

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2022(22), №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

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

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2022

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

Е.В. Булычева ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ, И ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ.....	4
Е.А. Бодагова, Ю.Н. Смоляков ПОКАЗАТЕЛИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА У ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ.....	18
И.Н. Чжен ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ МОНО- И БИЛИНГВАЛЬНЫХ СЕМЕЙ.....	28
И.В. Полякова ТОЧНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ И САМООЦЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ.....	36

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

Ю.Б. Можгинский ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ.....	45
А.В. Сантимов, С.В. Гречаный, Г.А. Новик БЛИЗНЕЦОВЫЙ МЕТОД В ИЗУЧЕНИИ ВЛИЯНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ НА КОМОРБИДНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ БОЛИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	52
Ю.Е. Курганова, О.В. Белозерская, Ю.А. Бурдукова, В.Д. Щукина ПРОБЛЕМЫ РЕИНТЕГРАЦИИ В СОЦИУМ ПОСЛЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	64
В.А. Яковлев, И.Г. Соколова ПСИХОТЕРАПИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ – ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИЮ ЦЕННОСТНЫХ УСТАНОВОК И МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ И САМОРЕАЛИЗАЦИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	74

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.Н. Султанова, В.А. Луговенко ТИКОЗНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	83
И.В. Добряков, Ю.А. Фесенко ПРЕХОДЯЩАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННОЙ РЕВОЛЮЦИИ (ОБЗОР).....	89
С.Н. Ениколопов, А.Г. Ефремов, С.О. Кузнецова ШКАЛЬНАЯ МЕТОДИКА «СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК SCL-90-R» (АДАПТАЦИЯ НА РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖНОЙ ВЫБОРКЕ).....	95

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Г.В. Скобло, С.В. Трушкина, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 5 ЛЕТ.....	107
М.В. Иванов, Г.В. Козловская РАННЕЕ ДЕТСТВО: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ).....	111
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «РАННЕЕ ДЕТСТВО: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» 15-16 ИЮНЯ 2022 ГОДА, МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА, Г. МОСКВА.....	119
НАУЧНЫЕ ЧТЕНИЯ ПАМЯТИ Е.О. СМЕРНОВОЙ.....	121
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	124

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

E.V. Bulychева

FEATURES OF THE FORMATION OF MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL
DISORDERS ASSOCIATED WITH THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
IN MODERN ADOLESCENTS, MANAGEMENT PERSPECTIVES..... 4

E.A. Bodagova, Y.N. Smolyakov

INDICATORS OF BIOELECTRIC BRAIN ACTIVITY IN CHILDREN
LEFT WITHOUT PARENTAL CARE..... 18

I.N. Chzhen

THE STUDY OF COGNITIVE CHARACTERISTICS OF PRIMARY SCHOOLCHILDREN
FROM MONO- AND BILINGUAL FAMILIES..... 28

I.V. Polyakova

ACCURACY OF PERCEPTION AND SELF-ESTEEM OF A JUNIOR STUDENT:
PSYCHOLOGICAL FEATURES OF RELATIONSHIP..... 36

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

Yu.B. Mozhginskiy

CHILD PSYCHOANALYSIS: BETWEEN DRUGS AND PSYCHOTHERAPY..... 45

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

TWIN METHOD IN THE STUDY OF THE INFLUENCE OF GENETIC AND FAMILY
FACTORS ON THE COMORBIDITY OF CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN, ANXIETY
AND DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 52

Yu.E. Kurtanova, O.V. Belozerskaya, Yu.A. Burdukova, V.D. Schukina

PROBLEMS OF REINTEGRATION INTO SOCIETY AFTER LONG-TERM TREATMENT
OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH CANCER..... 64

V.A. Yakovlev, I.G. Sokolova

PSYCHOTHERAPY AND EDUCATION IS AN INTEGRATIVE APPROACH
TO THE CORRECTION AND DEVELOPMENT OF VALUE ATTITUDES AND MOTIVES
OF BEHAVIOR AND SELF-REALIZATION IN ADOLESCENT STUDENTS..... 74

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOLOGICAL MATERIALS

N.A. Sultanova, V.A. Lugovenko

TICOSIS HYPERKINESIS IN CHILDREN. THE CURRENT STATUS OF THE PROBLEM..... 83

I.V. Dobryakov, Yu.A. Fesenko

RANSIENT TRANSPOSITION OF ADOLESCENT GENDER IDENTITY
IN THE INFORMATION AND COMMUNICATION REVOLUTION (REVIEW)..... 89

S.N. Enikolopov, A.G. Efremov, S.O. Kuznetsova

THE SCALE METHODOLOGY «SYMPTOMATIC QUESTIONNAIRE SCL-90-R»
(ADAPTATION ON THE RUSSIAN YOUTH SAMPLE)..... 95

OFFICIAL MATERIALS, REVIEWS, INFORMATION

M.V. Ivanov, G.V. Kozlovskaya

EARLY CHILDHOOD: PSYCHOLOGICAL HABILITATION AND PREVENTION OF
MENTAL DEVELOPMENT DISTURBANCES (MATERIALS OF THE CONFERENCE)..... 111

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 124

Е.В. Булычева

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ, И ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский универси-
тет» (Оренбург).**

Резюме. Одной из серьезных проблем общественного здравоохранения является высокая распространенность среди подрастающего поколения аддиктивных форм поведения. Показано, что с 2005 по 2018 гг. среди детей и подростков уровень распространенности алкоголизма снизился в среднем в 17,5-18,5 раз, наркомании в 2,7-4,6 раза, токсикомании в 6,9-29,0 раз. При этом, среди подростков выявлены состояния, повышающие риск аддиктивного поведения, такие как выраженная деструктивная сверхзависимость (26,5%), межличностная зависимость (27,8%), обусловленная неуверенностью в себе (80,5%), потребностью в эмоциональной опоре на других (72,3%), легкой степенью депрессии (17,1%) и очень высоким уровнем тревожности (26,7%).

Ключевые слова: подростки, психоактивные вещества, заболеваемость, связанная с употреблением психоактивных веществ, факторы риска и защиты аддиктивных форм поведения.

Подростковый возраст является кризисным периодом в аспекте риска развития психических расстройств, связанных, как с биологическими факторами, так и действием факторов условий жизни и социального окружения. При этом до 50% манифестированных психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), имеет свою патологическую основу, сформированную уже до 14 лет [6]. В этой связи становится важным понимание реальной картины заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения среди детей и подростков для научного обоснования приоритетных направлений по укреплению и сохранению психического здоровья на ранних этапах в подростковой популяции в условиях деятельности общеобразовательных организаций. Кроме того, уточнение степени выраженности факторов риска в развитии аддиктивных форм поведения у современных подростков, позволит научно обосновать эффективные профилактические перспективы в области предупреждения употребления ПАВ в подростковой среде.

Цель исследования – выявить особенности формирования психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ у современных подростков.

Материалы и методы. Проведено одномоментное наблюдательное исследование описательного типа в период с 2000 по 2019 г.г. на основании данных

анализа статистических данных отчетных форм № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения», № 36 «Сведения о контингентах психически больных», отражающих учетную заболеваемость психическими расстройствами населения РФ за 2000–2018 гг. и обеспеченность населения психиатрической помощью. В качестве основных показателей использовали такие, как общая заболеваемость (распространенность) психических расстройств – число больных на 100 тыс. населения; первичная заболеваемость – число новых случаев болезни в единицу времени (1 год).

У 865 здоровых подростков в возрасте 15-17 лет было проведено исследование предпосылок употребления ПАВ и формирования зависимости. Критерии включения: добровольное информированное согласие от подростка и законных представителей; критерии исключения: подростки, имеющие официальные диагнозы по МКБ-10, связанные с расстройствами поведения; хронические психические и соматические заболевания. На основании данных критериев в группу исследования было отобрано 120 подростков (табл. 1).

Таблица 1.

Социально-демографическая характеристика группы исследования подростков

Показатели	Абсолютное количество (удельный вес от общего числа обследованных, %)
Возраст	
14-15	41 (34,1)
15-16	41 (34,7)
16-17	12 (10)
Пол	
Женский\	50 (41,6)
Мужской	70 (58,3)
Статус родительской семьи	
Полная семья	94 (78,3)
Один родитель	24 (20)
Проживание с опекунами	2 (2,5)
Проживание в гос.учреждении	0
Употребление ПАВ родителями/опекунами	22 (18,3)
Образование	
Основная школа/регулярное посещение	104 (86,7)
Основная школа/периодическое посещение	16 (13,3)
Домашнее обучение	0
Обучение по адаптированной программе	0
Материальный доход на члена семьи	
Ниже прожиточного минимума (менее 11303 руб)	3(2,5)
В рамках прожиточного минимума (11-15 тыс.руб)	86 (71,6)
Выше прожиточного минимума (выше 11303 руб)	31 (25,8)

Деструктивная сверхзависимость, дисфункциональное отделение, здоровая зависимость определена по методике Р. Борнштейна (2001), модифицированной О.П. Макушиной (2005) в варианте компьютерной программы «Тест профиля отношений». Для исследования межличностных отношений был использован опросник «Межличностная зависимость» Р. Гиршфильда (1977). Оценка уровня депрессии выполнена с помощью опросника А. Бэка (1961) «Подростковая депрессия»; тревожности – по методике Ю.А. Зайцева (2008) «Подростковая тревожность». Для определения приоритетных направлений профилактики риска формирования зависимости у подростков выявлены факторы риска развития аддиктивных форм поведения и факторы защиты, препятствующие формированию аддикции, согласно методике Л.М. Шипицыной (1999) «Изучение факторов риска и защиты»; а также проведена оценка способов и стратегий, направленных на преодоление подростками негативных ситуаций, по модифицированной С.С. Гончаровой версии Бернского опросника «Способы преодоления критических ситуаций». Исследование проведено с соблюдением этическим принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации в действующей редакции (Форталеа, 2013) с письменным получением перед началом исследования у подростков согласия на участие в исследовании.

Анализ данных выполнен с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Office 2013», «Statistica 13.0» и с использованием адекватных и стандартных методов статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. Показано, что в структуре психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ, у детей и подростков до 14 лет на первом месте была токсикомания (61,6%); тогда как у подростков 15-17 лет – наркомания, а у взрослых – алкоголизм (83,8%) (рис. 1). Показано, что среди исследуемых возрастных групп распространенность алкоголизма, наркомании и токсикомании на протяжении с 2005 по 2018 гг. снижалась (рис. 2). Так, среди детей и подростков до 14 лет показатель распространенности токсикомании снизился в 29 раз; алкоголизма в 17,5 раза; наркоманий в 4,6 раза. Среди подростков в возрасте 15-17 лет снижение составило по алкоголизму в 18,5 раза; наркомании в 2,7 раза; токсикомании в 6,9 раза. Обращают на себя внимание высокие уровни показателей числа лиц, взятых на профилактический учет в связи с употреблением ПАВ и вредных последствий их употребления среди детей и подростков исследуемых возрастных групп (рис. 2).

Среди детей и подростков до 14 лет число лиц, взятых на профилактических учет по факту употребления алкоголя составляло от 11,8 человек на 100 000 населения до 39,6 человек на 100 00 населения; наркотических веществ – от 1,0 на 100 000 человек до 3,5 человек на 100 000 населения; ненаркотических веществ – от 3,8 на 100 000 человек до 26,4 человек на 100 000 человек. Среди подростков в возрасте 15-17 лет число лиц, взятых на профилактических учет по факту употребления алкоголя составляло от 9,5 человек на 100 000 населения до 38,2 человек на 100 00 населения; наркотических веществ – от 44,4 на 100 000 человек до 109,8 человек на 100 000 населения; ненаркотических веществ – от 20,0 на 100 000 человек до 43,2 человек на 100 000 человек. Обращает на себя внимание тот факт, что среди подростков в возрасте 15-17 лет, число

лиц, поставленных на профилактический учет по факту употребления ненаркотических веществ и вредных последствий, связанных с их употреблением, во все периоды наблюдения были в 2,4-4,4 раза выше, чем число лиц, выявленных среди взрослого населения.

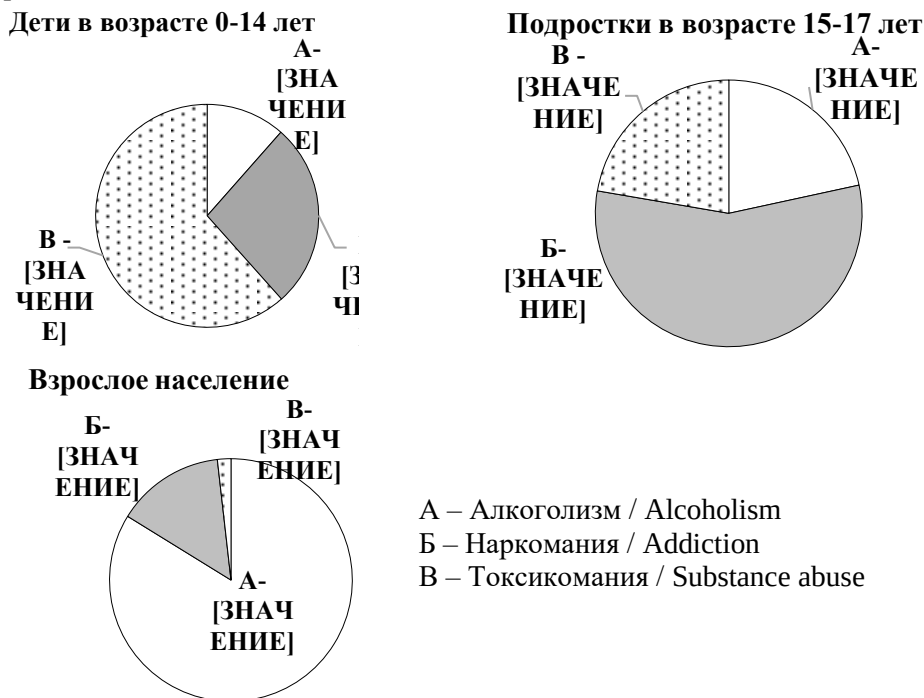
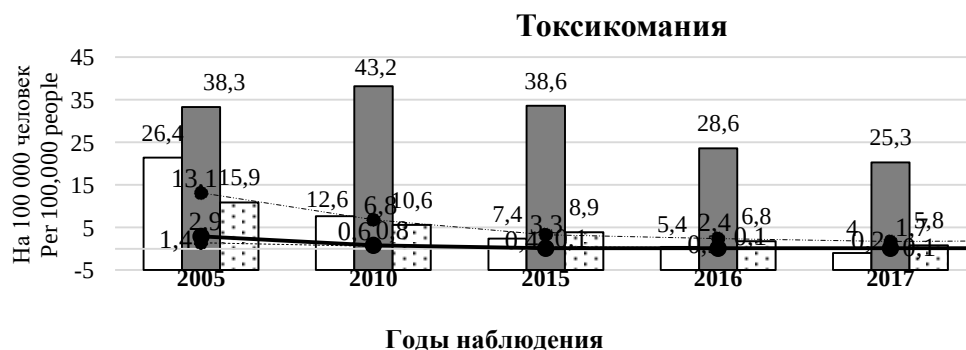
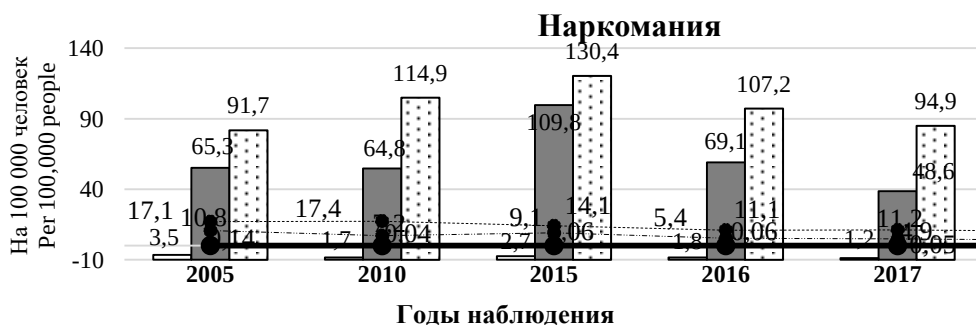
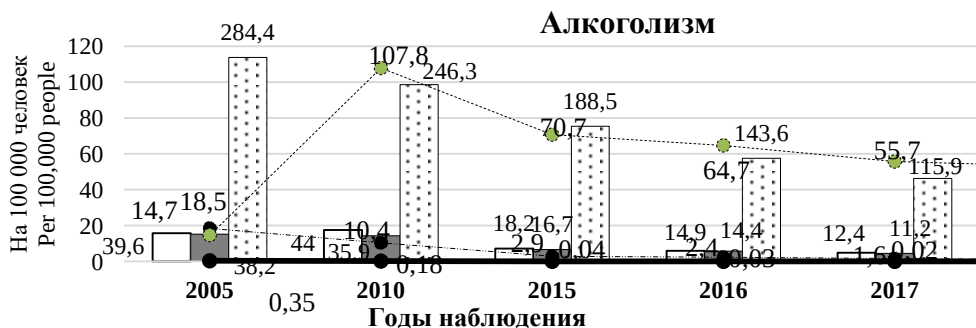


Рисунок 1. Структура заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ.

Число лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях по факту установления психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ, среди детей и подростков до 14 лет в среднем составило 0,19 человек на 100 000 населения с алкоголизмом; 0,18 человек на 100 000 человек с наркоманией и 1,92 человек на 100 000 человек с токсикоманией; среди подростков возрасте 15-17 лет, соответственно, 12,8 человек на 100 000 населения с алкоголизмом; 13,9 человек на 100 000 человек с наркоманией и 23,9 человек на 100 000 человек с токсикоманией. В динамике по годам у детей и подростков до 14 лет и у подростков в возрасте 15-17 лет отмечено снижение числа лиц, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях, по факту алкоголизма в 30 раз и 14 раз; по факту наркомании в 10 раз и в 2,4 раза; и токсикомании в 39,0 раз и 9,6 раза (рис. 3). При этом среди детей и подростков до 14 лет установлена тенденция роста лиц, состоящих на учете по факту наркомании в 5 раз; а среди подростков в возрасте 15-17 лет, численность лиц, состоящих на учете по факту наркомании с 2015 г. была выше, чем в аналогичные периоды по факту алкоголизма и токсикомании в 1,3-2,9 раз.



Дети 0-14 лет Children 0-14 years old

Подростки 15-17 лет Teenagers 15-17 years old

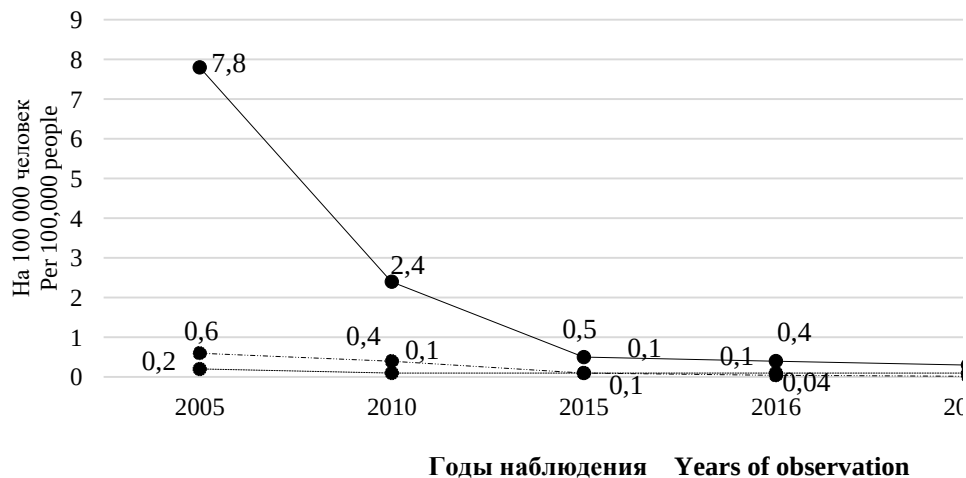
Взрослое население Adult population

Взято на профилактический учет в связи с употреблением и в вредными последствиями:

- дети и подростки до 14 лет; children and adolescents under 14 years old;
- подростки в возрасте 15-17 лет; adolescents aged 15-17;
- взрослое население; adult population;

Рисунок 2. Заболеваемость детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Дети и подростки до 14 лет



Подростки 15-17 лет

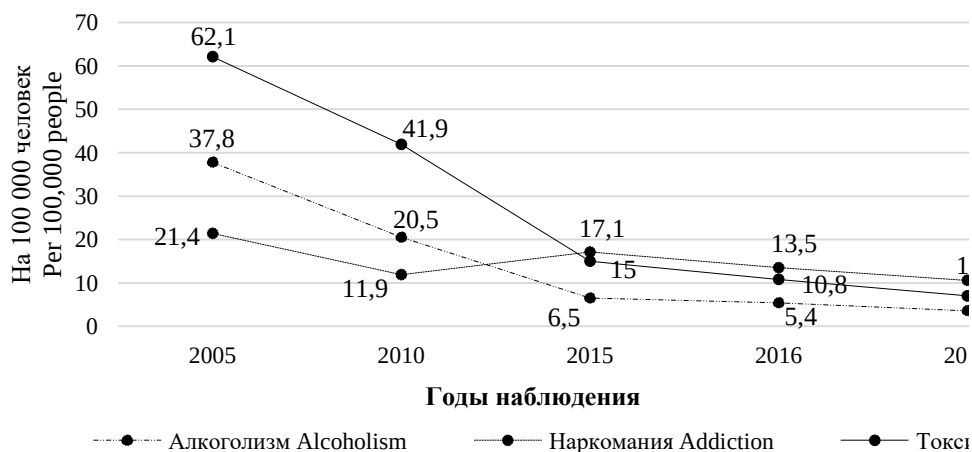


Рисунок 3. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанные с употреблением ПАВ, детей и подростков, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на 100 000 населения)

За последние годы, согласно опубликованным официальным данным за 2018 и 2019 г.г. доля учащихся, у которых при прохождении медицинских профилактических осмотров выявлен факт употребления наркотиков и иных психотропных веществ составила 0,05% в 2018 г. и 0,06% в 2019 г. При этом в структуре употребляемых ПАВ среди детей и подростков школьного возраста на первом месте были седативные и снотворные вещества (32,8%); на втором месте – каннабиноиды (16,8%); на третьем месте – опиоиды (8,7%) (рис. 4).

