) – негативные эмоциональные переживания в учебной сфере; ИКУ – индекс коммуникативной успешности.

**Обсуждение.** Согласно последним научным данным, примерно 10,0-20,0% школьников проявляют агрессию по отношению к сверстникам, а 10,0-35,0% детей и подростков становятся жертвами агрессивного поведения [2,5,8,12,3]. Исследования показывают, что такие социальные факторы, как низкий социально-экономический статус семьи, семейное насилие, сниженный уровень родительского контроля, социальная изоляция, девиантность сверстников и вовлеченность в преступное поведение являются факторами, которые подвергают детей повышенному риску проявления агрессии по отношению к сверстникам [4, 9, 13]. В этом случае раннее выявление психологических предикторов агрессии и их своевременная коррекция могут являться эффективным средством в профилактике агрессивного поведения среди подрастающего поколения.

Показано, что среди исследуемых учащихся у каждого второго школьника (48,8%) зарегистрировано агрессивное поведение, выражающееся в основном в вербальной форме. При этом у агрессивных подростков относительно данных

учащихся с адекватным проявлением агрессии и подавлением агрессии выявлен высокий уровень раздражительности (75,6%), а также повышенная степень враждебности в виде обиды (39,0%) и подозрительности (73,2%). Вероятно, причиной формирования агрессивного поведения являлся низкий уровень саморегуляции, который выявлен у каждого второго ученика (50,0%), высокий уровень стресса у третьей части учащихся (32,1%), а также повышенная тревожность и негативные эмоциональные переживания, зарегистрированные у 12,5-21,9% школьников в повседневной жизни и в учебной сфере. Кроме того, стоит отметить, что у подростков, проявляющих агрессию, в сравнении со школьниками других групп уровень познавательной мотивации в учебной деятельности был минимальным, что может рассматриваться как фактор риска развития академической неуспеваемости у учащихся с повышенной агрессивностью.

Доказано, что с увеличением уровня стресса, тревожности и негативных эмоциональных переживаний, а также снижением нервно-психической устойчивости у школьников увеличивается степень выраженности агрессивности ( $r=0,4-0,7$ ) за счет физической ( $r=0,2-0,5$ ), косвенной ( $r=0,2-0,7$ ), вербальной агрессии ( $r=0,3-0,6$ ) и раздражительности ( $r=0,4-0,7$ ); повышается уровень враждебности ( $r=0,3-0,7$ ) вследствие развития обиды ( $r=0,4-0,7$ ) и подозрительности ( $r=0,2-0,5$ ), что в совокупности приводит к формированию целевой (мотивационной) агрессии, заключающейся в целенаправленном спланированном нанесении вреда окружающим.

**Заключение.** Таким образом, высокий уровень стресса, неудовлетворительная стрессоустойчивость, повышенная степень тревожности и негативных эмоциональных переживаний в повседневной и учебной сферах на фоне сниженного познавательного интереса к учебной деятельности могут рассматриваться в качестве психологических предикторов формирования агрессивного поведения у учащихся старшего школьного возраста. Своевременное выявление и коррекция психологических предикторов формирования агрессии у школьников в процессе психолого-педагогического сопровождения может стать эффективным инструментом в профилактике возникновения агрессивного поведения среди потенциальных агрессоров, а также предотвращения последующего агрессивного поведения среди жертв агрессии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Левченко В.В. Социальные и социально-психологические особенности подростковой агрессии в современном российском обществе: региональный аспект // Вестник университета, 2020. № 9. С. 171-176.

2. Сетко Н.П., Булычева Е.В., Сетко А.Г. Психическое здоровье детей и подростков: монография. Оренбург: издательство ОрГМУ, 2020. 680 с.

3. Солдатова Г.У., Чигарькова С.В., Львова Е.Н. Онлайн-агрессия и подростки: результаты исследования школьников Москвы и московской области // Эпоха науки. 2017. № 12. С. 103-109.

#### REFERENCES

1. Levchenko V.V. Social'nye i social'no-psihologicheskie osobennosti podrostkovoj agressii v sovremennom rossijskom obshhestve: regional'nyj aspekt // Vestnik universiteta, 2020. № 9. S. 171-176.

2. Setko N.P., Bulychева E.V., Setko A.G. Psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov: monografija. Orenburg: izdatel'stvo OrGMU, 2020. 680 s.
3. Soldatova G.U., Chigar'kova S.V., L'vova E.N. Onlajn-agressija i podrostki: rezul'taty issledovanija shkol'nikov Moskvy i moskovskoj oblasti // *Jepoha nauki*. 2017. № 12. S.103-109.
4. Caravita S., Blasio P.D., Salmivalli C. Early adolescents' participation in bullying: is ToM involved? // *J Early Adolesc*, 2010, Vol. 30(1), P. 138–170. 16
5. Card N.A. Toward a relationship perspective on aggression among school-children: integrating social cognitive and interdependence theories // *Psychol Violence*, 2011, Vol. 1, № 3, P. 188–201.
6. Cava M.J., Buelga S., Musitu G., Murgui S.. School violence between adolescents and their implications in the psychosocial adjustment: a Longitudinal Study // *Rev Psicodidáctica*, 2010, Vol. 15, P. 21–34.
7. Chan K.L. Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health // *Prev Med*, 2018, Vol. 56 (3–4), P.207–210.
8. Donat M, Knigge M, Dalbert C. Being a good or a just teacher: Which experiences of teachers' behavior can be more predictive of school bullying? // *Aggress Behav*, 2018, № 44 (1), P. 29-39.
9. Hidalgo M.V., Jiménez L., López-Verdugo I., Lorence B., Sánchez J. Family education and support program for families at psychosocial risk: the role of implementation process // *Psychosoc Interv*, 2016, Vol. 25(2), P. 79–85.
10. Jiménez T.I., Estévez E. School aggression in adolescence: examining the role of individual, family and school variables // *Int J Clin Health Psychol*, 2017, Vol. 17(3), P. 251–260.
11. Jolliffe D., Farrington D.P., Roesch S.C. Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? // *J Adolesc*, 2011. Vol. 34(1), P. 59–71.
12. Martínez Á.M., Jurado M. del Mar M., Pérez-Fuentes M. del C., Márquez M. del M.S., Martín A.B.B., Linares J.J.G. The Complex Nature of School Violence: Attitudes Toward Aggression, Empathy and Involvement Profiles in Violence // *Psychol Res Behav Manag*. 2021, Vol. 14, P.575–586.
13. Moreno-Ruiz D., Estévez E., Jiménez T.I., Murgui S. Parenting style and reactive and proactive adolescent violence: evidence from Spain // *Int J Environ Res Public Health*, 2018. 15(12), p.2634.
14. Rivers I, Noret N. Potential suicide ideation and its association with observing bullying at school // *J Adolesc Health*, 2013, Vol. 53(1), P. 32–36.
15. Romero-Abrio A., Martínez-Ferrer B., Sánchez-Sosa J.C., Musitu G. A psychosocial analysis of relational aggression in Mexican adolescents // *Psicothema*, 2019, Vol. 31(1), P. 88–93.
16. Salimi N., Karimi-Shahanjarini A., Rezapur-Shahkolai F., Hamzeh B., Roshanaei G., Babamiri M.. Aggression and its predictors among elementary students // *J Inj Violence Res*, 2019, Vol. 11(2), P. 159–170.
17. Vicent M., Inglés C.J., Sanmartín R., González C., García-Fernández J.M. Aggression profiles in the Spanish child population: differences in perfectionism,

---

school refusal and affect // *Front Behav Neurosci*, 2018, Vol. 12, p.12.

18. Zych I., Beltrán-Catalán M., Ortega-Ruiz R., Llorent V.J. Social and emotional competencies in adolescents involved in different bullying and cyberbullying roles // *Rev Psicodidact*, 2018, Vol. 23(2), P. 86–93.

**E.V. Bulycheva, O.M. Zhdanova**

**PSYCHOLOGICAL PREDICTORS FOR THE FORMATION  
OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN SENIOR SCHOOL AGE STUDENTS  
Orenburg State Medical University (Orenburg).**

**Summary.** Introduction. Scientific evidence in recent years suggests that aggression in the school environment is becoming alarmingly widespread. Materials and methods. In order to identify psychological predictors of the formation of aggressive behavior in schoolchildren with an adequate severity of aggression (group 1), aggressive behavior (group 2) and suppression of aggression (group 3), a comparative characteristic of stress resistance, stress, anxiety, negative emotional experiences was carried out, cognitive activity and communicative success. Correlation analysis was used to analyze the relationship between various forms of aggressive and hostile reactions and indicators of mental health. Results. It was found that the level of irritability in pupils with aggressive behavior in relation to these pupils of the comparison groups was on average 1.4 times higher, suspiciousness - 1.3 times, hostility - 1.3 times and target (motivational) aggression - 1.2 times. which is probably due to unsatisfactory neuropsychic stability (50.0%), the formation of a high level of stress (32.1%), anxiety and negative emotional experiences in the daily and educational activities of schoolchildren (12.5-21.9%). It has been proven that with an increase in neuropsychic stress due to stress, anxiety, negative emotional experiences and low stress resistance in schoolchildren, the severity of aggressiveness ( $r = 0.4-0.7$ ) and hostility ( $r = 0.3-0.7$ ), which together ensured the formation of target (motivational) aggression. Conclusion. The high prevalence of aggressive behavior among modern schoolchildren (48.8%) determines the need for screening diagnostics of the psychoemotional state in educational institutions for early detection of psychological predictors of aggressive behavior and their timely correction.

**Keywords:** schoolchildren, aggressive behavior, psychological predictors of aggression, resistance to stress, stress, anxiety, anger, cognitive motivation, communicative success

Н.В. Александрова<sup>1,2</sup>, Е.С. Асмаковец<sup>1</sup>, О.В. Зайцева<sup>1</sup>  
**ПРОСВЕЩЕНИЕ ЗАМЕЩАЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ  
ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: ПОМОЩЬ В ВОСПИТАНИИ  
И ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОГО СИРОТСТВА**

<sup>1</sup>ФБГОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского», <sup>2</sup>ЧУОО «Омская гуманитарная академия» (Омск).

**Резюме.** Психические расстройства у приемных детей – социальных сирот – имеют высокую распространенность. В статье приведены результаты исследования методом анкетирования представлений в области детской психиатрии и отношения к психиатрической помощи у замещающих родителей Омска и Омской области. Установлено, что проявления психических расстройств имеются у большинства приемных детей. Замещающие родители в большинстве случаев не понимают клинической природы многочисленных проблем с их воспитанием, что вызывает выраженные трудности, являясь фактором риска вторичного сиротства. Раскрыта потребность замещающих родителей в получении знаний по детской психиатрии.

**Ключевые слова:** замещающие родители, социальные сироты, просвещение в детской психиатрии, проявления психических расстройств у приемных детей, вторичное сиротство.

**Введение.** Для гармоничного развития дети должны воспитываться только в семье. Лишение родительских прав социально неблагополучных родителей приводит к появлению социальных сирот – сирот при живых биологических родителях. Это влечет за собой такие варианты их жизнеустройства, как воспитание в институциональном учреждении или в замещающей семье.

Экспериментальным путем было доказано, что институциональное воспитание детей-сирот строится без учета адекватных психологических условий, обеспечивающих полноценное развитие детей, и неизбежно включает факторы, тормозящие психическое развитие. [13]. При этом проблемы их социализации неизбежны [8].

Проблема является актуальной для Омского региона, поскольку, по данным Министерства образования Омской области на 01.01.2021 года, в регионе всего проживает 6470 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Из них в замещающих семьях воспитывается 6015 детей и 455 детей воспитываются в организациях для детей-сирот. Подавляющее их большинство является социальными сиротами.

Возможность воспитываться в замещающей семье помогает ребенку освоить нормы ответственной семейной жизни, которые он может впоследствии перенести на свою семью, осознать и научиться выполнять обязанности, распоряжаться средствами, организовывать быт, научиться строить взаимоотношения с близкими. Благоприятная для развития социального сироты роль замещающей семьи несомненна.

Однако далеко не всегда приемный ребенок входит в семью благополучно. Это является не только следствием укоренившихся за время пребывания в неблагополучной родной семье или детском доме привычек и образцов поведения. У большинства детей-сирот наблюдаются нарушения психического развития и психопатология разной степени выраженности.

Структура нарушений может складываться из сочетания депривационной со-

ставляющей и ранней психотравматизации с другими видами психопатологии.

Последствия разрыва системы «мать-младенец» зависят от возраста ее начала и продолжительности. Длительная и жесткая депривация, начавшаяся на первом году жизни и продолжавшаяся около трех лет, обычно приводит к тяжелым последствиям для интеллектуальных и личностных функций, практически не поддающимся исправлению. Аналогичный процесс со второго года жизни ведет к печальным последствиям для личности ребенка, не поддающимся исправлению, хотя общее интеллектуальное развитие нормализуется. Чем раньше младенца до года избавят от депривации, т. е. чем менее продолжительной она будет, тем нормальнее будет его последующее развитие. Менее обратимы нарушения, речи, мышления, способности к сильным и продолжительным межличностным привязанностям [13].

Развитие детей-сирот зачастую осложнено нарушениями церебрального генеза. Кроме того высок генетический вклад личностной патологии и эндогенных заболеваний, частота которых у родителей социальных сирот в разы превышает таковую в популяции. и генетической, органической, личностной патологии либо их сочетания. Такие исследования проводились А.Е. Бобровым с соавторами [2] и С.А. Ветошкиным [5].

В работах Н.М. Иовчук [10], О.Б. Савиной [16], П.Л. Егоровой [9] раскрыты особенности психических расстройств детей-сирот и их нозологическая структура. Так, описан специфический «синдром сиротства», который вызван последствиями депривации и проявляется эмоциональной дефицитарностью, речевым недоразвитием вследствие недостаточности социальных контактов, двигательной неловкостью, астенизацией, нарушениями пищевого поведения, недостаточностью коммуникативных функций с пассивностью и подчиняемостью. Особенности соматического и психического состояния детей сирот показаны и в работах Е.А. Бодаговой [3, 4], А.А. Седовой с соавт. [17], О.М. Филькиной с соавт. [19]. Эпидемиологические аспекты психических расстройств детей-сирот описаны Н.В. Говориным с соавторами [7]. Проблемы эмоциональной сферы детей указанной категории с преобладанием тревожности описаны С.А. Ветошкиной [6] и С.В. Воликовой [7].

В работе Т.В. Уласень [18] проведена комплексная оценка влияния психического здоровья на адаптационные возможности воспитанников социозащитных учреждений. А.А. Агарков с соавт. [1] раскрыли особенности адаптации детей-сирот с психическими нарушениями. что обосновывает важность своевременного оказания им психиатрической помощи.

Только изменения обстановки путем помещения ребенка в семью для устранения имеющихся нарушений недостаточно. Помощь ребенку, оказанная своевременно специалистами психиатрического, коррекционно-педагогического и психологического профилей, может в определенной степени компенсировать депривационные и биологические нарушения. Однако в ряде случаев этому препятствует стигматизация соответствующих профессионалов и учреждений.

Замещающие родители, которые принимают ребенка—социального сироту, должны понимать природу трудностей в его воспитании, которые вызваны сочетаниями последствий депривации, ранним запечатлением им асоциальных образцов поведения, а также генетически и органически сформированной психической патологии. Поскольку известны факторы риска задержки психическо-

го развития, эмоциональных и поведенческих расстройств у детей раннего возраста, воспитывающихся в замещающей семье [11, 12], важны их своевременные диагностика и лечение детскими психиатрами.

Недостаточное понимание замещающими родителями природы нарушений психических функций у детей-сирот, а также недостаточность педагогических и воспитательных компетенций в ряде случаев являются причиной возврата детей в сиротские учреждения. Из этого следует феномен «вторичного социального сиротства», представляющий социальный феномен отказа от детей усыновителями, опекунами, приемными родителями и патронатными воспитателями, и влекущий нравственную и психическую деградацию ребенка. Это явление деструктивно влияет на детей, еще более нарушая их последующую социализацию. Обращение за психиатрической помощью также вызывает серьезные трудности у замещающих родителей.

Это подтверждает статистика отказов от воспитания детей-сирот в Омской области. Так, за период 2020 г. замещающие родители отказались от 3% детей от общего числа подопечных детей. Причиной отказа назвали наличие психических заболеваний у подопечных детей. Всего в 2020 г. на территории Омской области 93 замещающие семьи отказались от воспитания 125 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Решение или смягчение возникающих проблем возможно при их идентификации как патологических, своевременном выявлении и длительном лечении с соблюдением семейного комплекса детскими психиатрами.

Данные о высокой частоте психических расстройств у социальных сирот, трудности воспитания таких детей наряду с недостаточным пониманием замещающими родителями высокого удельного веса их клинической природы, известные из нашей консультативной практики, и вытекающие отсюда риски вторичного сиротства обосновали актуальность нашего исследования.

**Методы.** Нами было проведено исследование методом анкетирования представлений в области детской психиатрии и отношения к психиатрической помощи у замещающих родителей Омска и Омской области. Было опрошено 112 родителей в возрасте от 32 до 60 лет со стажем приемного родительства от 2 до 30 лет.

Вопросы касались выявления характера проблем у приемных детей, объяснения их природы, ожиданий и опыта от обращения за детской психиатрической помощью, впечатления от образовательных мероприятий по психиатрии, пожеланий о формах получения информации такого рода.

**Результаты.** К серьезным проблемам, с которыми столкнулись замещающие родители при воспитании приемных детей, они отнесли: агрессию (74%), непослушание (68%), сексуальную расторможенность, онанизм (89%), воровство (35%), противоправное поведение (24%), нежелание учиться (89%), сложности в освоении программы обучения (69%), прогулы школы (62 %), проблемы в общении со сверстниками (38%).

Причинами этого замещающие родители считали: индивидуальные особенности (22%), последствия влияния образцов поведения их родной семьи или сиротского учреждения (15%), наследственность (15%), лень, нежелание учиться, соблюдать нормы и требования, неблагодарность (20%); психическое расстройство (28%).

Ожидания от обращения к психиатру были следующими: что ребенок по-

сле лечения полностью будет соответствовать нормам - возрастным и социальным (76%); будет проведена психокоррекция и психотерапия, которые полностью и быстро изменят ребенка (68%); уменьшится выраженность проблем (38%); будут назначены препараты, которые помогут в исправлении проблемного состояния (76%); предложена психологическая помощь наряду с медикаментозным лечением (87%); госпитализации, которая поможет отдохнуть от проблемного ребенка (25%).

Впечатление и результат от взаимодействия с учреждением психиатрической помощи: разочарование – ожидали, что ребенок кардинально нормализуется, но этого не произошло (48%); недовольство, потому что предлагали только медикаментозное лечение, а были ожидания реконструктивной психолого-психотерапевтической работы (55%); кратковременное улучшение состояния, ожидали полного избавления от проблем за однократный курс (45%); выраженное улучшение проблемного состояния (12%).

После посещения образовательных мероприятий большинство опрошенных (75%) отметило, что появилось объяснение некоторых непонятных ранее вопросов, связанных с трудностями воспитания и развития ребенка и сформировалось представление о возможности решения проблем посредством обращения за психиатрической помощью, которые считали нерешаемыми (88%).

Как предпочтительные были указаны такие формы получения знаний о детских психических расстройствах, как: выступления психиатров популярного характера в рамках собраний замещающих родителей (95%); образовательные семинары, курсы (67%); информация от специалиста в рамках индивидуального очного консультирования вне психиатрической больницы (38%); официальная консультация психиатра психиатрической больницы (58%).

Востребована информация следующего содержания: сведения о возможности немедикаментозной помощи, психологической и психотерапевтической (86%); причины и проявления психических расстройств (89%); сведения о возможностях медикаментозной помощи, ее побочных эффектах (78%); сведения о лечении конкретных проблем, заболеваний, нарушений адаптации детей (85%); основы психиатрического законодательства (48%).

**Обсуждение.** Результаты проведенного исследования показали, что проявления психических расстройств имеются у большинства приемных детей.

Поведенческие и эмоционально-волевые нарушения чаще расцениваются замещающими родителями как неуважение и неблагодарность, последствия пребывания в асоциальных биологических семьях, произвольно совершаемые приемными детьми неблагоприятные действия, баловство. Это вызывает выраженное психологическое напряжение в семье, провоцирует конфликты, в которые вовлекаются супруги и кровные дети.

Выраженные трудности в воспитании вызывают также и интеллектуальные нарушения. Причем, более выраженные проявления умственной отсталости идентифицируются сопровождающими детей специалистами достаточно рано, такие дети в большинстве случаев обучаются в адаптивных образовательных учреждениях, и замещающие родители принимают этот факт как объективную проблему. При менее выраженных нарушениях познавательных функций проблемы обучения расцениваются также как лень и недобросовестность, приводя к ошибкам в сопровождении обучения детей в школе.

Лишь часть замещающих родителей (в основном у них длительный, более

10 лет, стаж родительства и большое количество – от 5 приемных детей, воспитанных за эти годы) воспринимают нарушения психических функций приемных детей как заболевание и обращаются за помощью к детским психиатрам. Причем, эти люди обычно понимают ограничения, связанные с наблюдением и лечением детей у психиатра, но объективно оценивают угрозы для развития детей без соответствующего лечения.

Большинство замещающих родителей имеет опасения, связанные с медикаментозным лечением. Также многие ориентированы на излечение в течение однократного курса и проявляют недовольство частичным смягчением симптомов психических расстройств и недостаточно продолжительными ремиссиями.

Часть родителей имеет завышенные ожидания от психологической коррекции и психотерапии, настроена на их выраженное реконструктивное влияние на личность больного приемного ребенка.

Практически все опрошенные считают целесообразным их просвещение в области детской психиатрии: хотят знать проявления детских психических расстройств, чтобы своевременно обратиться за специализированной психиатрической помощью; правовые основы ее оказания, прогноз заболевания ребенка, особенности взаимодействия с ним и ожидания в социализации и получении образования.

В настоящее время накоплен достаточный опыт медико-социального сопровождения детей из замещающих семей [20]. Существующая система подготовки граждан, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, в соответствии с Приказом № 235 от 13.03.2015 г. Министерства образования и науки РФ строго регламентирует содержание и порядок подготовки и наряду со многими необходимыми знаниями не предусматривает просвещения в области детской психиатрии. В программу подготовки входят такие разделы, как проблемы подбора семьи и ребенка, особенности развития ребенка, жестокое обращение с ребенком и его последствия для развития ребенка, особенности развития ребенка, оставшегося без попечения родителей, представление о семье как о развивающей системе, роль семьи в обеспечении потребностей развития ребенка, адаптация ребенка в приемной семье, трудное поведение приемного ребенка, навыки управления «трудным» поведением ребенка, обеспечение безопасной среды для ребенка, охрана здоровья ребенка, особенности полового воспитания приемного ребенка, родительские и профессиональные роли приемной семьи и ее дальнейшее взаимодействие с другими организациями, предоставляющими услуги детям и семьям, основы законодательства РФ об устройстве детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание в семьи граждан [15]. Соответственно, обоснованным, на наш взгляд, является обязательное информирование замещающих родителей клинической направленности.

**Заключение.** Таким образом, включение знаний по детской психиатрии в программу подготовки кандидатов в замещающие родители в доступной для населения форме повышает компетентность замещающих родителей, является одним из важных ресурсов воспитания приемных детей.