Можно предположить, что в основе дебютирования употребления каннабиоиды в подростковой среде существенную роль может оказывать степень выраженности межличностных зависимостей, формирующих риск. Установлена средняя степень выраженности неуверенности в себе у $80,5 \pm 0,07\%$ учащихся; эмоциональная опора на других – у $72,3 \pm 0,07$ учащихся; и зависимость $63,9 \pm 0,08$. Комплексная оценка профиля отношения показала, что большинство учащихся $63,9 \pm 0,08\%$ имело средней степени выраженности межличностной зависимости, а каждый третий учащийся ($27,8 \pm 0,07\%$) имел выраженную степень межличностной зависимости, что формирует высокий риск приобщения учащихся к аддиктивным агентам, таким как употребление каннабиоиды (табл. 2).

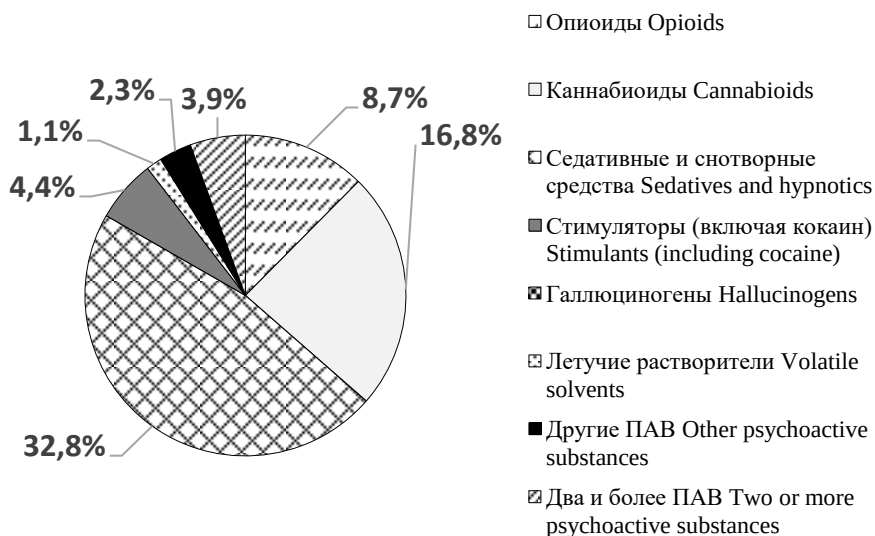


Рисунок 4. Структура выявленных каннабиоиды при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в образовательных организациях

Показано, что здоровую межличностную зависимость имеют $22,3 \pm 0,07\%$ учащихся подросткового возраста, уровень которой составлял $28,7 \pm 1,79$ баллов. У $26,5 \pm 0,05$ подростков выявлена выраженная степень деструктивной зависимости; лишь $33,9 \pm 0,07$ учащихся не имеют деструктивной сверхзависимости и максимальное число учащихся $60,9 \pm 0,08\%$ имеет среднюю степень выраженности дисфункционального отделения, характеризующуюся состоянием умеренно выраженной способности развивать социальные связи, устанавливать тесные отношения привязанности; уклонением от близких отношений с другими людьми. Установлена средней степени выраженности неуверенности в себе у $80,5 \pm 0,07\%$ учащихся; эмоциональная опора на других – у $72,3 \pm 0,07$ % учащихся; и зависимость $63,9 \pm 0,08$ %. Комплексная оценка профиля отношения показала, что большинство учащихся $63,9 \pm 0,08\%$ имело среднюю степени выраженности межличностной зависимости, а каждый третий учащийся ($27,8 \pm 0,07\%$) имел выраженную степень межличностной зависимости, что формирует высокий риск приобщения учащихся к аддиктивным агентам, таким как употребление ПАВ.

Таблица 2.

Показатели профиля отношений у учащихся подросткового возраста

Виды межличностной зависимости				
Деструктивная сверхзависимость	M±m	28,7±1,79		
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Не харак- терна</i>	<i>Средняя сте- пень выра- женности</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	33,9±0,07	39,6±0,08	26,5±0,05
Дисфункциональ- ное отделение	M±m	32,6±2,11		
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Не харак- терна</i>	<i>Средняя сте- пень выра- женности</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	19,5±0,06	60,9±0,08	19,6±0,05
Здоровая зависи- мость	M±m			
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Не харак- терна</i>	<i>Средняя сте- пень выра- женности</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	12,2±0,05	65,6±0,07	22,3±0,07
Этиология межличностной зависимости				
Эмоциональная опора на других	M±m	42,1±2,23		
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Низкая</i>	<i>Средняя</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	19,4±0,06	72,3±0,07	8,3±0,05
Неуверенность в себе	M±m	34,5±1,37		
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Низкая</i>	<i>Средняя</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	2,9±0,03	80,5±0,07	16,6±0,06
Стремление к ав- тономии	M±m	29,6±3,06		
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Низкая</i>	<i>Средняя</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	30,6±0,08	55,5±0,07	13,9±0,06
Комплексная оценка зависимо- сти	M±m	46,6±3,57		
	<i>Степень вы- раженности:</i>	<i>Низкая</i>	<i>Средняя</i>	<i>Выражен- ная</i>
	P±σp%	8,3±0,05	63,9±0,08	27,8±0,07

Эффективное управление выраженностью межличностной зависимости учащихся и ее реализации в направлении формирования аддитивных форм поведения предполагает учет основных рисков для здоровья учащихся и их минимизацию (рис. 5). Показано, что ведущими факторами защиты от аддитивных форм поведения являются семья (65,4±4,69 баллов) и социально-бытовое окружение (61,6±5,11 баллов); а ведущими факторами риска – индивидуальные особенности учащегося (15,8±3,09 баллов) и семья (15,7±3,31 баллов).

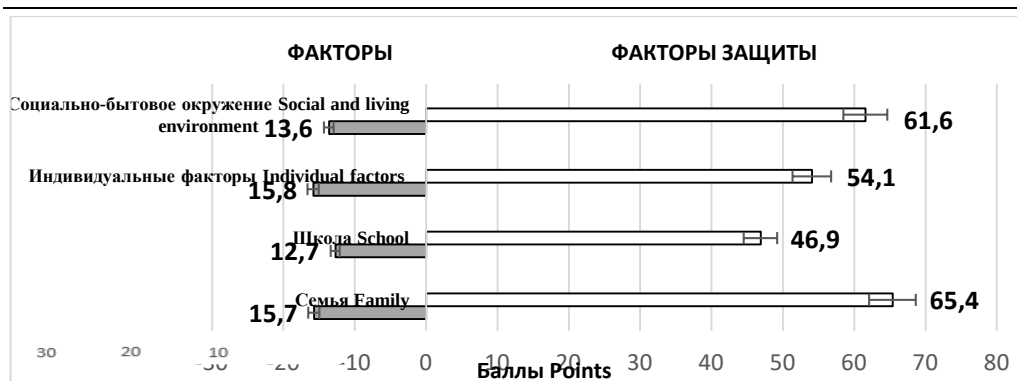


Рисунок 5. Показатели выраженности факторов риска и защиты формирования аддиктивных форм поведения.

К индивидуальным особенностям риска развития аддиктивных форм поведения можно отнести степень выраженности сформированности подростковой депрессии, тревожности, поиска острых ощущений [6]. Показано, что у учащихся уровень депрессии в среднем составлял $12,6 \pm 3,78$ баллов, при этом 80,5% учащихся имели удовлетворительный уровень эмоционального состояния, в то время как 17,1% учащихся – легкую степень депрессии, а 2,4% учащихся – выраженную степень депрессии. Уровень тревожности составил $36,8 \pm 5,28$ баллов, который формировался за счет тревожности за будущее ($11,5 \pm 1,64$ баллов), самооценки ($9,6 \pm 1,96$ баллов), родителей ($9,3 \pm 1,23$ баллов) и общения со сверстниками ($7,4 \pm 1,61$ баллов). В итоге, каждый третий учащийся имел очень высокий уровень тревожности (26,7%), а 10,5% учащихся – высокий уровень подростковой тревожности.

Ведущим фактором преодоления негативных ситуаций и эмоционального неблагополучия у учащихся подросткового возраста являлось повышение самооценки, средние значения которого составили $18,4 \pm 1,87$ баллов (рис. 6). При этом при преодолении негативных ситуаций и негативных эмоциональных состояний у каждого четвертого учащегося определена высокая степень выраженности поиска поддержки (25%), анализа проблем (24,2%) и повышение самооценки (22,2%) (рис. 7).

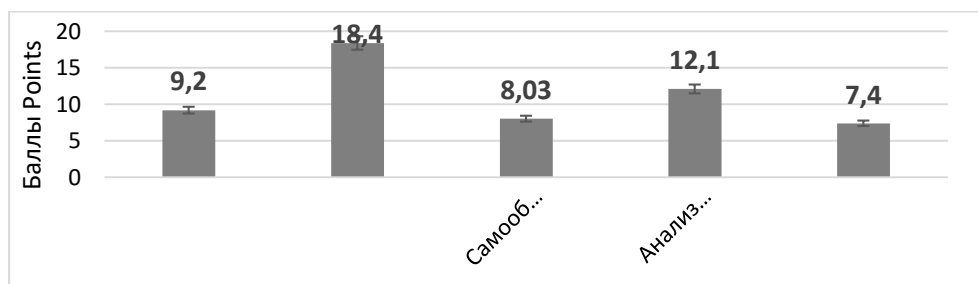


Рисунок 6. Показатели шкал преодоления негативных ситуаций и состояния эмоционального неблагополучия у учащихся.

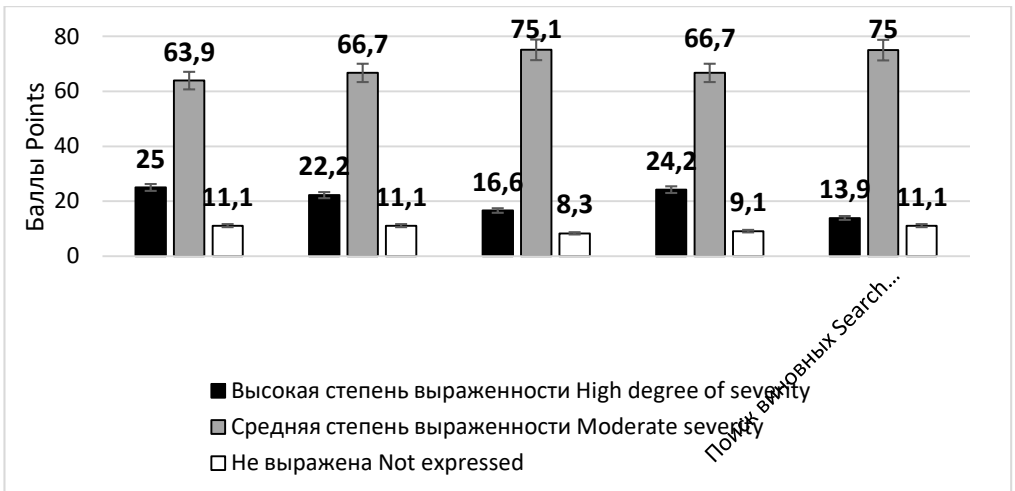


Рисунок 7. Распределение учащихся в зависимости от выраженности этиологических показателей преодоления негативных ситуаций и состояния эмоционального благополучия.

В настоящее время специалистами однозначно признается высокая степень сложности организации психического здоровья подростков и понимание развития психических расстройств в ситуациях, когда факторы риска и степень незащищенности превалируют над защитными факторами и ломают механизмы сопротивления неблагоприятному воздействию [11]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения в период подросткового возраста от 12 до 18 лет могут развиваться психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ. Эта проблема связана с особенностями становления подростковой психики [4, 18]. В течение этого времени происходит широкий спектр изменений нервного развития [15, 20, 33, 35, 36], которые приводят к появлению характерного поведения в подростковом возрасте, таких как стремление к новизне, рискованное поведение, а также тенденция проводить больше времени со сверстниками [26, 29, 34]. Некоторые из этих поведенческих характеристик, в свою очередь, повышают вероятность начала употребления ПАВ [21]. Временное совпадение между началом употребления ПАВ и уязвимыми окнами развития нервной системы делает этот период важным для изучения [34, 36].

Полученные данные в настоящем исследовании о снижении регистрации алкоголизма, наркомании и токсикомании у современных подростков за последнее десятилетие согласуются с общемировой тенденцией, но не нивелируют проблемы, указанной в научной литературе, о снижении возрастного порога употребления ПАВ [18].

Проблема употребления седативных и снотворных препаратов в немедицинских целях подростками актуальна согласно опубликованным данным в научной литературе. Так, немедицинское использование лекарственных средств среди подростков значительно возросло в последние годы [26, 29], достигнув значений, близких к 5% среди американских подростков [21] и 9% среди европейских подростков [31]. Возросла распространенность потребления рецептурных препара-

тов, таких как психodelики [17], но среди этих подростков также наблюдается увеличение немедицинского применения этих препаратов [16, 25, 30].

Установленные данные об употреблении каннабиноидов подростками в 16,8% случаях совпадают с общемировой тенденцией [12, 23, 32], а многочисленные исследования свидетельствуют о высоком риске неблагоприятных когнитивных эффектов для подростков [21], характеризующиеся нарушением тормозящего контроля и внимания [19, 22, 24], дефицитом интеллекта [27-28], отдаленными эффектами снижения производительности памяти [13] и стойкими нарушениями вербального обучения [14].

Особую проблему составляет факт токсикомании среди детей и подростков [2]. Особенно беспокоит широкая распространенность среди детско-подростковой группы ингаляционной токсикомании, в частности злоупотребление летучими органическими соединениями (ЛОС). Все многообразие средств одурманивания, используемых в целях наркотизации, объединяет совершенно очевидный факт поражения исключительно лиц детского и подросткового возраста. Так, по утверждениям большинства исследователей, данная проблематика является преимущественной прерогативой подростковой наркологии. Однозначно мнение, что злоупотребление ЛОС служит этапом, вслед за которым следует прием других ПАВ [8-10]. В настоящее время накопилось значительное число публикаций, отражающих распространенность, факторы риска, мотивы злоупотребления ЛОС. Изучению психологических особенностей наркозависимых в последние годы также посвящено достаточно большое количество исследований [1, 3, 7].

Заключение. Учитывая вышеизложенное и полученные данные о степени выраженности факторов защиты и риска развития аддиктивных форм поведения у подростков, связанных с употреблением ПАВ, становятся очевидными и основные направления профилактической работы, которые должны характеризоваться своевременным выявлением истощенных ресурсов личности подростков и их коррекции путем снижения подростковой тревожности, депрессии; повышения самооценки подростков в условиях образовательной организации и путем нормализации родительско-детских взаимоотношений, направленных на эмоциональную поддержку подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурвич И.Н. Молодежная наркотизация. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. СПб., 2001; 32.
2. Журунова М.С., Абишева З.С., Раисов Т.К., Исакова У.Б., Асан Г.К. Токсикомания в детском и подростковом возрасте. Вестник КазНМУ, 2016; (1): 593-595.
3. Козлов А.А. «Наркоманическая личность». Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2000; (7): 23-27.
4. Макарова В.И., Павлова А.Н., Макарова А.И. Факторы риска, влияющие на здоровья подростков России и США. Экология человека. 2020; (7): 40-46.
5. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркоманий несовершеннолетних. Ростов н/Д: «Феникс», 2000; 384.
6. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ дет-

ской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах. Российский психиатрический журнал. 2019; (4): 4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930 [

7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М.: МЕД-пресс, 2001; 432.

8. Пономарев В.И. Характеристика акцентуаций характера у детей и подростков с зависимостью от летучих органических соединений. СМБ. 2009; (2-2): 56-61.

9. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000; 240.

REFERENCES

1. Gurvich I.N. Molodezhnaya narkotizatsiya. Problemy` deviantnogo povedeniya molodezhi v sovremennom obshhestve. SPb., 2001; 32.

2. Zhurunova M.S., Abisheva Z.S., Raisov T.K., Iskakova U.B., Asan G.K. Toksikomaniya v detskom i podrozkovom vozraste. Vestnik KazNMU, 2016; (1): 593-595.

3. Kozlov A.A. «Narkomanicheskaya lichnost`». Zhurn. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2000; (7): 23-27.

4. Makarova V.I., Pavlova A.N., Makarova A.I. Faktory` riska, vliyayushhie na zdorov`ya podrozkov Rossii i SShA. E`kologiya cheloveka. 2020; (7): 40-46.

5. Maksimova N.Yu. Psikhologicheskaya profilaktika alkogolizma i narkomaniy nesovershennoletnikh. Rostov n/D: «Feniks», 2000; 384.

6. Makushkin E.V., Demcheva N.K. Dinamika i sravnitel`ny`j analiz detskoj i podrozkovoj zaboлеваemosti psikhicheskimi rasstrojstvami v Rossijskoj Federaczii v 2000–2018 godakh. Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2019; (4): 4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930 [

7. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya. М.: MED-press, 2001; 432.

8. Ponomarev V.I. Kharakteristika akczentuaczij kharaktera u detej i podrozkov s zavisimost`yu ot letuchikh organicheskikh soedinenij. SMB. 2009; (2-2): 56-61.

9. Psikhologiya i lechenie zavisimogo povedeniya / pod red. S. Daulinga. М.: Klass, 2000; 240.

10. Castellanos-Ryan N., Pingault J.B., Parent S., Vitaro F., Tremblay R.E., Seguin J.R. Adolescent cannabis use, change in neurocognitive function and high-school graduation: a longitudinal study from early adolescence to young adulthood. Dev. Psychopathol. 2017; 29: 1253–1266.

11. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans: A Guide to Mental Health Policies and Services. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva, World Health Organization. 2005; 68.

12. Choudhury S., Blakemore S. J., Charman T. Social cognitive development during adolescence. Soc. Cogn. Affect. Neurosci. 2006; 1: 165–174.

13. Duperrouzel J.C., Hawes S.W., Lopez-Quintero C., Pacheco-Colon I., Coxé S., Hayes T., et al. Adolescent cannabis use and its associations with decision-making and episodic memory: preliminary results from a longitudinal study. Neuropsychology 2019; 33: 701–710.

14. Becker M.P., Collins P.F., Lim K.O., Muetzel R.L., Luciana M. Longitudinal changes in white matter microstructure after heavy cannabis use. *Dev. Cogn. Neurosci.* 2015; 16: 23–35.
15. Dumontheil I. Adolescent brain development. *Curr. Opin. Behav. Sci.* 2016; 10: 39–44.
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD). (2015). Official Website: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf Accessed: 8 July 2021.
17. Gilat Y, Ben-Dor DH, Magen A, Wolovick L, Vekslerchik M, Weizman A, Zalsman G. Trends in prescribing of psychotropic medications for inpatient adolescents in Israel: a 10 years retrospective analysis. *Eur Psychiatry.* 2011; 26(4): 265–269. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.07.004.
18. Hamidullah S, Thorpe H.H.A, Frie J.A., Mccurdy R.D., Khokhar J.Y. Adolescent substance use and the brain: behavioral, cognitive and neuroimaging correlates. *Front Hum Neurosci.* 2020; 14: 298. doi:10.3389/fnhum.2020.00298
19. Harvey M.A., Sellman J.D., Porter R.J., Frampton C.M. The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug Alcohol Rev.* 2007; 26: 309–319.
20. Jaworska N., MacQueen G. Adolescence as a unique developmental period. *J. Psychiatry Neurosci.* 2015; 40: 291–293.
21. Johnston L.D., Miech R.A., O'Malley P.M., Bachman J.G., Schulenberg J.E., Patrick M.E. Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975–2017: Overview, key findings on adolescent drug use. 2018 Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. Official Website: <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf> Accessed 08 July 2021.
22. Lane S.D., Cherek D.R., Tcheremissine O.V., Steinberg J.L., Sharon J.L. Response perseveration and adaptation in heavy marijuana-smoking adolescents. *Addict. Behav.* 2007; 32: 977–990.
23. Lisdahl K.M., Thayer R., Squeglia L.M., Mcqueeny T.M., Tapert S.F. Recent binge drinking predicts smaller cerebellar volumes in adolescents. *Psychiatry Res.* 2013; 211: 17–23.
24. Lubman D.I., Cheetham A., Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol. Ther.* 2015; 148: 1–16.
25. McCabe S.E., West B.T. Medical and nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics among U.S. high school seniors. *Addict Behav.* 2014; 39(5): 959–964. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.009.
26. McCabe SE, West BT, Teter CJ, Ross-Durow P, Young A, Boyd CJ. Characteristics associated with the diversion of controlled medications among adolescents. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 118(2–3): 452–458.
27. Medina K.L., Hanson K.L., Schweinsburg A.D., Cohen-Zion M., Nagel B.J., Tapert S.F. Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: subtle deficits detectable after a month of abstinence. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2007; 13: 807–820.
28. Meier M.H., Caspi A., Ambler A., Harrington H., Houts R., Keefe R.S., et

al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to mid-life. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2012; 109: E2657–E2664.

29. Miech R, Bohnert A, Heard K, Boardman J. Increasing use of nonmedical analgesics among younger cohorts in the United States: a birth cohort effect. *J Adolesc Health*. 2013; 52(1): 35–41. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.016.

30. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. Official Web-site: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.pdf> Accessed 08 July 2021.

31. Novak S.P., Håkansson A, Martinez-Raga J, Reimer J, Krotki K, Varughese S. Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry*. 2006; 16: 274. doi: 10.1186/s12888-016-0909-3.

32. Romer D. Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: implications for prevention. *Dev. Psychobiol*. 2010; 52: 263–276. 10.1002/dev.20442

33. Schneider M. Adolescence as a vulnerable period to alter rodent behavior. *Cell Tissue Res*. 2013; 354: 99–106. 10.1007/s00441-013-1581-2

34. Spear L.P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2000; 24: 417–463.

35. Spear L.P. Adolescents and alcohol: acute sensitivities, enhanced intake and later consequences. *Neurotoxicol. Teratol*. 2014; 41: 51–59.

36. Thorpe H.H.A., Hamidullah S., Jenkins B.W., Khokhar J.Y. Adolescent neurodevelopment and substance use: receptor expression and behavioral consequences. *Pharmacol. Ther*. 2020; 206: 107431.

E.V. Bulycheva

FEATURES OF THE FORMATION OF MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL DISORDERS ASSOCIATED WITH THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN MODERN ADOLESCENTS, MANAGEMENT PERSPECTIVES

Orenburg State Medical University (Orenburg).

Summary. One of the serious problems of public health is the high prevalence of addictive behaviors among the younger generation. It is shown that from 2005 to 2018, among children and adolescents, the prevalence of alcoholism decreased by an average of 17.5-18.5 times, drug addiction by 2.7-4.6 times, substance abuse by 6.9-29.0 times. At the same time, conditions that increase the risk of addictive behavior were identified among adolescents, such as pronounced destructive over-dependence (26.5%), interpersonal dependence (27.8%) due to self-doubt (80.5%), the need for emotional support for others (72.3%), mild depression (17.1%) and very high the level of anxiety (26.7%).

Keywords: adolescents, psychoactive substances, morbidity associated with the use of psychoactive substances, interpersonal dependence, risk factors and protection of addictive behaviors.

**ПОКАЗАТЕЛИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА
У ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
(Чита).**

Резюме. В данной работе представлен сравнительный анализ спектральных характеристик электроэнцефалограмм 328 детей, оставшихся без попечения родителей. Контрольную группу составили 64 ребенка того же возраста, воспитывающиеся в своих биологических семьях. При проведении ЭЭГ-исследования и спектрального анализа выявлены значимые отличия ритмов ЭЭГ детей-сирот по сравнению с детьми из семей. Для детей, оставшихся без попечения родителей, характерно снижение мощности основного альфа-ритма преимущественно в фронтальных корковых зонах, увеличение удельного веса тета-активности по центральным зонам, а также ослабление мощности бета-ритма в теменно-центральных и височных областях. Выявленные особенности могут свидетельствовать о нейрофизиологических изменениях у детей, оставшихся без попечения родителей, а именно, о недостаточном созревании мозговых структур.

Ключевые слова: дети, оставшиеся без попечения родителей, социальные сироты, электроэнцефалограмма, спектральный анализ.

Проблема сохранения психического здоровья детско-подросткового населения Российской Федерации является одним из первостепенных вопросов современной психиатрии. Особо тщательного изучения психического здоровья требует достаточно крупная социально-демографическая группа – детей-сирот. В настоящее время сироты имеют высокий риск развития психических нарушений [4, 5, 6, 11]. Среди психических расстройств у детей, оставшихся без попечения родителей, авторы многочисленных исследований описывают депрессии, суициды, высокий уровень тревожности, импульсивности и агрессивности, задержки психического развития и другие когнитивные нарушения [1, 2, 3].

Причины низкого уровня состояния здоровья обусловлены, с одной стороны, биологическими факторами (отягощенной наследственностью, патологией перинатального периода и др.), а с другой – социально-психологическими, в том числе депривационными семейными факторами. В свою очередь, также предполагается, что познавательные нарушения могут быть обусловлены атипичным функционированием нейрональных сетей у детей-сирот [9, 16].

Целью настоящего исследования является изучение спектральных характеристик ЭЭГ у детей, оставшихся без попечения родителей.

Материал и методы. В настоящее исследование вошли воспитанники 15 Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей. В подавляющем большинстве это были социальные сироты, т. е. дети, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав. Так, основную группу составили 328 детей-сирот в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст $13,8 \pm 2,3$). В контрольную группу вошли 64 ребенка того же возраста, воспитывающиеся в своих биологических семьях. Все испы-

туемые были правши. Критерии исключения: дети, имеющие установленный диагноз – эпилепсия, острые (хронические) соматические заболевания в стадии декомпенсации, дети, принимающие психофармакотерапию. От всех обследованных детей в возрасте 15 лет и старше было получено письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Информированное согласие детей младше 15 лет подписывалось родителями, для детей-сирот – директором (законным представителем) ГУСО ЦПДОПР Забайкальского края (Государственное учреждение социального обслуживания «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей»). Конфиденциальность данных обеспечивалась путем исключения персональных именных данных и присвоением индивидуального номера участвовавшим в исследовании. Данное исследование было одобрено этическим комитетом и соответствующим протоколом (протокол № 87 от 30.11.2017 г., ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»).

Характеристики ЭЭГ-исследования: запись ЭЭГ проводилась в течение 5 минут в состоянии спокойного бодрствования при закрытых и открытых глазах. Регистрация ЭЭГ осуществлялась с помощью переносного портативного электроэнцефалографа-регистратора «Энцефалан-ЭЭГ» (Россия) с использованием 21 электрода, с частотой дискретизации 200 Гц. Электроды накладывали по стандартной международной схеме 10-20. Референтным электродом служил объединенный ушной электрод (А-А). Вычисляли показатели спектральной мощности (СМ), записанные от 19 стандартных отведений: переднелобные (Fp1, Fp2), лобные (F3, F4), среднелобный (Fz); центральные (C3, C4), центральный вертексный (Cz); теменные (P3, P4), центральнотеменной (Pz); передневисочные (F7, F8), средневисочные (T3, T4), задневисочные (T5, T6) и затылочные (O1, O2); нечетным цифрам соответствовали отведения от левого полушария, четным - от правого. Показатели СМ были рассчитаны для тета, альфа, альфа-1 (низкочастотный), альфа-2 (высокочастотный) и бета ритма. Также было определено процентное соотношение СМ частотных диапазонов в каждой из исследуемых корковых зон. Частотно-амплитудные характеристики и топографическое распределение ритмов ЭЭГ исследованы с помощью спектрального анализа ЭЭГ. Спектральный анализ ЭЭГ проводили на основе дискретного преобразования Фурье с графическим представлением и картированием мощности для всех физиологически значимых частотных диапазонов с разрешением до 1 Гц и усреднением не менее 20 единичных эпох по 4 секунды с последующим картированием по системе «Brainsys» (Россия) пакетом специализированных программ MNE-Python [12].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартного статистического пакета программ «Statistica 10.0» и R-Studio версии 4.1.1. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента, критерию Вилкоксона, а также с применением хи-квадрата Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждение. При визуальном анализе БЭА мозга у детей, оставшихся без попечения родителей, было выявлено значительное преобладание дезорганизованного типа ЭЭГ с нерегулярной немодулированной альфа-активностью и увеличением индекса медленных форм активности тета-

диапазона – 53,7% (n=176). Организованный тип ЭЭГ у детей-сирот выявлялся реже – 29,8% (n=98). В 16,5% (n=54) случаев отмечался десинхронный тип.

Такое распределение не соответствовало распределению типов ЭЭГ у детей, проживающих в семьях (группа контроля). У данной группы преимущественно преобладал организованный тип с доминированием альфа-ритма – 48,4% (n=31), который статистически значимо был более выражен, чем у детей детских домов ($p=0,003$). Дезорганизованный тип выявлялся в 43,8% (n=28) случаев, и в гораздо меньшей степени в контрольной группе встречался десинхронный тип ЭЭГ – 7,8% (n=5).

При проведении спектрального анализа было выявлено, что у детей, оставшихся без попечения родителей, альфа-ритм имеет доминирующий фокус в теменно-центральных и передних отделах мозга со снижением своей активности в височных зонах. Выявлено также превалирование альфа-ритма в правом полушарии. Средний показатель процентного содержания относительно других ритмов составил 41,5%. Средний индекс спектральной мощности альфа-ритма по разным корковым зонам варьирует от 8,6 до 83,2 мкВ. Среднее значение СМ по всем корковым зонам составило 36,7 мкВ, что меньше среднего показателя СМ альфа-ритма в группе контроля – 43,3 мкВ.

В контрольной группе средний показатель процентной мощности альфа-ритма от всего диапазона составил 44,4%, что в целом на 3% больше в сравнении с основной группой. Особенно статистически значимо этот показатель был выше в центральных корковых зонах – **C4** (где 1 – контроль, 2 – основная группа): 46,6% (1) и 42,5% (2) ($p=0,03$); **Pz**: 57,2% (1) и 51,4% (2) ($p=0,01$); в теменных отведениях – **P3**: 54,5% (1) и 49,7% (2) ($p=0,04$); **P4**: 59,2% (1) и 52,9% (2) ($p=0,008$); а также в задневисочном отведении справа – **T6**: 53,5% (1) и 47,5% (2) ($p=0,01$). Средний индекс спектральной мощности по разным корковым зонам у детей, проживающих в семьях, варьировал от 10,1 до 108 мкВ.

При сравнительном анализе с детьми, проживающими в семьях, было выявлено статистически значимое снижение СМ альфа-ритма у детей-сирот в теменно-центральных и задних височных отделах преимущественно правого полушария мозга) (**рис. 1**. При этом следует отметить, что у обследованных сирот, учитывая их средний возраст (13-14 лет), переднезадний градиент альфа-ритма не сформирован, что уже может говорить о недостаточном созревании мозговых структур.

При более углубленном анализе альфа-ритма следует отметить, что особо значимых отличий в спектральной мощности низкочастотного альфа1-ритма у детей-сирот относительно группы контроля выявлено не было (рис. 2). Однако, что касается высокочастотного альфа2-ритма, то прослеживается статистически значимое отличие СМ. Так, у детей детских домов амплитуда альфа2-ритма достоверно ниже СМ относительно контрольной группы по всем корковым зонам, особенно в центральных и височных областях (рис. 3). Полученные данные согласуются с результатами проведенных исследований по нейрофизиологическим изменениям у детей, проживающих в условиях институционализации. Так, было показано, что у детей, оставшихся без попечения родителей, имеется снижение высокочастотного альфа-ритма в лобных и височных корковых зонах

[14, 15]. Отмечено также, что при повышении уровня функциональной активности мозга (напряжение, тревога, страх) амплитуда альфа-ритма уменьшается и на ЭЭГ это проявляется низкоамплитудной высокочастотной активностью, которая в свою очередь отражает десинхронизацию нейронов мозга. То есть, предполагается, что у детей, оставшихся без попечения родителей, напряжение более выражено, чем в контрольной группе. Также у обследованных сирот в два раза чаще встречается десинхронный тип ЭЭГ.

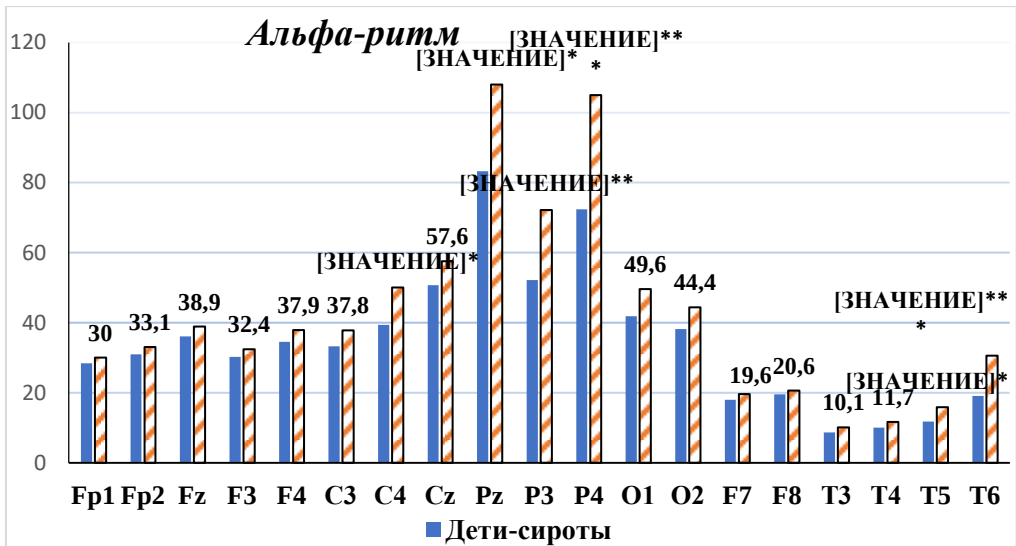


Рисунок 1. Сравнительный анализ СМ альфа-ритма у детей-сирот и группы контроля; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

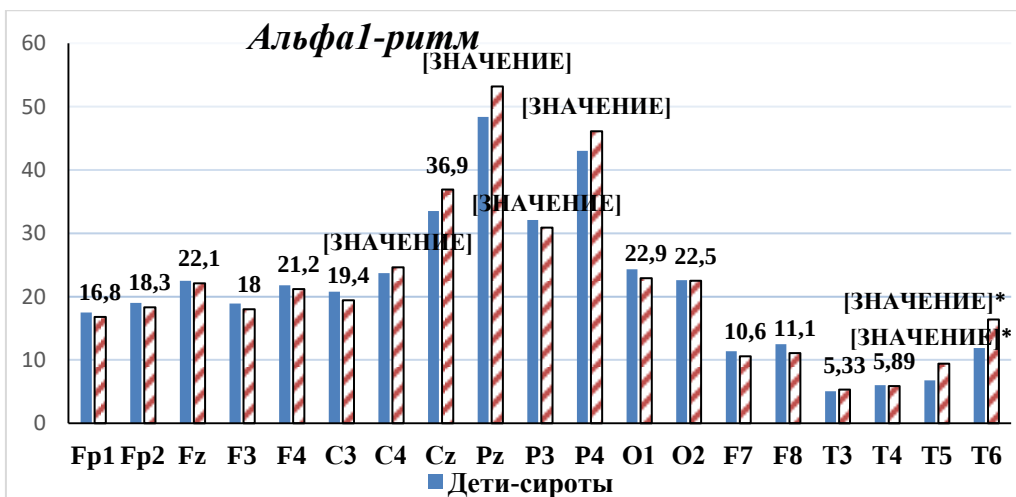


Рисунок 2. Сравнительный анализ СМ альфа1-ритма у детей-сирот и группы контроля; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

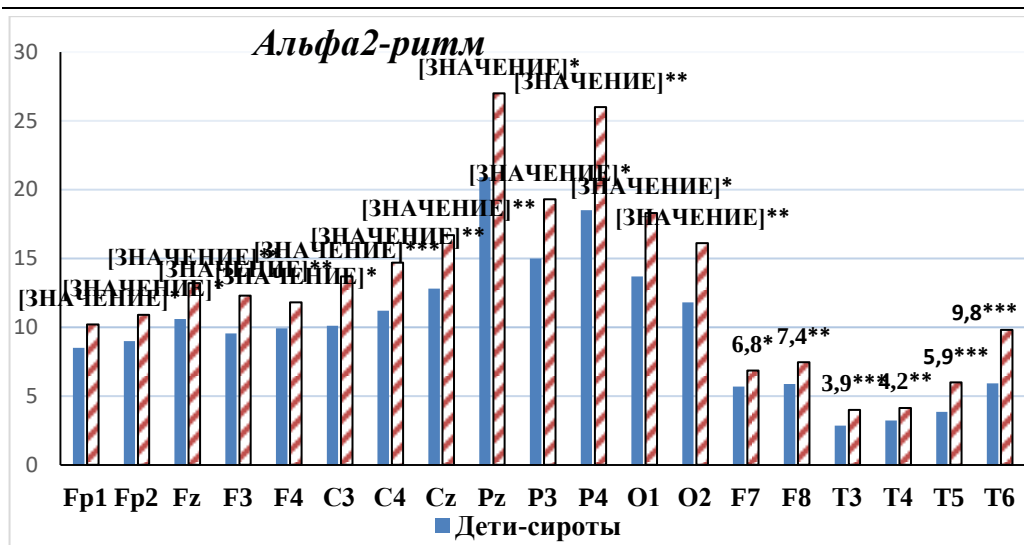


Рисунок 3. Сравнительный анализ СМ альфа2-ритма у детей-сирот и группы контроля; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

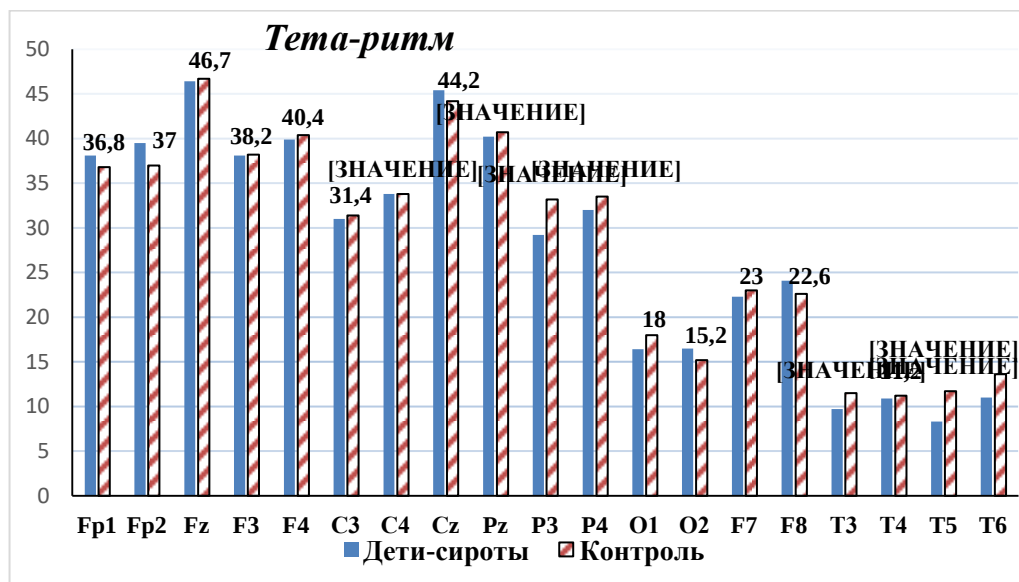


Рисунок 4. Сравнительный анализ СМ тета-ритма у детей-сирот и группы контроля; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

В основной структуре ЭЭГ детей-сирот тета-ритм по среднему процентному содержанию среди других ритмов составил 33,9%, и этот показатель статистически больше, нежели в контрольной группе – 30,9% ($p=0,03$). СМ тета-активности варьирует в пределах от 8,34 по задневисочным отведениям до 46,4 мкВ по лобным зонам. Среднее значение СМ ритма по всем корковым зонам составило 30,0 мкВ. Тета-ритм наиболее выражен в лобных и центральных об-

ластях (рис. 4). В контрольной группе средний индекс спектральной мощности тета-ритма по разным корковым зонам варьирует от 11,2 до 46,7 мкВ. Среднее значение СМ по всем корковым зонам составило 31,2 мкВ.

Учитывая усредненные значения СМ тета-активности, не обнаружилось статистически значимых отличий относительно группы контроля. Однако следует отметить, что имеются достоверные отличия в процентном содержании тета-ритма. Так, по своему процентному содержанию тета-активности у детей детских домов статистически более выражена в центральных корковых зонах – **С3** (где 1 – контроль, 2 – основная группа): 33,2% (1) и 36,6% (2) ($p=0,03$); **С4**: 31,5% (1) и 36% (2) ($p=0,008$); **Pz**: 23,7% (1) и 29% (2) ($p=0,001$); в теменных областях – **P3**: 24,3% (1) и 28,8% (2) ($p=0,008$); **P4**: 21,7% (1) и 25,9% (2) ($p=0,008$) и в затылочных корковых зонах – **O1**: 17,1% (1) и 19,3% (2) ($p=0,04$); **O2**: 17% (1) и 19,9% (2) ($p=0,01$). Из литературных данных известно, что усиление активности тета-диапазона сопряжено с напряжением и отрицательными эмоциями [13], в свою очередь, у обследованных социальных сирот имеются выраженные эмоционально-поведенческие нарушения, подтверждением чему является проведенный дополнительно клинико-психопатологический анализ.

Проведенное клиническое обследование детей, оставшихся без попечения родителей, показало, что они имеют высокий уровень отягощенной алкоголизмом наследственности (87%), перинатальной патологии (71%), высокий процент расстройств позднего восстановительного периода (62%) и психических нарушений (70%). Ведущие места среди психических расстройств занимают органические легкие когнитивные расстройства и социализированные расстройства поведения. Воспитанники детских домов отличаются выраженной конфликтностью (34%), бродяжничеством (26%), антидисциплинарными и антиобщественными поступками (69%), при этом каждый третий ребенок имеет высокую личностную тревожность, а каждый второй – депрессивное состояние от легкой до выраженной степени.

Бета-ритм по средней процентной мощности от всего диапазона ритмов ЭЭГ у детей-сирот составляет 24,1%. Варьирует по процентной составляющей от 17,5% до 32,5%. Диапазон абсолютной спектральной мощности бета-активности варьирует в пределах от 6,82 по задневисочным и до 23 мкВ по центральным корковым зонам. Среднее значение СМ ритма по всем областям составляет 18,3 мкВ, без значимого отличия между полушариями. Бета-активность наиболее выражена в лобных, теменно-центральных и затылочных зонах. При этом низкие значения данного ритма характерны для височных областей (рис. 5).

Что касается детей, проживающих в семьях, то бета-ритм по среднему процентному содержанию у них составил 24,3% (от 18% в центральной области до 34,6% в левой средневисочной зоне). Абсолютная мощность ритма по разным корковым зонам варьирует от 9,47 до 28,3 мкВ. Среднее значение СМ ритма составило 20,9 мкВ. Сравнительный статистический анализ показал достоверные отличия в бета-активности между группами. Так, прослеживается статистически значимое ослабление СМ бета-ритма в теменно-центральных и височных корковых зонах относительно группы контроля: **С4** (где 1 – контроль, 2 –

основная группа): 21,7 (1) и 18,4 (2) ($p=0,02$); **Pz**: 28,3 (1) и 23,0 (2) ($p=0,004$); **P3**: 23,6 (1) и 19,1 (2) ($p=0,008$); **P4**: 27,4 (1) и 21,1 (2) ($p=0,001$); **F7**: 14,7 (1) и 13,0 (2) ($p=0,03$); **T3**: 10,1 (1) и 8,3 (2) ($p=0,007$); **T5**: 9,47 (1) и 6,82 (2) ($p=0,003$); **T6**: 13,2 (1) и 9,37 (2) ($p=0,0004$).