Это обосновывает необходимость включения в существующие программы «Школы приемного родителя» популяризованных материалов, содержащих описание клиники детских психических расстройств, возможностей оказания детской психиатрической помощи и ее правовых основ. Кроме того востребова-

на разработка новых форм просвещения данной категории родителей в рамках межведомственного взаимодействия органов опеки и попечительства, учреждений образования, а также Российского детского фонда и других некоммерческих, благотворительных организаций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков А.А., Полежаев П.К., Елисеев А.В. и др. Особенности адаптации детей-сирот с психическими нарушениями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2 (71). С. 41-45.
2. Бобров А.Е., Уласень Т.В., Сулимова Н.В. и др. Психиатрические аспекты сиротства с позиций биопсихосоциальной концепции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 1. С. 36-41.
3. Бодагова Е.А. Анализ психического здоровья детей, оставшихся без попечения родителей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020 (20). № 2. С. 71-76.
4. Бодагова Е.А. Распространенность психических и аддиктивных расстройств среди детей, оставшихся без попечения родителей // Современные проблемы науки и образования. 2020. № 6. С. 122.
5. Ветошкина, С.А. Особенности эмоциональной сферы у детей-сирот // Современная зарубежная психология. 2015. Т. 4. № 1. С. 15-25.
6. Воликова С.В. Социальная тревожность детей-сирот // Психиатрия. 2013. № 4 (60). С. 50а.
7. Говорин Н.В., Злова Т.П., Ахметова В.В. и др. Эпидемиологические и клинические аспекты психического здоровья детей-сирот // Доктор.Ру. 2009. № 4 (48). С. 49-52.
8. Дурницына М.Д. Проблемы социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Актуальные проблемы социогуманитарного образования: Сборник статей. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2017. С. 92-97.
9. Егорова, П.Л. Состояние психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Психическое здоровье. 2015. Т. 13. № 8(111). С. 59-63.
10. Иовчук Н.М. Особенности психических расстройств и их прогноз у детей-сирот в интернатном учреждении и замещающей семье // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2009 (9). № 2. С. 6-13.
11. Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н., Чубаровский В.В., Филькина О.М. Факторы риска сохранения задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающей семье // Анализ риска здоровью. 2018. № 2. С. 33-40.
12. Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н., Чубаровский В.В. Факторы риска и прогнозирование эмоциональных расстройств и расстройств поведения у детей раннего возраста, воспитывающихся в замещающих семьях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27. № 5. С. 827-830.
13. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот, профессиональная замещающая семья. М.: Генезис, 2006. 368 с.
14. Плаксин В.А., Плаклина Н.Ю. Сиротство детей в России как комплексная медико-социальная проблема. Обзор литературы // Экология человека. 2009. № 5. С. 9-15.
15. Плахута О.Г. Теоретико-методологический анализ программ подготовки к

замещающей семейной заботе // Человеческий капитал. 2019. № 1 (121). С. 128-133.

16. Савина О.Б. Особенности психических расстройств у детей-сирот // Вопросы медицинской реабилитации при оказании психиатрической помощи: сборник научных трудов / под общ. ред. Е.В. Руженской. Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2016. С. 107-111.

17. Седова А.А., Брюнеткин В.Ю., Апенченко Ю.С. и др. Специфика соматического и психического здоровья воспитанников социального приюта // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. С. 59

18. Уласень Т.В. Комплексная оценка влияния психического здоровья на адаптационные возможности воспитанников социозащитных учреждений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1. С. 13-23.

19. Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н., Слабинская Т.В. Особенности заболеваемости и физического развития детей, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в разных социальных условиях // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. Т. 21. № 2. С. 16-19.

20. Ханова Н.А., Аверьянова Н.И., Минаева Н.В. и др. Опыт медико-социального сопровождения детей из замещающих семей // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 62.

#### REFERENCES

1. Agarkov A.A., Polezhaev P.K., Eliseev A.V. i dr. Osobennosti adaptacii detej-sirot s psicheskimi narushenijami // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2012. № 2 (71). С. 41-45.

2. Bobrov A.E., Ulasen' T.V., Sulimova N.V. i dr. Psihiatricheskie aspekty sirodstva s pozicij biopsihosocial'noj koncepcii // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 1. С. 36-41.

3. Bodagova E.A. Analiz psicheskogo zdorov'ja detej, ostavshihsja bez popechenija roditelej // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2020 (20). № 2. С. 71-76.

4. Bodagova E.A. Rasprostranennost' psicheskikh i addiktivnyh rasstrojstv sredi detej, ostavshihsja bez popechenija roditelej // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2020. № 6. С. 122.

5. Vetoshkina, S.A. Osobennosti jemocional'noj sfery u detej-sirot // Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. 2015. Т. 4. № 1. С. 15-25.

6. Volikova S.V. Social'naja trevozhnost' detej-sirot // Psihiatrija. 2013. № 4 (60). С. 50a.

7. Govorin N V., Zlova T.P., Ahmetova V.V. i dr. Jepidemiologicheskie i klinicheskie aspekty psicheskogo zdorov'ja detej-sirot // Doktor.Ru. 2009. № 4 (48). С. 49-52.

8. Durnicyna M.D. Problemy socializacii detej-sirot i detej, ostavshihsja bez popechenija roditelej // Aktual'nye problemy sociogumanitarnogo obrazovanija: Sbornik statej. Ekaterinburg: Ural'skij gosudarstvennyj pedagogicheskij universitet, 2017. С. 92-97.

9. Egorova, P.L. Sostojanie psicheskogo zdorov'ja detej-sirot i detej, ostavshihsja bez popechenija roditelej // Psicheskoe zdorov'e. 2015. Т. 13. № 8(111). С. 59-63.

10. Iovchuk N.M. Osobennosti psicheskikh rasstrojstv i ih prognoz u detej-sirot v internatnom uchrezhdenii i zameshchajushhej sem'e // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2009 (9). № 2. С. 6-13.

11. Kocherova O.Ju., Antysheva E.N., Chubarovskij V.V., Fil'kina O.M. Faktory riska sohraneniya zaderzhki nervno-psihicheskogo razvitiya u detej rannego vozrasta v pervyj god vospitaniya v zameshhajushhej sem'e // *Analiz riska zdorov'ju*. 2018. № 2. S. 33-40.
12. Kocherova O.Ju., Antysheva E.N., Chubarovskij V.V. Faktory riska i prognozirovaniye jemocional'nyh rasstrojstv i rasstrojstv povedeniya u detej rannego vozrasta, vospityvajushhihsja v zameshhajushhih sem'jah // *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2019. T. 27. № 5. S. 827-830.
13. Oslon V.N. Zhizneustrojstvo detej-sirog, professional'naja zameshhajushhaja sem'ja. M.: Genezis, 2006. 368 s.
14. Plaksin V.A., Plaksina N.Ju. Sirotstvo detej v Rossii kak kompleksnaja mediko-social'naja problema. Obzor literatury // *Jekologija cheloveka*. 2009. № 5. S. 9-15.
15. Plahuta O.G. Teoretiko-metodologicheskij analiz programm podgotovki k zameshhajushhej semejnoy zabote // *Chelovecheskij kapital*. 2019. № 1 (121). S. 128-133.
16. Savina O.B. Osobennosti psihicheskikh rasstrojstv u detej-sirot // *Voprosy medicinskoj reabilitacii pri okazanii psihiatricheskoj pomoshhi: sbornik nauchnyh trudov / pod obshh. red. E.V. Ruzhenskoj*. Ivanovo: Ivanovskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija, 2016. S. 107-111.
17. Sedova A.A., Brjunetkin V.Ju., Apenchenko Ju.S. i dr. Specifika somaticheskogo i psihicheskogo zdorov'ja vospitannikov social'nogo prijuta // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2017. № 5. S. 59
18. Ulasen' T.V. Kompleksnaja ocenka vlijanija psihicheskogo zdorov'ja na adaptacionnye vozmozhnosti vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij // *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*. 2020 (20). № 1. S. 13-23.
19. Fil'kina O.M., Kocherova O.Ju., Antysheva E N., Slabinskaja T.V. Osobennosti zaboлеваemosti i fizicheskogo razvitiya detej, ostavshihsja bez popecheniya roditel'ej i vospityvajushhihsja v raznyh social'nyh uslovijah // *Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii*. 2016. T. 21. № 2. S. 16-19.
20. Hanova N.A., Aver'janova N.I., Minaeva N.V. i dr. Opyt mediko-social'nogo soprovozhdeniya detej iz zameshhajushhih semej // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015. № 6. S. 62.

**N.V. Alexandrova<sup>1, 2</sup>, E.S. Asmakovets<sup>1</sup>, O.V. Zaitseva<sup>1</sup>**  
**EDUCATION OF SUBSTITUTE PARENTS IN THE FIELD**  
**OF CHILD PSYCHIATRY: ASSISTANCE IN UPBRINGING**  
**AND PREVENTION OF SECONDARY ORPHANITY**

<sup>1</sup>Dostoevsky Omsk State University, <sup>2</sup>Omsk humanitarian academy (Omsk).

**Summary.** Mental disorders in adopted children - social orphans - are highly prevalent. The article presents the results of a study by the method of questionnaire survey of ideas in the field of child psychiatry and attitudes towards psychiatric care among substitute parents in Omsk and the Omsk region. It has been established that the majority of adopted children have manifestations of mental disorders. In most cases, substitute parents do not understand the clinical nature of the numerous problems with their upbringing, which causes pronounced difficulties, being a risk factor for secondary orphanhood. The need for foster parents to gain knowledge of child psychiatry is revealed.

**Keywords:** foster parents, social orphans, education in child psychiatry, manifestations of mental disorders in adopted children, secondary orphanhood.

Г.В. Валеева<sup>1</sup>, А.И. Коробченко<sup>2</sup>, П.В. Меньшиков<sup>3</sup>, М.Р. Арпентьева<sup>4</sup>

## СУБЪЕКТНОСТЬ УЧАСТНИКОВ ВУЗОВСКОГО ИНКЛЮЗИВНОГО НЕЙРООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

<sup>1</sup>Высшая школа физической культуры и спорта Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета (Челябинск),

<sup>2</sup>Иркутский государственный университет путей сообщения (Иркутск),

<sup>3</sup>Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, <sup>4</sup>Центр психолого-педагогической, медико-социальной помощи «Содействие» (Калуга).

**Резюме.** Изучение проблем нейрообразования тесно связано с осмыслением социально-психологических сторон цифровизации инклюзивного обучения и воспитания человека, воздействия нейроцифровых технологий на становление и развитие учеников и педагогов как субъектов. Базовыми условиями продуктивного и эффективного, то есть дающего возможность формировать и совершенствовать человека как субъекта культуры, являются: 1) формирование и развитие нейрокультуры в контексте цифровой и общечеловеческой культуры; 2) последовательность ориентации нейрообразования на формирование и развитие субъектности.

**Ключевые слова:** нейрообразование, нейротехнологии, инклюзивное образование, цифровая культура, субъектность, трансгуманизм, деформации.

**Введение.** Человек и его отношения неминуемо изменились благодаря очередному витку технологического прогресса. НТР и последующие «революции», однако, как и ранее, необходимым образом должны быть обеспечены «революциями» и «эволюциями» духовного плана. Однако, как показали исследования конца XX века и современные исследования, духовное развитие современных социума и человека существенно отстает от технологического. Для того, чтобы хотя бы отчасти сбалансировать асимметрию, человеку нужна цифровая культура – культура создания, применения и исправления цифровых технологий в образовании и иных сферах жизнедеятельности. В ситуации «Нейронета» цифровая культура может быть конкретизирована как нейрокультура или нейроцифровая – культура создания, применения и исправления нейротехнологий в образовании и иных сферах жизнедеятельности [18; 19]. Для того, чтобы помогать инклюзивному образованию развиваться, они необходимы. В настоящее время также очень важен многоуровневый и многоаспектный психологический анализ приобретений и потерь, процессов и результатов нейрообразования, его воздействия на становление и развитие учеников и педагогов как субъектов, их идентичность, включая идентичность собственно человеческую: поскольку нейротехнологии предполагают прямое вмешательство в состояние сознания человека, постольку они означают изменения его идентичности вплоть до формирования «трансчеловеческого» бытия. Основная часть разных типов трансформаций поэтому должна быть изучена в рамках социально-психологических изменений отношений человека с собой и миром, регулирующих отношения ценностей и целей, концептов и концепций, моделей поведения и взаимодействия [9].

**Цель исследования** – анализ развития субъектности студентов и преподавателей в ситуации инклюзивного образования средствами нейротехнологий, т. е. нейрообразования как вида «цифрового образования», опосредованного нейротехнологиями. В инклюзивном образовании современности могут быть использованы и используются самые разные нейротехнологии, а также знания и умения в сфере нейрологии, включая самые общие представления о путях оптимизации функционирования человеческого мозга. При этом основной список проблем и вопросов, стоящих перед разработчиками и пользователями нейротехнологий в инклюзивном образовании, является социально-психологическим.

**Методика проведения исследований.** Метод исследования – социально-психологический анализ и синтез проблем внедрения нейрообразовательных технологий (становления и развития нейрообразования) в инклюзивное образование, социально-психологических последствий их разработки и применения в инклюзивном обучении и воспитании, влияния нейротехнологий на процессы и результаты образования, а также на его субъектов, их функционирование и развитие. На примере вопросов, связанных с применением в инклюзивном образовании нейротехнологически ориентированных систем искусственного интеллекта, на макросоциальном и микросоциальном уровнях осмысливаются психологические трансформации субъектности человека, вовлеченного в образовательную ситуацию: деформации, коллапсы и иные трансформации возникновения, осуществления и совершенствования субъектности и субъектных отношений участников образовательного процесса, связанные с в различной степени уместным, своевременным и отвечающим целым образованием как развития человека применения нейротехнологий.

Проблема субъектности участников нейрообразования в ситуации инклюзии обнаруживает систему неразрешенных и даже еще непоставленных как научные проблемы вопросов разработки, применения и совершенствования нейротехнологий, в том числе и особенно нейротехнологий, связанных с интеграцией мозга и устройств, обладающих «искусственным интеллектом» в инклюзивном образовании иных сферах целостной жизнедеятельности человека [3; 9]. Новизна исследования связана с попыткой интегративного осмысления социально-психологических проблем нейрообразования в контексте представления об инклюзивном образовании как процессе формирования и развития субъектности.

**Результаты исследования.** Переоценка роли образовательной среды в обучении и воспитании людей с ОВЗ, «гигиенизация» и примитивизация многих представлений о том, как в инклюзивном и специальном образовании преодолевается, а в общем образовании предотвращается патологизация развития, существенно ограничивает понимание образовательного, в том числе дидактического, процесса: не столько природная и культурная, в том числе техническая и социальная среда, но наличие и характер активности, деятельности самого человека в среде, играют ведущую роль [6]. Поэтому инклюзивное образование должно быть образованием субъектным, активирующим и стимулирующим развитие субъектности. В настоящее время по сравнению с гигиенически-ориентированными моделями более продуктивно внедрение коррекционно-развивающей модели массового образования, учитывающей «потребности всех

детей в классе и не эпизодически, а системно и непрерывно, как фактор неспецифической (т.е. независимо от клинической картины заболевания) медико-психолого-педагогической помощи всем ..., независимо от особенностей их временных или постоянных отклонений в физическом и (или) психическом развитии, различий в потребностях в условиях обучения и воспитания» [2, с.251]. Такого рода модель дает возможность реализовать задачи коррекции и адаптации учебного процесса к учащемуся или обучающемуся с помощью профилактики и устранения управленческого, порождающего стрессы, «конфликта между природными законами непроизвольной саморегуляции ведущей деятельности со стороны организма ребенка и характером ее социальной регуляции со стороны учебного процесса, а с другой стороны, модель направлена на формирование субъекта саморазвития» (там же, с.251). В этой модели педагог исходит из того, что «Ведущей причиной запуска патогенетического процесса является конфликт между особенностями сложившегося у ребенка психонейросоматического паттерна регуляций (включая индивидуальную норму, незрелость регуляций, компенсацию патологий) и характером регуляции его ведущей деятельности со стороны учебного процесса» [2, с.253]. Чтобы преодолеть этот конфликт нужно понимать, как отмечает К.В. Судаков, что «Нет смысла разделять базисные биологические и надстроечные социокультурные факторы... развитие социокультурных регуляторов морфофункциональных кондиций протекает неразрывно с развитием фило-онтогенетических адаптивных механизмов, составляя с ними единую эволюционную систему» [8, с. 34]. Г.Н. Крыжановский [5] также полагает, что нарушения возникают из выходящей из-под контроля функциональной системы или при приобретении ею новой структурно-функциональной организации, которая делает ее дизадаптивной<sup>2</sup>, деструктивной, на самом деле граница между нормой и «ненормой» связана не только с интенсивными и множественными нарушениями («симптомокомплексами, позволяющим и диагностировать тип нарушения и организовывать его лечение и иные воздействия, включая образовательные), но с возможностями и ограничениями их элиминации, компенсации с помощью собственных ресурсов (непроизвольной и произвольной саморегуляции)» [2, с.256]. Поэтому и особенно инклюзивное нейрообразование должно быть ориентировано на активизацию и развитие готовности и способности к саморегуляции человека, его субъектности.

Нейроцифровизация - этап цифровизации, процессов и результатов разработки, внедрения и коррекции современных нейроцифровых технологий в раз-

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

личные сферы жизнедеятельности людей, включая уровень воздействия на телесное и психическое функционирование и развитие человека [10; 16]. Нейротехнологии в инклюзивном и общем образовании являются феноменом, неминуемо приводящим к трансформации человеческой идентичности: и на личностном, персональном, и на социальном, межличностном уровнях [18]. Они неизбежно порождают многочисленные проблемы и ошибки, которые крайне важно отразить, а также как можно более оперативно и полно исправить. Сейчас, находясь в начале развития нейрообразования, мы имеем возможность наблюдать и анализировать те ошибки разработки, внедрения и совершенствования нейротехнологий в образовании, которые в будущем приведут к существенным проблемам. Одной из них, несомненно, является потеря субъектности и разрушение человеческой идентичности, оптимистично заложенные сторонниками трансгуманизма в сценарии и технологии нейрообразования, включая инклюзивное образование.

И речь уже не идет о простой цифровой зависимости, речь идет о том, что человек теряет способность и возможность отличить свои усилия, свой труд, себя от чужих. Его существование оказывается расположенным не столько в рамках пространства «человек-орудие», сколько в рамках пространства «паразит/гость-хозяин», отраженную в многочисленных «цифровых антиутопиях» [20]. Помимо зависимости и ее последствий, многие из нарушений прямо связаны с нарушениями субъектности и идентичности человека как причины и как следствия. Поэтому есть настоятельная нужда в дискретном и интегративном анализе процессов и содержаний, причин и последствий каждой из «нейротрансформаций», возникающих в процессе и результате использования нейротехнологий в инклюзивном образовании. Социально-психологические исследования нейрообразования, его «целительности» [11] по отношению к проблемам людей с ОВЗ, при этом должны сосредоточиться на проблемах сосуществования и взаимодействия людей как субъектов совместной деятельности, самосовершенствования, творчества, культуры. Эти проблемы должны рассматриваться как опосредованные или иначе связанные с применением нейротехнологий, так или иначе направленных на трансформации субъектов и объектов инклюзивного взаимодействия. Современные антиутопии нейроцифровизации в полной мере отражают те «запутанные клубки» внутренних и внешних отношений, которые проистекают из нее и ведут к дальнейшей дегуманизации, отчуждению, девальвации ценностных оснований и смыслов взаимоотношений людей в образовании, включая инклюзивное, типичные для постмодерна и общества потребления. Субъектное измерение активности человека в нейрообразовании с социально-психологической точки зрения составляют процессы и результаты его формирования и развития как субъекта образования, вовлеченного во взаимодействие с другими субъектами разного типа и уровня (посредством и по поводу цифровых технологий, устройств и т. д.): от индивидов и их групп до организаций и социума. Это интересубъектное взаимодействие имеет два модуля: субъект-субъект-объектное и субъект-объект-субъектное, то есть направленные на осмысление и преобразование объектов внешнего мира и на осмысление и преобразование внутреннего мира и отношений человека. И если даже в обычной ситуации не всегда легко и просто удается

разграничить эти два вида воздействий, то в ситуации нейрообразовательных отношений путаница становится порой абсолютно (без направленной на прояснение ситуации активности) непреодолимой. Поэтому за рубежом так много пишут об обязательности обеспечения этической и технологической «прозрачности» цифровых технологий. Однако, даже беглый анализ технологий типа «большие данные», «виртуальная реальность», «самообучающиеся» и «нейросети» показывает, что эти технологии изначально для этого никак не приспособлены и не предназначены. Напротив, «черный ящик» сознания человека дополняется не менее «черным ящиком» искусственного интеллекта. Такое удвоение или подмена сознаний чреваты психическими нарушениями по типу шизофренических, социопатических и т. д. [3; 9].

В контексте социально-психологической науки и практики субъектность предстает как стремление и умение включаться во взаимоотношения с более или менее значимыми для личной, профессиональной, хобби, спортивной, бытовой и семейной жизнедеятельности людьми, привнося значимые же, существенные вклады в их становление и совершенствование, а также в развитие социальных ситуаций и социума в целом. Быть субъектом значит становиться актором и/или агентом изменений в жизни других и своей жизни. Для инклюзивного образования субъектность его участников – один из краеугольных принципов. Субъект учебной или учебно-профессиональной деятельности посредством этой деятельности вовлечен в трансформацию и осмысление окружающего его внешнего мира и мира внутри себя самого. Быть актором или субъектом учебно-профессиональной деятельности предполагает такой уровень освоения деятельности и ее компонентов, при котором человек стремится и умеет реализовывать ее на высоком (профессиональном) уровне, индивидуализировано, адекватно социально и персонально мотивированно, творчески, т. е. - субъектно. Субъектность связана с идентичностью, идентификацией человека с миром культурных предписаний и запретов, т. е. норм, которые создают опоры внутренних условий, через которые далее действуют внешние причины [1]. Субъектность / интересубъектность предполагает направленный на совершенствование себя, других, ситуации и жизни в целом способ со-бытия индивидов, включая людей с ОВЗ как личностей, партнеров и профессионалов [7]. Субъектность как интересубъектность есть со-бытие людей в мире, умение и стремление строить и развивать важные для себя и мира (референтные), творческие взаимоотношения с другими, осознавать, подтверждать и развивать в других и в себе людей. Трансгуманизм предполагает [4], что человек, не достигший состояния субъекта культуры, должен будет, в том числе минув стадию выбора, перейти к формированию «постчеловеческой» идентичности, важным местом в которой является гибридизация человека с нейротехнологиями и иными цифровыми и биологическими технологиями. Здесь биологическое, психологическое и т. д. неравенства активно и радикально преобразует неравенство цифровое (нейроцифровое): современные антиутопии цифровизации и трансгуманизации лишь подступают к решению этой проблемы, затрудняясь в оценках перспектив нейропедагогики в рамках континуума «огромные перспективы, сверхчеловек» - «полное уничтожение человечности». Нейротехнологии в бу-

душем, как очевидно, приведут к разделению людей на «модифицированное» меньшинство и остальных. Это – полное противоречие идеям инклюзии. Сам доступ к технологиям и девайсам предполагает наличие материальных ресурсов, поэтому, как и в случае с новыми моделями компьютеров, смартфонов и т. д., первыми пользователями таких девайсов могут стать люди, имеющие значительное социальное влияние и люди – подопытные, на которых такие технологии апробируются с риском для их психического и физического здоровья и жизни. То, что такие «ошейники» и т. д. надели богатые и сильные мира, может послужить дезинформационной рекламой «полезности» и прочих позитивных качеств устройств, деструктивно влияющих на человека и его состояние, начиная с физического и заканчивая социальным и духовным. Эти проблемы существенно затрудняют совершенствование инклюзивного образования при помощи нейротехнологий. Субъектность есть способность и стремление быть субъектом культуры, а трансгуманизм, отрицающий культуру и самого человека, отражает культурицидные и геноцидные тенденции, пронизывающие развал культуры постмодерна. Этот развал планомерно поддерживается внедрением новых, в том числе цифровых и нейротехнологий: рекламируя удобства и комфорт, безопасность и выгоды. Приобретаемые «улучшенным» человеком, они поддерживают то имплицитное недовольство, те тенденции самоуничтожения, которые человек формирует и развивает, потребляя массовую культуру, культуру постмодерна. Эта культура, при всех ее декларациях, практически полностью отрицает модели и ценности социального единства и сотрудничества, взаимопомощи и инклюзии, диалога и паритетности: «улучшенные» люди будут отличаться от «неулучшенных» так же, как нормотипичные люди от людей с ОВЗ [18]. Поэтому задачей инклюзии, поддерживающей субъектность обучающихся/учащихся и педагогов является четкое осознание того, помогает ли, и если нет, то как и насколько мешает та или иная нейротехнологическая или цифровая разработка (методика, устройство, программа и т. д.) образовательному инклюзивному процессу, какие именно негативные, деструктивные результаты возникают в ходе ее применения, есть ли возможность и как можно модифицировать разработку, чтобы она служила целям инклюзии [3, 9]. В частности, помогает ли разработка ученикам и педагогам осознавать себя как нужного, самостоятельного, успешного человека среди людей [4]. Недовольство собой и миром, являющееся базой многих геноцидных в том числе евгенических программ, не ново. Его единственный результат – крах сообщества: социальные, организационные, групповые и индивидуальные насилие, конфликт, смерть.