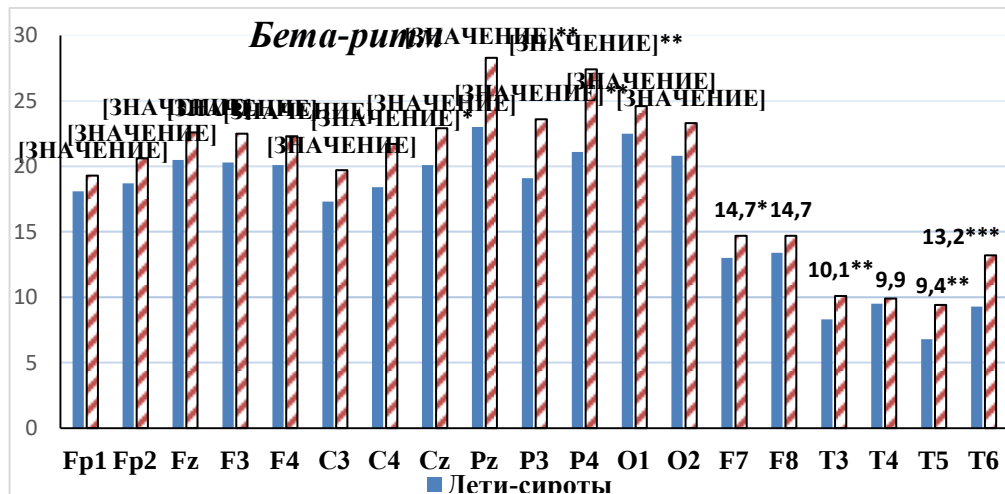


Рисунок 5. Сравнительный анализ СМ бета-ритма у детей-сирот и группы контроля; * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$.

С целью более наглядного представления изменений биоэлектрической активности мозга исследуемых групп был произведен спектральный анализ (ЭЭГ-картирование). Топическое распределение изменений спектральной мощности основных ритмов ЭЭГ у детей, оставшихся без попечения родителей и детей, проживающих в семьях, представлено на рис. 6. Так, при проведении спектрального анализа было выявлено, что у детей-сирот имеется статистически значимое снижение мощности высокочастотного альфа2-ритма, уменьшение бета-активности, и также прослежена тенденция к усилению тета-активности.

Выводы. Таким образом, данные, полученные при ЭЭГ-исследовании детей-сирот и детей группы контроля, свидетельствуют о нейрофизиологических изменениях у детей, оставшихся без попечения родителей. Так, для них характерно снижение мощности основного альфа-ритма преимущественно в ростральных корковых зонах, увеличение удельного веса тета-активности по центральным зонам, а также ослабление мощности бета-ритма в теменно-центральных и височных областях. В свою очередь, такие ЭЭГ-признаки диффузных изменений биоэлектрической активности могут говорить о поражении дизэнцефально-стволовых структур головного мозга. Вероятно, это может быть связано с изначальным недостаточным созреванием мозговых структур и дисфункцией нейромедиаторных систем, что, в свою очередь, согласуется с исследованиями о патогенетических основах аффективных расстройств [7, 8, 10] и выявленными психическими и эмоционально-поведенческими нарушениями у воспитанников детских домов при клинко-психопатологическом обследовании.

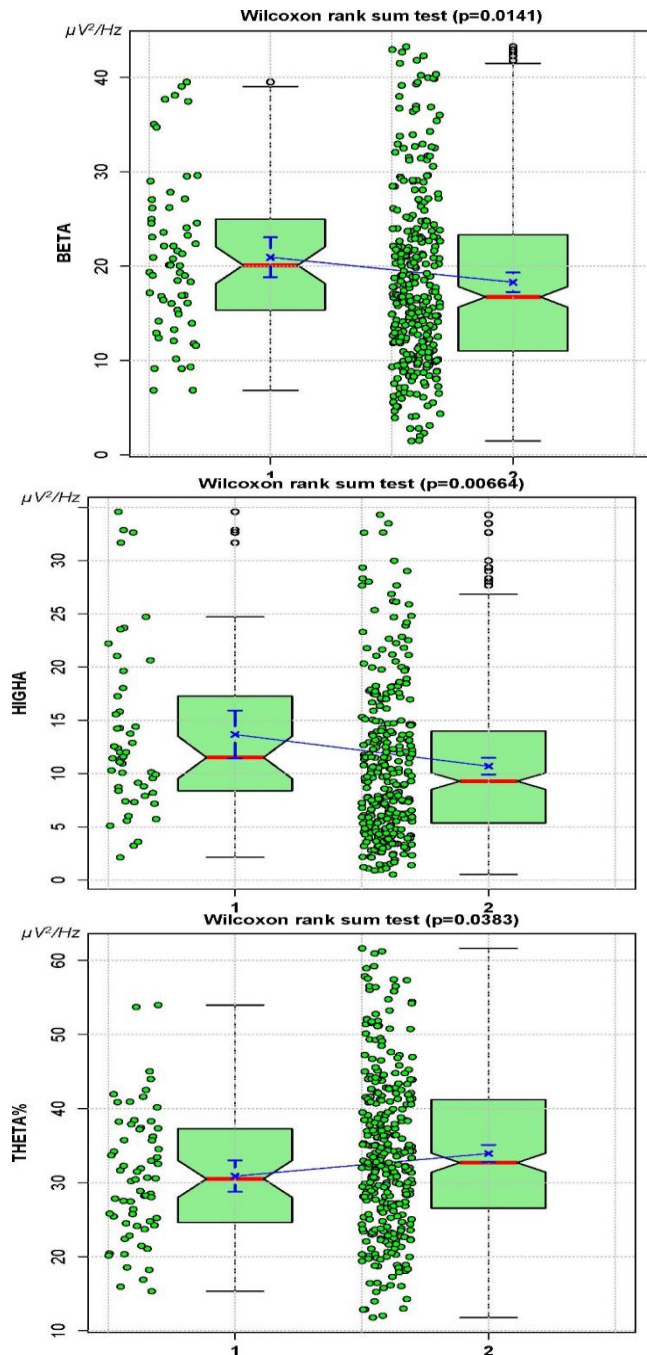


Рисунок 6. Спектральный анализ некоторых ритмов ЭЭГ детей, оставшихся без попечения родителей; 1 – группа контроля, 2 – основная группа. Достоверность отличий по критерию Вилкоксона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметова В.В, Тарасова Т.П, Говорин Н.В. Эмоциональные и волевые нарушения в условиях материнской депривации: монография. Казань: Бук, 2020. 162 с.
2. Бобров А.Е. Зависимость девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений от характера перенесенного ими травматического опыта // Вестник психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 68-82.
3. Бохан Н.А, Карауш И.С, Дашиева Б.А. Аддиктивное поведение и факторы риска, связанные со средой, у подростков с различным уровнем здоровья // Наркология. 2018. № 7. С. 48-57.
4. Ветошкина С.А. Особенности эмоциональной сферы у детей-сирот // Современная зарубежная психология. 2015. № 1. С. 15-25.
5. Девятова О.Е. Пограничные психические расстройства у детей, находящихся в условиях семейной депривации: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.
6. Кремнева Л.Ф, Проселкова М.О, Козловская Г.В. К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. № 1. С. 20-25.
7. Панюшкина С.В. Корреляции характеристик спектральной плотности ЭЭГ с показателями катехоламинового и серотонинового обмена // Физиология человека. 1995. № 21 (2). С. 5-14.
8. Панюшкина С.В, Бочкарев В.К. Количественная фармако-ЭЭГ (возможности и достижения) // Российский психиатрический журнал. 1998. № 6. С. 57-61.
9. Петров М.В, Жукова М.А, Овчинникова И.В и др. Изменение спектральной мощности ЭЭГ в состоянии покоя у детей, проживающих в домах ребенка // Экспериментальная психология. 2020. № 13 (4). С. 115-124.
10. Поздеева Е.А. Гипотеза аффективных расстройств, основанная на нейропластичности. Новый взгляд на терапию // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. № 1. С. 49-52.
11. 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.

REFERENCES

1. Akhmetova V.V, Tarasova T.P, Govorin N.V. E`mocziional`ny`e i volevy`e narusheniya v usloviyakh materinskoj deprivaczii: monografiya. Kazan`: Buk, 2020. 162 s.
2. Bobrov A.E. Zavisimost` deviantny`kh form povedeniya u vospitannikov sociozashhitny`kh uchrezhdenij ot kharaktera perenesennogo imi travmaticheskogo opy`ta // Vestnik psikhoterapii. 2018. # 68 (73). S. 68-82.
3. Bokhan N.A, Karaush I.S, Dashieva B.A. Addiktivnoe povedenie i faktory` riska, svyazanny`e so sredoj, u podrostkov s razlichny`m urovnem zdorov`ya // Narkologiya. 2018. # 7. S. 48-57.
4. Vetoshkina S.A. Osobennosti e`mocziional`noj sfery` u detej-sirot // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2015. # 1. S. 15-25.
5. Devyatova O.E. Pogranichny`e psikhicheskie rasstrojstva u detej, nakhodyashhikhsya v usloviyakh semejnoy deprivaczii: Avtoref. diss. kand. med. nauk. M., 2005. 20 s.
6. Kremneva L.F, Proselkova M.O, Kozlovskaya G.V. K voprosu ob e`tiologii

sindroma sirotstva // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2017. # 1. S. 20-25.

7. Panyushkina S.V. Korrelyaczii kharakteristik spektral'noj plotnosti E`E`G s pokazatelyami katekholaminovogo i serotoninovogo obmena // *Fiziologiya cheloveka*. 1995. # 21 (2). S. 5-14.

8. Panyushkina S.V., Bochkarev V.K. Kolichestvennaya farmako-E`E`G (vozmozhnosti i dostizheniya) // *Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal*. 1998. # 6. S. 57-61.

9. Petrov M.V., Zhukova M.A., Ovchinnikova I.V i dr. Izmenenie spektral'noj moshhnosti E`E`G v sostoyanii pokoya u detej, prozhivayushhikh v domakh rebenka // *E`ksperimental'naya psikhologiya*. 2020. # 13 (4). S. 115-124.

10. Pozdeeva E.A. Gipoteza affektivny`kh rasstrojstv, osnovannaya na nejroplastichnosti. Novy`j vzglyad na terapiyu // *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2007. # 1. S. 49-52.

11. Ulasen` T.V. Kompleksnaya ocenka vliyaniya psikhicheskogo zdorov`ya na adaptaczionny`e vozmozhnosti vospitannikov socziozashhitny`kh uchrezhdenij // *Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov*. 2020 (20). # 1. S. 13-23.

12. Gramfort A, Luessi M, Larson E, et al. MNE software for processing MEG and EEG data. *Neuroimage*. 2014; (86): 446-460. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2013.10.027.

13. Kahana MJ, Seelig D, Madsen JR. Theta returns // *Current Opinion in Neurobiology*. 2001. Vol. 11. P. 739-744.

14. Marshall PJ, Fox NA, Grp BC. A comparison of the electroencephalogram (EEG) between institutionalized and community children in Romania // *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2007. Vol.19 (1). P. 173-174.

15. St. John AM, Kao K, Choksi M, et al. Variation in infant EEG power across social and nonsocial contexts // *Journal of Experimental Child Psychology*. 2016. Vol. 152. P. 106-122.

16. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, et al. The Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania // *Child Development*. 2005. Vol. 76. P. 1015-1028.

E.A. Bodagova, Y.N. Smolyakov

INDICATORS OF BIOELECTRIC BRAIN ACTIVITY IN CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

Chita State Medical Academy (Chita).

Summary. This paper presents a comparative analysis of the spectral characteristics of electroencephalograms of 328 children left without parental care. The control group consisted of 64 children raised in their biological families of the same age. During the EEG study and spectral analysis, significant differences in the EEG rhythms of orphaned children compared with children from families were revealed. Children left without parental care are characterized by a decrease in the power of the main alpha rhythm mainly in the rostral cortical zones, an increase in the specific weight of theta activity in the central zones, as well as a weakening of the power of the beta rhythm in the parietal-central and temporal regions. The revealed features may indicate neurophysiological changes in children left without parental care, namely, insufficient maturation of brain structures.

Keywords: children left without parental care, social orphans, electroencephalogram, spectral analysis.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ МОНО- И БИЛИНГВАЛЬНЫХ СЕМЕЙ

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина (Бишкек).

Резюме. В статье рассматривается проблема билингвизма, исследуются когнитивные способности младших школьников из моно- и билингвальных семей, а также влияние знания одного или двух языков на когнитивные способности, такие как память, внимание, мышление у детей младшего школьного возраста.

Ключевые слова: билингвизм, когнитивные способности, младшие школьники

Актуальность данной статьи определяется тем, что в последние годы все больше детей оказываются в среде, где используется более одного языка. Известно, что около 70% населения земного шара в той или иной степени владеют двумя или более языками. Расширение социокультурных, экономических и политических связей, развитие научной, образовательной и прочих областей жизни, а также стремительное развитие новых информационных технологий создает условия, в которых владение двумя или несколькими языками становится насущной необходимостью для большого числа людей во всем мире.

Билингвизм - это сложное комплексное явление, которое является предметом исследования различных наук, таких как лингвистика, социология, психология, нейропсихология, методика преподавания иностранных языков и др. В научной литературе представлены противоречивые взгляды на проблему положительного или отрицательного влияния билингвизма на речевое развитие ребенка.

По мнению Л.С. Выготского [3], нигде направляющая роль воспитания и обучения не приобретает такого решающего значения для развития ребенка, как в случаях билингвизма; в развитии речи ребенка могут возникнуть затруднения, когда условия воспитания не гарантируют образования более или менее самостоятельной сферы приложения каждого языка, когда ребенок отдан во власть случайной смеси языковых систем, когда детское двуязычие развивается стихийно. Л.С. Выготский утверждает, что влияние билингвизма на умственные способности может быть исключительно положительным. Билингв, используя два языка, видит каждый из них как языковую систему среди других языковых систем, что вырабатывает лингвистическую сознательность в речевых операциях. Тезисы, озвученные Л.С. Выготским, оказали огромное влияние на дальнейшие исследования билингвального вопроса в странах Европы и Канаде.

Канадские исследователи E. Peal, W.E. Lambert [9] в своем масштабном исследовании школьников в Монреале пришли к выводу, что билингвизм оказывает исключительно положительное влияние на умственные способности человека. Билингв по сравнению с монолингвом обладает более гибким творческим мышлением, способен быстро реагировать на нестандартные ситуации, обладает более высокой самооценкой и более высоким уровнем интеллектуального развития. Ученые также убеждены, что билингвизм сохраняет активность моз-

говых функций, т. к. в результате исследований пожилых билингвов и монолингвов было установлено, что первые имеют более быструю реакцию и ясность мышления. Все последующие исследования только подтверждают эти факты.

Вопрос о полезности и вредности дошкольного двуязычия в отечественной психологии исследовал А.И. Яцкевичус [6]. Его наблюдения показывают, что речевое развитие на каждом из языков у двуязычных детей несколько опаздывает по сравнению с развитием моноязычных детей; однако первые получают компенсацию — они усваивают не один, а два языка, что представляет дополнительные возможности для увеличения темпа развития в более позднем возрасте. Мнение о том, что двуязычие является причиной речевых нарушений, отвергается автором. В то же время ряд исследователей отмечает патологическое влияние билингвизма на речевое развитие детей; в частности возможно усиление риска возникновения заикания при овладении детьми вторым языком [1, 2]. Об этом же пишет Е.Ю. Протасова [4, 5]. Автор говорит, что неприемлемо «отпускать ребенка в свободное плавание» в изучении второго языка, так как не будет никаких ориентиров для подражания и может возникнуть ряд проблем.

Несмотря на различные точки зрения по поводу речевого и психического развития ребенка с билингвизмом, очевидно, что такие дети проходят сложный путь речевого развития. Представленные примеры речи детей-билингвов свидетельствуют о том, что усвоение двух языковых систем является трудным процессом, который может осложниться разными нарушениями в языковом развитии.

Согласно международной терминологии, речевые состояния детей-билингвов во многих случаях можно расценивать как специфическое языковое недоразвитие [4]. Под этим понятием представлен синдром со сложной структурой речевых и психологических расстройств, которые в настоящее время носят описательный характер. Дети с данным синдромом испытывают затруднения в передаче вербальных умозаключений, у них имеются трудности в переработке языковой информации, а также имеются дефициты в разных частях фонологии, что вызывает у них недоразвитие речи и грамотности [4]. Можно согласиться с Л.И. Беляковой, что специфическое языковое недоразвитие может относиться лишь к особым случаям затруднений в овладении ребенком двумя и более языковыми системами. [1, 4].

Осмысление окружающего идет при участии языка, и ребенок, начинающий овладевать другой языковой системой, начинает усваивать другой путь осознания действительности. Иногда дети-билингвы не могут идентифицировать свою национальную принадлежность. [4, 7].

Не существует разницы между познавательными способностями в контексте общего интеллекта, так что билингвы не умнее, чем монолингвы. Но разница между монолингвистическим и билингвистическим мышлением существует в специфических процессах, связанных с вниманием и селекцией. Способность выборочно обращать внимание на важную информацию в присутствии отвлекающих факторов лучше развита у билингвов. И это нетривиально, так как эта способность находится в основе многих процессов высшего мышления и выполнения действий.

Одна из находок исследований старения состоит в том, что у пациентов,

больных слабоумием, особенно болезнью Альцгеймера, первые симптомы болезни позже проявляются у билингвов. Известно, что болезнь находится в мозге и поражает его. Однако пациенты с билингвизмом могут функционировать сравнительно нормально на протяжении более длительного периода. Присутствует компенсирующий эффект. Это важная находка, и она повторялась во многих исследованиях. Е. Bialystok et al. отмечают, что пожилые билингвы, которые всю жизнь активно использовали два языка, имеют более быструю мыслительную реакцию по сравнению с монолингвами и сохраняют ясность и живость ума. Ученые полагают, что билингвизм поддерживает активность мозговых функций и тормозит процесс старения мозга. Это положительное влияние, возможно, обусловлено «конкурентной» природой обработки информации, т. е. необходимостью постоянно выбирать из двух языков [8]. В целом большинство исследователей склонно рассматривать влияние билингвизма как положительное.

Кроме того, проблема соотношения культур в прививании билингвизма является мало раскрытой, чем и определяется актуальность исследований по данной проблематике.

Несмотря на актуальность данной проблемы, подобных исследований практически не проводилось в нашей республике.

Целью данного исследования является изучение когнитивных способностей младших школьников из моно- и билингвистических семей.

Выдвинуто предположение о том, что:

- когнитивные способности младших школьников из билингвальных семей развиты лучше, чем из монолингвальных;
- уровень развития произвольного механического запоминания детей-монолингвов ниже, чем у детей билингвов;
- уровень развития словесно-логического мышления у детей-билингвов выше, чем у детей из монолингвальных семей.

Общее число выборки составило 60 человек – младшие школьники 1-3 классов, посещающие образовательный центр скорочтения и развития интеллекта «IQ.KG». Данный период (7-10 лет) соответствует младшему школьному возрасту.¹

Результаты и их обсуждение. Данные авторской анкеты. Полученные ответы на вопросы: «Я обычно разговариваю на _____ языке/языках», «Дома мы разговариваем на _____ языке /языках», «Я с детства говорю на _____ языке /языках» «Я понимаю разговорную речь _____ на языке /языках», позволили нам разделить детей на две группы: 1 группа – младшие школьники из монолингвистических семей 48% (n=29), где первым языком является русский язык; 2 группа – младшие школьники из билингвистических семей 52% (n=31), где родным языком является кыргызский язык, а вторым – русский язык. Возрастной диапазон, а также количество респондентов в каждой группе представлены в диаграмме 1.

Таким образом, количество монолингвов - детей в возрасте 6-7 лет (1 класс)

¹Сбор данных проведен Нурайым Эсенгул кызы, студенткой выпускного курса направления «Психология».

составляет 7%, а в группе билингвов 3%. 55% школьников-монолингвов 8 лет (2 класс), и 81% 8-летних школьников билингвы. На одном языке говорят 38% 9-летних школьников (3 класс) и 16% школьников 9 лет говорят на двух языках.

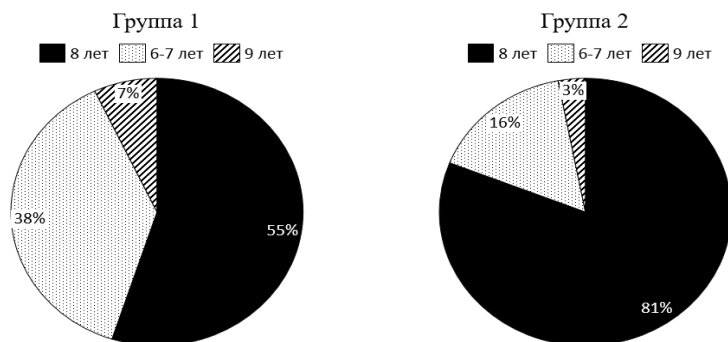


Рисунок 1. Процентное соотношение возраста респондентов в каждой группе.

Данные по методике «Запоминание 10 слов, не связанных по смыслу» А.Р. Лурия. Данная методика использовалась нами с целью изучения процесса произвольного запоминания у детей младшего школьного возраста, а также утомляемости, активности внимания школьников.

По результатам проведенных обследований на общей выборке детей (60 респондентов) минимальный показатель по 1 пробе был равен 2 словам, максимум 8 слов, среднее значение 4,28, а ошибка средней 0,247 и стандартное отклонение равнялось 1,914. Другими словами, младшие школьники после одного прослушивания слов запоминали от 2 до 6 слов, что соответствует возрастным нормам.

Далее, показатели по 2 пробе колебались от минимального 2 слов до максимального - 10. Средний показатель в данной пробе был равен 5,5; а ошибка средней 0,259, а также стандартное отклонение 2,002. Иными словами, дети после повторения 10 слов смогли воспроизвести от 3 до 7 слов, то есть на 1 слово больше, чем в первый раз.

В пробе № 3 минимальное значение 3, максимальное 10, среднее значение 7,08, ошибка средней 0,255; а стандартное отклонение 1,977. Так, младшие школьники после 3 прослушивания тех же слов смогли по памяти воспроизвести 5-9 слов, что превышает предыдущий результат на 2 слова.

В пробе № 4 полученное минимальное число равнялось 4 словам, максимальное 10, где средний показатель был равен 7,85, и ошибка средней 0,236, стандартное отклонение 1,830. Таким образом, младшие школьники моно- и билингвы смогли вспомнить 6-9 слов.

Далее, результаты 5 пробы варьировались от 4 слов до 10. Средний показатель составил 8,33; ошибка средней 0,217 и стандартное отклонение 1,670. Таким образом, в конце, после 5 повторений 10 слов, младшие школьники в возрасте от 6 до 9 лет смогли вспомнить от 6-7 слов до 10. Что говорит о том, что те дети, которые смогли вспомнить 6-8 слов, имеют средний уровень запоминания, а дети, запомнившие 9-10 слов после 5-го предъявления имеют высокий

уровень произвольного запоминания.

И в последней пробе через час минимальные показатели в общей выборке равнялись 2, а максимальные 10, где средний показатель был равен 6,65 и ошибка средней 0,245, а данные по стандартному отклонению были равны 1,894. Так, после 50-60 мин, испытуемые смогли воспроизвести от 4-5 до 8-9 слов. Получается, что школьники, вспомнившие при отсроченном воспроизведении 4 слова, имеют уровень произвольного запоминания ниже среднего. Дети, чьи результаты варьировали от 5 до 7 слов, имеют средний уровень произвольного запоминания. А школьники, вспомнившие при отсроченном воспроизведении 8-9 слов, имеют высокий уровень произвольного запоминания. Данные приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Данные по методике «10 слов» А.Р. Лурия

	N	Минимум	Максимум	Среднее арифметическое		Стандартное отклонение
Проба № 1	60	2	8	4,28	,247	1,914
Проба № 2	60	2	10	5,58	,259	2,002
Проба № 3	60	3	10	7,08	,255	1,977
Проба № 4	60	4	10	7,85	,236	1,830
Проба № 5	60	4	10	8,33	,217	1,670
Проба через час	60	2	10	6,65	,245	1,894

Таблица 2.

Результаты сравнения показателей по шкалам методики «10 слов» А.Р.Лурия

Шкалы	Группа 1 (n=29)		Группа 2 (n=31)		t-критерий Стьюдента	p
	M	m	M	m		
Проба № 1	3,52	1,45	5,00	2,03	-3,229	<0,05
Проба № 2	5,03	1,84	6,10	2,03	-2,113	<0,05
Проба № 3	6,41	2,06	7,71	1,69	-2,665	<0,05
Проба № 4	7,10	1,97	8,55	1,38	-3,302	<0,05
Проба № 5	7,59	1,93	9,03	1,01	-3,655	<0,05
Проба через час	6,03	1,86	7,23	1,76	-2,545	<0,05

Таким образом, как видно из табл. 2, статистически значимые различия были найдены во всех пробах. Вероятно, это говорит о том, что группа 1 отличается от группы 2 по уровню способностей запоминать без осознания логической связи между различными частями воспринимаемого материала. Другими словами, уровень произвольного механического запоминания у младших школьников монолингвов ниже, чем у детей билингвов. Таким образом, во всех пробах школьники группы 2 запоминали на 1 или 2 слова больше группы 1. Далее приведена диаграмма среднестатистической кривой запоминания в двух группах по 6 пробам.

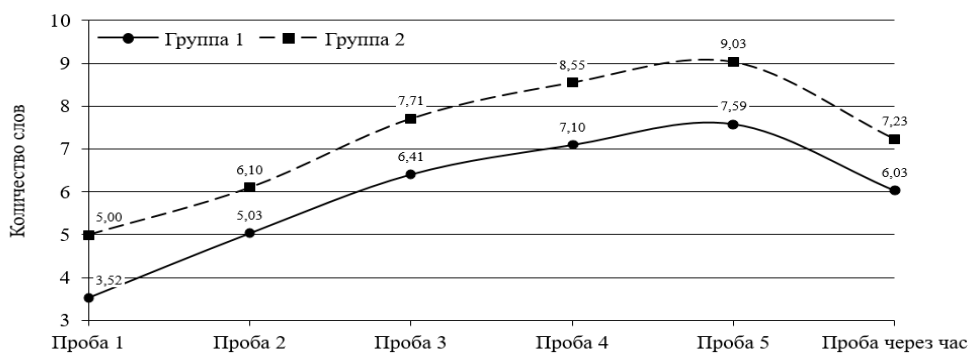


Рисунок 2. Среднестатистическая кривая запоминания в двух группах.

Результаты по методике исследования словесно-логического мышления Э.Ф. Замбацявичене. Данная методика использовалась нами с целью исследования уровня развития и особенностей понятийного мышления, сформированности важнейших логических операций младших школьников из моно- и билингвальных семей. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Результаты сравнения показателей по шкалам исследования словесно-логического мышления Э. Ф. Замбацявичене

Шкалы	Группа 1 (n=29)		Группа 2 (n=31)		t-критерий Стьюдента	p
	M	m	M	m		
Дополнение предложений	4,66	1,717	5,39	1,838	-1,591	<0,05
Выбор слова	6,31	1,650	7,35	1,561	-2,520	<0,05
Аналогии	5,55	2,384	5,58	2,643	-0,044	>0,05
Обобщение	13,76	4,918	12,90	5,381	0,641	>0,05

Полученные данные демонстрируют, что в шкалах «Аналогии» ($t=-0,044$; $p>0,05$) и «Обобщение» ($t=0,641$; $p>0,05$) статистически значимых различий обнаружено не было. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что младшие школьники из моно- и билингвальных семей имеют одинаковый уровень комбинаторных способностей, подвижности и переключаемости мышления, а также они не имеют отличий в способностях к формированию понятий.

Однако по шкалам: «Дополнение предложений» ($t=-1,591$; $p<0,05$) и «Выбор слова» ($t=-2,520$; $p<0,05$) в группах 1 и 2 были отмечены статистически значимые различия. Это дает нам возможность говорить о том, что способность формулировать суждения и чувство языка, понимание значения слова выше у группы 2, чем у группы 1. Другим словами, дети-билингвы лучше справились с заданиями, связанными со словесным мышлением, которое неотъемлемо связано с речью. Полученные результаты подтверждают данные исследований, полученных в университете Йорк в Торонто Е. Bialystok о том, что билингвы обращают внимание на смысловую нагрузку предложения, а также билингвизм улучшает навыки классифицирования, образования концептов, проведения аналогий, способствует развитию творческого подхода [8].

Далее приведены среднестатистические диаграммы по 4 субтестам в 2 группах.

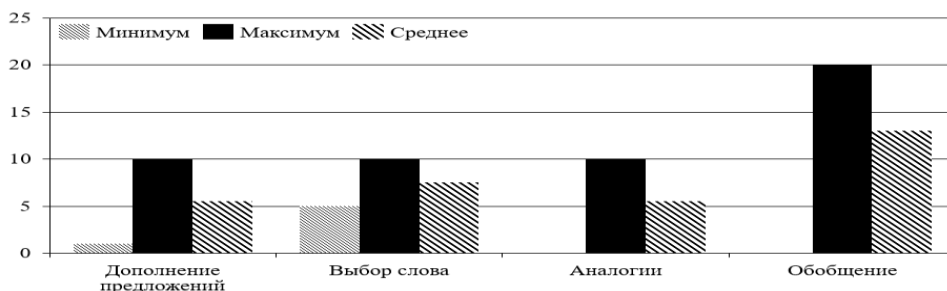


Рисунок 3. Среднестатистические данные по 4 субтестам в группе 1.

Исходя из полученных данных (рис. 3), можно отметить, что младшие школьники монолингвы в субтесте «Дополнение предложений» выполняли 6 заданий без ошибок, в субтесте «Выбор слова» - 7, в «Аналогиях» - 6 правильных ответов и в субтесте «Обобщение» 13.

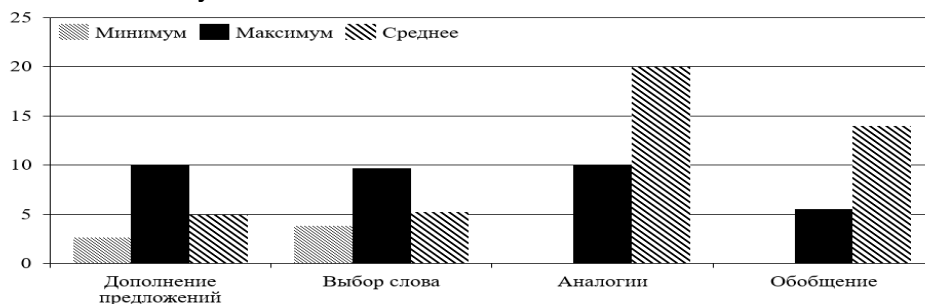


Рисунок 4. Среднестатистические данные по 4 субтестам в группе 2

В группе билингвов средние показатели в субтесте «Дополнение предложений» равнялись 5, «Выбор слова» и «Аналогии» 6, и в «обобщении» результаты равнялись 14.

Таким образом, существуют различия между когнитивными способностями младших школьников из моно- и билингвальных семей. Статистически значимые различия были найдены во всех пробах, где группа билингвов справилась с заданиями лучше. Так, показатели словесно-логического мышления детей-билингвов выше, чем у детей из монолингвальных семей; были обнаружены качественные различия в сформированности важнейших логических операций у младших школьников из моно- и билингвальных семей.

Двуязычные дети располагают большим количеством независимых друг от друга мыслительных способностей, дающих им преимущество перед монолингвами в разнообразии и гибкости подходов к селекции, запоминанию материала, способности формулировать суждения и чувству языка, пониманию значения слов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белякова Л.И. Детский билингвизм как актуальная проблема логопедии (http://www.logo-mpgu.ru/assets/files/belyakova_detskij-bilingvizm-kak-aktualnaya-problema-logopedii.pdf)

2. Белякова, Л.И. Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания // Заикание: проблемы теории и практики / Под ред. Л.И. Беляковой. М., 1992. С 3-20.

3. Выготский Л.С. Умственное развитие детей в процессе обучения. М.: Наука, 1935. 134 с.

4. Овчинников, А.В., Протасова Е.Ю. Двухязычие и дети со специфическим языковым недоразвитием // Логопед. 2011. № 5. С. 6-17.

5. Протасова, Е.Ю. Дети и языки. Организация жизнедеятельности детей в двухязычном детском саду. Методическое пособие к программе «Двухязычный детский сад» / Отв. ред. Л.Е. Курнешова. М.: Центр инноваций в педагогике, 1998. 167 с.

6. Яцыкевичус, А.И. Психология формирования многоязычия: автореф. дис. докт. психол. наук. Вильнюс, 1970.

REFERENCES

1. Belyakova L.I. Detskij bilingvizm kak aktual'naya problema logopedii (http://www.logo-mpgu.ru/assets/files/belyakova_detskij-bilingvizm-kak-aktualnaya-problema-logopedii.pdf)

2. Belyakova, L.I. Problemny`j podkhod k analizu patogeneticheskikh mekhanizmov zaikaniya // Zaikanie: problemy` teorii i praktiki / Pod red. L.I. Belyakovej. M., 1992. S 3-20.

3. Vy`gotskij L.S. Umstvennoe razvitie detej v procессе obucheniya. M.: Nauka, 1935. 134 s.

4. Ovchinnikov, A.V., Protasova E.Yu. Dvuyazy`chie i deti so speczificheskim yazy`kovy`m nedorazvitiem // Logoped. 2011. # 5. S. 6-17.

5. Protasova, E.Yu. Deti i yazy`ki. Organizacziya zhiznedeyatel`nosti detej v dvuyazy`chnom detskom sadu. Metodicheskoe posobie k programme «Dvuyazy`chny`j detskij sad» / Otv. red. L.E. Kurneshova. M.: Czentr innovaczij v pedagogike, 1998. 167 s.

6. Yaczy`kevichyus, A.I. Psikhologiya formirovaniya mnogoyazy`chiya: avtoref. dis. dokt. psikhol. nauk. Vil`nyus, 1970.

7. Adams, C., Clarke, E., Haynes, R. Inference and sentence comprehension in children with specific or pragmatic language impairments// International Journal of Language & Communication Disorders. 2009. Vol. 44. № 3. Pp. 301-318.

8. Bialystok E., Hakuta K. In other words. Basic Books, 2004. 246 p.

9. Peal E., Lambert W.E. The Relation of Bilingualism to Intelligence. Psychological Monographs General and Applied, 1962. 76, 1-23.

I.N. Chzhen

THE STUDY OF COGNITIVE CHARACTERISTICS OF PRIMARY SCHOOLCHILDREN FROM MONO- AND BILINGUAL FAMILIES

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Eltsin (Bishkek).

Summary. The article discusses is aimed at studying of primary schoolchild cognitive functions from mono-and bilingual families. The work revealed features of bilingualism, features of primary school-age and interrelated knowledge of one or two languages on cognitive features, such as memory, attention, thinking of primary school children.

Keywords: bilingualism, cognitive functions, primary schoolchild

ТОЧНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ И САМООЦЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ

Смоленский государственный университет (Смоленск).

Резюме. В работе исследованы психологические особенности взаимосвязи точности восприятия и самооценки младшего школьника. Цель работы заключалась в установлении связи между уровнями перцептивной точности и самооценки обучающихся. В исследовании приняли участие 20 младших школьников, обучавшихся в четвертом классе. В исследовании использованы методики «Шкалы приборов» и «Измерение самооценки» Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан. Установлена умеренная обратная взаимосвязь между точностью восприятия и неадекватной (завышенной/заниженной) самооценкой. Полученные результаты можно учитывать при разработке учебно-методических программ по психологии развития, детской психологии и психологическом консультировании.

Ключевые слова: модальность восприятия, точность восприятия, младший школьник, личность, самооценка, психическое состояние, эффективность обучения.

В Приказе Рособрнадзора № 590, Министерства просвещения России № 219 от 06.05.2019 «Об утверждении Методологии и критериев оценки качества общего образования в общеобразовательных организациях на основе практики международных исследований качества подготовки обучающихся» качество общего образования в общеобразовательных организациях является приоритетной стратегической задачей государства [6]. Достижение намеченных целей осуществляется в том числе посредством эффективного формирования психики и развития личности обучающихся.

Определяющим условием успешного усвоения обучающимся учебного материала является точность восприятия. Проблема восприятия связана, прежде всего с необходимостью соотнесения воспринимаемого объекта с имеющимися эталонами восприятия и затем с их воспроизведением [1, 11]. Данная проблематика широко представлена в психологии межличностного восприятия [2]. Варианты сосуществования ошибок и точности межличностного восприятия связаны с особенностями личности. Установлено, что окружающие оценивают более точно людей, которые являются носителями позитивных черт личности. Это связано не только с точностью перцепции, но и с особенностями ее трансформации, поскольку человек, обладающий более позитивными, нормативными чертами личности, является и более нормативной личностью, и оценивающие его люди склонны оценивать более нормативно того, кого воспринимают позитивно [14]. Формирование самооценки младшего школьника обусловлено успешностью его учебной деятельности, с одной стороны, и оценкой степени ответственности его поведения и деятельности значимыми для него взрослыми (родителями, родственниками, учителями), с другой стороны. Последние во мно-

гом как бы задают некие параметры точности социальной перцепции младшего школьника, способствуя/препятствуя эффективности его учебной деятельности.

Связь формирования и функционирования социальной перцепции и личностных особенностей общеизвестна. Например, теория реалистической точности Д. Фандера связывает точность перцепции с личностными характеристиками воспринимающего индивида [11]. В теории прагматической точности У. Свонна формулируется положение о том, что точность восприятия связана с различными проявлениями субличностей (у У. Свонна «идентичностей») в разных социальных ситуациях [13]. В проведенных нами исследованиях тензометрической точности также была выявлена связь между точностью восприятия и особенностями психического состояния и свойств личности обучающихся [4, 5]. Иными словами, разные модальности восприятия характеризуются различной точностью [12]. В теории (модели) социальной точности Дж. Байесанз вводится понятие различительной точности восприятия, которое можно транспонировать не только на межличностное восприятие, но и на восприятие некоего учебного материала, предлагаемого группе в ходе процесса обучения. По аналогии с результатами, полученными Дж. Байесанз при оценке точности восприятия как различительной согласованности восприятий разной модальности, можно предположить, что более точное восприятие объекта связано с адекватной самооценкой (у Дж. Байесанз симпатией) [9].

С.М. Валявко и П.А. Жокина (2016) отмечают, что понятие «самооценка» было исследовано в более чем в 25 000 научных публикациях [3]. Традиционно оно определяется как оценка личностью самой себя, своих свойств, особенностей и собственного места в социокультурном сообществе людей. С. Куперсмит определяет самооценку как отношение человека к себе, которое, складываясь в процессе онтогенеза, приобретает относительно стабильный в некотором смысле инвариантный характер. Она, на его взгляд, актуализируется главным образом как одобрение или неодобрение, которые, в свою очередь, реализуются в некоей степени убежденности в своей самооценности и значимости [там же]. Эта особенность как некое условие способствует повышению точности восприятия. Это условие не является однозначным и самооценка личностью различных компетенций не является гомогенной [7, 8].

С. Куперсмит (1967) выделял два компонента в структуре самооценки: оценочный и аффективный. В перечень условий формирования самооценки он включал власть (влияние и контроль окружающих; значимость/ценность для других или принятие окружающими); соблюдение морально-нравственных норм и соответствие ожиданиям социально-значимого окружения; компетентность и/или успех в достижении поставленных целей [10].

Таким образом, можно предположить, что оценка обучающимся себя и собственных способностей к обучению как нормативных, социально приемлемых взаимосвязаны и способствуют эффективному усвоению учебных знаний, умений и навыков.

Цель нашего исследования состояла в изучении психологических особенностей взаимосвязи точности восприятия и самооценки младших школьников. В качестве гипотетического было выдвинуто предположение о том, что их точ-

ность восприятия и самооценка взаимосвязаны.

В исследовании приняли участие 20 младших школьников, обучавшихся в 4 классе средней школы № 4 г. Ярцево. Среди них 12 девочек и 8 мальчиков в возрасте 10-11 лет. Исследование проводилось в 2020-2021 гг.

Структуру исследования составили три этапа:

на первом этапе осуществлялась диагностика быстроты и точности оценки зрительного восприятия с помощью методики «Шкалы приборов»;

на втором этапе измерялась самооценка испытуемых с помощью методики «Измерение самооценки» Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан. Стимульный материал методики включал в себя четыре вертикальные линии, которые были нанесены на горизонтальной стороне листа бумаги формата А 4 и обозначали шкалы счастья, здоровья, характера и ума. Учащиеся должны были сделать на них отметки, соответствующие, по мнению испытуемых, уровню их развития;

на третьем этапе осуществлялась обработка полученных результатов с помощью методов математической статистики (коэффициент ранговой корреляции Пирсона).

Результаты исследования точности зрительного восприятия представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты испытуемых, методика «Шкалы приборов».

№ исп-го	Шкалы приборов									Кол-во прав. отв.	Время вып.	Баллы	Уровень зрительного воспр.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.2	+	+	+	-	+	+	-	+	-	6	140	2	средний
2.3	+	+	-	-	+	+	+	+	-	6	85	5	средний
3.4	+	-	+	-	-	-	-	+	-	3	71	7	низкий
4.5	+	+	+	+	+	+	+	-	-	7	54	9	высокий
5.6	-	+	-	-	+	+	-	+	-	4	107	3	низкий
6.7	+	+	-	+	+	+	+	+	+	8	70	7	высокий
7.8	+	+	-	+	-	-	+	+	+	5	73	6	средний
8.9	+	-	-	-	+	+	-	+	-	4	37	10	низкий
9.10	+	-	+	+	-	-	+	-	-	4	118	3	низкий
10.11	+	+	+	+	+	+	-	+	-	7	58	8	высокий
11.12	-	-	-	-	-	-	-	+	-	1	43	10	низкий

12.13	-	-	+	-	+	-	-	+	-	3	105	3	низкий
13.14	-	+	+	-	+	+	+	+	-	6	133	2	сред- ний
14.15	-	+	+	+	+	+	-	+	-	6	123	2	сред- ний
15.16	-	-	-	-	+	+	+	+	-	4	75	6	низкий
16.17	+	-	+	-	+	-	-	+	-	4	124	2	низкий
17.18	-	+	-	-	-	+	-	+	-	3	165	1	низкий
18.19	-	+	+	-	+	+	-	-	+	5	94	4	сред- ний
19.20	+	-	+	+	+	+	+	+	+	8	74	6	высо- кий
20.21	+	-	+	-	+	-	+	-	-	4	66	7	низкий
Σ	12	11	12	7	15	13	9	16	4	98	1675	10	
$\Sigma\Sigma\Sigma$												3	
μ	0,6	0,5	0,6	0,3	0,7	0,6	0,4	0,8	0,2	4,9	83,7	5,2	

Табл. 1 включает 14 столбцов, в столбце 1 указаны порядковые номера испытуемых; во 2–10-м столбцах отражены результаты выполнения заданий испытуемыми: плюсы соответствуют верно выполненным заданиям, минусы – неверно выполненным заданиям; в столбце 11 приведена итоговая сумма всех правильно выполненных заданий; в 12-м показано время, затраченное испытуемым на выполнение методики; в 13-м столбце приведены баллы оценок времени и, наконец, 14 включает идентификацию уровня точности и быстроты зрительного восприятия участников.

Как видно из табл. 1, наибольшее количество правильных ответов было получено при выполнении 1, 3, 5, 6 и 8 шкал. Наименьшее количество правильных ответов было получено в процессе выполнения заданий 4 и 9 шкал. Со шкалой 9 справились лишь 4 из 20 реципиентов (что составило 20%).

Испытуемыми было дано 98 правильных ответов из 180 возможных. Таким образом, процент выполнения правильных ответов из всех предложенных испытуемым для решения составил 54, среднее их значение равно 5. Средне групповое значение времени равно 83,7 секунды.