Первые результаты нейротехнологического вмешательства не обнадеживают: небольшие позитивные эффекты в сфере поддержки саморегуляции сталкиваются с проблемами восприятия студентами и педагогами воздействия данных устройств как насилия [10, 12, 16], и как бы не были оптимистичны циркулирующие в обществе «нейромифы», нужно серьезное научное обоснование использования цифровых технологий в образовании и иных областях человеческой жизни. Человек – существо не только прагматичное, ограниченное наличными рамками существования, инстинктами размножения, благополучия/безопасности, превосходства/контроля себя и мира, он – субъект культуры, для которого важны творчество и

трансценденция, риск и свобода (само)изменения, пребывание в потоке «здесь-и-сейчас», в диалоге с миром [9, 13]. Уже сейчас ученикам порой весьма сложно понять, а педагогам внедрить в образовательный процесс интерсубъективные технологии. Даже активные формы обучения и воспитания не полностью принимаются частью учащихся и обучающихся: интенсивно продвигаемые «цифровые» технологии закрепили в качестве нормы отношений и деятельности монологизм, лоскутность, примитивизацию, эмпиричность и прагматичность. Ожидать, что нейроинтерфейсы и иные инвазивные и неинвазивные технологии прямого «улучшения» и коррекции способностей человека эти проблемы решат не реалистично. Скорее, они их усугубят: нейротехнологии делают субъектность излишней [14, 17]. Образование все больше становится имитацией, теряет ценность и содержание [9, 11]. Не случайно все более типичными становятся феномены насилия в школах и вузах – начиная от традиционных «дидактогений» и заканчивая буллингом и колумбайнами [15]. Внутренние, имплицитно заложенные в технологические разработки модели отношений проявляются, обнажая инфляцию ценностей, культуры.

**Заключение.** Инклюзивному образованию современности необходимо сформулировать собственный заказ на нейротехнологии, поддерживающие базовые для него смыслы. В противном случае, при использовании разработок, предлагающихся современным рынком, используемые технологии лишь усилят неравенство в обществе, пропасть между людьми с ОВЗ и нормотипичными людьми. Такой заказ должен включать требования научной обоснованности, этической и процессуальной прозрачности, обеспечения защищенности пользователя нейротехнологического устройства от неразрешенного им воздействия извне, то есть воздействия, превращающего его из субъекта в объект. Применение нейротехнологий в инклюзивном образовании в современном мире сопровождается совокупность деструктивных последствий, ведущей причиной которых является отсутствие сформированной нейроцифровой культуры, исподволь протекающая перерождения инклюзивного образования не на совершенствование субъектов образования и их отношений как целостных людей, а на цели, нерелевантные образованию как институту передачи культуры, в том числе намеренные эксперименты с деструкцией человеческой идентичности и превращения человека, объединенного с руководящим им цифровым устройством или системами устройств и обслуживающих их программ, из субъекта деятельности в орудие деятельности

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брушлинский А.В. Проблема субъекта в психологической науке // Психологический журнал. 1991. №12 (6). С. 3-10.
2. Дзятковская Е.Н. Образование для всех // Сборник статей международной науч/-практ/ конф/ «Образование–2030» / Под ред. Е.Н. Дзятковской, В.В. Пустоваловой. М.: Перо, 2021. С. 250-261.
3. Касимова Г.К., Валева Г.В., Сетяева Н.Н., Флиндт Н., Арпентьева М.Р. Социально-психологические проблемы смарт-образования // Известия Иркутского госуд. университета. Сер. Психология. 2021. № 2. С. 45-56.
4. Нейротехнологии и технонаука. Сб/ науч. статей / Под ред. Р.Р. Белялетдинова. М.: Московский гуманитарный университет, 2020. 182 с.
5. Крыжановский Г.Н. Основы общей патофизиологии. М.: Медицинское

информационное агентство, 2011. 253 с.

6. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: защитные перекрестные эффекты адаптации. М.: Медицина, 1993. 138 с.

7. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека. М.: Школа-Пресс, 1995. 384 с.

8. Судаков К.В. Развитие теории функциональных систем // Вестник Международной академии наук. Русская секция. 2000. № 1. С. 22–35

9. Тащёва А.И., Гриднева С.В., Хотеева Р.И., Сетяева Н.Н., Арпентьева М.Р. Нейротехнологии и развитие субъектности студентов и преподавателей вузов в инклюзивном образовании // Профессиональное образование и рынок труда. 2021. № 4.

10. Evolution of the Learning Brain / Ed. by P. Howard-Jones, London: Routledge, 2018. 248 p.

11. Healing Education / J. Benito, Chr. Simon (eds.). New York: unknown publ., 2016. 190 p.

12. Méthodes de recherche en neuroéducation / Masson St. and Borst Gr. (eds.). Québec: Presses de l'Université du Québec, 2018. 453 p.

13. Muñoz F. Neuroeducation in the classroom. Spain: Edições Nosso Conhecimento, 2021. 132 p.

14. Neuroeducacion / Ed. by Fr. Mora. Spain: Alianza Ed., 2013. 100 p.

15. Neuroscience and Critique / Eds. by J. De Vos and E. Pluth. London: Routledge, 2015. 235 p.

16. Neuroscience and Education / Ed. by Cl. W. Joldersma. London: Routledge, 2016. 230 p.

17. Neuroscience, Neurophilosophy and Pragmatism / Eds. by T. Solymosi and J. Shook. New York: Palgrave Macmillan, 2014. 345 p.

18. Puneet K.G., Pradeep N.M., Srikanth M. Clinical Neurophysiology Board Review Q & A. Hoboken: Demos Medical, 2020. 474 p.

19. Rousseau L. et Brabant-Beaulieu J. Le neuromythe des «styles d'apprentissage» // *Neuroéducation*, 2020. Vol. 6(1). S. 65-91.

20. Volpiansky A. Teaching and Learning from Neuroeducation to Practice. London: Palibrio, 2021. 128 p.

#### REFERENCES

1. Brushlinskij A.V. Problema sub#ekta v psihologicheskoy nauke // *Psihologicheskij zhurnal*. 1991. №12 (6). S. 3-10.

2. Dzjatkovskaja E.N. Obrazovanie dlja vseh // *Sbornik statej mezhdunarodnoj nauch/-prakt/ konf/ «Obrazovanie–2030»* / Pod red. E.N. Dzjatkovskoj, V.V. Pustovalovoj. M.: Pero, 2021. S. 250-261.

3. Kasyanova G.K., Valeva G.V., Setjaeva N.N., Flindt N., Arpent'eva M.R. Social'no-psihologicheskie problemy smart-obrazovaniya // *Izvestija Irkutskogo gosud. universiteta. Ser. Psihologija*. 2021. № 2. S. 45-56.

4. Nejrotehnologii i tehnonauka. Sb/ nauch. statej / Pod red. R.R. Beljaletdinova. M.: Moskovskij humanitarnyj universitet, 2020. 182 s.

5. Kryzhanovskij G.N. Osnovy obshhej patofiziologii. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2011. 253 s.

6. Meerson F.Z. Adaptacionnaja medicina: zashhitnye perekrestnye jeffekty

adaptacii. M.: Medicina, 1993. 138 s.

7. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Osnovy psihologicheskoy antropologii. Psihologiya cheloveka. M.: Shkola-Press, 1995. 384 s.

8. Sudakov K.V. Razvitie teorii funkcional'nyh sistem // Vestnik Mezhdunarodnoj akademii nauk. Russkaja sekcija. 2000. № 1. S. 22–35

9. Tashhjova A.I., Gridneva S.V., Hoteeva R.I., Setjaeva N.N., Arpent'eva M.R. Nejrotehnologii i razvitie sub#ektnosti studentov i prepodavatelej vuzov v inkljuzivnom obrazovanii // Professional'noe obrazovanie i rynek truda. 2021. № 4.

10. Evolution of the Learning Brain / Ed. by P. Howard-Jones, London: Routledge, 2018. 248 p.

11. Healing Education / Ed. by J. Benito and Chr. Simon. New York: unknown publ., 2016. 190 p.

12. Méthodes de recherche en neuroéducation (French Edition) / Masson St. and Borst Gr. (eds.). Québec: Presses de l'Université du Québec, 2018. 453 p.

13. Muñoz F. Neuroeducation in the classroom. Spain: Edições, 2021. 132p.

14. Neuroeducacion / Ed. by Fr. Mora. Spain: Alianza Ed., 2013. 100 p.

15. Neuroscience and Critique / Eds. by J. De Vos and E. Pluth. London: Routledge, 2015. 235 p.

16. Neuroscience and Education/ Ed. by Cl.W. Joldersma. London: Routledge, 2016. 230 p.

17. Neuroscience, Neurophilosophy and Pragmatism / Eds. by T. Solymosi and J. Shook. New York: Palgrave Macmillan, 2014. 345 p.

18. Puneet K. G., Pradeep N.M., Srikanth M. Clinical Neurophysiology Board Review Q & A. Hoboken: Demos Medical, 2020. 474 p.

19. Rousseau, L. and Brabant-Beaulieu, J. The neuromyth of "learning styles". Neuroeducation, 2020. Vol. 6 (1). S. 65-91.

20. Volpiansky A. Teaching and Learning from Neuroeducation to Practice. London: Palibrio, 2021. 128 p.

**G.V. Valeeva<sup>1</sup>, A.I. Korobchenko<sup>2</sup>, P.V. Menshikov<sup>3</sup>, M.R. Arpentieva<sup>4</sup>**

**AGENCY OF PARTICIPANTS OF THE INCLUSIVE**

**NEURO-EDUCATIONAL PROCESS IN THE UNIVERSITY**

**<sup>1</sup>Higher school of physical culture and sports South Ural state humanitarian-pedagogical University (Chelyabinsk), <sup>2</sup>Irkutsk State Transport University (Irkutsk), <sup>3</sup>K.E. Tsiolkovskiy Kaluga State University, <sup>4</sup>Center for psychological, pedagogical, medical and social assistance "Assistance" (Kaluga)**

**Summary.** The study of the problems of neuroeducation is closely related to the understanding of the socio-psychological aspects of digitalization of inclusive education and upbringing of an individual, the impact of neurodigital technologies on the formation and development of students and teachers as subjects. The basic conditions for a productive and effective neurodigital innovations is to form and improve an individual as a subject of culture, are: 1) the development of neuroculture in the context of digital and universal culture; 2) orientation of neuroeducation on the agency formation and strengthening.

**Keywords:** neuroeducation, neurotechnology, inclusive education, digital culture, subjectivity, agency, transhumanism, developmental deformations.

**Ю.В. Зыкова****ПРОБЛЕМА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****ООО Лечебно-диагностическая клиника «Медицина компьютерных технологий» (Красноярск).**

**Резюме.** Несмотря на то, что проблема интернет-зависимости рассматривается уже несколько десятилетий, до сегодняшнего дня не существует единой классификации и методов диагностики этого феномена. В данном обзоре приводится статистика распространенности интернет-зависимости в мире, представлены наиболее интересные, с точки зрения авторов, типологии интернет-зависимых подростков. Обсуждаются особенности личности подростков и особенности их отношений в семье, которые предрасполагают к развитию интернет-зависимого поведения. Рассматривается взаимосвязь межполушарной асимметрии, выраженности акцентуаций характера и степенью интернет-зависимости.

**Ключевые слова:** интернет зависимость, межполушарная асимметрия, акцентуации характера.

**Введение.** Проблема интернет-зависимости изучается уже около 30 лет. Впервые данная проблема появилась в 1991 г., когда рядовому пользователю, прежде всего в США, стал доступен высокоскоростной широкополосный выход в интернет. В России проблема излишнего времяпрепровождения в сети приобрела актуальность только в последние пятнадцать лет [6, 7]. В настоящее время в России зафиксирована тенденция увеличения интернет-зависимых пользователей [5].

Изучение интернет-зависимости особенно актуально для подростков как только формирующихся личностей, подверженных большему влиянию извне, чем взрослые люди. Более того, подростковый возраст наиболее чреват возникновением разнообразных эмоциональных расстройств [22, 25], нарушений пищевого поведения [34] и соматических патологий, таких как ожирение, близорукость, остеохондроз, сколиоз, плече-лопаточный артроз, карпальный туннельный синдром, головные боли, снижение зрения [2, 10, 11, 15, 16, 21, 24].

Исследования показали связь между развитием компьютерной зависимости и аномальными функциями префронтальной коры и стриатума, а бесконтрольное использование интернета в свою очередь может усугубить нарушенные функции мозга [45]. Согласно статистическим данным только 30% взрослого населения пользуются интернетом, среди же подростков эта цифра равно 90%, опросы показывают, что первый компьютер у 70% детей был уже в первом классе [19]. По данным некоторых исследований, распространенность интернет-аддикций у молодого поколения в некоторых регионах России достигает 38% [20]. В виду этого данная проблема приобретает в настоящее время особую актуальность и диктует необходимость как можно более раннего и эффективного

ее решения.

В настоящее время оценка распространенности интернет-зависимости осложняется отсутствием единой классификации видов, степени зависимости от интернета и единой системы диагностики. Это приводит к весьма противоречивым данным. Вот только несколько примеров:

- По результатам работы ученых из Ноттингемского университета (оценка проводилась по вопроснику Screener) выявлено, что только 3,2% из 2257 участников исследования имеют клинические показатели по шкале интернет-зависимости [39].

- Исследование интернет аддикции у подростков Хабаровска от 15-18 лет по методике Кимберли Янг: интернет-зависимость - 12%, чрезмерное увлечение интернет - 48%, обычный пользователь - 27%, 13% опрошенных подростков пользуются интернетом не постоянно, от случая к случаю [18].

- Исследование по авторской методике старших школьников Москвы и Подмосковья выявило интернет-зависимость у 4,25% подростков, 29,33% исследуемых было отнесено к группе злоупотребляющих интернетом [13].

Подобные исследования проводятся по всему миру, их результаты показывают, что среди молодежи распространенность интернет-зависимости варьирует от 0,8% в Италии [44] до 2,8% в Иране [33], 3,4% в Хорватии [30], 5,6% в Китае [32], 16,2% в Польше [37], 18,3% в Великобритании [42], от 3,0% до 26,8% согласно разным источникам в Гонконге [31]. Еще раз подчеркнем, что приведенные данные крайне противоречивы, что указывает на необходимость систематизации видов и методов диагностики интернет-зависимости.

**Виды и степени интернет-зависимости.** Как уже говорилось выше, в настоящее время отсутствует единая классификация видов интернет-аддикции, в первую очередь, это обусловлено тем, что данное явление постоянно изменяется, появляются новые виды времяпрепровождения в сети, к тому же исследователи разных стран видят проблему по-разному. Ввиду того, что предпочтения подрастающего поколения отличаются от интересов взрослых, очевидно, целесообразна верификация видов интернет-зависимости для подростков. Предприняли такую попытку Н.О. Завалишина и соавт. [9], которые предложили авторскую типологию, основанную на предпочтениях подростков, склонных к интернет-зависимости:

- «Интернет-контакты» – это подростки, главный мотив которых при посещении интернета поиск общения. Данный тип предпочитает проводить время в социальных сетях, форумах и чатах. На этот тип приходится около 40-45% всех случаев интернет-зависимости.

- «Интернет-игроки» – подростки, которые предпочитают проводить время за компьютерными играми. Эта группа отличается своим желанием проявить свои личностные качества, в том числе и агрессивного характера. В настоящее время обсуждается вопрос о выделении игровой зависимости как отдельной нозологической единицы классификации зависимого поведения [17]. Второй тип встречается в 30-35% случаев.

- «Интернет-гедонисты» – подростки, не получающие удовольствия от реальной жизни. В онлайн пространстве эта категория аддиктов ищет развлече-

ния. Как и он-лайн игроки – они тоже одиночки, но их мотивы более социальны, и в отличие от последних, они не склонны проявлять агрессию. К этому типу относится каждый четвертый обследуемый авторами подросток (20-25%).

- «Интернет-исследователи» – малочисленная группа, составляет 5-7% от общего числа исследуемых. Это подростки, которые используют интернет только в учебных целях для выполнения учебных заданий, самостоятельной исследовательской работы, проектной деятельности.

- Смешанный тип – обучающиеся, которым просто нравится находиться в Сети, независимо от вида занятий – общение, скачивание информации, игры, просмотр фильмов, прослушивание музыки и прочее. В эту группу вошли 15-20% подростков [9].

Интересную типологию степеней интернет-аддикции предлагают исследователи во главе с С.Н. Варламовой [5]. Авторы предлагают разделять пользователей интернета на абсолютно, сильно, слабо зависимых, а также интернет-независимых лиц. В основе предложенной классификации используются такие показатели, как количество времени, проводимого в интернете; максимальный промежуток времени, в течение которого пользователь комфортно обходится без выхода в интернет, мотивы времяпрепровождения в сети, основной тип информации, получаемой из интернета, количество времени, еженедельно проводимого пользователем с друзьями вне интернета, основные способы свободного времяпрепровождения.

На основе предложенной типологии было выявлено, что по статистике доминирует промежуточный тип интернет-зависимости – 96,2%, сильная интернет-зависимость определялась у 2,7% пользователей, количество абсолютно и слабо зависимых составило 0,6% и 0,4% соответственно, независимые от интернета практически отсутствовали (0,1%). Авторы отмечают, что структура интернет-зависимой российской молодежи схожа с общемировой. Среднезависимые интернет-пользователи (95,5%), сильнозависимые (2,7%), абсолютно зависимые (0,6%), количество слабовзависимых и независимых россиян больше мирового уровня (1% слабовзависимых против 0,4% в мире и 0,3% против 0,1%, соответственно) [5].

**Диагностика интернет-зависимости.** Большинство критериев, предложенных учеными для определения интернет зависимого поведения, сводятся преимущественно к психологическим показателям. Например, А.Е. Жичкина и соавт. [8] считают основными критериями интернет-зависимости эмоциональную зависимость от сети, снижение социальной и рабочей активности в реальной жизни. Выделяют схожие критерии интернет-зависимости: навязчивые мысли об использовании интернета; чувство эйфории при нахождении в интернете; решение проблем посредством бегства в виртуальную реальность и т. д. [29].

Таким образом, наиболее частым методом диагностики интернет-зависимости является использование психологических опросных методик. В большинстве стран для этой цели используется тест К. Янг (IAT), разработанный в 1995 г., адаптированные версии которого имеются во многих странах. В России исследования по адаптации теста К. Янг проводились В.А. Лоскутовой (Буровой) в 1999 г. [12, 27]. Наиболее популярен в нашей стране опросник,

предложенный И. Чен (исходно – на китайском языке, адаптация выполнена под руководством В.Л. Малыгина) [13], а также Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Ботьбот [26]).

Большой вариатив используемых методик значительно затрудняет сопоставление результатов. Часто исследователи проводят диагностику на основе собственных авторских опросников, что еще больше осложняет оценку распространенности. В настоящее время существует более 45 методик определения интернет-аддикции [6]. Предлагается также дополнить существующие методы регистрацией нейронных структур головного мозга и особенностей межполушарной асимметрии [1,41], а также высокотехнологичные исследования с применением методов функциональной магнитно-резонансной томографии (ФМРТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) [35, 38].

**Особенности личности подростков с интернет-зависимостью** Безусловно, не все подростки, которые пользуются интернетом, становятся зависимыми от него. В качестве предикторов в данном случае можно рассматривать индивидуальные свойства личности и психологическую среду, в которой находится подросток. В большинстве случаев исследователи склоняются к мысли о компенсаторном характере патологического поведения в сети. Среди основных причин проведения времени в сети можно отметить поиск новых впечатлений, новых идентификаций, желание уйти от проблем, расслабиться, поиск друзей, поддержки, общения [20]. Подверженность интернет-зависимости некоторые ученые связывают с такими чертами личности как интроверсия и чувство одиночества [28], агрессивность и враждебность [22, 25], снижение самоконтроля и нарцисстические черты личности [43], нейротизм [32], низкий эмоциональный интеллект, склонность к депрессиям, а также снижение работоспособности и вегетативного коэффициента [13, 14]. Недостаточная социальная адаптированность, отсутствие интересов в реальной жизни также оказывают влияние на формирование интернет-зависимого поведения. Московские исследователи во главе с В.Л. Малыгиным отмечают, что интернет-зависимых подростков отличают беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, а также трудности самоконтроля в поведении и эмоциях, склонность к тревогам и беспокойству [14]. Исследования показывают, что интернет зависимые подростки начали пользоваться интернетом в более раннем возрасте, чем их сверстники, не имеющие зависимости [31, 36].

Одной из причин формирования интернет-зависимости является дисгармоничность семейных отношений, низкая сплоченность семьи [36]. В исследовании С.А. Беличевой [4] выделены и описаны типичные педагогические стили родителей, способствующие развитию интернет-зависимости: попустительски-снисходительный, демонстративный, педантично-подозрительный, жестко-авторитарный, увещательный, отстраненно-равнодушный. Выявлена прямая связь между депрессией родителей и интернет-зависимостью у ребенка, причем, в парах мать-дочь, отец-сын она проявляется более ярко [40].

Результаты исследований свидетельствуют о том, что на возникновение интернет-зависимости влияют фенотипические свойства межполушарных асимметрий и выраженность акцентуаций темперамента и характера, выступающих инте-

гративно предикторами формирования нарушений личности. Выяснилось, что у интернет-зависимых студентов преобладают правополушарные асимметрии и типы профиля латеральной организации (ПЛО) леворукие и амбидекстры (классификация пяти типов ПЛО мозга Е.Д. Хомской) [23] Распределение латеральных признаков по сенсорным асимметриям у леворуких интернет-зависимых лиц представлено зрительной и слуховой функциями по правополушарному типу, что указывает на наличие их фенотипической изменчивости.

В этом же исследовании авторами проводилось исследование типов акцентуации темперамента у интернет-аддиктов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что среди интернет абсолютно зависимых людей преобладают циклотимный (19,2%), возбудимый (18%), застревающий (14,3%), демонстративный (14,3%) и экзальтированный (14,3%) типы личности. Для студентов с пограничным состоянием интернет-зависимости характерны, как и для студентов с аддиктивной интернет-зависимостью, циклотимный (19,2%) и возбудимый (15,3%) типы акцентуаций характера, однако у них более выраженными (максимальный показатель по типу акцентуаций – 24%) являются экзальтированный (18%) и эмотивный (16,4%) типы акцентуаций. Вместе с тем среди студентов, характеризующихся как обычные интернет-пользователи, наиболее выраженными являются такие типы акцентуаций характера, как экзальтированный (16,8%), циклотимный (16,6%) и гипертимный (16,6%) [3].

Результаты исследования акцентуаций характера, проведенного группой исследователей во главе с А.Ю. Егоровым [7] показали, что в структуре интернет-зависимости подростков преобладают личности с шизоидным и истероидным (по 19,3% и 29,8% соответственно), на втором месте находятся лабильный и эпилептоидный (по 12,3%) типы акцентуации, неустойчивые и психастенические акцентуанты (по 7%), астеноневротические (5,3%) и гипертимные (3,5%). В контрольной группе преобладали гипертимные и циклоидные (22,2% и 19,4% соответственно) психастенические (16,7%) и сенситивные (13,8%) типы акцентуации личности. А истероидные, эпилептоидные и шизоидные типы акцентуаций встречались достоверно реже (11,1%, 8,3%, 5,6%) [7].