Уровень развития зрительного восприятия дифференцировался по трем уровням: высокий, средний и низкий. Чем большее количество правильно выполненных заданий осуществлял испытуемый в единицу времени, тем выше оценивался его уровень развития зрительного восприятия. От одного до четырех из девяти правильно выполненных задания оценивались как низкий уровень зрительного восприятия, от пяти до шести как средний и от семи и выше как высокий.

Как видно из табл. 1, высокий уровень зрительного восприятия установлен у четырех испытуемых (что составило 20% от общего числа участников), у шести учащихся выявлен средний уровень (30%) и у 10 испытуемых (50% учащихся) – низкий. Иными словами, учащиеся с высоким и средним уровнями точности восприятия составили половину выборки испытуемых. Поскольку ведущим

видом деятельности младших школьников является учебная деятельность, а обследованная нами группа испытуемых обучалась в условиях организованного обучения в течении четырех лет, становится очевидным, что задача развития перцептивной точности самостоятельно «стихийно/спонтанно» формируется у ограниченного числа учащихся, требует специально организованной практики.

Результаты исследования уровня самооценки испытуемых по методике Дембо-Рубинштейн представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты исследования уровня самооценки испытуемых по методике Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан)

№	Баллы	Уровень самооценки		
		высокий	средний	низкий
1	2	3	4	5
1.	75	+		
2.	95	+		
3.	80	+		
4.	100	+		
5.	90	+		
6.	94	+		
7.	50			+
8.	100	+		
9.	60			+
10.	50			+
11.	22			+
12.	65		+	
13.	60			+
14.	95	+		
15.	100	+		
16.	49			+
17.	69		+	
18.	95	+		
19.	50			+
20.	88	+		
	1487	11	2	7
	74,35	0,55	0,1	0,35

Табл. 2 включает 5 столбцов: в столбце 1 представлены порядковые номера испытуемых, во 2-м – приведены полученные в ходе диагностики баллы, в 3-5 столбцах фиксированы результаты испытуемых, дифференцированные по уровням/видам самооценки (адекватная (средний) и неадекватная (высокий и низкий)). Как видно из табл. 2, средняя оценка по группе несколько ниже адекватного уровня самооценки (столбец 2, 74,35 балла при нижней границе адекватной оценки – 75-89 баллов). Количество участников, у которых выявлена адекватная самооценка составляет 2 человека, что составляет 10% от

всего числа испытуемых. Соответственно неадекватная самооценка характерна для 18 учащихся или 90% испытуемых. Завышенная самооценка установлена у 11 испытуемых, что составило 55% (причем, из них очень высокий уровень выявлен у 40% и высокий у 15%) и заниженная самооценка обнаружена у 7 обучающихся, 35% от всего числа обследованных.

Неадекватная самооценка связана с необъективным отношением к своим возможностям, что проявляется в низкой критичности [1]. Причем, как это уже было отмечено выше, у 7 испытуемых самооценка является «очень высокой» (88–100 баллов), что составило 63,6% от числа испытуемых этой группы, у 36,4% - «высокая». Таким образом, в исследовании установлено, что обучающиеся с неадекватной самооценкой (завышенной и заниженной), составляют большую часть выборки, их 18 человек, или 90% от общей выборки.

Сравнительный анализ полученных результатов испытуемых по обоим методикам: Шкалы приборов и исследования самооценки по тесту Дембо-Рубинштейн представлен в табл. 3.

Таблица 3.

Компаративное соотнесение результатов исследования уровней точности зрительного восприятия и самооценки

№ исп.	Уровень зрительного восприятия			Уровень самооценки		
	высокий	средн.	низкий	адекватн	неадекватная	
					занижен	завышен
1		+				+
2		+				+
3			+			+
4	+					+
5			+			+
6	+					+
7		+			+	
8			+			+
9			+		+	
10	+				+	
11			+		+	
12			+	+		
13		+			+	
14		+				+
15			+			+
16			+		+	
17			+	+		
18		+				+
19			+		+	
20	+					+
Σ	4	6	10	2	7	11
μ %	20	30	50	10	35	55

Как видно из табл. 3, высокий уровень точности зрительного восприятия и адекватная самооценка не являются характерными для данной группы испытуемых (20 и 10% от числа всех участников соответственно). У половины испытуемых выявлен низкий уровень точности восприятия и неадекватная, завышенная самооценка. Низкий уровень развития зрительного восприятия выявлен у половины учащихся (50% испытуемых). Более половины (55% участников) обладают завышенной самооценкой.

Понятно, что в младшем школьном возрасте значимые для детей взрослые целенаправленно и систематически не занимаются формированием самооценки и ее дифференциацией от оценок окружающих самим ребенком. Возможно, это входит в перечень причин, объясняющих такой низкий процент адекватной самооценки в младшем школьном возрасте (в нашем исследовании 10% от всей выборки). Проблема точности восприятия глобально перед школьником также не ставится. Систематическая практика репродуцирования учебного материала (в нашем исследовании – в течении 3,5 лет обучения в начальной школе) способствовала развитию уровня точности зрительного восприятия до высокого у 20% (4 обучающихся) испытуемых. Вместе с тем, как видно из табл. 3, у этих учащихся адекватная самооценка не выявлена. Младшие школьники с адекватной самооценкой (в нашем исследовании 10%, 2 обучающихся) характеризуются низким уровнем зрительного восприятия (табл.3, строки 12, 17).

На основании корреляционно-регрессионного анализа (коэффициент Пирсона) был определен коэффициент корреляции (r) между исследуемыми показателями, он равен -0.354 . Связь между исследуемыми признаками – обратная, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – умеренная ($p > 0,05$). Что означает, что чем выше точность восприятия, тем ниже неадекватность самооценки.

Таким образом, гипотеза, выдвинутая в начале исследования о наличии взаимосвязи между точностью восприятия и самооценкой младших школьников, нашла свое подтверждение. Вместе с тем в исследовании была использована методика Дембо-Рубинштейн, традиционно применяемая для решения задач, связанных с диагностикой детей начального школьного возраста и дающая возможность оценить представление о себе по параметрам, ограниченными используемыми в методике шкалами. Понятно, что в результате ее применения имеется возможность выявить/уточнить некий абрис представлений о себе/испытуемом, и выявить вид самооценки: адекватная, неадекватная. Однако оценка собственных психических функций и/или собственных личностных качеств, связанных с реализацией различных конкретных видов деятельности, может быть различной и отличаться от «интегральной» оценки себя испытуемым [9, 11, 14].

Кроме того, методики не дают возможности выделить деонтический компонент в исследовании точности перцепции и виде самооценки. В связи с этим мы понимаем необходимость дальнейших исследований в этой области. Они в том числе будут связаны с разработкой инструментов более точного измерения видов самооценки и точности восприятия. Полученные результаты можно учитывать при разработке учебно-методических программ по психологии развития, детской психологии и психологическом консультировании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.М. Психология социального познания. М.: Аспект Пресс, 2000. 288 с.

2. Белинская Е.П., Бронин И.Д. Проблема точности межличностного восприятия: современные концептуальные модели и эмпирические исследования // Вестник Кемеровского государственного университета. 2015. № 1. С. 109-113.

3. Валявко С.М., Жокина П.А. Современные исследования проблемы самооценки в современной зарубежной психологии // Системная психология и социология. 2016. № 20. URL: http://systempsychology.ru/journal/2016_20/359-s-m-valyavko-p-a-zhokina-sovremennye-issledovaniya-problemy-samoocenki-v-zarubezhnoy (дата обращения: 07.04.2022).

4. Полякова И.В. Психологические особенности влияния спортивной деятельности на точность восприятия // Психология когнитивных процессов: сборник статей / Под ред. В.В. Селиванова. Смоленск: Издательство: СмолГУ, 2021. С. 92-96.

5. Полякова И.В. Психологические особенности коррекции тревожности и агрессивности младших школьников // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. № 2. С. 58-65.

6. Приказ Рособнадзора № 590, Минпросвещения России № 219 от 06.05.2019 «Об утверждении Методологии и критериев оценки качества общего образования в общеобразовательных организациях на основе практики международных исследований качества подготовки обучающихся». URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosobrnadzora-n-590-minprosveshchenija-rossii-n-219-ot/>. (дата обращения: 07.04.2022).

7. Учебные задания по психологии для студентов 1-2 курсов / А.Я. Дудецкий, Е.А. Лустина, Г.В. Мурашко. Смоленск: СГПИ им. К. Маркса. 1988. 52 с.

REFERENCES

1.Andreeva G.M. Psikhologiya soczial'nogo poznaniya. M.: Aspekt Press, 2000. 288 s.

2.Belinskaya E.P., Bronin I.D. Problema tochnosti mezhlichnostnogo vospriyatiya: sovremennyye konceptual'ny'e modeli i e'mpiricheskie issledovaniya // Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015. # 1. S. 109-113.

3.Valyavko S.M., Zhokina P.A. Sovremennyye issledovaniya problemy samoocenki v sovremennoj zarubezhnoj psikhologii // Sistemnaya psikhologiya i socziologiya. 2016. # 20. URL: http://systempsychology.ru/journal/2016_20/359-s-m-valyavko-p-a-zhokina-sovremennye-issledovaniya-problemy-samoocenki-v-zarubezhnoy (data obrashheniya: 07.04.2022).

4.Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti vliyaniya sportivnoj deyatel'nosti na tochnost' vospriyatiya // Psikhologiya kognitivny'kh processov: sbornik statej / Pod red. V.V. Selivanova. Smolensk: Izdatel'stvo: SmolGU, 2021. S. 92-96.

5.Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti korrekczii trevozhnosti i agressivnosti mladshikh shkol'nikov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2021. # 2. S. 58-65.

6.Prikaz Rosobrnadzora # 590, Minprosveshheniya Rossii # 219 ot 06.05.2019

«Ob utverzhdenii Metodologii i kriteriev ocenki kachestva obshhego obrazovaniya v obshheobrazovatel'nykh organizatsiyakh na osnove praktiki mezhdunarodnykh issledovaniy kachestva podgotovki obuchayushhikhsya». URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosobrnadzora-n-590-minprosveshcheniya-rossii-n-219-ot/>. (data obrashheniya: 07.04.2022).

7. Uchebny'e zadaniya po psikhologii dlya studentov 1-2 kursov / A.Ya. Dudeczkij, E.A. Lustina, G.V. Murashko. Smolensk: SGPI im. K. Marksa. 1988. 52 s.

8. Bandura A. Auto-efficacite. Le sentiment d'efficacite personnelle / Albert Bandura ed. De Boeck, 2007. 859 p.

9. Biesanz J.C. The Social Accuracy Model of Interpersonal Perception: Assessing Individual Differences in Perceptive and Expressive Accuracy. *Multivariate Behavioral Research*. 2010. Vol. 45. Issue 5. P. 853–885

10. Coopersmith S. The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W.H. Freeman & Co, 1967. P. 283–326.

11. Funder D.A. Accurate Personality Judgment. *Current Directions in Psychological Science*. 2012. Vol. 21. P. 172–182.

12. Larivey M. «L'estime de soi», «La Lettre du Psy» // *Magasine electronique de Ressources en Developpement*. Mars, 2002. Vol. 6. № 3. URL: www.redpsy.com/infopsy/estime.html (дата обращения: 07.04.2022).

13. Swann W.B. The Self and Identity Negotiation // *Interaction Studies*. 2005. Vol. 6. Issue 1. P. 69 – 83.

14. West T.V., Kenny D.A. Truth and Bias Model of Judgment // *Psychological Review*. 2011. Vol. 118. Issue 2. P. 357–378.

I.V. Polyakova

ACCURACY OF PERCEPTION AND SELF-ESTEEM OF A JUNIOR STUDENT: PSYCHOLOGICAL FEATURES OF RELATIONSHIP

Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The paper examines the psychological features of the relationship between the accuracy of perception and self-esteem of a younger student. The aim of the work was to establish a link between the levels of perceptual accuracy and self-esteem of students. The study involved 20 primary school students enrolled in the fourth grade. The study used the methods of "Scales of instruments and «Measurement of self-esteem» Dembo-Rubinstein modified by A.M. Parishioners. A moderate inverse relationship has been established between the accuracy of perception and inadequate (overestimated/underestimated) self-esteem. The results obtained can be taken into account when developing educational and methodological programs on developmental psychology, child psychology and psychological counseling.

Keywords: modality of perception, accuracy of perception, junior student, personality, self-esteem, mental state, the effectiveness of training.

Ю.Б. Можгинский**ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ:
МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ
АО Сеть клиник «Медси» (Москва).**

Резюме. Диагностические и лечебные методики современного психоанализа позволяют оптимизировать работу психиатра. Преодоление фармакоцентричного подхода помогает избежать нежелательных эффектов лекарственной терапии – таких, например, как резистентность и полипрогмазия. Психоаналитический взгляд на происхождение и динамику психопатологических симптомов у детей и подростков составляет патогномичную основу в диагностике и лечебном вмешательстве, давая возможность оптимизировать как фармакологический, так и психотерапевтический методы воздействия.

Ключевые слова: психоанализ, психодинамика, сепарация, онтогенез, сублимация, либидо.

Психоанализ вступил в каком-то смысле в постфрейдовскую эпоху: от основного «фрейдовского» ствола образуется все больше ответвлений, методики модифицируются, адаптируются к современности. По замечанию президента международной психоаналитической ассоциации Стефана Болоньи [1], психоаналитик сегодня в большей степени является модератором переживаний и конфликтов клиента, чем раньше, когда он был более холоден и отстранен. Основным «полем битвы» по-прежнему являются человеческая тревога и душевная боль. Современный человек более свободен, но и более одинок. Стало быть, надо не столько «освобождать» его, сколько помочь ему найти «психическую близость» с другими, значимыми для него людьми. Указанные особенности самым тесным образом касаются детского психоанализа. Общеизвестную зависимость матери и ребенка надо рассматривать как поле психоаналитической интервенции. Но часто мы также имеем дело с коллизиями в отношениях ребенка с отцом («отцовской фигурой»).

Существуют признанные многими исследователями, как бы сказать, «несгораемые» понятия психоанализа. Они относятся как к «классическому» психоанализу, так и к его «ответвлениям». Кроме того, в главных чертах они соответствуют и многим воззрениям «материалистической» психиатрии детского возраста [2, 3, 11, 12].

Мы провели предварительный анализ выявляемости этих признаков у пациентов амбулаторного звена (189 детей). Речь идет об обнаружении указанных явлений у пациентов в процентном отношении от всех детей, обследованных психиатром в поликлинике за период 2021–2022 гг. (табл. 1, 2). Обследованы 110 мальчиков и 79 девочек, средний возраст 10,5 лет. Все пациенты были на приеме с родителями.

В использованных определениях, касающихся сферы психоанализа, при-

сутствуют как причины расстройств, так и их симптомы. Следует отметить сложность подобных описаний, отсутствии четких границ между переходами одного понятия в другое, в особенности, когда речь идет о детском периоде с постоянно меняющимся темпом психического развития.

Таблица 1.

Ведущие факторы нарушения психодинамики у обследованных детей

Определение	Содержание феномена	Кол-во пациентов	% от общего числа пациентов (189)
Ранняя сепарация	Уход родителей из семьи, их алкоголизм, непропорциональное усиление влияния других родственников («синдром бабушки» и др.)	12	6,3
Искажение онтогенеза	Строгие/тревожные родители, ревность, воспитание с угрозами, садизмом	36	18,8
Инцест	-	5	2,7

Таблица 2.

Основные «психоаналитические» симптомы

Психоаналитические симптомы	Психопатологические проявления	Кол-во пациентов	% от общего числа пациентов
Диада либидо-агрессия	Инстинктивное использование ребенком гетероагрессии в качестве «антидепрессанта»	8	4,4
Фиксация	Ранний стресс, в т.ч. в/у гипоксия, испуг дома и в школе, операции с наркозом и болевым синдромом. Проявления: заикание, страх еды, соматоформные боли, термоневроз	18	9,4
Регресс	Тики, энурез, плаксивость, мигрень, онанизм, анорексия	26	13,9
Сублимация вины	Депрессия, анорексия	30	15,8
Эдипов комплекс	Ревность к отцу, агрессия к матери («синдром Гамлета»)	3	1,6
Самоповреждения на фоне искаженного онтогенеза	Самопорезы, суицидальные тенденции	10	5,3
Общее число пациентов с «психоаналитическими» симптомами		145	72

Психические нарушения, связанные с процессами ранней психодинамики, выявлялись у 72% обследованных детей. Как видно из табл. 1, отмечалось явное преобладание симптомов, этиологически связанных с искажением онтогенеза (воспитание с элементами садизма, угрозами или, напротив, излишней тревожностью, ревностью). Влияние ранней сепарации прослеживалось в меньшем числе случаев (6,3%). Инцест играл малозаметную роль (2,7%).

Значительное место среди клинических феноменов психоаналитического свойства (табл. 2) занимают симптомы, которые можно отнести к сублимации чувства вины (депрессия, анорексия). Далее следуют признаки регресса, традиционно включающие «системную» невротическую патологию в форме тиков, энуреза, онанизма, трихотилломании. За ними идут по частоте выявляемости признаки невротической фиксации, связанные с переживаниями раннего стресса: это лого – и термoneврозы, соматоформные боли, различные фобии. Суицидальные тенденции, обусловленные «психоаналитической» тематикой, имели место в 5,3% случаев, переживания Эдипова комплекса – у 3% детей. Следует отметить такой феномен, как агрессивность (4,4%). По нашим данным, агрессивное поведение детей является «стихийным» способом преодоления чувства вины в рамках ранней психодинамики.

Детский психоанализ как часть методологии диагностического процесса применим в различных кластерах патологии. Еще раз хотелось бы подчеркнуть: все названные выше симптомы рассмотрены нами здесь в качестве части общих проблем психоанализа. Разумеется, данные симптомы возникали также и вне явной связи с ранней психодинамикой, без какой бы то ни было отсылки к постулатам классического психоанализа: в этих случаях они в данной работе не рассматривались. Дальнейшее описание феноменологии расстройств и возможные методы психоаналитической интервенции доказывают, с одной стороны, универсальность этих проблем в разные времена, а с другой – показывают определенную специфику современного этапа развития «науки о подсознательном».

При соматических неврозах преобладают абдоминальные симптомы, которые следует рассматривать как доказательство теснейшей связи сомы и психики у детей. Тесная ассоциация психического и соматического – известный постулат психоанализа. В дошкольном и начальном школьном возрасте стрессы, напряженная обстановка в семье зачастую вызывают боли в животе, тошноту и головокружение. Безуспешное обследование, например, по поводу «острого живота» и лечение у гастроэнтеролога приводит, так или иначе, к необходимости в консультации психиатра.

При системно-невротических нарушениях (энурез, энкопрез, тики, мастурбация) психодинамические расстройства связаны с нарушением становления инстинктивной сферы, что обозначается как «блокада» либидинозной энергии. (Термин «*либидо*», несмотря на его архаичность, сохраняет свою значимость и практическую ценность.) В данных симптомах мы наблюдаем определенного рода сигнал родителям, не уделяющим ребенку должного внимания. Перевод манипулятивной мотивации в соматический симптом осуществляется во многом неосознанно, хотя ребенок и может попросить «конфетку», скажем, за отказ не сдерживать кал. А суровый родитель своими инвективами только усиливает

психосоматическую передачу и, значит, частоту и стойкость энкопреза. В подобных случаях куда целесообразнее высветить причину появившегося недуга (часто в такой роли выступает ревность – вслед за рождением маленького брата или сестры). То же касается и задержки речи: не всегда это является знаком отставания в психическом развитии, а воспроизводит задержку экзистенциальной, в широком смысле, либидинозной энергии. И в этих случаях курсы транквилизаторов, без семейной терапии, оказывают ограниченный эффект.

Ярким примером системного невроза является мастурбация, возникающая, как правило, после случайного «знакомства», в том или ином варианте, со сценами эротического содержания. Возможен и сугубо рефлекторный механизм, связанный с чувством удовольствия от раздражения эрогенных рецепторов. Ребенок не стесняется и не отождествляет «стихийную» мастурбацию с чем-то нехорошим. Но это болезненно ускоренное либидо вмешивается в процесс развития и искажает индивидуацию, ведет к появлению гиперактивности, нарушениям сна. Возникают и поведенческие аномалии. Фигура отца, как правило, в подобных случаях, принижена, незначительна. Между ребенком и его матерью нет «стены» в виде значительной отцовской фигуры, что определяет усиление не только мастурбации, но и гиперактивности, а в будущем - и агрессивного поведения.

Истероформные соматические симптомы, как это и определяет классический психоанализ, отражают блокаду энергии либидо [10, 13]. Так, пятна на руках, покраснение ладоней, как и ряд тикоидных, хореоформных симптомов, – есть результат блокады мастурбации. «Стыдное» желание блокируется «цензурой», и вся энергия либидо переходит на орган, который призван осуществить мастурбационный акт. В этих случаях мы всегда находим напряженность и определенную «холодность» отношений матери и ребенка. У мальчиков наблюдается зависть к отцу и раздражение к нему. Можно эту группу проявлений назвать своеобразными «эдипальными» нарушениями. Либидо не может излиться, «перетечь» на внешний объект и вынуждено выходить наружу, том числе, в виде кожных симптомов на руках (через блокаду мастурбационного акта). И здесь также будет недостаточно одних транквилизаторов без соответствующей психоаналитической проработки [10], которая, впрочем, должна быть предельно «аккуратной».

Поведение является во многом матрицей депрессивно-невротических переживаний [6]. В агрессивном поведении выходит наружу энергия либидо, искаженная в безуспешном поиске «партнера». Здесь всегда есть в том или ином виде нарушения межличностного взаимодействия. В любви, в отношениях проявляется дуализм, который хорошо описала девушка семнадцати лет: «Я знаю, что маму надо любить, но она была бездушна, била меня, и теперь я не мыслю себе любви без скандалов; я чего-то «недочувствую», если не переживу ссору». В таких случаях мы видим реакции протеста, садистический компонент при полном отсутствии мотива для агрессии. По самоотчетам больных, применение седатиков вызывает у них всего лишь «притупление чувств», никак не меняя стереотип, патологический алгоритм поведения. Поэтому, конечно, курсы антидепрессантов должны сочетаться с сеансами психоанализа.