Таким образом, интернет-аддикты характеризуются акцентуациями, для которых характерны эмоциональная неустойчивость и тревожность, импульсивность, недостаточная управляемость и ослабление контроля над влечениями и побуждениями, а также склонность к смене процессов возбуждения и торможения нервной системы. В то время как подростки, не имеющие зависимости, имеют большую эмоциональную направленность их личности и более оптимистичны.

**Заключение.** Несмотря на то, что статистические данные по распространенности интернет-зависимости значительно разнятся, вопрос о возрастании популярности данного явления неоспорим. Первоначально подробное изучение данного вида аддикции актуально для лиц подросткового возраста как наиболее чувствительной и уязвимой к внешним воздействиям популяции. Важно найти грань между проблемным и здоровым использованием интернета, приносящего пользу в развитии и обучении подростка. В связи с этим, необходимо принять единую классификацию и разработать единые критерии оценки. Продолжить

изучение данной проблемы с целью профилактики данного явления, исследовать факторы риска развития интернет-аддикции. Целесообразными являются также разработка и использование новых методов диагностики интернет-зависимости, основанных на инструментальных и лабораторных методах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антропова Л.К., Андронникова О.О., Куликов В.Ю. Интернет-зависимость и ее взаимосвязь с межполушарной асимметрией и поведенческими особенностями личности // Медицина и образование в Сибири. 2011. № 3. С. 8.
2. Артюнина Г.П., Ливинская О.А. Влияние компьютера на здоровье школьника // Псковский регионологический журнал. 2011. № 12. С. 144–150.
3. Белашева Х.В. Интернет-зависимость как предиктор формирования нарушений личности с различными типами межполушарных асимметрий // Знание. Понимание. Умение. 2015. № 1. С. 224–235.
4. Беличева С.А. Превентивная психология в подготовке социальных педагогов и психосоциальных работников: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2012. 331 с.
5. Варламова С.Н., Гончарова Е.Р., Соколова И.В. Интернет-зависимость молодежи мегаполисов: критерии и типология // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2015. № 2. С. 165–182.
6. Войскунский А.Е., Митина О.В., Гусейнова А.А. [и др.]. Диагностика зависимости от Интернета: сравнение методических средств // Медицинская психология в России. 2015. № 4. С. 1–10.
7. 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.
8. Жичкина А.Е., Белинская Е.П. Психология Интернет-коммуникации. М.: МПСУ; Воронеж: Модек, 2013. 192 с.
9. Завалишина О.В., Загуменных Н.А., Постоева Е.Н. Интернет-аддикция – одна из актуальных проблем современности // Научный журнал КубГАУ. 2015. № 105. С. 226–235.
10. Иванов В.Д., Вахитов М.Г. Факторы, воздействующие на здоровье учащихся в современных условиях // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. 2018. Т. 3. № 1. С. 70–73.
11. Кетова Н.А., Петрова В.И. К вопросу о профилактике снижения остроты зрения у обучающихся общеобразовательных школ // Коллекция гуманитарных исследований. 2017. Т. 3. № 6. С. 88–91.
12. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддитивных расстройств : дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2004. 157 с.
13. Малыгин В.Л., Антоненко А.А., Вовченко Е.И. Особенности эмоционального и социального интеллекта среди Интернет-зависимых подростков // Медицинская психология в России. 2011. № 5. С. 7.
14. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Антоненко А.А. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения // Медицинская психология в России. 2015. Т. 30. № 1. С. 1–26.
15. Мерзликина Е.В. Влияние компьютерных игр на физическое и психи-

ческое здоровье школьника. Изучение человека: проблемы, поиск решения: материалы международной науч. конф.. Белгород, 2017. С. 60–64.

16. Новикова И.И., Ерофеев Ю.В., Денисов А.В. Результаты комплексной гигиенической оценки здоровья школьников // Здоровье населения и среда обитания. 2018. № 4. С. 31–35.

17. Понизовский П.А., Шмуклер А.Б. Интернет-зависимость: клинический случай игрового расстройства // Вопросы наркологии. 2020. № 4. С. 133–149.

18. Рагулина М.В. Эмоциональное неблагополучие интернет-зависимых подростков. Научные тенденции: Педагогика и психология: сборник научных трудов по мат-лам XII международной науч. конф. Часть 2. М., 2017. С. 38–42.

19. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А., Суходолов А.П. [и др.]. Социальные факторы риска возникновения интернет-зависимости. Череповец, 2018. 200 с.

20. Титова В.В., Катков А.Л., Чугунов Д.Н. Интернет-зависимость: причины и механизмы формирования. Диагностика, подходы к лечению и профилактике // [Педиатр](#). 2014. Т. 5. № 4. С. 132–139.

21. Тихоненков С.Н., Медведев П.Н., Зубкова К.В. [и др.]. К вопросу о профилактике искривления позвоночника у обучающихся общеобразовательных школ. Профессионально-ориентированное волонтерство: актуальное состояние и перспективы: сб. науч. трудов по мат-лам V Всероссийского форума. Курск, 2018. С. 165–169.

22. Фадеева С.В. Компьютерная зависимость как фактор риска развития агрессивного поведения у подростков // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2010. Т. 16. № 3. С. 250–257.

23. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е изд. СПб.: Питер, 2005. 496 с.

24. Шуляк А.С. Компьютер и здоровье // [Смоленский медицинский альманах](#). 2015. № 3. С. 120–122.

25. Шутова Н.В., Баранова Ю.М. Оценка риска интернет-зависимости для психического здоровья подростков // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 6. С. 568–572.

26. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование и диагностика, коррекция и профилактика. Днепропетровск: Пороги, 2006. 193 с.

27. Янг К. Тест интернет-зависимости [сайт]. URL [https://cyberpsy.ru/tests/internet\\_addiction\\_test\\_young/](https://cyberpsy.ru/tests/internet_addiction_test_young/)

#### REFERENCES

1. Antropova L.K., Andronnikova O.O., Kulikov V.Ju. Internet-zavisimost' i ee vzaimosvjaz' s mezhpolutsharnoj asimmetrijei i povedencheskimi osobennostjami lichnosti // Medicina i obrazovanie v Sibiri. 2011. № 3. S. 8.

2. Artjunina G.P., Livinskaja O.A. Vlijanie komp'jutera na zdorov'e shkol'nika // Pskovskij regionologicheskij zhurnal. 2011. № 12. S. 144–150.

3. Belasheva H.V. Internet-zavisimost' kak prediktor formirovaniya narushenij lichnosti s razlichnymi tipami mezhpolutsharnyh asimmetrij // Znanie. Ponimanie. Umenie. 2015. № 1. S. 224–235.

4. Belicheva S.A. Preventivnaja psihologija v podgotovke social'nyh pedagogov i psihosocial'nyh rabotnikov: ucheb. posobie. SPb.: Peter, 2012. 331 s.

5. Varlamova S.N., Goncharova E.R., Sokolova I.V. Internet-zavisimost' molodezhi megapolisov: kriterii i tipologija // Monitoring obshhestvennogo mnenija:

---

jeekonomicheskie i social'nye peremeny. 2015. № 2. S. 165–182.

6. Vojskunsij A.E., Mitina O.V., Gusejnova A.A. [i dr.]. Diagnostika zavisimosti ot Interneta: sravnenie metodicheskikh sredstv // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2015. № 4. S. 1–10.

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

8. Zhichkina A.E., Belinskaja E.P. Psihologija Internet-kommunikacii. M.: MPSU; Voronezh: Modek, 2013. 192 s.

9. Zavalishina O.V., Zagumennyh N.A., Postoeva E.N. Internet-addikcija – odna iz aktual'nyh problem sovremennosti // Nauchnyj zhurnal KubGAU. 2015. № 105. S. 226–235.

10. Ivanov V.D., Vahitov M.G. Faktory, vozdejstvujushhie na zdorov'e uchashhihsja v sovremennyh uslovijah // Fizicheskaja kul'tura. Sport. Turizm. Dvigatel'naja rekreacija. 2018. T. 3. № 1. S. 70–73.

11. Ketova N.A., Petrova V.I. K voprosu o profilaktike snizhenija ostroty zrenija u obuchajushhihsja obshheobrazovatel'nyh shkol // Kollekcija gumanitarnykh issledovanij. 2017. T. 3. № 6. S. 88–91.

12. Loskutova V.A. Internet-zavisimost' kak forma nehimicheskikh addiktivnyh rasstrojstv : dis. ... kand. med. nauk. Novosibirsk, 2004. 157 s.

13. Malygin V.L., Antonenko A.A., Vovchenko E.I. Osobennosti jemocional'nogo i social'nogo intellekta sredi Internet-zavisimyh podrostkov // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2011. № 5. S. 7.

14. Malygin V.L., Homeriki N.S., Antonenko A.A. Individual'no-psihologicheskie svojstva podrostkov kak faktory riska formirovanija internet-zavisimogo povedenija // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2015. T. 30. № 1. S. 1–26.

15. Merzlikina E.V. Vlijanie komp'juternyh igr na fizicheskoe i psihicheskoe zdorov'e shkol'nika. Izuchenie cheloveka: problemy, poisk reshenija: materialy mezhdunarodnoj nauch. konf.. Belgorod, 2017. S. 60–64.

16. Novikova I.I., Erofeev Ju.V., Denisov A.V. Rezul'taty kompleksnoj gigienicheskoj ocenki zdorov'ja shkol'nikov // Zdorov'e naselenija i sreda obitanija. 2018. № 4. S. 31–35.

17. Ponizovskij P.A., Shmukler A.B. Internet-zavisimost': klinicheskij sluchaj igrovogo rasstrojstva // Voprosy narkologii. 2020. № 4. S. 133–149.

18. Ragulina M.V. Jemocional'noe neblagopoluchie internet-zavisimyh podrostkov. Nauchnye tendencii: Pedagogika i psihologija: sbornik nauchnyh trudov po mat-lam XII mezhdunarodnoj nauch. konf. Chast' 2. M., 2017. S. 38–42.

19. Svetlichnaja T.G., Smirnova E.A., Suhodolov A.P. [i dr.]. Social'nye faktory riska vzniknovenija internet-zavisimosti. Cherepovec, 2018. 200 s.

20. Titova V.V., Katkov A.L., Chugunov D.N. Internet-zavisimost': prichiny i mehanizmy formirovanija. Diagnostika, podhody k lecheniju i profilaktike // Pediatr. 2014. T. 5. № 4. S. 132–139.

21. Tihonenkov S.N., Medvedev P.N., Zubkova K.V. [i dr.]. K voprosu o profilaktike iskrivlenija pozvonochnika u obuchajushhihsja obshheobrazovatel'nyh shkol. Professional'no-orientirovanoe volonterstvo: aktual'noe sostojanie i perspektivy: sb.

nauch. trudov po mat-lam V Vserossijskogo foruma. Kursk, 2018. S. 165–169.

22. Fadeeva S.V. Komp'juternaja zavisimost' kak faktor riska razvitija agresivnogo povedenija u podroستkov // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova. 2010. T. 16. № 3. S. 250–257.

23. Homskaja E.D. Nejropsihologija: 4-e izd. SPb.: Piter, 2005. 496 s.

24. Shuljak A.C. Komp'juter i zdorov'e // Smolenskij medicinskij al'manah. 2015. № 3. S. 120–122.

25. Shutova N.V., Baranova Ju.M. Ocenka riska internet-zavisimosti dlja psihicheskogo zdorov'ja podroستkov // Gigiena i sanitarija. 2017. T. 96. № 6. S. 568–572.

26. Jur'eva L.N., Bol'bot T.Ju. Komp'juternaja zavisimost': formirovanie i diagnostika, korekciya i profilaktika. Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. 193 s.

27. Jang K. Test internet-zavisimosti [sajt]. URL [https://cyberpsy.ru/tests/ internet\\_addiction\\_test\\_young/](https://cyberpsy.ru/tests/ internet_addiction_test_young/)

28. Allison S.E., Wahlde L., Shockley T. [et al]. The development of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games // Am J Psychiatry. 2006. Vol. 163. № 3. P. - 381–385.

29. Beard K.W., Wolf E.M. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction // Cyberpsychol Behav. 2001. Vol. 4. № 3. P. 377–383.

30. Černja I., Vejmelka L., Rajter M. Internet addiction test: Croatian preliminary study // BMC Psychiatry. 2019. Vol. 19. № 1. - P. 388.

31. Chung T.W. H., Sum S.M.Y., Chan M.W.L. Adolescent Internet Addiction in Hong Kong: Prevalence, Psychosocial Correlates, and Prevention // J Adolesc Health. 2019. Vol. n64. № 6S. P. S34–S43.

32. Dong G., Wang J., Yang X. [et al]. Risk personality traits of Internet addiction: A longitudinal study of Internet-addicted Chinese university students // Asia Pac Psychiatry. - 2013; Vol. 5. № 4. P. 316–321.

33. Ghamari F., Mohammadbeigi A., Mohammadsalehi N. Internet addiction and modeling its risk factors in medical students, iran // Indian J Psychol Med. 2011. Vol. 33. № 2. P. 158–162.

34. Hinojo-Lucena F.J., Aznar-Díaz I., Cáceres-Reche M.P. [et al]. Problematic Internet use as a predictor of eating disorders in students: a systematic review and meta-analysis study // Nutrients. 2019. Vol. 11. № 9. P. 2151.

35. Hou H., Jia Sh., Hu S. [et al]. Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder // Biomed Biotechnol. n2012. Vol. 2012. P. 854524.

36. Kindt S., Szász-Janocha C., Rehbein F. [et al]. School-related risk factors of Internet use disorders. Int J Environ Res Public Health. 2019. Vol. 16. № 24. P. 4938.

37. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Marcinkowski J. T. [et al]. Internet addiction among students of the medical university of białystok // Comput Inform Nurs. 2011. Vol. 29. № 11. P. 657–661.

38. Ko C.H., Liu G.C., Hsiao S. [et al]. Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction // Psychiatr Res. 2009. Vol. 43. № 7. P. 739–747.

39. Kuss D.J., Griffiths M.D., Binder J.F. Internet addiction in students: prevalence and risk factors // Comput Human Behav. 2013. Vol. 29. № 3. P. 959–966.

40. Lam L.T. The Roles of Parent-and-Child Mental Health and Parental Internet Addiction in Adolescent Internet Addiction: Does a Parent-and-Child Gender Match

---

Matter? // Front Public Health. 2020. № 8. P. 142.

41. Lin F., Zhou Y., Du Y. [et al]. Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: a tract-based spatial statistics study // PLoS One. 2012. Vol. 7. № 1. P. e30253.

42. Niemz K., Griffiths M., Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition // CyberPsychol Behav. 2005. Vol.8. № 6. P. 562–570.

43. Ozturk F.O., Ekin M., Ozturk O. [et al]. The relationship of affective temperament and emotional-behavioral difficulties to internet addiction in Turkish teenagers // ISRN Psychiatry .2013. Vol. 2013. P. 961734.

44. Poli R., Agrimi E. Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population // Nord J Psychiatry. 2012. Vol. 66. № 1. P. 55–59.

45. Sugaya N., Shirasaka T., Takahashi K. [et al]. Bio-psychosocial factors of children and adolescents with internet gaming disorder: a systematic review // Biopsychosoc Med. 2019. № 13. P.3.

**Yu.V. Zyкова**

## **THE PROBLEM OF INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS (LITERATURE REVIEW)**

**ООО Дезинфекция и диагностический центр «Медицинские компьютерные технологии» (Красноярск).**

**Summary:** Despite the fact that the problem of Internet addiction has been considered for several decades, to this day there is no single classification and methods for diagnosing this phenomenon. This review provides statistics on the prevalence of Internet addiction in the world, presents the most interesting, from the point of view of the authors, typologies of Internet-dependent adolescents. The article discusses the peculiarities of the personality of adolescents and the peculiarities of their relationships in the family, which predispose to the development of Internet-dependent behavior. The interrelation of interhemispheric asymmetry, the severity of accentuations between the nature and degree of Internet addiction is considered.

**Keywords:** Internet addiction, interhemispheric asymmetry, character accentuations.

**ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР:  
ОБЗОР РОССИЙСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

<sup>1</sup>ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Москва.

**Резюме.** Статья посвящена проблеме изучения зависимости от компьютерных игр в РФ. Описана актуальная проблематика игровой зависимости и исследований, направленных на изучение данного феномена. Приведены аддиктогенные факторы видеоигр, охарактеризованы группы риска и влияние данной зависимости на когнитивную и эмоциональную сферы личности. Составлен психологический портрет среднестатистического пользователя компьютерных игр. Представлена динамика развития зависимости от видеоигр в виде последовательных стадий. Проанализировано влияние последних событий, связанных с пандемией коронавирусной инфекции (COVID-19), на использование видеоигр.

**Ключевые слова:** компьютерные игры, видеоигры, компьютерная игровая зависимость, зависимость от видеоигр, компьютерное игровое расстройство.

**Введение.** Увлеченность компьютерными играми как вид деятельности, имеющей потенциально аддиктогенный радикал, по-прежнему является актуальной и значимой темой для научных исследований в силу своей высокой распространенности в современном обществе. Так, к концу 2018 г. общее число лиц, увлеченных компьютерными играми, по всему миру составляло 2,3 миллиарда человек, а в 2021 г. – уже 3 миллиарда человек, то есть за последние три года прирост составил 30,4% [31, 32].

Помимо распространенности использования компьютерных игр и их интеграции с современными компьютерными и телекоммуникационными технологиями, важную роль играют темпы роста их доступности - в настоящее время использование цифровых устройств доступно даже детям раннего и дошкольного возраста. Так, благодаря цифровым устройствам различного формата - компьютеры, ноутбуки, планшеты, смартфоны и т. д. - дети начинают привыкать к видеоиграм с раннего возраста, пока родители пользуются таким способом занять их, аргументируя, что знания и навыки, приобретаемые в ходе использования цифровых устройств, несут практическую пользу и пригодятся детям в дальнейшем. Такое положение дел устраивает и игровую индустрию - появляется потребность в создании цифровых продуктов, направленных на аудиторию, потенциально уязвимую к чрезмерному использованию развлекательного контента. Подобное развитие индустрии не может не привлечь к себе внимание исследователей, в том числе и психологов, в связи с необходимостью оценки ситуации и разработки комплекса диагностических и профилактических программ [20]. Не меньший интерес для исследователей представляют и более взрослые игроки. Это связано с тем, что они являются экономически выгодной целевой аудиторией для разработчиков игр, причем масштабы данной аудито-

рии также увеличились за счет той части пользователей, которые начали играть десять-пятнадцать лет назад с ростом доступности видеоигр, продолжая поддерживать свое увлечение играми до сих пор [16]. Таким образом, мы можем увидеть, что компьютерные игры являются достаточно динамичными феноменом, претерпевающим изменения не только в программно-технических, но и в социальных аспектах.

Говоря об изменениях последних лет, следует упомянуть и наиболее актуальные на данный момент общемировые события, связанные с мерами социальной изоляции, направленные на предотвращение распространения коронавирусной инфекции (COVID-19). Вследствие пандемии и ограничения социальной активности дети, подростки, молодежь и взрослые стали проводить больше времени за использованием цифровых компьютерных устройств, причем данная тенденция имеет долгосрочные перспективы [1, 22].

Конкретизируя внимание на проблеме изучения зависимости от видеоигр, следует отметить, что в настоящий момент исследователи и практики сталкиваются с отсутствием четко сформированного теоретического и методологического комплекса, включающего единую терминологию и универсальную классификацию, проверенный диагностический аппарат, а также разработанные профилактические и реабилитационные программы в отношении лиц с чрезмерным увлечением компьютерными играми, их проблемным использованием или с зависимостью от них [11, 18].

**Цель настоящего исследования** заключалась в изучении российских исследований по теме зависимости от компьютерных игр.

**Методология** обзорного исследования включала анализ доступных современных публикаций на тему зависимости от компьютерных игр. Поиск актуальных для данного исследования публикаций проводился в научных электронных библиотеках eLIBRARY.RU и КиберЛенинка (Cyberleninka.ru), а также в электронном ресурсе Академия Google (Google Scholar) по ключевым словам: «компьютерная игровая зависимость», «зависимость от видеоигр», «видеоигры», «компьютерные игры» и «компьютерное игровое расстройство». Было обнаружено 237 доступных обзорных и оригинальных статей, опубликованных в последние 5 лет. В настоящий обзор были включены 33 публикации, описывающие распространенность и феноменологию данной проблемы в РФ. В обзор вошли зарубежные публикации, содержащие оригинальные психодиагностические методики, направленные на диагностику зависимости от компьютерных видеоигр, а также отечественные работы, посвященные их адаптации и валидации. В данном обзоре не проводился анализ исследований, сфокусированных на других видах технологической зависимости, а именно зависимости от Интернета, смартфонов и социальных сетей и т. д.

**Основная часть.** В настоящее время в России наблюдается отсутствие единого теоретико-методологического комплекса исследования проблемы зависимости от компьютерных игр и практических форм его применения с целью оказания психологической, психотерапевтической или медицинской помощи лицам, страдающим от связанных с чрезмерным использованием видеоигр последствий. Недостаточная сформированность терминологии и методологии

изучения данного вида поведенческой зависимости, ограниченность диагностического инструментария порождает ряд неточностей, а иногда и противоречий. К примеру, само название феномена интерпретируется многими исследователями по-разному: под игровой зависимостью могут подразумевать как «гемблинг» – патологическое влечение к азартным играм (МКБ-10; F63.0), так и «гейминг» – игровое расстройство – новую нозологическую единицу, которая будет введена в одиннадцатом издании Международной классификации болезней (МКБ-11; 6C71.0-6C71.Z). Первый термин в первую очередь относится к азартным играм, включающим в себя неопределенный, неконтролируемый со стороны игрока шанс на выигрыш, как правило, материальный; тогда как гейминг – подразумевает в большей степени увлеченность самим процессом игры вне контекста финансового поощрения. Некоторые видеоигры включают в себя элементы случайных наград или азартных игр (лутбоксы, «призывы» случайных персонажей и т. д.), однако успешное прохождение большинства компьютерных интернет-игр в большей мере зависит от навыков и способностей игрока и в меньшей – от случайного результата или финансовых вложений в процессе игры. Также определенное смешение понятий между азартными играми и игровым расстройством представлено в сфере профессиональных игроков в видеоигры, зарабатывающих внушительные суммы за победы в киберспортивных турнирах, таких как The International, The Epicenter XL, Masters, PGL, ESL, We Play (Dota 2, Hearthstone, Overwatch, CS GO, PUBG, StarCraft) и т. д. На территории РФ действует Федерация компьютерного спорта России (ФКС России; англ. Russian Esports Federation) — общероссийская общественная организация, ответственная за развитие в РФ массового компьютерного спорта (киберспорта). Приказом Министерства спорта РФ № 562 от 15.06.2018 г. ФКС России была аккредитована в качестве общероссийской спортивной федерации по виду спорта «Компьютерный спорт».

Возвращаясь к вопросам терминологии, следует отметить, что в различных работах можно встретить и иные формулировки, описывающие игровое расстройство: компьютерно-игровая зависимость, зависимость от интернет-игр, зависимость от компьютерных видеоигр, зависимость от кибер-игр и т. д. Многообразие и неоднозначность данных терминов, отражающих взгляды разных исследователей на данную проблему, приводят к определенным трудностям при попытках систематизировать накопленные знания о компьютерной игровой зависимости и дифференцировать ее формы, возрастную, гендерную, личностную и иную специфику, что в значительной степени замедляет темпы более глубокого и узконаправленного изучения данного феномена.

Говоря о практической работе над проблемой компьютерной игровой зависимости, следует отметить, что отсутствие методических рекомендаций, опыта успешного применения и внедрения профилактических и реабилитационных программ наблюдается, в первую очередь, в сфере оказания психологической и медицинской помощи лицам, страдающим от данной поведенческой аддикцией. Организации и практические специалисты –наркологи, психотерапевты, психиатры, медицинские психологи, оказывающие специализированную (наркологическую или психиатрическую) медицинскую помощь лицам с патологическим

влечением к азартным играм, могут испытывать затруднения, связанные с поддержкой лиц, страдающих от расстройств, связанных с чрезмерным использованием компьютерных интернет-игр. Также в РФ существует ряд частных реабилитационных центров и специалистов, предлагающих платную помощь при зависимости от компьютерных игр. Чаще всего в перечень их услуг входит психологическое сопровождение различных нехимических зависимостей - зависимость от социальных сетей и гемблинг. При этом официальные методические и клинические рекомендации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи при компьютерной игровой зависимости в настоящий момент отсутствуют.

В сфере профилактики чрезмерного использования или зависимости от видеоигр можно отметить опубликованную сотрудниками ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» программу - «Первичную позитивную профилактику для детей дошкольного и школьного возраста», направленную на приобретение и формирование необходимых знаний и навыков, способствующих предупреждению приобщения детей и развития у них зависимости от психоактивных веществ, азартных и компьютерных игр [7].

Ограниченное количество программ первичной, вторичной и третичной профилактики негативно влияет на объем и полноту оказания превентивной, лечебной и реабилитационной помощи лицам с компьютерной игровой зависимостью, что в свою очередь снижает темпы развития новых подходов к изучению проблемы зависимости от видеоигр и, как следствие, препятствует унификации данного комплекса знаний и опыта, в том числе в рамках международного сотрудничества.

Зарубежные исследователи и практики при разработке программ помощи лицам с зависимостью от интернет-игр имеют возможность опираться на критерии, обозначенные в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition — DSM-5). DSM-5 указывает конкретные критерии компьютерного игрового расстройства: чрезмерная увлеченность видеоиграми, симптомы отмены при воздержании от компьютерных игр, рост толерантности (необходимость играть чаще и дольше), безуспешные попытки контролировать время, уделяемое видеоиграм, отказ от других занятий и потеря интереса к иным способам проведения досуга. Кроме того, к критериям относится продолжение использования видеоигр даже при осознании наличия проблем, вызываемых ими, обман близких о количестве времени и денежных средств, потраченных на компьютерные игры, уход с их помощью от действительности [30].

Зависимость от компьютерных игр также включена в качестве новой нозологической единицы — «игрового расстройства» в МКБ-11, которая должна вступить в силу с 2022 г. В обновленной классификации одиннадцатого пересмотра используется более краткий перечень критериев «гейминга»: утрата контроля над временем, уделяемым видеоиграм, смещение жизненных приоритетов и интересов в сторону компьютерных игр, а также использование видеоигр, несмотря на осознание вызываемых ими негативных последствий. Также, согласно МКБ-11, данную зависимость можно диагностировать только в тех случаях, когда игровая деятельность и зависимость от нее несут устойчивый ха-

ракти, затрагивая все эмоционально-волевые реакции и приводя к значительным изменениям в социально-поведенческой сфере деятельности человека [33].

В ходе анализа отечественных исследований по теме зависимости от компьютерных игр нами был составлен перечень диагностических методик, применяемых для оценки негативных личностных или психических особенностей, сопутствующих данному виду зависимости:

1) Опросник на определение степени увлеченности ролевыми компьютерными играми, разработанный И.В. Колотиловой [2];

2) Методика диагностики гейм-аддикции (ДГА), предложенная Н.В. Кочетковым [17];

3) Тест-опросник степени увлеченности младших подростков компьютерными играми, разработанный А.В. Гришиной на основе методики К. Янг [9];

4) Internet Gaming Disorder–20 Test (IGD-20 Test) валидизированный А.А. Петровым и Н.Б. Черняком [21].

Современными российскими исследователями был выделен ряд особенностей, присущих многим компьютерным играм и обладающим психологической значимостью для пользователей с чрезмерным или проблемным использованием видеоигр и влияющим на риск возникновения зависимости: наличие у игрока персонального, недоступного для остальных виртуального мира, наделенного кажущейся реалистичностью, возможность погрузиться в этот мир, абстрагировавшись от событий и переживаний, связанных с реальностью, насыщенность и яркость данных игровых миров (достигаемая за счет уникальных персонажей, проработанных сюжетных линий и выдающегося графического дизайна), отсутствие ответственности за принятые внутри игры решения и совершенные поступки, а также возможность повторных попыток в случае провала в ходе игрового процесса (наличие нескольких жизней, возможность начать уровень заново и т. д.) [29].

Кроме того, риск формирования зависимости от видеоигр обуславливается и рядом внешних факторов. Так, наличие компьютерных устройств стало практически неотъемлемой частью современного семейного быта, что делает невозможным полное исключение его членов (в том числе детей) из данного средового информационного поля. При этом компьютерные технологии в настоящее время включены в различные сферы жизни общества и тесно связаны с социальной, учебной, рабочей и иными видами деятельности, что не только увеличивает вероятность знакомства и приобщения пользователя к видеоиграм практически в любом возрасте, но и делает невозможным отказ от использования компьютерных устройств в случае формирования проблемного использования или зависимости от компьютерных игр [25].

К группе риска относятся бездетные студенты и школьники, состоящие на иждивении родителей или с низким доходом. Пользователи видеоигр в большинстве случаев тратят на игры реальные деньги и имеют опыт участия в азартных играх (в настоящее время наиболее доступных в цифровом формате вроде сайтов букмекеров, онлайн-казино и т. д.). Кроме того, для пользователей компьютерных игр характерно наличие опыта злоупотребления алкоголем и наркотиками, что объясняется свойственным им пренебрежением к своему здо-

ровью [16]. Данная зависимость коморбидна с эндогенными психическими расстройствами и иными аддикциями: табакокурением, алкоголизмом, наркоманией и гемблингом. Примечательно, что пользователи видеоигр имеют более высокий общий балл по шкалам оценки интернет-зависимости, чем другие подростки – пользователи Интернета [16, 25].

В 2019 г. А.В. Гришиной и Е.Н. Волковой было проведено исследование индивидуально-личностных факторов, влияющих на развитие игровой компьютерной зависимости у младших подростков. Согласно данному исследованию, дети с ярко выраженными признаками игровой зависимости характеризуются слабой рефлексивной способностью, низким уровнем осознания свободы выбора и ответственности за него, трудностями в коммуникативной сфере, а также слабо выраженным стремлением к саморазвитию [10].

В 2017 г. Н.В. Гребенниковой было проведено исследование мотивационных и характерологических особенностей старших подростков, склонных к компьютерной игровой зависимости. Согласно результатам данного исследования половина обследованных подростков входила в группу риска по формированию компьютерной игровой зависимости, а 12% респондентов уже обладали игровой зависимостью. В качестве основных стимулов для игры подростки отмечали возможность испытать положительные эмоции от процесса (чувство достижения цели, победы, расслабление или эмоциональное возбуждение). Наиболее популярным жанром для респондентов являлись массовые многопользовательские ролевые онлайн-игры (Massively multiplayer online role-playing game, MMORPG) и action-игры, обладающие особенной аддиктивностью в связи с эффектом незаконченного действия. При этом была выявлена гендерная специфика использования видеоигр старшими подростками: мальчики предпочитали игры жанра MMORPG, тогда как девочки – различные развивающие игры. Кроме того, согласно результатам корреляционного анализа, была выявлена связь между склонностью к зависимости от видеоигр и наличием у подростков таких акцентуаций характера, как гипертимность, тревожность, эмотивность и возбудимость [8].

Согласно распространенному мнению, компьютерные игры способствуют значительному повышению уровня агрессии пользователей. Этот вопрос рассматривался в ряде исследований, использующих различные методы диагностики [12, 20], по результатам которых не были выявлены значимые различия в уровне агрессивности между пользователями видеоигр и другими людьми.

К психологическим характеристикам, присущим пользователям компьютерных игр, относятся повышенная тревожность, подверженность перепадам настроения [14, 26], неадекватная и нестабильная самооценка [27] внешний locus контроля и низкий уровень рефлексии [16], а также низкие показатели эмпатии [5, 6].

В 2018 г., группой исследователей была проведена работа по изучению взаимосвязи личностных особенностей игроков подросткового и юношеского возраста с их поведением в виртуальном пространстве на примере групповой компьютерной игры «Dota 2» [23]. Согласно результатам данного исследования, многие пользователи видеоигр обладают противоречиями в структуре ролевой

идентичности, используя игровой процесс и общение с командой для приобретения нового опыта ролевого поведения, подкрепляемого эмоциональным состоянием, связанным с происходящим в игре. Кроме того, СУЩЕствует ряд закономерностей между личностными особенностями и ролевым поведением игроков в компьютерные игры: подростки, демонстрирующие наличие внутриличностного конфликта, стремятся к определенной игровой роли, стараясь достичь на ней определенных успехов. В то же время игроки юношеского возраста, напротив, чаще достигают высоких результатов внутри игры при отсутствии ролевых противоречий. Помимо этого, семейный фактор влияет на частоту и длительность игровых сессий: игроки из неполных семей, демонстрирующие наличие ролевого конфликта, склонны к увлечению видеоиграми, проводя в них больше времени [23].

Другой темой исследований, связанной с зависимостью от видеоигр, является взаимосвязь между временем, проведенным пользователями за компьютерными играми, и их социальным взаимодействием с окружающими [3, 4, 23]. Данные исследования свидетельствуют о том, что пользователям видеоигр свойственно уделять время данному развлечению в ущерб другим занятиям и обязанностям в любом возрасте. При этом для молодых игроков более характерно выбирать компьютерные игры вместо учебы, тогда как взрослые чаще играют вместо общения с близкими, зачастую сталкиваясь с непониманием со стороны сверстников на этой почве. Помимо этого, взрослые игроки склонны отдавать предпочтение как раз, коммуникативной сфере видеоигр, а молодые – внутриигровым достижениям [15, 17].

В 2020 г., Е.С. Скворцовой и Н.П. Лушкиной было проведено исследование распространенности и особенностей занятий компьютерными играми среди сельских школьников в 17 регионах России [24]. Согласно данному исследованию, между сельскими юношами и девушками, играющими в компьютерные игры, были выявлены значимые различия по частоте и продолжительности этих занятий: среди «ежедневно» играющих преобладали мальчики, а среди играющих «еженедельно» и «редко» преобладают девочки ( $p \leq 0,001$ ). В связи с занятиями компьютерными играми различные проблемы возникали почти у половины респондентов, при этом проблемы статистически значимо чаще ( $p \leq 0,001$ ) возникали у подростков, занимающихся компьютерными играми «ежедневно 3 часа и более», и достоверно реже ( $p \leq 0,001$ ) у подростков, играющих в видеоигры «редко» или «очень редко». Частота различных соматических расстройств у девушек была практически в 2 раза выше, чем у юношей, отмечаясь почти у половины респондентов женского пола ( $p \leq 0,001$ ). Респонденты, играющие в компьютерные игры ежедневно 3 часа и более, отмечали, что продолжительные занятия компьютерными играми вызывают у них боли в спине и шее, бессонницу, головные боли [24].

Помимо личностных и характерологических особенностей лиц с проблемным использованием видеоигр, группой российских исследователей были выделены три стадии игровой зависимости: начальная стадия (напряжения), средняя стадия (предельного напряжения) и терминальная стадия (истощения) [27]. Согласно данной классификации, стадия напряжения характеризуется повыше-

нием толерантности, переходом от эйфории в ходе игрового процесса к отрицательным эмоциям из-за игровых неудач, возникновением астенического состояния в результате воздержания от видеоигр, потерей контроля над временем, возникновением сильного желания поиграть, заострением черт личности, временной заторможенностью после игры. На стадии предельного напряжения многие из данных признаков приобретают более тяжелый или продолжительный характер: воздержание приводит к проявлениям признаков психической зависимости, а продолжение игры – к проявлению неврологической симптоматики и астеническим расстройствам, желание играть становится постоянным и непреодолимым. На стадии истощения изменения эмоционально-волевой сферы и неврологические нарушения становятся системными: игры начинают быстро надоедать и не приносят былой эйфории, но при нахождении достаточно интенсивного стимула к игре игровая деятельность приобретает запойный характер. Отказ от видеоигр на данной стадии приводит к возникновению абстинентного синдрома [27].

В 2015 г. другим автором также была опубликована работа, описывающая четыре стадии компьютерной игровой зависимости: стадия легкой увлеченности, увлечения, зависимости и привязанности. Так, на первой стадии игра носит ситуационный характер, на второй – систематический, на третьей приобретает роль, схожую с физиологической потребностью, а на четвертой уменьшает свою значимость, при этом становясь неотъемлемой частью жизни игрока (пользователь лучше управляет своим временем и может проявлять интерес к иным хобби, но не способен полностью отказаться от видеоигр) [28].

За последнее время тема зависимости от компьютерных игр обрела особую актуальность в связи с пандемией COVID-19 и введенными мерами социального дистанцирования. В одном из последних исследований, проведенном преимущественно среди женской выборки, отмечается, что около половины респондентов использовали видеоигры в качестве способа совладания с тревожными переживаниями [13].

В 2021 г. было опубликовано пилотное исследование по изучению использования компьютерных игр среди студентов г. Ярославля во время пандемии COVID-19 с использованием шкалы оценки зависимости от Интернет-игр (Internet Gaming Disorder Scale–Short-Form - IGDS9-SF), а также авторских опросников, исследующих продолжительность и частоту использования видеоигр [19]. Данное исследование выявило существенный рост продолжительности и частоты использования компьютерных игр во время пандемии COVID-19. Существенные гендерные различия были выявлены в увлечении видеоиграми: девушкам в меньшей степени были присущи случаи обмана и негативных последствий в результате увлечения видеоиграми, что реже приводило к проблемам в вопросе отношений, работы, учебы или возможностей карьерного роста [19].

Увлечение компьютерными интернет-играми затрагивает и финансовые аспекты жизни. При этом, несмотря на общие финансово-экономические затруднения, связанные с пандемией COVID-19, в последний год в России рост затрат на покупку видеоигр увеличился на 22%, на внутриигровой контент – на 23%, что превышает традиционный среднегодовой прирост в 2-3 раза [1, 22].

**Заключение.** Обзор российских исследований по теме зависимости от компьютерных игр продемонстрировал общемировые тенденции, касающиеся повышенного внимания специалистов к чрезмерному и рискованному использованию видеоигр среди различных групп населения, в особенности среди детей, подростков и молодежи. Актуальными в настоящий момент обозначены следующие направления научной и практической работы: подробное изучение распространенности зависимости от видеоигр в уязвимых к формированию аддиктивного поведения группах населения, необходимость разработки и внедрения программ профилактики, лечения и реабилитации лиц, страдающих от компьютерной зависимости. Проведенный обзор позволяет предположить, что в настоящее время такие аспекты зависимости от компьютерных игр, как индивидуально-психологические и поведенческие особенности пользователей видеоигр, а также динамика развития компьютерной игровой зависимости изучены в достаточной степени. Тем не менее, постоянные социальные, экономические, технологические и иные изменения в обществе, включая пандемию COVID-19, затрагивающие данный феномен, а также недостаточная сформированность единой терминологии и методологии исследования зависимости от видеоигр, приводят к необходимости продолжать исследования в данной области в целях создания теоретико-методологического комплекса и практических форм его применения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Азалиева М.А., Упорова О.С., Полеева В.А. Ключевые тенденции развития рынка видеоигр // Современная наука и молодые учёные. 2021. С. 71-73.
2. Беловол Е.В., Колотилова И.В. Разработка опросника для оценки степени увлеченности ролевыми компьютерными играми // Психол. журнал. 2011. Т. 32. № 6. С. 49-58.
3. Белозеров С.А. Виртуальные миры MMORPG: Часть I. Определение, описание, классификация // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2015. Т. 12. №. 1.
4. Белозеров С.А. Виртуальные миры MMORPG: Часть II. Средство от социального и психологического неблагополучия // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2015. Т. 12. №. 1.
5. Богачева Н.В., Войскунский А.Е. Проблема классификации компьютерных игр в контексте психологических исследований геймеров // Культура и технологии. 2018. Т. 3. №. 4. С. 76-89.
6. Богачева Н.В., Войскунский А.Е. Разнообразие психологической специфики геймеров и проблема классификации компьютерных игр в психологии // Информационное общество: образование, наука, культура и технологии будущего. 2018. №. 2. С. 240-252.
7. Бузик О.Ж. Профилактика игровой и компьютерной зависимости // Психическое здоровье и образование. 2018. С. 489-491.
8. Гребенникова Н.В. Характерологические особенности старших подростков, склонных к компьютерно-игровой зависимости // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2017. № 3.
9. Гришина А.В. Тест-опросник степени увлеченности младших подрост-

ков компьютерными играми // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. №. 4.

10. Гришина А.В., Волкова Е.Н. Анализ индивидуально-личностных факторов игровой компьютерной зависимости // Вестник Мининского университета. 2019. Т. 7. № 4 (29).

11. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции: вопросы типологии, диагностики и классификации // Вопросы наркологии. 2020. №4 (187). С. 7-23.

12. Касимова Э.Г., Лемешко Т.А., Толмачёв Д.А. Исследование зависимости физической агрессии, гнева и враждебности от видеоигр // Синергия Наук. 2018. № 30. С. 1776-1779.

13. Кольцова И.В., Долганина В.В. Влияние пандемии на возникновение тревожности у студентов педагогического вуза // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8. №. 4.

14. Котова С.С., Хасанова И.И. Особенности интернет зависимого и аддиктивного поведения молодежи // Научный результат. Педагогика и психология образования. 2017. Т. 3. № 1 (11).

15. Кочетков Н.В. Интернет-зависимость и зависимость от компьютерных игр в трудах отечественных психологов // Social Psychology & Society. 2020. Т. 11. № 1.

16. Кочетков Н.В. Социально-психологические аспекты зависимости от онлайн-игр и методика ее диагностики // Социальная психология и общество. 2016. Т. 7. № 3. С. 148-163.

17. Кочетков Н.В., Воложаева Е.Н. Взаимосвязь увлеченности онлайн-играми и мотивации к обучению разностатусных школьников // Психологическая наука и образование. 2021. Т. 26. № 4. С. 34-42.

18. Кыштымова И.М., Тимофеев С.Б. Психологическая модель компьютерных игр // Социальная психология и общество. 2019. Т. 10. № 4. С. 160-174..

19. Лановая А.М., Шакун Е.Ю., Фадеева Е.В., Волков А.В., Минаков М.А., Амелина С.В. Использование социальных сетей и компьютерных интернет-игр в период пандемии COVID-19 студентами в Ярославской области // Вопросы наркологии. 2021. № 4. С. 73-91.

20. Морозова О.А. Психологические исследования видеоигр: урок западной науки // Вопросы психологии. 2019. №. 5. С. 84-95.

21. Петров А.А., Черняк Н.Б. Валидизация русскоязычной версии опросника Internet Gaming Disorder–20 Test // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. Т. 1. №. 102. С. 71-78.

22. Постол О.Л., Ходжиева Л.С., Мазур В.Е. Киберспорт во время пандемии //Актуальные проблемы развития и совершенствования системы физического воспитания для подготовки специалистов в транспортной отрасли. 2020. С. 184-187.

23. Рубцова О.В., Панфилова А.С., Артеменков С.Л. Исследование взаимосвязи личностных особенностей игроков подросткового и юношеского возраста с их поведением в виртуальном пространстве (на примере групповой компьютерной игры «Dota 2») // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 1. С. 137-148.

24. Сковрцова Е.С., Лушкина Н.П. Ежедневное длительное пользование

Интернетом и употребление алкоголя среди сельских подростков // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24. № 1.

25. Соболев Н.А., Игумнов С.А. Зависимость от компьютерных игр у подростков, проблемы диагностики и коморбидности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 2. С. 105-113.

26. Хасанова И.И., Котова С.С. Взаимосвязь интернет-зависимости с совладающим и отклоняющимся поведением учащейся молодежи // Образование и наука. 2017. Т. 19. № 4.

27. Худяков А.В., Урсу А.В., Старченкова А.М. Компьютерная игровая зависимость, клиника, динамика и эпидемиология // Медицинская психология в России. 2015. № 4 (33).

28. Чернов Д.А. Профилактика игровой компьютерной зависимости среди подростков // Информационная безопасность и вопросы профилактики киберэкстремизма среди молодежи. 2015. С. 459-469.

29. Шишкина К.И., Кудинов В.В. Зависимость от компьютерных видеоигр у младших школьников // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2019. № 10 (176).

#### REFERENCES

1. Azalieva M.A., Uporova O.S., Poleeva V.A. Kljuchevye tendencii razvitiya rynka videoigr // Sovremennaja nauka i molodye uchjonye. 2021. S. 71-73.

2. Belovol E.V., Kolotilova I.V. Razrabotka oprosnika dlja ocenki stepeni uvlechennosti rolevymi komp'juternymi igrami // Psihol. zhurnal. 2011. Т. 32. № 6. С. 49-58.

3. Belozеров S.A. Virtual'nye miry MMORPG: Chast' I. Opredelenie, opisanie, klassifikacija // Psihologija. Zhurnal vysshej shkoly jekonomiki. 2015. Т. 12. № 1.

4. Belozеров S.A. Virtual'nye miry MMORPG: Chast' II. Sredstvo ot social'nogo i psihologicheskogo neblagopoluchija // Psihologija. Zhurnal vysshej shkoly jekonomiki. 2015. Т. 12. № 1.

5. Bogacheva N.V., Vojskunsij A.E. Problema klassifikacii komp'juternyh igr v kontekste psihologicheskikh issledovanij gejmerv // Kul'tura i tehnologii. 2018. Т. 3. № 4. С. 76-89.

6. Bogacheva N.V., Vojskunsij A.E. Raznoobrazie psihologicheskoy specifiky gejmerv i problema klassifikacii komp'juternyh igr v psihologii // Informacionnoe obshhestvo: obrazovanie, nauka, kul'tura i tehnologii budushhego. 2018. № 2. С. 240-252.

7. Buzik O.Zh. Profilaktika igrovoy i komp'juternoj zavisimosti // Psihicheskoe zdorov'e i obrazovanie. 2018. С. 489-491.

8. Grebennikova N.V. Harakterologicheskie osobennosti starshih podrostkov, sklonnyh k komp'juterno-igrovoy zavisimosti // Nauchnye trudy Moskovskogo gumanitarnogo universiteta. 2017. № 3.

9. Grishina A.V. Test-oprosnik stepeni uvlechennosti mladshih podrostkov komp'juternymi igrami // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologija. 2014. № 4.

10. Grishina A.V., Volkova E.N. Analiz individual'no-lichnostnyh faktorov igrovoy komp'juternoj zavisimosti // Vestnik Mininskogo universiteta. 2019. Т. 7. № 4 (29).

11. Egorov A.Ju. Nehimicheskie (povedencheskije) addicii: voprosy tipologii,

diagnostiki i klassifikacii // Voprosy narkologii. 2020. №4 (187). S. 7-23.

12. Kasimova Je.G., Lemeshko T.A., Tolmachjov D.A. Issledovanie zavisimosti fizicheskoy agressii, gneva i vrazhdebnosti ot videoigr // Sinergija Nauk. 2018. № 30. S. 1776-1779.

13. Kol'cova I.V., Dolganina V.V. Vlijanie pandemii na vzniknovenie trevozhnosti u studentov pedagogicheskogo vuza // Mir nauki. Pedagogika i psihologija. 2020. T. 8. №. 4.

14. Kotova S.S., Hasanova I.I. Osobennosti internet zavisimogo i addiktivnogo povedenija molodezhi // Nauchnyj rezul'tat. Pedagogika i psihologija obrazovanija. 2017. T. 3. № 1 (11).

15. Kochetkov N.V. Internet-zavisimost' i zavisimost' ot komp'juternyh igr v trudah otechestvennyh psihologov // Social Psychology & Society. 2020. T. 11. № 1.