Нервная анорексия – типичный регресс психики и сублимация вины. Собственно, выработанные ранее патогенетические подходы к симптомам нервной анорексии сохраняют свою актуальность и в наши дни. Речь идет о страхе взросления, стремлении остаться в детстве, зафиксировать свое детское статус-кво, прекратить менструации, замедлить половое созревание. Все это можно назвать общей блокадой либидо. Антидепрессанты при данной патологии применимы в щадящих дозах, имеют ограниченный стимулирующий эффект. Терапия обязательно включает компонент общего развития, личностного роста, духовного становления.

В процессе трактовки суицидальных тенденций принято считать, что либидо не связывается со «значимым объектом» и возвращается обратно. «Вернувшееся» либидо меняется таким образом, что становится «обозленным» по отношению к своему субъекту [6, 8]. Направленное вовнутрь, оно провоцирует аутоагрессивные тенденции. Так, после смерти любимого отца мальчик длительное время был замкнут, избегал контактов. Когда его мать родила ребенка «для себя», чтобы, как она выразилась, не умереть с тоски, он «охладел» к ней. Впоследствии начал говорить о несправедливом устройстве общества и высказывать суицидальные мысли. Его состояние было расценено как эндогенное. На фоне курса антипсихотика возник нейролептический синдром. Очевидно, в этом случае есть весомый компонент психодинамики, что должно быть учтено при выборе адекватной терапии.

В тех случаях, когда отец не является той самой «фигурой» и, более того, своим неправильным подходом вызывает у ребенка чувство унижения, развивается комплекс беспомощности, который перерастает в депрессию. Отсутствие жизненной энергии, нарушение экзистенциального чувства могут привести к симптомам тревоги с суицидальными мотивами [8]. Депрессии несут в себе подоплеку ранних психических травм, своего рода «выученной беспомощности». Сделанные в детстве едкие замечания типа: «Тебя никто замуж не возьмет, ты полы мыть не умеешь» - впоследствии имеют вполне практическое воплощение. Мы, например, долго не могли понять, отчего девушка, 17 лет после всякого, порой незначительного стресса, наносила самопорезы, пока в процессе длительной беседы она не вспомнила об этих словах ее бабушки. И, разумеется, любые антидепрессанты будут для нее малоэффективны без учета той самой «автоматической» депрессии, сформированной в раннем детстве.

В детских эксплозивных реакциях также виден психодинамический след. Когда на глазах пятилетнего мальчика умер отец, ребенок не говорил два года. Дед привязывал его к кровати, чтобы он не бегал по квартире, бил ремнем. Позднее, сам мальчик бьет деда, что служит причиной неоднократных госпитализаций. Но он ласков, ждет помощи, просит не назначать таблетки, т. к. устает, не может читать. С позиций психоанализа и с позиций гуманистического подхода, конечно, не стоит его тормозить нейролептиками.

Агрессия мести [6] возникает как воспоминание о психической травме раннего детства, унижении. Аффективный комплекс психотравмы может перейти в очерченный депрессивный эпизод. Но есть альтернативный вариант: компенсаторные силы личности переводят общий аффективный комплекс в аг-

рессивное поведение. Личность борется за выживание с помощью агрессии. Движение от депрессии к агрессии как форме личностного развития согласуется с основными концепциями расстройств поведения [4, 6, 7, 8, 10]. Своего рода «точка бифуркации» в подобных случаях выглядит так: либо депрессивное торможение психической энергии и экзистенциальной силы, либо агрессия и «спасение» экзистенции. Последний вариант динамики виден, в частности, у мальчика, которого его бабушка в детстве часто кормила насильно, привязывала к стулу, борясь с его гиперактивностью. В подростковом возрасте этот мальчик сам привязывал бабушку к стулу и вливал ей в рот стакан подсолнечного масла.

И еще важный психоаналитический момент, связанный с отцовской фигурой. Ранний развод, отец вне семьи, ребенок о нем ничего и не знает. Он внешне никак не переживает, не дает невротических реакций по данному поводу, «проблемы отца» для него будто бы и не существует. Но у него незаметно подтачивается социальная адаптация, индивидуация [14], искажается становление «онтогенетической реальности» [5]. Он неустойчив, легко конфликтен, не удерживается в рамках социума, у него нет стойких поведенческих установок. Такой алгоритм виден на этапах формирующихся расстройств личности с подростковыми патохарактерологическими реакциями (группирования, внушаемости, рискованного поведения, делинквентности).

У немалого количества «психопатов» и «шизофреников», диагнозы которым были установлены без учета психодинамики, седативная психотропная терапия оказывает в лучшем случае лишь общезатормаживающее действие, не затрагивая тревоги, реакций личности и формы поведения. А измученные родители часто требуют увеличить дозу лекарства, полагая, что существует связь препарата и улучшения состояния ребенка. В то же время учет элементов психодинамики, особенно важных в детстве, заставляет модифицировать терапию, применять, наряду с психотропными препаратами современные приемы психоанализа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болоньи С. Clorincom. 29.08.2016. (с сайта b17ru).
2. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина. 1985.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина. 1985.
4. Лоренц К. Агрессия (Так называемое зло). М., 1994.
5. Лэйнг Р.У. Разделенное Я. М., 1996.
6. Можгинский Ю.Б. Эмоции. Поведение. Агрессия. М., 2011.
7. Меннингер К. Война с самим собой. М., 2001.
8. Мэй Р. Сила и невинность: в поисках истоков насилия. М., 2001.
9. Пригожин И. От существующего к возникающему. М., 2002.
10. Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающих тяжелыми расстройствами / Под. ред. Д. Анастасопулос, Э. Лэйлу-Лайнос, М. Водделл и др. М., 2007.
11. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.
12. Г.Е. Сухарева. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1-3. М.: Медгиз, 1955–1965.

13. Фрейд З. Избранное. Ростов-наДону, 1998.
14. Юнг К. Аналитическая психология. СПб, 1994.

REFERENCES

1. Bolon`i S. Clorincom. 29.08.2016. (s sajta b17ru).
2. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Mediczina. 1985.
3. Lichko A.E. Podrostkovaya psikhiatriya. L.: Mediczina. 1985.
4. Lorencz K. Agressiya (Tak nazy`vaemoe zlo). M., 1994.
5. Le`jng R.U. Razdelennoe Ya. M., 1996.
6. Mozhginskij Yu.B. E`moczii. Povedenie. Agressiya. M., 2011.
7. Menninger K. Vojna s samim soboj. M., 2001.
8. Me`j R. Sila i nevinnost`: v poiskakh istokov nasiliya. M., 2001.
9. Prigozhin I. Ot sushhestvuyushhego k voznikayushhemu. M., 2002.
10. Psikhhoanaliticheskaya psikhoterapiya podrostkov, stradayushhikh tyazhely`mi rasstrojstvami / Pod. red. D. Anastasopulos, E`. Le`jlu-Lajnos, M. Voddell i dr. M., 2007.
11. Remshmidt Kh. Detskaya i podrostkovaya psikhiatriya. M.: E`KSMO-Press, 2001.
12. G.E. Sukhareva. Klinicheskie lekczii po psikhiatrii detskogo vozrasta. T. 1-3. M.: Medgiz, 1955–1965.
13. Frejd Z. Izbrannoe. Rostov-naDonu, 1998.
14. Yung K. Analiticheskaya psikhologiya. SPb, 1994.

Yu.B. Mozhginskiy

CHILD PSYCHOANALYSIS:

BETWEEN DRUGS AND PSYCHOTHERAPY

JSC Chain of Clinics «Meds» (Moscow).

Summary. Diagnostic and therapeutic methods of modern psychoanalysis make it possible to optimize the work of a psychiatrist. Overcoming the pharmacocentric approach helps to avoid the undesirable effects of drug therapy, such as resistance and polypharmacy. A psychoanalytic view of the origin and dynamics of psychopathological symptoms in children and adolescents is a pathognomonic basis in diagnosis and treatment, making it possible to optimize both pharmacological and psychotherapeutic methods of influence.

Keywords: psychoanalysis, psychodynamics, separation, ontogeny, sublimation, libido.

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

БЛИЗНЕЦОВЫЙ МЕТОД В ИЗУЧЕНИИ ВЛИЯНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ НА КОМОРБИДНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ БОЛИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

Резюме. Мышечно-скелетная боль – один из наиболее часто встречающихся вариантов хронической боли у детей и подростков. Взаимосвязь хронической мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии хорошо известна, однако не до конца ясно, участвуют ли, и какие именно, генетические и эпигенетические механизмы в развитии хронической боли, а также в ее коморбидности с тревогой и депрессией. В статье представлено клиническое наблюдение случая коморбидности хронической мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии у двух сестер-близнецов 12,5 лет и обзор исследований, изучавших влияние генетических и семейных факторов на хроническую мышечно-скелетную боль, тревогу и депрессию близнецовым методом.

Ключевые слова: мышечно-скелетная боль, хронический болевой синдром, тревога, депрессия, генетические факторы, семейные факторы, дети, подростки, близнецы.

Введение. Мышечно-скелетная боль – один из наиболее распространенных видов хронической боли у детей и подростков. [22] Хроническая мышечно-скелетная боль – это боль в суставах и мягких тканях, которая сохраняется больше 3 месяцев и отрицательно влияет на повседневную активность пациента. [17] Распространенность хронической мышечно-скелетной боли в различных детских популяциях составляет от 7% до 15%, чаще среди девочек-подростков [7, 23]. Взаимосвязь хронической мышечно-скелетной боли и психических расстройств, в первую очередь, тревожно-депрессивного спектра, хорошо известна и подробно обсуждалась в предыдущих публикациях. [1-3] В настоящее время возникает вопрос, участвуют ли, и какие именно, генетические и эпигенетические механизмы в развитии синдромов мышечно-скелетной боли, а также в коморбидности хронической боли, тревоги и депрессии [18, 33].

Близнецовый метод – один из методов исследования в генетике, который путем сопоставления двух близнецов позволяет определить степень влияния наследственных и средовых факторов на формирование определенных качеств человека. Метод был предложен еще в 19 веке Фрэнсисом Гальтоном, [11], однако до сих пор является одним из наиболее используемых методов в психогенетике и может быть полезен в том числе в изучении влияния наследственных и средовых факторов на формирование хронической мышечно-скелетной боли у детей.

Описание клинического наблюдения и его обсуждение. В январе 2018 г. в педиатрическое отделение № 3 СПбГПМУ в связи с хронической мышечно-скелетной болью поступили две сестры–близнеца 12,5 лет, родившиеся от второй беременности протекавшей на фоне смешанного ягодично-ножного пред-

лежания второго плода, многоводия второго плода, вторых срочных родов (первые роды – девочка с задержкой психического развития). Первая девочка из двойни родилась с массой тела 2700 г, длиной тела 45 см, вторая из двойни с массой 3000 г, длиной тела – 45 см. Период новорожденности – без особенностей, рост, развитие по возрасту. Привиты по национальному календарю, перенесли ветряную оспу, на диспансерном учете специалистов не состоят.

Первая девочка из двойни в октябре 2016 г. упала с качелей, ударилась преимущественно спиной, болевой синдром вскоре был купирован, однако со второй половины 2017 г., без явного провоцирующего фактора, появились боли в грудном отделе позвоночника, в области грудной клетки, в области левого тазобедренного сустава, боли в стопах без объективных признаков артрита. Вторая сестра с конца 2016 г., без явного провоцирующего фактора, также начала предъявлять жалобы на боли в правом коленном суставе, преимущественного нагрузочного характера, без убедительных объективных признаков артрита. В декабре 2016 г. консультирована хирургом-ортопедом – разнорослые нижние конечности, статический сколиоз 1 степени, поперечное плоскостопие. Рентгенограмма коленных суставов – патологических изменений не выявлено.

При поступлении на плановое обследование в СПбГПМУ обе девочки в удовлетворительном состоянии. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Вес обеих сестер 46 кг, рост 156 см. Кожные покровы чистые, видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, дисурических явлений нет. Все суставы визуально не изменены, движения в них гипермобильны (9 баллов из 9 по шкале Бейтона), у обеих девочек имеет место плоско-вальгусная установка стоп, сколиоз 1 степени. В ходе развернутого лабораторного и лучевого обследования (УЗИ суставов у обеих девочек, рентгенограмма тазобедренных суставов в двух проекциях и МРТ грудного отдела позвоночника у первой девочки, МРТ правого коленного сустава у второй девочки) отклонений от нормы выявлено не было. Артралгии были расценены как, вероятно, связанные с гипермобильностью суставов, сопутствующей ортопедической патологией на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани, которая и была выставлена в качестве основного диагноза у обеих девочек. Стаж хронического болевого синдрома у первой девочки на момент обследования составил 1 год 2 месяца, у второй – 6 месяцев, и степень выраженности хронического болевого синдрома у первой девочки также оказалась значительно выше, чем у второй.

Для детальной оценки болевого синдрома пациенткам было предложено заполнить опросник Ван Корффа (с оценкой интенсивности болевого синдрома, степени и уровня социальной дизадаптации², а также определения класса хронической

²Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «дизадаптация» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «дизадаптация» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «дизадаптация» (см. Эн-

боли) и болевой опросник Мак-Гилла (с оценкой индекса слов-дескрипторов и ранга боли суммарно, а также по сенсорной и аффективной шкалам).

При заполнении опросника Мак-Гилла первая девочка из двойни выбрала такие слова-определения, характеризующие ее боль, как «колющая», «острая», «сжимающая», «тянущая», «зудящая», «ноющая», «пронизывающая», «сводящая», «вызывающая чувство страха», «обессиливающая», «боль-страдание», а по эвалюативной шкале оценила свою боль как «сильную», что соответствует 3 баллам из 5 возможных. Тогда как ее сестра при заполнении аналогичной шкалы, где нужно было выбрать из пяти предложенных вариантов («слабая» - 1 балл, «умеренная» - 2 балла, «сильная» - 3 балла, «сильнейшая» - 4 балла, «невыносимая» - 5 баллов) предложила свой вариант – «нормальная», что, вероятно, можно расценивать как 0 баллов, особенно с учетом того, что она выбрала только одно слово-дескриптор боли – «утомляющая». Сенсорный и аффективный ранговый индекс боли и индекс числа выбранных дескрипторов по опроснику Мак-Гилла представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты заполнения пациентками опросника Мак-Гилла

	Первая из двойни	Вторая из двойни
Индекс числа выбранных дескрипторов	11	1
Ранговый индекс боли (сенсорный)	14	0
Ранговый индекс боли (аффективный)	6	1

Подобные различия между двумя сестрами были получены и при заполнении анкеты Ван Корффа (см. табл. 2).

Таблица 2.

Результаты заполнения пациентками опросника Ван Корффа

	Первая из двойни	Вторая из двойни
Интенсивность боли	66,67	20
Степень дизадаптации	43,33	6,67
Уровень дизадаптации	1	0
Класс хронической боли	2	1

Для оценки уровня тревоги девочки заполнили опросник детской тревожности, вариант для школьников – шкала SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) [30]. У первой девочки оказался значительно повышен как уровень общей тревоги, так и большинства ее отдельных составляющих, тогда как у второй девочки отмечалось повышение только сепарационной тревоги и страха перед телесными повреждениями при нормальном уровне общей тревоги. При заполнении

циклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1982. 464 с.); то же: Психиатрический энциклопедический словарь. К. МАУП 2003. Стоименов Й.А.; то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. М.: Вече, Аст, 2001. Т. 1. С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «**дизадаптация**» (**dysadaptation**)).

же аналогичных опросников матерью значимых различий между тревогой двух сестер, по мнению мамы, отмечено не было (см. табл. 3).

Таблица 3.

Результаты заполнения пациентками и их мамой шкалы SCAS

	Первая из двойни/мама	Вторая из двойни/мама
Общая сумма тревоги	61/40	35/41
Шкала «Генерализованная тревога»	11/8	5/7
Шкала «Социальная тревога»	8/12	5/11
«Обсессивно-компульсивная» шкала	9/2	3/2
Шкала «Страх телесных повреждений»	5/8	9/9
Шкала «Сепарационная тревога»	14/5	10/6
Шкала «Паническое расстройство»	14/5	3/6

При оценке уровня депрессии по двум самостоятельно заполняемым шкалам – шкале депрессии Бека (вариант для подростков) и шкале CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) были получены показатели высокого уровня депрессии у первой девочки по обоим шкалам при нормальных показателях обеих шкал у второй девочки (см. табл. 4).

Таблица 4.

Результаты заполнения пациентками шкал Бека и CES-D

	Первая из двойни	Вторая из двойни	Норма
шкала Бека	24	4	до 10
шкала CES-D	24	12	до 18

На следующем этапе для исследования уровня семейной сплоченности и адаптивности использовалась методика FACES-III, основанная на круговой модели Д. Олсона [21]. Результаты заполнения пациентками и их мамой опросников FACES-III представлены в табл. 5.

Таблица 5.

Результаты заполнения пациентками и их мамой опросников FACES-III

	Первая из двойни	Вторая из двойни	Мама
Семейная сплоченность реальная	32 (раздельная)	42 (связанная)	29 (разобщенная)
Семейная адаптация реальная	27 (гибкая)	30 (гибкая)	31 (хаотичная)
Семейная сплоченность идеальная (и ее разница с семейной сплоченностью реальной)	37 (+5)	32 (-10)	35 (+6)
Семейная адаптация идеальная (и ее разница с семейной адаптацией реальной)	30 (+3)	30 (0)	30 (-1)

Как видно из табл. 5, вторая девочка из двойни воспринимает свою семью как более сплоченную, чем первая девочка из двойни и еще в большей степени более сплоченную, чем мама, которая вовсе воспринимает свою семью как разобщенную. Мама и первая девочка из двойни стремятся к большей семейной сплоченности, тогда как вторая девочка из двойни предпочла бы видеть свою семью гораздо менее сплоченной. Надо сказать, что все члены семьи стремятся к раздельному типу семейной сплоченности, который является сбалансированным. Что касается семейной адаптации, то значимой разницы между сестрами при ее оценке не получено, обе девочки продемонстрировали гибкий вариант семейной адаптации без желания сменить его на другой, менее функциональный вариант. По данным опросника, заполненного мамой, тип семейной адаптации оказался умеренно хаотичным, но мама пациенток также стремится к более оптимальному, гибкому варианту семейной адаптации.

Исследование типов воспитания проводилось с использованием методики «Анализ семейного воспитания» (АСВ), предложенной Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицкис [4]. Анализ семейного воспитания показал наличие у родителей по отношению к обеим девочкам гиперпротекции, потворствования, недостаточности требований-запретов, недостаточности обязанностей у детей, что суммарно расценивается как потворствующая гиперопека. Также было выявлено наличие у родителей воспитательной неуверенности и фобии утраты ребенка, по отношению к обеим девочкам.

Кроме того, к первой девочке из двойни родители, по данным опросника АСВ, предъявляли несколько больше требований-обязанностей, чем ко второй. При прицельном опросе пациенток и их мамы было выявлено, что вторая девочка из двойни всеми членами семьи воспринимается как самая младшая, а у первой из двойни прочно закрепился статус «средней сестры», а с учетом того, что у старшей сестры пациенток имеется выраженная задержка психического развития, «средняя сестра» (то есть первая из двух младших сестер) по сути, выполняет в своей семье функции старшей сестры, на которую родители склонны возлагать дополнительные требования-обязанности как на «более старшую». «Младшая» же сестра (вторая из двойни), в свою очередь, этих требований-обязанностей благополучно избегает как «самая младшая», а старшая сестра не может их выполнять в связи с задержкой психического развития. Более того, на «среднюю сестру», родители зачастую возлагают ответственность за какие-либо мелкие бытовые происшествия, произошедшие с «младшей» и самой старшей сестрами в ее присутствии, что по совокупности данных с высокой вероятностью может быть причиной повышенного уровня тревожности и депрессии и более выраженного хронического болевого синдрома. Однако сам факт наличия хронической мышечно-скелетной боли у обеих сестер-близнецов предполагает наличие наследственной предрасположенности к его формированию, степень выраженности которого, в свою очередь, в большей степени может определяться различными средовыми влияниями.

Обзор литературы. Данные об этиологических факторах, лежащих в основе коморбидности хронической боли с симптомами тревоги и депрессии у детей и подростков очень ограничены. Степень разработанности данной темы у взрослых пациентов не многим лучше. Khan W. et al. в 2020 г. опубликовали первый и на сегодняшний день единственный, систематический обзор близнецовых исследований, изучавших связь между болью и депрессией и/или тревогой среди взрос-

лого населения, опубликованных в рецензируемых журналах, включавших не менее 100 пар близнецов [16]. Авторы провели поиск в Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE, MEDLINE, PsychInfo, и на момент 16 мая 2019 г. было найдено 359 статей, из которых только 23 соответствовали критериям включения. Большинство исследований показало, что коморбидность боли с депрессией и/или тревогой объясняется генетическими ($n=6$) или как генетическими, так и средовыми ($n=16$) факторами. Из включенных авторами в обзор статей, 4 статьи содержали только данные пациентов, страдающих мигренью, 2 – синдромом раздраженного кишечника, однако подавляющее большинство исследований (17 из 23) включало пациентов с различными вариантами мышечно-скелетных хронических болевых синдромов, таких как фибромиалгия, боль внизу спины, боль в височно-нижнечелюстном суставе и др. Мы изучили полнотекстовые варианты этих 17 статей и выполнили поиск новых статей, опубликованных с 16 мая 2019 г. по 23 августа 2022 г., используя те же критерии включения, что и Khan W. et al. в своем систематическом обзоре 2020 г. Дополнительно было обнаружено 3 статьи, посвященные изучению коморбидности хронической мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии среди взрослого населения, [20, 28, 32] а также 2 оригинальных близнецовых исследования коморбидности боли, тревоги и депрессии у детей и подростков. [19, 29]

Одно исследование, изучавшее связь тревоги и распространенной мышечно-скелетной боли у американских близнецов (1042 монозиготные пары, 828 дизиготных пар, 61% женщины, средний возраст $33 \pm 14,8$ лет), показало, что связь между болью и тревогой не была обусловлена неизмеренным семейным эффектом, а объяснялась прямой причинно-следственной связью [6].