16. Kochetkov N.V. Social'no-psihologicheskie aspekty zavisimosti ot onlajn-igr i metodika ee diagnostiki // Social'naja psihologija i obshhestvo. 2016. T. 7. № 3. S. 48-163.

17. Kochetkov N.V., Volozhaeva E.N. Vzaimosvjaz' uvlechennosti onlajn-igrami i motivacii k obucheniju raznostatusnyh shkol'nikov // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2021. T. 26. № 4. S. 34-42.

18. Kyshtymova I.M., Timofeev S.B. Psihologicheskaja model' komp'juternyh igr // Social'naja psihologija i obshhestvo. 2019. T. 10. № 4. S. 160-174..

19. Lanovaja A.M., Shakun E.Ju., Fadeeva E.V., Volkov A.V., Minakov M.A., Amelina S.V. Ispol'zovanie social'nyh setej i komp'juternyh internet-igr v period pandemii COVID-19 studentami v Jaroslavskoj oblasti // Voprosy narkologii. 2021. № 4. S. 73-91.

20. Morozova O.A. Psihologicheskie issledovanija videoigr: urok zapadnoj nauki // Voprosy psihologii. 2019. №. 5. S. 84-95.

21. Petrov A.A., Chernjak N.B. Validizacija russkojazychnoj versii oprosnika Internet Gaming Disorder–20 Test // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. 2019. T. 1. №. 102. S. 71-78.

22. Postol O.L., Hodzhieva L.S., Mazur V.E. Kibersport vo vremja pandemii //Aktual'nye problemy razvitija i sovershenstvovanija sistemy fizicheskogo vospitanija dlja podgotovki specialistov v transportnoj otrasli. 2020. S. 184-187.

23. Rubcova O.V., Panfilova A.S., Artemenkov S.L. Issledovanie vzaimosvjazi lichnostnyh osobennostej igrokov podrostkovogo i junosheskogo vozrasta s ih povedeniem v virtual'nom prostranstve (na primere gruppovoj komp'juternoj igry «Dota 2») // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2018. T. 23. № 1. S. 137-148.

24. Skvorcova E.S., Lushkina N.P. Ezhednevnoe dlitel'noe pol'zovanie Internetom i upotreblenie alkoholja sredi sel'skih podrostkov // Profilakticheskaja medicina. 2021. T. 24. №. 1.

25. Sobolev N.A., Igumnov S.A. Zavisimost' ot komp'juternyh igr u podrostkov, problemy diagnostiki i komorbidnosti // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2021 (21). № 2. S. 105-113.

26. Hasanova I.I., Kotova S.S. Vzaimosvjaz' internet-zavisimosti s sovladajushhim i otklonjajushhimsja povedeniem uchashhejsja molodezhi // Obrazovanie i nauka. 2017. T. 19. № 4.

27. Hudjakov A.V., Ursu A.V., Starchenkova A.M. Komp'juternaja igrovaja zavisimost', klinika, dinamika i jepidemiologija // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2015. № 4 (33).

28. Chernov D.A. Profilaktika igrovoj komp'juternoj zavisimosti sredi podrostkov // Informacionnaja bezopasnost' i voprosy profilaktiki kiberjekstremizma sredi molodezhi. 2015. S. 459-469.

29. Shishkina K.I., Kudinov V.V. Zavisimost' ot komp'juternyh videoigr u mladshih shkol'nikov // Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta. 2019. № 10 (176).

30. American Psychiatric Association et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 // Arlington, V.A. 2013.

31. Newzoo (2018) Global Games Market Report 2018. // Newzoo. URL: <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-games-market-report-2018-free-version/> (дата обращения: 13.09.2021).

32. Newzoo (2021) Global Games Market Report 2021 // Newzoo. URL: <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-games-market-report-2021-free-version/> (дата обращения: 13.09.2021).

33. Rumpf H.J. 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. T. 7. №. 3. S. 556-561.

E.U. Shakun<sup>1</sup>, E.V. Fadeeva<sup>1,2</sup>

## COMPUTER GAME ADDICTION: OVERVIEW OF RUSSIAN STUDIES

<sup>1</sup>National Research Center on Addictions - branch, Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky» <sup>2</sup>Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

**Summary.** An overview is provided of the literature on the modern publications on the topic of computer game addiction that appeared in the Russian Federation, mainly within the last 5 years. In this paper, we describe the current issues of video game addiction and research aimed at studying this phenomenon in the Russian Federation. The addictive factors of video games are given, risk groups and the influence of this addiction on the cognitive and emotional spheres of the individual are characterized. A psychological portrait of the average user of computer games has been compiled. The dynamics of the development of addiction to video games is presented in the form of successive stages. The article also includes analysis of impact of recent events related to the coronavirus infection (COVID-19) pandemic on the use of video games.

**Keywords:** computer games, video games, computer game addiction, video game addiction, gaming disorder.

**АНАЛИЗ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ,  
НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИХ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ:  
РЯДОВЫЕ ШКОЛЬНЫХ ВОЙН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)<sup>3</sup>**

**Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы влияния школьной среды и педагогического процесса на психическое и физическое здоровье участников образовательного процесса. Дается обзор современных отечественных и зарубежных исследований по психологической опасности школьного климата, педагогического насилия, дидактогении, постдидактического стресса, виктимизации, суицидальных ситуаций, применения оружия в школе и факторов, способствующих их возникновению.

**Ключевые слова:** школьный климат, буллинг, виктимизация, педагогическое насилие, постдидактический стресс, оружие в школе.

*Быть педагогом невероятно трудно.  
Это требует таланта, это и  
искусство, и огромная культура, и  
невероятная ответственность,  
и редкое сочетание человеческих  
достоинств и совершенств.*

**Борис Михайлович Бим-Бад**

Психотравмирующие факторы, такие как неадекватный школьный климат, педагогическое насилие, дидактогения, постдидактогенический синдром, буллинг и виктимизация вносят свой вклад в формирование психического и физического здоровья участников образовательного процесса [1, 4, 5, 12]. В литературе имеются данные о взаимосвязи между фактами «детской психологической травмы» и последующей виктимизации, подверженности буллингу и высокими суицидологическими рисками у лиц, имевшими подобный опыт в прошлом [6, 22, 36].

Определенный вклад в психическое здоровье учащихся вносит и педагогическое насилие. По данным Е. Matusov, Р. Sullivan, существуют различные формы психосоциального педагогического насилия, приносящие вред здоровью в виде физических, социальных, эмоциональных и психологических болей или угрозы таких болей, которые является либо средством, либо неслучайным побочным продуктом образования, используемым на систематической основе. Это может проявиться как насильственная реакция у учащихся и учителей в определенных учебных заведениях, направленная против других учащихся или учителя [29].

В своей работе Е.А. Ковалева показала, что педагогическое насилие является фактом образовательной деятельности. Достижение образовательных результатов педагогами часто связано с пренебрежением к потребностям лично-

<sup>3</sup>Исследование не имело финансовой поддержки.

сти школьника, его унижением, принуждением, оскорблением. Педагогическое насилие как властное отношение учителя к ребенку сопровождается психологическим, эмоциональным насилием, агрессией со стороны педагога.

Синдром педагогического насилия способствует возникновению отклонений в здоровье детей. Возникновение синдрома педагогического насилия связано с личностными особенностями педагога. Недостаточный уровень самосознания и неразвитая рефлексия учителя, приводят к достижению им педагогических результатов через использование насилия в педагогическом процессе. Я-концепция педагога определяет его личностную социальную установку (attitude), которая связана с проявлениями эмоций в деятельности и их регуляцией. Низкий уровень эмпатии влияет на коммуникации учителя в процессе деятельности. Педагогическое общение деформируется нервно-психической неустойчивостью педагога, его конфликтностью в отношениях с учащимися. Личностная тревожность вызывает конфликтные отношения в педагогической деятельности и приводит к защитным реакциям, сопровождающимся использованием насилия [12].

В материале М.В Фокиной и С.А. Чумаковой описан психологический профиль педагога, склонного к систематическому педагогическому насилию. Авторами рассмотрены 150 случаев педагогического насилия в школах, связанных с открытыми и скрытыми конфликтами, обусловленными психологическим насилием педагога по отношению к учащемуся (унижение, оскорбление, публичное отвержение, обесценивание, навешивание негативных ярлыков, предвзятость). Показано, что педагогическое насилие выступает вариантом психологического насилия, при котором автор насильственных действий переносит ответственность за насильственные действия на мнимые или реальные недостатки жертв насилия и оправдывает насильственные действия внешними причинами [15].

Дидактогению, по нашему мнению, необходимо рассматривать не только как негативное психическое состояние учащегося или невроз. Этот феномен надо относить к психосоматическим, т. к. кроме нервной в патологический процесс вовлекаются и другие системы организма ученика. Проведенные ранее нами исследования позволили доказать роль дидактогенных факторов в возникновении синдрома педагогического насилия, обосновать данный термин и предложить его классификацию.

**Синдром педагогического насилия** — возникновение комплекса **отклонений в состоянии здоровья** школьников под влиянием неадекватных педагогических методов, действий и учебных программ.

Синдром педагогического насилия мы разделили на:

1. Синдром легитимного (узаконенного) педагогического насилия.
2. Синдром административного педагогического насилия.
3. Синдром авторитарного педагогического насилия.

Для диагностики синдром авторитарного педагогического насилия мы использовали разработанную нами анкету, включающую ряд вопросов, отражающих взаимоотношение учителей и учащихся при проведении образовательного процесса. Анкетирование 220 учащихся позволило выявить нам психосоматические отклонения, возникающие при обучении их в школе. Так, у 58,6% из них отмечалось

наличие конфликтов с учителями; к 75,7% учителя относились несправедливо; 51,8% боялись своих учителей; 35,1% подвергались унижению педагогами.

Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение состояния здоровья учащихся. При этом у 67,1% школьников отмечались невротические расстройства; у 52,7% — угнетение настроения; у 22,5% — депрессивное состояние; у 14,4% — боли в животе; у 47,5% — головные боли; у 14,9% — обострения хронических заболеваний. Эти данные свидетельствуют о том, что синдром педагогического насилия является одним из факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье школьников [6, 7].

Среди работ по влиянию педагогического процесса на состояние здоровья школьников особое место занимают исследования различных форм дидактогении. Влияние неадекватного педагогического процесса и «жесткого» поведения учителя в различных критических ситуациях нередко приводит к возникновению дидактогении [8, 9, 16]. В основе любых форм дидактогений всегда лежит конфликт, в результате которого ученик получает психическую травму по вине педагога, которая может трансформироваться в невроз и требует срочной консультации у клинического психолога или лечения у психотерапевта [2].

По данным Мирошниченко А.А. Мирошниченко, дидактогения как термин редко употребляется в лексиконе педагогического сообщества и профессиональной деятельности учителей. Но она реально присутствует и различные проявления педагогического насилия существуют на всех уровнях образования. Их объем и динамику в современных условиях невозможно оценить, т. к. в системе образования их мало кто пытается измерить [13].

И.С. Бердышев по тяжести и течению дидактогении подразделял на легкие, среднетяжелые и тяжелые формы. По длительности течения на: острую — с коротким эпизодом, подострую — с повторением эпизода дидактогении и хроническую — систематическую дидактогению [2].

Влияние острых и хронических психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте, таких как педагогическое насилие, буллинг, виктимизация, свидетельства и подверженность убийству с применением огнестрельного оружия в школах, могут вызвать **посттравматическое стрессовое расстройство** (ПТСР), которое в настоящее время очень редко своевременно диагностируется, профилактируется и лечится. В современной науке не существует общепризнанной теории зарождения и развития ПТСР. Частота, напряженность и интенсивность стресса, социальная ситуация, биологические и личностные особенности пациента — это факторы, влияющие на возникновение ПТСР. Кроме этого, на появление ПТСР влияет эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность и психовегетативная незрелость. Неправильное обращение с пострадавшим близких, педагогов способствует затяжному течению стрессового заболевания и трудностям восстановления социального функционирования [3, 10, 14].

По нашему мнению, следует ввести понятие **«постдидактическое стрессовое расстройство»** (ПДСР), под которым следует понимать психическое состояние, возникающее в результате единичного или неоднократно повторяющихся событий, оказывающих негативное воздействие на психику индивида в результате дидактической («педагогической») деятельности родителя, учителя,

коллектива, в котором человек вынужден находиться или в результате активно-го уклонения от неё («педагогическая халатность»).

Буллинг является проблемой во многих школах по всему миру. Это рассматривается как нежелательное явление в образовании, и во многих случаях снижение уровня издевательств является целью национальной и местной политики в области образования. Главная стратегия в предотвращении буллинга в современной российской школе должна включать усиление взаимопомощи среди детей, доверие в классе, продвижение общественной компетентности, повышение функционирования навыков толерантности у агрессоров и защита от опасностей [1, 11]. Профилактика буллинга и виктимизации среди детей и подростков может служить профилактикой тяжелых последствий травли для их психического, физического и социального благополучия в будущем [12, 13].

C. Edward, Jr. Fletcher et al. показали взаимосвязь между типом школы и виктимизацией учащихся, а также буллингом в этих школах. Авторы сравнили издевательств над школьниками в трех городских школах различного профиля: специализированной, «школой в школе» и в большой городской общеобразовательной средней школе. Они выявили, что по сравнению с их сверстниками из общеобразовательной средней школы учащиеся двух профессиональных школ значительно реже становятся жертвами и наблюдают за издевательствами [22].

R. Thornberg et al. изучили социальную и моральную составляющие издевательств в шведских школах. Ими обследовано 2408 учеников, в т. ч. 1159 девочек и 1249 мальчиков, четвертых классов. 1540 школьников сообщили данные об отказе от участия в издевательствах [34].

В исследовании, проведенном E. Peist, S.D. McMahon, J.O. Davis, and Ch.B. Keys, участвовали 403 учителя из национального опроса, посвященного насилию со стороны учителей и наиболее неприятному опыту учителей с насилием. Результаты показали, что смена учителей является серьезной проблемой в образовании, которая отрицательно сказывается на успеваемости учащихся и непрерывности обучения. Они выявили, что на текучесть кадров влияет множество факторов, в т. ч. и влияние насилия, направленного против учителей [23].

Издеательства по-прежнему вызывают беспокойство в школах, включая вопрос о том, почему некоторые дети запугивают других. Одна из версий дифференциации ролей запугивания (например, хулиган, жертва, хулиган-жертва) заключается в том, что некоторые дети морально не вовлечены или могут разъединить свое моральное понимание и поведение. R. Stein and Sh. Jimmerson в настоящем исследовании изучали типы запугивания и морального отказа от него. Результаты показали, что запугивание и преследование различаются в зависимости от степени вовлеченности. Они выявили, что моральное отчуждение было связано со степенью участия учащихся в издеательствах. Учащиеся из класса «хулиган-жертва» имели самый высокий уровень моральной неприязнкости, за ними следовали ученики из класса жертвы, класса социальной жертвы и класса аутсайдеров [33].

A.R. Mapes, M. Scough, L.M. Mutignani et al. изучили склонность детей с высоким статусом запугивать своих одноклассников. Участниками стали 676 учеников четвертого класса, из них 50,7% девочек. Детей разделили на сле-

дующие группы: 1 - дети, которым нравятся только сверстники, 2 - нравятся только учителя, 3 - нравятся сверстники и учителя, 4 - не нравятся сверстники и учителя и 5 - дети со средними симпатиями сверстников и учителей. Дети из 4 группы продемонстрировали самый высокий уровень издевательств, который значительно увеличивался с осени до весны. Физические издевательства, о которых сообщали сами ученики, увеличились у мальчиков в 1 и 5- группах, а также у девочек в 1 и 4 группах [19].

Издеательства - широко распространенная глобальная проблема с серьезными последствиями для пострадавших. S. Halliday, T. Gregory, A. Taylor et al. представили систематический обзор, в котором исследуются последствия издевательств в раннем подростковом возрасте на психологическое и академическое функционирование в подростковом периоде. Было обнаружено, что жертвы испытывают отрицательные психосоциальные и академические результаты, включая усиление депрессии и тревожности, усиление неприятия сверстников, более низкую успеваемость в школе и школьные связи как в краткосрочной перспективе (12 месяцев), так и спустя 8 лет. Жертвы-девочки страдали больше, чем жертвы-юноши, особенно из-за симптомов депрессии, тревоги и суицидальных мыслей [36].

Как традиционные школьные издеательства, так и кибер-издеательства среди подростков стали международной проблемой во многих странах мира, включая Китай. Роль депрессивных симптомов во взаимосвязи между различными формами травли виктимизации и суицидальными идеями в китайском обществе не изучена должным образом. Ruhui Zhao & Xuening Yao провели анкетирование 1814 старшеклассников на выявление буллинга и виктимизации. Результаты анализа показали, что депрессивные симптомы играли посредническую роль между определенными формами виктимизации, связанной с издеательствами и суицидальными идеями. Депрессивные симптомы выявили связь между словесной виктимизацией и суицидальными идеями как для мальчиков, так и для девочек. Кроме того виктимизация и симптомы депрессии, вызывающие суицидальные мысли, были сильнее у девочек, чем у мальчиков [35].

P.R. Smokowski et al. провели исследование по оценке эффективности школьных судов для подростков в 24 случайно выбранных средних и старших школ. В ходе анализа были изучены модели школьного климата, проблемы учащихся и количество отстраненных от занятий. Авторы показали, что школьные суды в значительной степени положительно влияют на сокращение числа друзей-правонарушителей среди старшеклассников. Краткосрочные отстранения от занятий сократились более чем в два раза в исследуемых школах по сравнению с другими школами. Число жертв издевательств сократилось на 47% по сравнению с 22% в школах с отсутствием школьных судов [32].

В исследованиях N. Pushch была выявлена взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и будущей виктимизацией, влияние положительных факторов, способных защитить от нее. Для решения этой проблемы была проведена оценка взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, защитными факторами и насильственной виктимизацией в школе с использованием выборки из 12 850 мальчиков и 14 121 девочки в 8, 10 и 12 классах. Было обнаружено, что

элементы неблагоприятного детского опыта, не связанные с насилием, в значительной степени прогнозируют жестокую виктимизацию в школе как для мальчиков, так и для девочек [31].

В научной литературе имеются данные, что виктимизация учителей в школе широко распространена и оказывает пагубное негативное воздействие на пострадавших учителей. Учитывая скудный объем литературы о виктимизации учителей, В. Moon & J. McCluskey считают, что необходимы дальнейшие исследования для изучения ее масштабов, предикторов и негативных последствий. Авторы провели исследование с использованием репрезентативной выборки из 1628 учителей, которое показало высокую распространенность насилия и агрессии, направленной против учеников. Было выявлено, что помогающее и дружелюбное поведение учителей по отношению к ученикам соответствует различным типам виктимизации учителей. Опыт, связанный с пятью типами виктимизации (кража и имущественный ущерб, физическое насилие, словесные оскорбления, сексуальные домогательства, и неконтактная агрессия) коррелируют с данными учителей об эффективности их работы, доверием со стороны учеников, безопасностью в школе и мыслями об увольнении с работы [20].

D.A. Santor, Ch. Bruckert & K. McBride провели исследования, изучающие уровень, частоту и влияние домогательств и насилия, с которыми педагоги начальной школы сталкиваются со стороны учеников, их родителей, коллег и администраторов. Более 1000 преподавателей из начальных школ заполнили анкеты, оценивая уровень, частоту и влияние различных форм домогательств (оскорбления, ложные обвинения) и насилия (действия, попытки и угрозы физического насилия) в стране. Результаты показали, что педагоги сообщали о частых случаях насилия и домогательств, которые влияли на их состояние физического и психического здоровья [21].

При изучении иностранной литературы по применению оружия в школе мы нашли американский журнал, посвященный данной проблеме, Journal of School Violence, по теме: убийства с применением огнестрельного оружия и представления о безопасности в американских школах. Целью специального выпуска, по данным, J.S. Hong and D.L. Espelage, явилось заполнение пробелов в исследованиях стрельбы в школах и школьной безопасности путем объединения исследователей по школьному насилию. В журнале опубликовано много статей о стрельбе в школах и о том, какие меры необходимы для защиты учащихся [26].

M. Docherty, G. Sweeten, T. Craig et al. выявили факторы риска ношения пистолета подростками в школу. В своем исследовании они изучают данные опросов 122840 учащихся 8, 10 и 12 классов из 426 школ. Ежегодно от 0,5% до 0,8% учащихся сообщали, что в учебном году они приходили в школу с пистолетом. А в половине школ - хотя бы один учащийся приносил в школу пистолет. Результаты модели полиномиальной логистической регрессии показали, что молодежь, которая носит пистолет в школу, как правило, неотличима от тех носителей, которые не обучаются в данной школе. Оба вида ношения оружия можно объяснить факторами риска, связанными с преступным образом жизни, дифференциальными ассоциациями и страхом перед виктимизацией [30].

Контроль над огнестрельным оружием - это очень обсуждаемая и вызы-

вающая разногласия социальная проблема. В последние годы этот вопрос был выдвинут на академическую арену с появлением законодательства и политики университетского городка [28].

A.B. Nickerson, Sh. Schiesler, R.D. Aiden et al. в проспективном исследовании изучали влияние физической агрессии и насилия в раннем детстве на высокий риск виктимизации, совершение издевательств, ношение оружия и насилие в подростковом возрасте. В число участников исследования входили 216 пар мать-ребенок. Полученные результаты подтвердили путь развития психотравмирующего поведения от ранних невзгод (пренатальное действие психоактивных веществ) к агрессии в детском саду, издевательствам и установкам применения огнестрельного оружия в подростковом возрасте [17].

A.A. Peguero, L. Yost, M. Ripepi and K. Johnson показали, что между городскими, пригородными и сельскими поселениями существуют значительные различия как в опыте школьного насилия, так и в ресурсах, выделяемых на защиту школ от насилия. Они выявили взаимосвязь между оружием в школе (например, владение оружием и нападения с применением оружия), школьной политикой и практикой безопасности в разных школах [18].

После громких случаев стрельб в школах политики и преподаватели ищут способы предотвратить такие стрельбы. F.Ch. Curran, B.W. Fisher and S.L. Viano, рассматривают вопросы о том, как меры и методы обеспечения безопасности на уровне школ изменились после Columbine-1999. Было выявлено, что начальные школы на 16% стали чаще закрывать выходы и использовать процедуры входа в школьное здание для посетителей [24].

L.K. Semprevivo, L.E. Agnich and A.A. Peguero свидетельствуют о том, что в последние годы в социальной, образовательной и государственной политике все больше внимания уделяется изучению корреляции между ношением оружия молодежью в своих общинах и школах. По мнению авторов, виктимизация и другие причины, такие как употребление наркотиков и агрессивное рискованное поведение среди молодежи, были связаны с девиантным поведением, включая ношение оружия [27].

J. Shieldkraut, A.B. Nickerson, and T. Ristoff et al рассматривают вопросы о тренировках учителей и школьников в случае вооруженного нападения на школу. Исследование показало, что учащиеся думают о своей безопасности и готовности к своей защите после прохождения учебной подготовки и нескольких тренировок по изоляции [25].

Ввиду участвовавших случаев массовой гибели учащихся средних образовательных школ и студентов средне-специальных и высших учебных заведений в результате преступлений с использованием огнестрельного оружия психологическое сообщество в рамках 15-го Санкт-Петербургского саммита психологов-2021 по инициативе Н.М. Кий внесло предложения по их профилактике.

Данные предложения включают: Проекты по сохранению психического здоровья детей; новые задачи школьной психологической службы; программы по профилактике травли (буллинга) с утверждением Министерством просвещения РФ антибуллинговой нормативной базы школы; возвращение в школу социальной жизни, направленной на реализацию потребности детской груп-

пы: ориентация на сотрудничество в школьной жизни.

Разработать и внедрить в каждой школе четкие, единые, обязательные к использованию алгоритмы для детей - куда обратиться в случае появления информации о планируемом суициде или нападении. Усилить работу с родителями для достижения восстановления эмоциональных детско-родительских связей и сокращение цифрового разрыва.

В программы курсов повышения квалификации психологов и педагогов включить темы по противодействию психотравмирующим факторам. Усилить психиатрическую и психологическую экспертизу по выявлению рисков и обследование лиц, покупающих оружие.

Ввести гуманитарную экспертизу публичных выступлений и ответственность СМИ за неадекватное освещение массовых убийств в учебных заведениях.

Создание единой платформы, объединяющей усилия экспертов: психологов, социологов, педагогов, врачей, специалистов по отслеживанию информации и принятию профилактических мер по данной проблеме, основанные на результатах исследований, экспертных анализов случаев, обязательном изучении положительного зарубежного опыта [11].

**Заключение.** Проблема влияния психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте является актуальной для многих школ в различных странах мира. Она носит полидисциплинарный характер и требует учитывать влияние деструктивного поведения в школьных коллективах на качество жизни детей, подростков и педагогов.

Необходимо разработать и внедрить программу по профилактике и психотерапевтической реабилитации при возникновении постдидактического стрессового расстройства у участников образовательного процесса, что может служить профилактикой тяжелых последствий для их психического, физического и социального благополучия в будущем.

Учитывая появление применения в школах оружия против детей и учителей, необходимо изучение данного явления с целью его профилактики, диагностики проявления посттравматического стрессового расстройства, а также реабилитации и длительного наблюдения за их адаптацией в школьных коллективах.

Принять за основу рекомендации 15-го Санкт-Петербургского саммита психологов–2021 по созданию единой платформы, объединяющей усилия экспертов: психологов, социологов, педагогов, врачей, специалистов по отслеживанию информации и принятию профилактических мер по данной проблеме, основанные на результатах научных исследований, экспертных анализов случаев, изучении положительного зарубежного опыта.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде // Современная наука. 2019. Т. 12. № 2. С. 236-330.

2. Бердышев И.С. Дидактогенические ситуации в практике детского психиатра. Социальная работа: теория, методы, практика. Мат-лы интернет-конференций и семинаров Выпуск 1. Проблемы здорового развития ребенка и детская психотравма. СПб.. 2012. С. 4-9. <http://homekid.ru/family/v12012psyhotravma> (дата обращения: 22.11. 2021).

3. Бостанова Л.Ш., Бостанова С.Н. Теоретический анализ проблемы посттравматического расстройства личности // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2018. Т. 164. № 10. С. 363–369.

4. Борохов Б.Д. Вы и ваш супруг. Цветок, садовник, горшок (психотипы). Книга 1-я. Психология. Иерусалим, 2021.

5. Борохов Б.Д. Вы и ваш ребенок. Цветок, садовник, горшок (психотипы). Книга 2-я. Психология. Иерусалим, 2021.

6. Ганузин В.М. Буллинг, дидактогения и синдром педагогического насилия в отечественных и зарубежных исследованиях // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 106-114.

7. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении // Медицинская психология в России. 2013. Т. 5, № 5.

8. Ивлев Е.В., Кожемякина О.А., Микляева А.В., Рудыхина О.В. Психологические ресурсы здоровья учащейся молодежи в отечественных и зарубежных эмпирических исследованиях // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2017. № 186. С. 19-31.

9. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Внутренняя картина дефекта и дидактогении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2020. № 198. С. 115-122.

10. Кекелидзе, З.И., Портнова А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102. № 12. С. 56-62.

11. Кий Н.М. Как избежать вооруженных нападений в учебных заведениях? [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 21 сентября 2021. <https://psy.su/feed/9329/> (дата обращения: 22.11. 2021).

12. Ковалева Е.А. Педагогическое насилие, его причины и способы преодоления // Психология человека в образовании. 2019. Т. 1. № 2. С. 146-157.

13. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2 С. 162–163 (приложение).

14. Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях. Автореф. дисс. докт. мед наук. М., 2004. 40 с.

15. Фокина М.В., Чумаков С.А. Феноменология педагогического насилия // Международный журнал экспериментального образования. 2020. № 3. С. 47-52.

16. Худик В.А., Фесенко Ю.А. Дидактогения как ошибки воспитания и обучения детей и подростков // Вестник Череповецкого государственного университета. 2015. № 7. С. 147–151.

## REFERENCES

1. Barbina V.D., Slepuhina G.V. Problemy bullinga v obrazovatel'noj srede // Sovremennaja nauka. 2019. Т. 12. № 2. С. 236-330.

2. Berdyshev I.S. Didaktogenicheskie situacii v praktike detskogo psihiatra. Social'naja rabota: teorija, metody, praktika. Mat-ly internet-konferencij i seminarov Vypusk 1. Problemy zdorovogo razvitija rebenka i detskaja psihotravma. SPb.. 2012. S. 4-9. <http://homekid.ru/family/v12012psyhotravma> (data obrashhenija: 22.11. 2021).

3. Bostanova L.Sh., Bostanova S.N. Teoreticheskij analiz problemy posttravmaticheskogo rasstrojstva lichnosti // Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta. 2018. T. 164. № 10. S. 363–369.

4. Borohov B.D. Vy i vash suprug. Cvetok, sadovnik, gorshok (psihotipy). Kniga 1-ja. Psihologija. Ierusalim, 2021.

5. Borohov B.D. Vy i vash rebenok. Cvetok, sadovnik, gorshok (psihotipy). Kniga 2-ja. Psihologija. Ierusalim, 2021.

6. Ganuzin V.M. Bulling, didaktogenija i sindrom pedagogicheskogo nasilija v otechestvennyh i zarubezhnyh issledovanijah // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20). № 4. S. 106–114.

7. Ganuzin V.M. Sindrom pedagogicheskogo nasilija kak forma didaktogenii // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2013. T. 5, № 5.

8. Ivlev E.V., Kozhemjakina O.A., Mikljaeva A.V., Rudyhina O.V. Psihologicheskie resursy zdorov'ja uchashhejsja molodezhi v otechestvennyh i zarubezhnyh jempiricheskikh issledovanijah // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena. 2017. № 186. S. 19–31.

9. Kaljagin V.A., Ovchinnikova T.S. Vnutrennjaja kartina defekta i didaktogenii obuchajushhihsja s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena. 2020. № 198. S. 115–122.

10. Kekelidze, Z.I., Portnova A.A. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej i podrostkov // Zh. nevrol. i psihiatr. im. C.C. Korsakova. 2002. T. 102. № 12. S. 56–62.

11. Kij N.M. Kak izbezhat' vooruzhennyh napadenij v uchebnyh zavedenijah? [Elektronnyj resurs] // Psihologicheskaja gazeta. 21 sentjabrja 2021. <https://psy.su/feed/9329/> (data obrashhenija: 22.11. 2021).

12. Kovaleva E.A. Pedagogicheskoe nasilie, ego prichiny i sposoby preodolenija // Psihologija cheloveka v obrazovanii. 2019. T. 1. № 2. S. 146–157.

13. Mirosnichenko A.A. Kompleksnaja ocenka dejatel'nosti uchitelja kak uslovie profilaktiki didaktogenii // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17). № 2 S. 162–163 (prilozhenie).

14. Portnova A.A. Psihicheskie narushenija u detej i podrostkov pri chrezvychajnyh situacijah. Avtoref. diss. dokt. med nauk. M., 2004. 40 s.

15. Fokina M.V., Chumakov S.A. Fenomenologija pedagogicheskogo nasilija // Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija. 2020. № 3. S. 47–52.

16. HudiK V.A., Fesenko Ju.A. Didaktogenija kak oshibki vospitaniya i obuchenija detej i podrostkov // Vestnik Cherepoveckogo gosudarstvennogo universiteta

17. Amanda B. Nickerson, Shannon Schiesler, Reena D. Aiden et al. A Longitudinal Study of Attitudes Toward Violence with Firearms: The Role of Child Aggression and Exposure to Violence, and Bullying and Victimization in Early Adolescence // Journal of School Violence. 2019. Vol. 19. № 1. P. 62–76. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1703716>

18. Anthony A. Peguero, Lisa Yost, Melissa Ripepi and Kecia Johnson. Weapons in school: exploring the meaning of place // Journal of School Violence. 2019. Vol. 19. № 1. P. 77–92. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1703719>

19. Ayla R. Mapes, Meredith Scough, Lauren M. Mutignani et al. Liked by peers or liked by teachers: Different patterns of bullying over time // *Journal of School Violence*. 2020. Vol. 19. № 4. P. 470-484.

20. Byungguk Moon & John Mc Cluskey. An exploratory study of violence and aggression against teachers in middle and high school: prevalence, predictors and negative consequences // *Journal of School Violence*. 2018. Vol. 19. № 2. P. 1-16. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1540010>

21. Darcy A. Santor, Chris Bruckert & Kyle McBride. Prevalence and Impact of Harassment and Violence Against Teachers in Canada // *Journal of School Violence*. 2021. Vol. 20. № 3. P. 261-273. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1879097>

22. Edward C. Fletcher Jr et al. A Comparative Analysis of School and Student Characteristics on Bullying in Urban Career Academies and a Large Comprehensive High School // *Journal of School Violence*. 2021. Vol. 20. № 2. P. 114-126. DOI: 10.5328 / cter43.1.77

23. Eric Peist, Susan D. McMahon, Jacqueline O. Davis, and Christopher B. Keys. Teacher Change in the Context of Teacher Violence: The Empowerment Lens. *Journal of School Violence*. 2020. Vol. 19. № 4. P. 553-565. <https://doi.org/10.1080/15388220.2020.1779081>

24. F. Chris Curran, Benjamin W. Fisher, and Samantha L. Viano. School shootings and short-term impact on the use of school safety measures and practices: national evidence of the Columbine tragedy // *Journal of School Violence*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 6-19. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1703713>

25. Jacqueline Shieldkraut, Amanda B. Nickerson, and Thomas Ristoff. Locks, Lights, Out of Sight: Assessing Students' Perceptions of Emergency Preparedness in Multiple Lockdown Exercises // *Journal of School Violence*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 93-106. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1703720>

26. Jun Sung Hong and Dorothy L. Espelage. Special Issue Introduction: Gun Killings and Security Views in Post-Columbia American Schools // *Journal of School Violence*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 1-5.

27. Lindsay Kale Semprevivo, Laura E. Agnich and Anthony A. Peguero. Is victimization related to carrying a weapon? Study of the intersection of gender and race / ethnicity // *Journal of School Violence*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 20-34. 28. Matthew R. Hassett, Bitna Kim and Jung Hyun So. Attitudes towards concealed carrying of firearms on campus: a systematic literature review // *Journal of School Violence*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 48-61. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1703717>

29. Matusov E., Sullivan P. Redagogical violence // *Integrative Psychological and Behavioral Science*. 2020. Vol. 54. № 2. P. 438-464. <https://doi.org/10.1007 / s12124-019-09512-4>

30. Megan Docherty, Gary Sweeten, Tileia Craig, Prevalence and Risk Factors of Carrying a Gun to School in Adolescence: A Statewide Study of Middle and High School Students // *Journal of School Violence*. 2019. Vol. 19. № 1. P. 35-47. DOI: 10.1080 / 15388220.2019.1703718

31. Natasha Pushch. Protective Factors Against Violent Victimization in Schools: A Gender Analysis // *Journal of School Violence*. 2020. Vol. 19. № 4. P. 597-612. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1640706>

32. Paul R. Smokowski, Caroline B.R. Evans, Roderick Rose and Martica Bacallao. A group randomized trial of school trials for teenagers to address school-to-prison pipeline problems, reduce aggression and violence, and improve school safety among middle and high school students // *Journal of School*. 2020. Vol. 19. № 4. P. 566-578. <https://doi.org/10.1080/15388220.2020.1780133>

33. Rachel Stein and Shane Jimmerson. Exploring the Role of Intimidation and Disengagement Using Covert Analysis // *Journal of School Violence*. 2020. Vol. 19. № 4 P. 485-498. <https://doi.org/10.1080/15388220.2020.1738943>

34. Robert Thornberg et al. Moral Disengagement and School Bullying Perpetration in Middle Childhood: A Short-Term Longitudinal Study in Sweden // *Journal of School Violence*. Vol. 18. 2019. № 4. P. 585-596. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1636383>

35. Ruhui Zhao & Xuening Yao. The relationship between bullying victimization and suicidal ideation among Chinese adolescents: the role of depressive symptoms and gender differences // *Journal of School Violence*. 2021. Vol. 20. № 10. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1985327>

36. Sarah Halliday, Tess Gregory, Amanda Taylor et al. Impact of bullying victimization in early adolescence on subsequent psychosocial and academic outcomes in adolescence: a systematic review // *Journal of School Violence*. 2021. Vol. 20. № 3 P. 351-373. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1913598>

**V.M. Ganuzin**

# **ANALYSIS OF PSYCHOTRAMMATING FACTORS NEGATIVELY AFFECTING SCHOOL AGE: PRINCIPAL SCHOOL WARS (LITERATURE REVIEW)**

**Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).**

**Summary.** The article examines the influence of the school environment and the pedagogical process on the mental and physical health of participants in the educational process. An overview of modern domestic and foreign research on ensuring the psychological safety of the educational environment is given. The questions of the psychological danger of the school climate, pedagogical violence, didactogeny, post-didactic stress, victimization, suicidal situations, the use of weapons at school and the factors contributing to their occurrence are considered.

**Keywords:** school climate, bullying, victimization, pedagogical violence, post-didactic stress, weapons at school.

**РОССИЙСКИЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ  
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ  
ФГБНУ НЦПЗ (Москва)**

**Резюме.** Рассмотрены отечественные и зарубежные психодиагностические методики для оценки развития детей раннего возраста. Показаны различия методологических подходов российских и западных психологических школ к определению уровня развития детей. Отмечается рост роли показателей эмоционального и социального развития ребенка при оценке общего уровня его развития. Обоснована необходимость разработки новых российских диагностических инструментов.

**Ключевые слова:** ранний возраст, психологическая диагностика, тесты развития, уровни социально-эмоционального функционирования.

Психодиагностические методики, направленные на выявление уровня развития ребенка первых лет жизни, обычно объединяют под общим условным названием «тесты развития». Их основная цель - ответить на вопрос, развивается ли ребенок в соответствии с возрастными нормами или отстает от них. В целом цели и методы психодиагностики в раннем возрасте весьма разнообразны, и набор методик определяются конкретными задачами, которые стоят перед специалистом в той или иной ситуации или при наличии того или иного запроса. Невозможно провести психодиагностику маленького ребенка «вообще» или пытаться диагностировать у него абсолютно всё. Психолого-педагогическое обследование в детском саду отличается по своим целям и задачам от клинической психодиагностики при наличии проблем развития и от обследования на приеме в поликлинике или у семейного психолога. При этом тесты развития можно считать достаточно универсальными психодиагностическими инструментами, поскольку запрос на определение уровня развития в раннем возрасте существует в большинстве клинических случаев.

С исторической точки зрения тесты развития стали первыми стандартизированными психометрическими методиками, применяемыми в работе с детьми раннего возраста. В начале двадцатого века американский психолог Гезелл предпринял систематическое изучение периодов младенчества и раннего детства с целью выяснения норм развития для детей в первые годы жизни. А.Л. Гезелл считал, что в течение первых трех лет вследствие чрезвычайно быстрого прироста массы мозга развитие имеет самые высокие темпы и что большая часть психического развития приходится именно на эти годы. В созданной им Иельской клинике нормального детства была разработана система психодиагностических тестов и показателей норм развития для детей от первых дней после рождения до шести лет. Тогда же были выделены области развития, в отношении которых считалось возможным и нужным проводить измерения и вводить нормы возрастного развития. В те годы это были речь, моторика, адаптивное поведение и социально-личностное поведение [9]. Позже прием разделения единого процесса развития на ряд областей с целью их изолированного изуче-

ния превратился в научную традицию и лег в основу большинства подходов к диагностике психического развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста. Так, среди известных западных тестов развития можно отметить Gesell Developmental Schedules [18], предназначенный для детей от рождения до шести лет и оценивающий их развитие в областях крупной моторики, адаптивного поведения, речи и социальных навыков. Еще одна популярная методика, Bayley Scale of Infant Development [15], известная российским специалистам по раннему детству как «Шкалы Бейли», содержит внушительный набор шкал для определения показателей темперамента, моторных, умственных и коммуникативных способностей ребенка. Следует отметить, что в сравнении с другими психодиагностическими инструментами шкалы Бейли выгодно отличаются, поскольку правообладатели методики регулярно проводят работы по обновлению норм развития и используют для этого репрезентативные детские выборки. [6]. Для российских специалистов применение в их практике Шкал Бейли (и целого ряда подобных им западных тестов развития) представляет проблему, т.к. у методик отсутствуют профессионально выполненные перевод и адаптация текстов и не проводилась качественная стандартизация шкал на российских выборках.

В качестве другой, не менее устойчивой традиции в детской психодиагностике можно назвать ориентацию на уровень интеллектуального развития ребенка как на основной показатель его развития. Cattell Infant Intelligence Scale [16], «Диагностика познавательного развития детей раннего возраста» Е.А. Стребелевой [8] и ряд других западных и российских тестов развития построены именно на этом принципе. Однако в последние десятилетия на Западе появилась устойчивая тенденция выделять в качестве базовых направлений развития в младенчестве и раннем возрасте области не познавательного, а эмоционального и социального развития ребенка. Эта тенденция отчетливо проявилась в ходе третьего пересмотра в 2006 г. шкал Бейли, в результате которого в их состав в качестве самостоятельной шкалы были включены «Карты социально-эмоционального развития» [12, 14].

Диагностика уровня социально-эмоционального развития ребенка базируется на положениях концепции DIR (Development/Individual/Relate, «Развитие/Индивидуальность/Отношения»). Этот подход был предложен С. Гринспеном, одним из самых признанных авторитетов в области психологии младенчества и раннего детства в современном мире. Согласно положениям DIR, именно эмоции и опыт ранних социальных отношений являются базовыми компонентами развития, определяющими возможности интеллектуального развития и обучения. В рамках концепции выделено девять стадий эмоционального развития ребенка, отражающих его возрастающие способности к регуляции своего поведения в процессе общения и взаимодействия с людьми. Шесть из них приходится на младенческий и ранний возрасты. Так, основным достижением первой стадии, которая длится от рождения до трех месяцев, считается способность ребенка к проявлению совместного внимания. Понятие совместного внимания определяется как умение ребенка направлять свое внимание на то же, что и взрослый. В отечественной литературе можно встретить другое его название – разделенное (т. е. разделенное со взрослым) внимание [7]. Совместное (разделенное) внимание рассматривается как важнейший

этап психического развития, поскольку на его основе позже развиваются невербальные и вербальные формы коммуникации, ориентация на реакцию взрослого, целенаправленность поведения и т. д. Следует заметить, что дети, имеющие психические нарушения, нередко не обладают этим умением даже далеко за пределами младенческого или раннего возрастов. В таких случаях, используя «Карты социально-эмоционального развития», специалист может обоснованно диагностировать у ребенка задержку развития. К последующим стадиям социально-эмоционального развития по С. Гринспену относятся: проявление активного интереса к другому и стремление к установлению отношений с ним (3-6 мес.), способность к длительному целенаправленному взаимодействию со взрослым (4-10 мес.), способность к совместным действиям и использованию сложных коммуникативных сигналов (10-18 мес.), использование символов и понятий для выражения мыслей и чувств (18-30 мес.), использование причинно-следственных связей в действиях, речи и игре (30-48 мес.). С подробным описанием этих стадий и соответствующих методик оценки развития можно познакомиться в специальной литературе, частью переведенной на русский язык [3, 14].

В рамках данной статьи важно показать происходящую в научно-психологической среде принципиальную смену подходов к оценке развития детей в раннем возрасте. Наблюдается смещение приоритетов в оценках развития от уровней сформированности моторных, речевых или бытовых навыков к уровням эмоционального и социального развития. О прогрессе в развитии судят уже не по умению застегивать пуговицы или срисовывать круг, а, например, по умению доходчиво донести до взрослого свои потребности или по способности осуществлять целенаправленные совместные действия. Как уже отмечалось, отставание в прохождении ребенком стадий социально-эмоционального развития является весьма информативным показателем при диагностике психических расстройств, в частности, расстройств аутистического спектра. Это породило активный интерес к «Картам социально-эмоционального развития» у западных детских психиатров.

В нашей стране, в связи с крайне малым числом проводимых в последние десятилетия работ по разработке, адаптации и стандартизации подобных методик, ощущается серьезный дефицит современного психодиагностического инструментария для оценки уровня развития детей раннего возраста. Российские специалисты используют в своей работе как переводные западные тесты развития, так и отечественные разработки. При этом целый ряд важных различий между ними зачастую ускользает от внимания диагностов.

Переводными методиками, профессионально адаптированными и стандартизированными на репрезентативных российских выборках, являются шкалы CDI (Child Development Inventory, «Шкала оценки развития ребенка»; в российской адаптации - RCDI) [11] и KID (Kent Infant Development Scale, «Кентская шкала оценки развития младенцев») [10]. Методики были адаптированы Институтом раннего вмешательства г. Санкт-Петербург в 2000 г.. Шкала RCDI предназначена для обследования детей в возрасте от года и двух месяцев до трех с половиной лет и оценивает их развитие по областям: крупные движения, тонкие движения, речь, понимание языка, социальное развитие и самообслуживание. Шкала KID разработана для детей в возрасте от двух месяцев до одного года и четырех месяцев. Об-

следуемые области развития: движения, язык, самообслуживание, когнитивное развитие, социальное развитие. Обе шкалы рекомендовано применять и при обследовании детей, чей биологический возраст превышает указанный, но фактический возраст развития предположительно ниже. Обе методики представляют собой опросники для родителей, состоящие из 216 и 252 пунктов соответственно. Они не включают в себя никаких тестовых заданий, предназначенных для выполнения ребенком. Результат применения шкал - оценка возраста развития ребенка и степень отставания от типично развивающихся сверстников в каждой из областей.

Обе методики оснащены компьютерными способами ввода и обработки данных, а также генерации краткого заключения по результатам тестирования. Несмотря на то, что компьютерные программы двадцатилетней давности воспринимаются сегодня как безнадежно устаревшие, они упрощают использование методик. Однако следует помнить, что достоверность и надежность результатов, полученных при помощи одних лишь ответов родителя на пункты опросника, зачастую весьма невысоки. Причина в том, что для отношения родителя к поведенческим и эмоциональным проявлениям маленького ребенка характерна высокая степень субъективности и ситуативности, что делает его оценку недостаточно объективной. Наличие у ребенка проблем с развитием или психическим здоровьем, как правило, усугубляет эту проблему [2, 9].

Таким образом, RCDI и KID могут считаться хорошими инструментами скрининга, задача которого – выявить среди обследуемых детей тех, кто имеет явный риск задержки развития. С помощью этих опросников можно успешно решить ряд задач: достаточно быстро провести обследование больших групп детей и выявить отстающих в развитии; разработать программу помощи для ребенка с учетом степени отставания по областям развития; проследить динамику развития и эффективность реализуемых программ помощи. Для получения более точной картины развития желательно дополнять использование этих методик наблюдением за ребенком и родительно-детским взаимодействием, беседой с родителями и другими средствами оценки развития ребенка. Методики RCDI и KID рекомендованы к использованию в работе российских лекотек. В настоящее время они достаточно широко применяются клиническими психологами с целью выявления отставаний в развитии у детей с нарушениями психического и соматического здоровья.

«Денверский скрининговый тест оценки развития детей» был адаптирован и стандартизирован специалистами Ленинградского психоневрологического института еще в 80-е годы прошлого столетия. Однако он до сих пор используется психологами достаточно активно. Тест применим к детям от рождения до пяти с половиной лет. Исследуются области развития: тонкая моторика, крупная моторика, речь, адаптивное поведение. Методика содержит набор тестовых заданий, одну часть которых психолог должен сам провести с ребенком, а по поводу другой части получить сведения от родителей. Вот примеры заданий, результат которых должен быть получен при взаимодействии психолога с ребенком: «самостоятельно срисовывает крест», «балансирует на одной ноге 5 секунд», «по просьбе показывает одну из частей тела» и т. п. Пример информации, получаемой от родителя: «легко переносит кратковременное расставание с матерью», «ест ложкой, мало проливая», «в речи использует множественное число» и т. п. Количество предлагаемых ребенку за-

даний зависит от возраста ребенка и определяется при помощи специальной схемы, на которой линия, соответствующая возрасту ребенка, пересекает прямоугольники с содержанием заданий. Ребенку двух-трех лет предназначается 15-20 заданий. По результатам тестирования выносится общее заключение о развитии ребенка в виде одного из трех вариантов: «Психомоторное развитие нормальное, соответствующее возрасту», «Умеренное или предполагаемое отставание в психомоторном развитии» или «Выраженное отставание в психомоторном развитии». Дополнительно указываются области развития, в которых ребенок отстает. Несмотря на то, что тест выглядит устаревшим по ряду позиций, с его помощью еще можно получать относительно достоверные сведения об уровне развития ребенка в исследуемых областях и о наличии проблем в них. Непосредственный контакт специалиста с ребенком и его родителем заметно повышает объективность полученных данных в сравнении с заполнением опросного листа матерью или отцом ребенка.

Отечественная разработка 1994 г. «Диагностика познавательного развития детей раннего возраста» Е.А. Стребелевой [10] предназначена для выявления нарушений интеллектуального развития (и только их) у детей от двух до трех лет. На сегодняшний день эта методика пользуется высокой популярностью и востребованностью в системе дошкольного образования и в учреждениях по оказанию психолого-педагогической помощи. Данная методика создавалась в русле отечественного культурно-исторического подхода и базируется на его положениях о зоне ближайшего развития и предметной деятельности как ведущей в раннем возрасте. Культурно-историческая теория понимает процесс развития ребенка как присвоение им культурно заданных образцов действий при посредничестве и помощи взрослого. В соответствии с этой трактовкой уровень развития ребенка оценивается двояко: и как объем освоенных им знаний и умений, и как способность ребенка к продуктивному взаимодействию со взрослым, который является для него носителем культурных образцов. Поэтому при интерпретации результатов тестирования по Е.А. Стребелевой делаются выводы о собственно интеллектуальном развитии ребенка и об особенностях его совместной деятельности. Методика является полностью экспериментальной, причем в ней реализуются отечественные подходы к практической оценке умственного развития ребенка - учет зоны ближайшего развития и метод формирующего эксперимента. Это дает специалисту основу для более полной оценки возможностей и перспектив коррекционной работы.

Методика состоит из десяти заданий возрастающей сложности, которые специалист в ходе обследования предлагает выполнить ребенку. Для каждого задания четко определена его цель, перечислено необходимое для проведения оборудование, пошагово описаны действия специалиста. Примеры заданий методики: «Разбери и сложи матрешку», «Поймай шарик», «Найди парные картинки» и др. Параметры, по которым оценивается уровень умственного развития, достаточно разнонаправлены. Среди них - понимание ребенком словесной инструкции, понимание указательного жеста, умение выделять цвет как признак, ориентирование на величину предмета, умение подражать действиям взрослого, развитие наглядно-действенного мышления и многие другие. Каждое задание определяет уровень развития ребенка одновременно по ряду парамет-

ров. Результаты оцениваются в баллах согласно приведенным инструкциям. По числу баллов по всем заданиям ребенка относят к одной из трех групп интеллектуального развития: дети с выраженным неблагополучием в интеллектуальной сфере; дети, имеющие проблемы в познавательной сфере и нуждающиеся в дополнительном обследовании; дети с нормативным уровнем умственного развития. В качестве одной из важных характеристик методики выступает возможность работать с «безречевыми» детьми, так как все задания предполагают получение от ребенка невербальных ответов. Для практического использования методики необходимо иметь набор стимульных материалов к заданиям.

«Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет», разработанная в 2000 г. авторским коллективом Психологического института РАО (Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова) [4], также опирается на теоретическую базу отечественной психологической школы. Этот инструмент создавался не для диагностики отдельных сфер развития, а с целью исследования целостных форм психической активности ребенка. Такими целостными формами, по мнению авторов методики, являются общение ребенка со взрослым и соответствующая возрасту ведущая деятельность. Для раннего возраста, согласно положениям культурно-исторической концепции, ведущей является предметная деятельность, т. е. мотивированные и целенаправленные действия ребенка по исследованию окружающего предметного мира. Во внешнем плане предметная деятельность ребенка может протекать в форме как его самостоятельных действий с предметами, так и совместной деятельности со взрослым. Совместная деятельность предполагает наличие у ребенка соответствующего уровня развития общения, которое в раннем возрасте, согласно положениям теории, имеет форму «ситуативно-делового». Авторами методики определены параметры, по которым могут быть оценены уровни развития общения и предметной деятельности у детей раннего возраста. Три показателя относятся к развитию общения у ребенка: уровень инициативности ребенка в общении, уровень его чувствительности к воздействиям взрослого и уровень владения средствами общения. Еще три параметра характеризуют развитие предметной деятельности. К ним отнесены виды действий с предметами, уровень познавательной активности и степень включенности предметной деятельности в общение со взрослым.

Обследование проводится исключительно в форме непосредственного общения, взаимодействия и игры психолога с ребенком в ходе специально организуемых диагностических ситуаций. В руководстве к «Диагностике...» предлагается описание диагностических проб, для каждой из которых определены цели исследования, описаны стимульный материал и процедура проведения. Там же приводятся подробно разработанные шкалы для оценки исследуемых параметров, приведены инструкции по их применению, даны схемы анализа полученных результатов. Даны также примеры для составления заключений по результатам обследования.

В целом использование «Диагностики психического развития детей от рождения до 3 лет» позволяет собрать богатый эмпирический материал и оценить ряд важных показателей развития детей раннего возраста: инициативность в общении, чувствительность к воздействиям взрослого, ориентация на оценку взрослого, стремление действовать по образцу, развитие невербальных и вер-

бальных средств общения, развитие игры и речи и др. Данную методическую разработку можно определить не просто как тест развития, а как целостную, концептуально выдержанную диагностическую систему. Ее использование на практике требует от психолога как минимум знакомства с основами культурно-исторического и деятельностного подходов, внимательного изучения методического пособия, тренировки навыков проведения диагностических проб, а также подготовки необходимого стимульного материала и форм протоколов.

Собственно психологическую диагностику детей первых лет жизни следует отличать от других видов диагностики здоровья и развития в этом возрасте [12]. Помимо психологов развитие речи, движений, сенсорных процессов и т. п. у детей первых лет жизни интересует целый ряд других специалистов: врачей - педиатров, неврологов, психиатров, педагогов - общих, коррекционных, логопедов, сурдо- и тифлопедагогов, а также психологов со специализацией по нейропсихологии. Эти специалисты пользуются собственными системами оценки состояний ребенка и его навыков. Заключение по результатам таких исследований дают психологам важную информацию для определения уровней психического и психологического развития детей. Так, тест «Оценка уровня психомоторного развития ребенка» (Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, Е. Д. Айнгорн, 1981 г.) создавался преимущественно для детских невропатологов. Тест выявляет наличие патологических движений, неврологических стигм, недостаточности черепно-мозговой иннервации, что помогает определить детей с повышенным риском задержки психического развития [5].

Оценочная система ГНОМ, разработанная авторским коллективом детских психиатров Научного центра психического здоровья (Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова, 2003 г.), предназначена для выявления риска психических отклонений у детей первых лет жизни. Методика направлена на оценку состояния пяти нервно-психических функций: сенсорных (зрительной, слуховой и тактильной чувствительности), моторных (статики, кинетики, мелкой моторики и мимики), эмоционально-волевых (эмоциональных реакций, эмоционального резонанса, произвольности), познавательных (внимания, мышления, речи, игры) и поведенческих (биологического поведения и социального поведения). По результатам тестирования по методике ГНОМ ребенок может быть отнесен к одной из трех групп нервно-психического здоровья: группа здоровых, группа риска по возникновению психической патологии и группа патологии [7].

Рассмотренные в качестве примеров западные и отечественные методики иллюстрируют разницу методологических подходов к определению уровня развития детей в раннем возрасте. И те, и другие формально являются тестами развития. Однако как само понимание развития, так и выделение его параметров, на оценку которых направлены методики, существенно различаются в зависимости от научной школы или традиции, в русле которых они разрабатывались. Как было показано, западные методы оценки развития более тяготеют к аналитическому подходу, т. е. разложению процесса развития на несколько линий (рядоположенных или иерархически выстроенных), которые в практической психодиагностике предстают как области развития. Отечественным подходам, напротив, свойственен поиск целостных форм и интегративных показателей развития, а также путей перевода в прак-

тическую плоскость таких глобальных категорий как деятельность и общение. Истоки этой научной традиции восходят к работам Л.С. Выготского, в частности к его критике «атомистического» подхода к изучению развития [1].

Не менее значимо различаются концептуальные подходы к определению норм развития для детей раннего возраста. Западная традиция ориентируется на средне-статистическую норму, т. е. на конкретные возрастные показатели, которые достигаются большинством детей к тому или иному возрасту. Это обуславливает необходимость стандартизации западных тестов, т. е. вычисления нормативных показателей с привлечением статистических методов. Отечественное понимание норм развития связано с введенным Л.С. Выготским понятием «идеальной формы», т. е. достижением ребенком максимально возможного в его возрасте [1]. В связи с этим статистические подходы здесь не востребованы, а нормы определяется теоретическими представлениями о закономерностях детского развития. Так, в методике «Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет» у полуторагодовалого ребенка «высокий уровень инициативности в общении» трактуется как норма, а средний уровень – уже нет. В данном случае «средний» - это не среднестатистический, а тот уровень, который находится между высоким и низким.

У российских и зарубежных подходов к оценке развития в раннем возрасте можно выявить не только различия, но черты сходства. Оно прослеживается, прежде всего, в одинаковом направлении происходящих в наши дни изменений. Как было показано, современные исследователи, принадлежащие и к тем, и к другим научным школам, демонстрируют все больший интерес к показателям развития общения, совместной деятельности, к уровням эмоционального и социального развития у маленьких детей. Именно эти сферы жизни все чаще рассматриваются как наиболее показательные в плане общей оценки развития ребенка.

Таким образом, психодиагностика развития детей раннего возраста представлена разнообразными направлениями и методами. В настоящее время как в России, так и в других странах и регионах, неуклонно растет интерес к раннему возрасту, рождаются новые научные концепции и получают свое развитие традиционные взгляды. Значимо меняются ракурсы при рассмотрении психического развития детей первых лет жизни и определении показателей для его оценки. Эти процессы закономерно отражаются на практико-ориентированных разработках, в частности, на тестах развития.

Для психолога, использующего в своей работе те или иные тесты развития для маленьких детей, бывает полезным ориентироваться в их различиях. Это дает ему возможность осознанно и гибко подходить к диагностике развития в раннем возрасте.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Проблемы развития психики / Собрание сочинений. Т. 4. М.: «Педагогика». 1983
2. Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебное пособие для последипломного образования. СПб, 2017.
3. Гринспеп С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2013.
4. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Мето-

дическое пособие для практических психологов / Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. СПб: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005.

5. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981.

6. Заримски К. Важнейшие тесты развития и их значение. Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т.: практическое руководство / Под ред. Удо Б. Брака. Т.1. М.: Издательский центр «Академия», 2007.

7. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». М.: МГИУ, 2012.

8. Марцинковская Т.Д. История детской психологии. М.: «ВЛАДОС», 1998.

9. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. М., 2014.

10. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Просвещение, 2004.

11. Трушкина С.В. Реабилитационный потенциал семей, имеющих детей с нарушениями психического здоровья и развития // Children's medicine of the North-West. 2021. Т. 9. № 1. С. 344-346.

12. Трушкина С.В. Психологическая диагностика детей раннего возраста: направления, цели, методы / Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО «Сам полиграфист», 2021. С. 221-241.

13. Чистович И.А., Рейтер Ж., Шапиро Я.Н. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. - СПб: Институт раннего вмешательства, 2000.

14. Шапиро Я.Н., Чистович И.А. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. СПб: Институт раннего вмешательства, 2000.

#### REFERENCES

1. Vygotskij L.S. Problemy razvitiya psihiki / Sobranie sochinenij. T. 4. М.: «Pedagogika». 1983

2. Grechanij S.V. Psihopatologicheskaja diagnostika v rannem detskom vozraste. Uchebnoe posobie dlja poslediplomnogo obrazova-nija. SPb, 2017.

3. Grinspep S., Uider S. Na ty s autizmom: ispol'zovanie metodiki Floortime dlja razvitiya otnoshenij, obshhenija i myshlenija. М.: Terevinf, 2013.

4. Diagnostika psihicheskogo razvitiya detej ot rozhdenija do 3 let: Metodicheskoe posobie dlja prakticheskikh psihologov / Smirnova E.O., Galiguzova L.N., Ermolova T.V., Meshherjakova S.Ju. SPb: «DETSSTVO-PRESS», 2005.

5. Zhurba L.T., Mastjukova E.M. Narushenie psihomotornogo razvitiya detej pervogo goda zhizni. М.: Medicina, 1981.

6. Zarimski K. Vazhnejshie testy razvitiya i ih znachenie. Rannjaja diagnostika i korrekciya. V 2 t.: prakticheskoe rukovodstvo / Pod red. Udo B. Braka. T.1. М.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2007.

7. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Gorjunova A.V. Opredelenie otklonenij v psihicheskom razvitii detej rannego vozrasta: psihodiagnosticheskij test «Gnom». М.:

MGIU, 2012.

8. Marcinkovskaja T.D. Istorija detskoj psihologii. M.: «VLADOS», 1998.

9. Morozov S.A. Osnovy diagnostiki i korrekcii rasstrojstv autisticheskogo spektra. M., 2014.

10. Psihologo-pedagogicheskaja diagnostika razvitija detej rannego i doshkol'nogo vozrasta / Pod red. E.A. Strebelevoj. M.: Prosveshhenie, 2004.

11. Trushkina S.V. Reabilitacionnyj potencial semej, imejushhih detej s narushenijami psihicheskogo zdorov'ja i razvitija // Children's medicine of the North-West. 2021. T. 9. № 1. S. 344-346.

12. Trushkina S.V. Psihologicheskaja diagnostika detej rannego vozrasta: napravlenija, celi, metody / Sovremennye napravlenija diagnostiki v klinicheskoy (medicinskoj) psihologii. Nauchnoe izdanie. Kollektivnaja monografija pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhinoj. M.: OOO «Sam poligrafist», 2021. S. 221-241.

13. Chistovich I.A., Rejter Zh., Shapiro Ja.N. Rukovodstvo po ocenke razvitija mladencev do 16 mesjacev na osnove rusificirovannoj shkaly KID. - SPb: Institut rannego vmeshatel'stva, 2000.

14. Shapiro Ja.N., Chistovich I.A. Rukovodstvo po ocenke urovnja razvitija detej ot 1 goda 2 mesjacev do 3 let 6 mesjacev po rusificirovannoj shkale RCDI-2000. SPb: Institut rannego vmeshatel'stva, 2000.

15. Bayley Scales of Infant and Toddler Development 3rd Edition. [Электронный ресурс]. <https://psycentre.apps01.yorku.ca/wp/bayley-scales-of-infant-and-toddler-development-3rd-edition-screening-test-kit-bayley-iii-screening-test/> Дата обращения 10.10.2021.

16. Cattell Infant Intelligence Scale. [Электронный ресурс] [https://utsic.utoronto.ca/wpm\\_instrument/cattell-infant-intelligence-scale/](https://utsic.utoronto.ca/wpm_instrument/cattell-infant-intelligence-scale/). Дата обращения 10.10.2021.

17. Greenspan S.I., DeGandi G.A., Wieder S. The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: clinical and research applications. Bethesda, 2001.

18. The Gesell Program in Early Childhood [Электронный ресурс] <https://www.gesell-yale.org/>. Дата обращения 10.10.2021.

S.V. Trushkina

## RUSSIAN AND FOREIGN APPROACHES TO DIAGNOSTICS OF MENTAL DEVELOPMENT IN EARLY AGE

### Mental Health Research Center (Moscow).

**Summary.** Domestic and foreign psychodiagnostic techniques for assessing the development of young children are considered. The differences between the methodological approaches of Russian and Western psychological schools to determining the level of development of children are shown. The growth of the role of indicators of emotional and social development of the child in assessing the overall level of his development is noted. The necessity of developing new Russian diagnostic tools is substantiated.

**Keywords:** early age, psychological diagnostics, developmental tests, levels of social and emotional functioning.

**Рецензия на руководство для врачей «Детская шизофрения» (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 176 с.), авторы – д.м.н., профессор И.В. Макаров, д.м.н. В.Э. Пашковский**

Проблема шизофрении в детском возрасте в настоящее время остается до конца не решенной ни в аспекте границ заболевания, ни в аспекте терапии. Не подлежит сомнению тот факт, что болезнь принадлежит к числу наиболее тяжелых инвалидизирующих психических расстройств у детей.

В руководстве «Детская шизофрения» (авторы – д.м.н., профессор И.В. Макаров и д.м.н. В.Э. Пашковский) приводятся подробные данные о распространенности шизофрении у детей и подростков, рассматривается концептуальная история изучения заболевания, анализируются имеющиеся на сегодняшний день данные об этиологии и патогенезе. Рассмотрены вопросы возрастной классификации, динамики болезни, дифференциальная диагностика с другими психическими расстройствам у детей. Отдельные главы посвящены анализу синдромов при детской шизофрении, детальному рассмотрению клинических вариантов заболевания. Все это в условиях быстро растущего объема знаний, смены поколений и традиций в современной детской психиатрии, представляется чрезвычайно важным для сохранения целостности взглядов на нозологическую форму и понимания объема и сути задач, стоящих перед клиницистом при курации пациентов с диагнозом детской шизофрении.

О детской шизофрении как отдельной нозологической форме говорят уже более 100 лет. Сложные этапы развития учения о ней отражены в обзорах, написанных в разные годы М. Rutter, В. Fish, S. Cantor, J.S. Werry, H.E. Remschmidt, R.F. Asarnow, И.А. Козловой и М.Ш. Вроно.

Одной из серьезных проблем, поднимаемых в рецензируемой монографии, являются статистические данные о распространенности шизофрении у детей, различающиеся в отдельных регионах РФ. Так, было показано, что в нашей стране она колеблется от 4 до 7 на 1000 человек в зависимости от используемых методов оценки. При этом в странах развивающегося мира эти показатели ниже. Имеются также различия в отдельных регионах в коэффициенте распространенности заболевания у представителей разного пола. Причем этот показатель в разных местах отличается больше, чем считалось ранее. В монографии также представлены данные о более высоком выявлении случаев шизофрении у мигрантов по сравнению с коренными жителями. В целом указывается, что детская шизофрения остается редким диагнозом, составляющим примерно 1/50 диагностированных случаев у взрослых, причем исследований, посвященных выявлению частоты заболевания в детском возрасте в настоящее время мало. В рецензируемой работе подробно затрагивается вопрос и о статистических данных о детской шизофрении в развитых странах. Так, по оценкам Национального института психического здоровья США заболеваемость составляет менее 0,04%. Приблизительно у 30-50% пациентов с аффективными или другими атипичными психотическими симптомами болезнь ошибочно диагностируется как

детская шизофрения. И более чем в 90% случаев первоначально диагностированная детская шизофрения в США в дальнейшем меняется на другой диагноз. По данным того же института, противоречивы гендерные различия. В ряде работ подчеркивается преобладание мальчиков по сравнению с девочками в соотношении 2:1–3,2:1 в возрасте до 10 лет и 1,5:1 в возрасте от 11 до 17 лет. Таким образом, существенным достоинством рецензируемой монографии является тщательный проблемный анализ статистики распространенности детской шизофрении у нас в стране, в развитых и развивающихся странах, что позволяет оценить масштабы и последствия данной патологии для здоровья детского населения.

Авторы руководства – представители известных в стране научно-исследовательских и практических учреждений Санкт-Петербурга (НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, СПбГУ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ЦВЛ «Детская психиатрия») и достойные последователи ленинградской школы детской психиатрии. Поэтому большинство разделов изложено в соответствии с традиционными для этого научного направления взглядами и представлениями. Анализируются работы выдающихся детских психиатров прошлого и настоящего. Особое внимание уделяют работам основателя ленинградской школы детской психиатрии профессора С.С. Мнухина. Подчеркиваются трудность точной диагностики заболевания у детей, необходимость учета возрастного фактора, сопутствующих заболеваний, возможного пересечения проявлений шизофрении с симптомами других расстройств – детского аутизма, расстройств интеллектуального развития, синдрома гиперактивности с дефицитом внимания, биполярного аффективного расстройства и др. Указывается, что на сегодняшний день по-прежнему недостаточно разработаны критерии дифференциальной диагностики детской шизофрении.

В продолжение раскрытия проблематики детской шизофрении авторы руководства подчеркивают, что впервые в отечественной психиатрии спорные аспекты диагностики заболевания затронул С.С. Мнухин. Он отмечал, что нарушения психики, более или менее схожие с шизофренией, наблюдаются у детей самых ранних возрастов нередко. Так, в начале болезни отмечено резкое ослабление и даже полное отсутствие интересов, целенаправленной активности и каких-либо контактов со всеми окружающими, отсутствие прямых обращений к близким, обильная, но лишённая содержания и цели речевая продукция, склонность к эхолалии и механическому воспроизведению обрывков речи окружающих. Указывается, что в большинстве случаев пациенты вялые и бездеятельные, некоторые из них временами резко возбуждаются, бесцельно кричат и мечутся, что создает впечатление переживания галлюцинаций. В менее частых случаях дети были способны овладеть, хотя и с трудом, элементарными школьными навыками. Таким образом, в картине болезни имеется немало симптомов, действительно наводящих на мысль о шизофрении, либо о постпроцессуальной психопатии шизоидного типа. И если признать эту точку зрения, то шизофрения – действительно нередкая болезнь у детей младшего возраста. Однако динамическое наблюдение показывает, что речь часто идет не о шизофреническом процессе, а о своеобразной, в большинстве случаев врожденной разновидности общего психического недоразвития, связанной с внутриутробными либо интра- и

---

постнатальными поражениями головного мозга. Можно сказать, что излагая взгляды школы С.С. Мнухина, авторы руководства в полной мере отразили проблематику клинической оценки исходных состояний при детской шизофрении (олигофреноподобного дефекта), их близости состояниям интеллектуального недоразвития и сложности разграничения.

В монографии справедливо подчеркивается, что почти столетняя история изучения детской шизофрении позволяет констатировать, что это – редкое хроническое психическое заболевание у детей в возрасте до 13 лет. Детская шизофрения нередко является спорным диагнозом среди клиницистов, что связано с объективными трудностями. Хотя основополагающие представления об этиологии, клинике и лечении установлены, по-прежнему существуют пробелы в понимании механизмов возникновения и развития болезни, что представляет собой задачу будущих исследований. В руководстве обозначены важные направления на путях устранения обозначенных пробелов.

Отдельная глава посвящена лечению шизофрении в детском возрасте и вопросам противорецидивной терапии, в которой отражены наиболее принципиальные моменты.

Таким образом, выход в свет настоящего руководства для врачей «Детская шизофрения» чрезвычайно важен и необходим. Главным достоинством монографии является ее высокий методический уровень, позволяющий понять тему разносторонне и в проблематичном срезе, что в полной мере отражает существующие теоретические представления о шизофрении у детей, принципы постановки диагноза и назначения терапии. Книга может быть рекомендована не только психиатрам, но и медицинским психологам, студентам медицинских ВУЗов, решившим связать свою профессиональную деятельность с детской психиатрией, а также всем, интересующимся вопросами охраны психического здоровья детей и подростков.

**С.В. Гречаный**

---

**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 20.12.2021 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](http://www.onebook.ru)

---