Другое исследование продемонстрировало, что на примере американских пациенток с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (630 монозиготных пар, 239 дизиготных пар, средний возраст 33 ± 14 лет), ассоциация между болью и тревогой частично объяснялась неизмеренными генетическими эффектами [5].

В то время как третье исследование, включавшее данные 3266 британских близнецов женского пола, страдающих распространенной мышечно-скелетной болью в возрасте от 18 до 89 лет (в том числе 113 дискордантных монозиготных пар, средний возраст $55,44 \pm 14,89$ лет и 180 дискордантных дизиготных пар, средний возраст $57,67 \pm 12,52$ лет), обнаружило неизмеренные семейные (т. е. как генетические, так и общие средовые) эффекты для объяснения ассоциации между хронической мышечно-скелетной болью и тревогой [8].

Burri, A. et al. в классическом близнецовом исследовании 2015 г., включавшем данные 630 монозиготных и 239 дизиготных пар британских близнецов женского пола (средний возраст 33 ± 14 лет), страдающих распространенной мышечно-скелетной болью, продемонстрировали, что связь между болью и депрессией полностью объясняется общими генетическими влияниями [9].

Gasperi M., et al. в исследовании 2017 г. на примере 102 монозиготных и 98 дизиготных пар американских близнецов (63% женщины, средний возраст 29 ± 12 лет) показали большое влияние генетических факторов, но и также небольшое влияние средовых факторов на коморбидность боли и депрессии [12].

Hübscher M., et al. в исследовании 2016 г., включавшем данные 2446 датских близнецов (54,9% женщины, средний возраст $77,1 \pm 7$ лет), страдающих болями в спине (в том числе 35 дискордантных монозиготных пар и 62 дискордантных дизиготных пар), обнаружили связь между болью и депрессией, объяс-

няемую как генетическими, так и общими средовыми, то есть семейными факторами [13].

В исследовании Burri, A. et al., 2017 г. на примере британских женщин с распространенной мышечно-скелетной болью (246 монозиготных пар, 187 дизиготных пар, средний возраст $56,3 \pm 11,63$ лет) было обнаружено, что ассоциация хронической мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии полностью объясняется генетическими эффектами [10]. Тогда как Suri P. et al., 2017, изучая связь между хронической болью в спине с тревогой и депрессией у американских близнецов-мужчин (1308 монозиготных пар и 793 дизиготных пар, средний возраст 62 года), показали, что эти ассоциации были обусловлены неизмеренными семейными факторами [31].

В исследовании Pinheiro M. et al., 2015 г., изучавшем связь боли внизу спины с тревогой и депрессией, включавшем данные 2148 испанских близнецов, в том числе 118 дискордантных монозиготных пар и 239 дискордантных дизиготных пар (средний возраст $53,7 \pm 7,4$ лет), была обнаружена значительная связь боли, тревоги и депрессии в общей выборке и контрольной выборке дискордантных дизиготных близнецов, но не в контрольной выборке дискордантных монозиготных близнецов, было также объяснено неизмеренными генетическими факторами. [24]

В последующем исследовании Pinheiro M. et al., 2017 г., также изучавшем связь боли внизу спины с тревогой и депрессией и включавшем данные 1094 пар испанских близнецов, в том числе 85 дискордантных монозиготных пар и 31 дискордантных дизиготных пар (средний возраст $53,7 \pm 7,3$ лет), пришли к выводу, что величина связи между тревогой, депрессией и болью внизу спины, по-видимому, невелика и может быть обусловлена генетическими и ранними общими влияниями окружающей среды, хотя однозначных выводов сделать не удалось из-за небольшого размера выборки [25].

И, наконец, в третьем, классическом близнецовом исследовании Pinheiro M. et al., 2018 г., также изучавшем связь боли внизу спины с тревогой и депрессией у испанских близнецов, включавшем данные 325 монозиготных пар и 637 дизиготных пар (54,6% женщины, средний возраст $53,7 \pm 7,3$ лет), было показано, что как генетические, так и не разделяемые средовые факторы объясняют эту взаимосвязь. [26]

В исследовании Kato K. et al., 2006 г., на примере шведских близнецов, страдающих распространенной мышечно-скелетной болью (6137 монозиготных пар, 5980 дизиготных пар, 53,5% женщины, средний возраст $59,8 \pm 11,1$ лет) сообщалось, что ассоциация боли с общей тревогой и депрессией в анамнезе объясняются неизмеренными генетическими эффектами, в то время как связь с текущей депрессией не объяснялась неизмеренными генетическими эффектами, а соответствовала прямым причинно-следственным связям [14].

Другое исследование Kato K., et al., 2009 года, включавшее данные 12 248 пар шведских близнецов с различными функциональными соматическими симптомами, в том числе с распространенной мышечно-скелетной болью (3260 монозиготных пар, 8988 дизиготных пар, 53,1% женщины, средний возраст $53,7 \pm 5,7$ лет) обнаружило коморбидность между болью, депрессией и тревогой, на которую влияют как генетические, так и уникальные факторы окружающей среды. [15]

В серии публикаций Vassend O. et al., 2016, 2017 и 2018 гг., изучалась взаимосвязь мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии у норвежских близ-

нецов (746 монозиготных пар, 770 дизиготных пар, 64,6% женщины, средний возраст $57,1 \pm 4,5$ лет) и было также показано, что как генетические, так и не разделяемые средовые факторы объясняют эту взаимосвязь [34-36].

В исследовании Reichborn-Kjennerud T. et al., 2002 г., включавшем участников со средним возрастом $21,65 \pm 2,25$ лет (норвежские близнецы, 792 монозиготных пар, 1343 дизиготные пары, 54,7% женщины), страдающих болью в шее и/или спине, сообщалось о связи между болью, депрессией и тревогой, объясняемой как генетическими факторами, так и факторами окружающей среды [27].

В августе 2019 г. Ropponen A., et al. опубликовали результаты исследования, включавшего данные шведских близнецов (2640 монозиготных пар, 3506 дизиготных пар, в том числе 416 дискордантных монозиготных пар и 613 дискордантных дизиготных пар, 51% женщины, от 40 до 65 лет). Основной целью данного исследования был ответ на вопрос, существует ли более высокий риск инвалидизации пациентов с синдромами мышечно-скелетной боли в зависимости от количества точек локализации боли, тревоги и депрессии. Другая цель состояла в том, чтобы выяснить, влияют ли на эти ассоциации семейные факторы. Авторы учитывали 5 возможных локализаций боли (боль в спине, шее, плече, ишиас, боль внизу спины). Количество точек локализации боли оказалось достоверно связанным с риском инвалидизации вследствие всех возможных причин доза-зависимым образом (при локализации боли в одной области коэффициент риска инвалидизации составил 1,50, при локализации во всех 5 областях – 4,67). Отдельно был продемонстрирован доза-зависимый эффект между количеством точек локализации боли и риском инвалидизации из-за мышечно-скелетных диагнозов. Данные ассоциации сохранялись во всех изученных группах, включая дискордантных близнецов. Напротив, эффект тревоги ослабевал до статистической незначимости среди дискордантных пар близнецов так же, как и в тех случаях, когда депрессия успешно контролировалась. Дополнительно была продемонстрирована слабая тенденция к тому, что чем большее число точек локализации боли у пациента, тем выше риск его инвалидизации не только в связи с мышечно-скелетным, но и в связи с психиатрическим диагнозом. При анализе дискордантных близнецов данная ассоциация ослабла до статистической незначимости. На основании полученных результатов авторы сделали вывод, что обстоятельства ранней жизни, генетика и общее семейное окружение могут быть важны в ассоциации между болью и инвалидизацией вследствие психиатрических диагнозов, а так же в ассоциации тревоги и депрессии с инвалидизацией вследствие мышечно-скелетного заболевания [28].

Suri P. et al. в сентябре 2019 г. опубликовали результаты 5-летнего наблюдения за 171 парой американских монозиготных близнецов-мужчин, оба из которых принимали участие в боевых действиях во Вьетнаме в 1965-1975 гг., не имевших на момент включения в исследование или когда-либо ранее хронической боли в спине и, кроме того, дискордантных по наличию посттравматического стрессового расстройства. Из 342 человек, включенных в исследование, 227 (66%) завершили его, в том числе 91 пара монозиготных близнецов (средний возраст 62 года), 110 участников сообщили о наличии хронической боли в спине. Из 91 пары монозиготных близнецов было 86 пар, конкордантных по наличию или отсутствию хронической боли в спине. 5-летняя заболеваемость хронической болью в спине составила 41% среди тех, у кого не было исходных симптомов посттравматического стрессового расстройства и 64% среди тех, у

кого они отмечались. В двухфакторном внутриспарном анализе (с учетом семейных факторов) исходные симптомы посттравматического стрессового расстройства оказались достоверно связаны с развитием хронической боли в спине при 5-летнем наблюдении, не смешиваясь с генетическими или ранними семейными факторами [32].

Narusyte J. et al., 2020 г., сравнивали влияние генетических и средовых факторов на развитие депрессии, тревоги, боли в спине, шее или плечах и длительной нетрудоспособности (более 1 года) и инвалидизации у мужчин и женщин на примере шведских близнецов в возрасте от 25 до 65 лет (8715 монозиготных пар, 6981 дизиготная пара одного пола и 7430 дизиготных пар разного пола). Распространенность тревоги и депрессии составила 27% среди женщин, 14% среди мужчин, распространенность хронической мышечно-скелетной боли - 24% среди женщин, 19% среди мужчин, распространенность длительной нетрудоспособности/инвалидизации - 7% и 4% соответственно. Внутрикласовые корреляции между монозиготными близнецами оказались примерно в 2 раза выше, чем корреляции между дизиготными близнецами для всех трех фенотипов, что позволяет предположить высокое значение генетических влияний на развитие депрессии, тревоги, боли в спине, шее или плечах и длительной нетрудоспособности/инвалидизации. Кроме того, авторы продемонстрировали различия в коморбидности боли, тревоги, депрессии и длительной нетрудоспособности/инвалидизации в зависимости от пола. У женщин была выявлена скрытая общая предрасположенность ко всем 3 фенотипам, в основном обусловленная генетическими факторами (на 66%). У мужчин подобной закономерности установить не удалось. Вариабельность длительной нетрудоспособности/инвалидизации у мужчин была объяснена генетическими факторами, общими с депрессией/тревогой на 27% и общими с болью на 9% [20].

В исследовании 2021 г. Miadich S. et al. у 632 американских близнецов (49,2% женского пола, 29,8% монозиготные пары, 39,8% дизиготные одного пола, 30,4% дизиготные разного пола) в возрасте 8 лет оценивали длительность и качество сна, депрессию, общую тревогу и отдельно сепарационную тревогу. Год спустя, у этих же близнецов в возрасте 9 лет оценивали наличие боли в 15 различных участках тела в течение 3 последних месяцев. Высокий уровень тревоги и депрессии в возрасте 8 лет оказался связанным с большим числом участков локализаций хронической боли у близнецов в возрасте 9 лет. [19]

В исследовании 2022 г. Scaini S. et al. изучали этиологическую связь между болью, депрессией, тревогой и употреблением психоактивных веществ у подростков. В исследовании приняли участие 748 итальянских близнецов-подростков (374 пары, средний возраст $16 \pm 1,24$ лет). По данным опросника Ахенбаха, все монозиготные внутриспарные корреляции оказались выше, чем дизиготные корреляции, что указывает на генетическое влияние на подростковую боль, тревогу и депрессию. [29]

Заключение. Обнаруживая существенное генетическое влияние на коморбидность хронической мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии, близнецовые исследования способствуют пересмотру этиологии распространенных заболеваний, ассоциированных с хронической болью и сопутствующими психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Будущие исследования, особенно, включающие близнецов более молодого возраста, будут способствовать лучшему пониманию практическими врачами механизмов

влияния генетических и семейных факторов на формирование хронической мышечно-скелетной боли, тревоги и депрессии и, соответственно, их более успешному лечению и профилактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В. Психометрическая оценка хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите. Педиатр. 2019. Т. 10. № 3. С. 25–30.

2. Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В. Уровень тревоги и депрессии у детей и подростков с хроническим болевым синдромом (на примере ювенильного идиопатического артрита). Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. №4-2. С. 78-86.

3. Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В. Психотерапевтический подход к лечению хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите и предикторы его эффективности. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2022. Т. 13. № 2. С. 138-150.

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

REFEERENCES

1. Santimov A.V., Chasny`k V.G., Grechany`j S.V. Psikhometricheskaya ocenka khronicheskogo bolevogo sindroma pri yuvenil`nom idiopaticheskom artrite. Pediatr. 2019. T. 10. # 3. S. 25–30.

2. Santimov A.V., Chasny`k V.G., Grechany`j S.V. Uroven` trevogi i depressii u detej i podrostkov s khronicheskim bolevy`m sindromom (na primere yuvenil`nogo idiopaticheskogo artrita). Obozrenie psikhiatrii i mediczinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2019. #4-2. S. 78-86.

3. Santimov A.V., Chasny`k V.G., Grechany`j S.V. Psikhoterapevticheskij podkhod k lecheniyu khronicheskogo bolevogo sindroma pri yuvenil`nom idiopaticheskom artrite i prediktory` ego e`ffektivnosti. Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2022. T. 13. # 2. S. 138-150.

4. E`jdemiller E`.G., Dobryakov I.V., Nikol`skaya I.M. Semejny`j diagnoz i semejnaya psikhoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachej i psikhologov. Izd. 2-e. SPb.: Rech`, 2006. 352 c.

5. Afari N, Wen Y, Buchwald D, Goldberg J, Plesh O. Are post-traumatic stress disorder symptoms and temporomandibular pain associated? Findings from a community-based twin registry. J Orofac Pain. 2008 Winter;22(1):41-9.

6. Arguelles LM, Afari N, Buchwald DS, Clauw DJ, Furner S, Goldberg J. A twin study of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic widespread pain. Pain. 2006 Sep;124(1-2):150-7.

7. Bogduk N, Merskey H. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994. ,

8. Burri A, Lachance G, Williams F. A discordant monozygotic-twin approach to potential risk factors for chronic widespread pain in females. Twin Res Hum Genet. 2015 Apr;18(2):188-97.

9. Burri A, Ogata S, Livshits G, Williams F. The Association between Chronic Widespread Musculoskeletal Pain, Depression and Fatigue Is Genetically Mediated. PLoS One. 2015 Nov 24;10(11):e0140289.

10. Burri A, Ogata S, Williams F. Female sexual pain: Epidemiology and genet-

ic overlap with chronic widespread pain. *Eur J Pain*. 2017 Sep;21(8):1408-1416.

11. Galton F. A diagram of heredity. *Nature* 1898;57: 293.

12. Gasperi M, Herbert M, Schur E, Buchwald D, Afari N. Genetic and Environmental Influences on Sleep, Pain, and Depression Symptoms in a Community Sample of Twins. *Psychosom Med*. 2017 Jul/Aug;79(6):646-654.

13. Hübscher M, Hartvigsen J, Fernandez M, Christensen K, Ferreira P. Does physical activity moderate the relationship between depression symptomatology and low back pain? Cohort and co-twin control analyses nested in the longitudinal study of aging Danish twins (LSADT). *Eur Spine J*. 2016 Apr;25(4):1226-33.

14. Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL. Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28;166(15):1649-54.

15. Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL. A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med*. 2009 Mar;39(3):497-505.

16. Khan WU, Michelini G, Battaglia M. Twin studies of the covariation of pain with depression and anxiety: A systematic review and re-evaluation of critical needs. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020 Apr;111:135-148.

17. Lefèvre H, Loisel A, Meunier BB, Deslandre C, Lemoine N, Moro MR, et al. Chronic idiopathic musculoskeletal pain in youth: a qualitative study. *Pediatr Rheumatol*. 2019;17(1):86. 10.1186/s12969-019-0389-3.

18. Marchand S. Mechanisms Challenges of the Pain Phenomenon. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021 Feb 10;1:574370.

19. Miadich SA, Breitenstein RS, Davis MC, Doane LD, Lemery-Chalfant K. Pediatric recurring pain in the community: the role of children's sleep and internalizing symptoms. *J Behav Med*. 2021 Aug;44(4):551-562.

20. Narusyte J, Ropponen A, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Shared liability to pain, common mental disorders, and long-term work disability differs among women and men. *Pain*. 2020 May;161(5):1005-1011.

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

22. Palermo T, Eccleston C, Goldschneider K, Sethna N, Schechter N. Assessment and management of children with chronic pain. *Position Statement Am Pain Soc*. 2012;2012.

23. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*. 2000;87:51–58.

24. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Colodro-Conde L, Carrillo E, Hopper JL, Ordoñana JR, Ferreira PH. Genetics and the environment affect the relationship between depression and low back pain: a co-twin control study of Spanish twins. *Pain*. 2015 Mar;156(3):496-503.

25. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Colodro-Conde L, González-Javier F, Hopper JL, Ordoñana JR, Ferreira PH. Symptoms of Depression and Risk of Low Back Pain: A Prospective Co-Twin Study. *Clin J Pain*. 2017 Sep;33(9):777-785.

26. Pinheiro MB, Morosoli JJ, Colodro-Conde L, Ferreira PH, Ordoñana JR. Genetic and environmental influences to low back pain and symptoms of depression and anxiety: A population-based twin study. *J Psychosom Res*. 2018 Feb;105:92-98.

27. Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, Tambs K, Roysamb E, Kringlen E,

Torgersen S, Harris JR. Back-neck pain and symptoms of anxiety and depression: a population-based twin study. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):1009-20.

28. Ropponen A, Narusyte J, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Number of Pain Locations as a Predictor of Cause-Specific Disability Pension in Sweden-Do Common Mental Disorders Play a Role? *J Occup Environ Med*. 2019 Aug;61(8):646-652.

29. Scaini S, Michelini G, De Francesco S, Fagnani C, Medda E, Stazi MA, Battaglia M. Adolescent pain, anxiety, and depressive problems: a twin study of their co-occurrence and the relationship to substance use. *Pain*. 2022 Mar 1;163(3):e488-e494.

30. Spence, S. H. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997. 106, 280–297

31. Suri P, Boyko EJ, Smith NL, Jarvik JG, Williams FM, Jarvik GP, Goldberg J. Modifiable risk factors for chronic back pain: insights using the co-twin control design. *Spine J*. 2017 Jan;17(1):4-14.

32. Swiergiel AH, Juszczak GR, Stankiewicz AM. Genetic and epigenetic mechanisms linking pain and psychiatric disorders. *Mod Trends Pharmacopsychiatry*. (2015) 30:120–37. 10.1159/000435937

33. Vassend O, Orvik BH, Czajkowski NO, Røysamb E. Facets of neuroticism and musculoskeletal symptoms. A study of middle-aged twins. *Norsk Epidemiologi*. 2016;26(1–2):47–56.

34. Vassend O, Røysamb E, Nielsen CS, Czajkowski NO. Musculoskeletal complaints, anxiety-depression symptoms, and neuroticism: A study of middle-aged twins. *Health Psychol*. 2017 Aug;36(8):729-739.

35. Vassend O, Røysamb E, Nielsen CS, Czajkowski NO. Fatigue symptoms in relation to neuroticism, anxiety-depression, and musculoskeletal pain. A longitudinal twin study. *PLoS One*. 2018 Jun 7;13(6):e0198594.

36. Suri P, Boyko EJ, Smith NL, Jarvik JG, Jarvik GP, Williams FMK, Williams R, Haselkorn J, Goldberg J. Post-traumatic Stress Disorder Symptoms are Associated With Incident Chronic Back Pain: A Longitudinal Twin Study of Older Male Veterans. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2019 Sep 1;44(17):1220-1227.

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

**TWIN METHOD IN THE STUDY OF THE INFLUENCE
OF GENETIC AND FAMILY FACTORS ON THE COMORBIDITY
OF CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN, ANXIETY
AND DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

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

Summary. Musculoskeletal pain is one of the most common types of chronic pain in children and adolescents. The relationship of chronic musculoskeletal pain, anxiety and depression is well known, but it is not completely clear whether and which genetic and epigenetic mechanisms are involved in the development of chronic pain, as well as in its comorbidity with anxiety and depression. The article presents a clinical observation of the comorbidity of chronic musculoskeletal pain, anxiety and depression in two 12.5-year-old twin sisters and a review of studies focusing on the influence of genetic and family factors on chronic musculoskeletal pain, anxiety and depression by the twin method.

Keywords: musculoskeletal pain, chronic pain syndrome, anxiety, depression, genetic factors, family factors, children, adolescents, twins.

Ю.Е. Куртанова, О.В. Белозерская, Ю.А. Бурдукова, В.Д. Щукина
ПРОБЛЕМЫ РЕИНТЕГРАЦИИ В СОЦИУМ

**ПОСЛЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).

Резюме: Статья посвящена выявлению факторов, влияющих на успешность реинтеграции в социум после продолжительного лечения детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями. Исследование проводилось с детьми, прошедшими длительный курс лечения от онкологических заболеваний, находящимися в стадии ремиссии на реабилитации в Лечебно-реабилитационном научном центре детской онкологии, гематологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева «Русское поле». В результате исследования определены факторы (психологические, физиологические, социальные), влияющие на успешность их реинтеграции в социум после продолжительного лечения.

Ключевые слова: дети, онкологические заболевания, продолжительное лечение, реинтеграция в социум.

По данным на 2015 г., в России ежегодно диагностируются злокачественные новообразования примерно у 3500 детей (15 на 100 тысяч). В 2014 г. под наблюдением в онкологических диспансерах находилось 16540 детей до 14 лет. К 2015 г. этот показатель возрос до 17515 детей [1]. Согласно статистике, в настоящее время в России около 30 тысяч детей нуждаются в реабилитации после перенесенных онкологических заболеваний.

По данным ряда исследований, посвященных изучению психологических последствий онкологических заболеваний [2, 5], отмечается, что продолжительное лечение, длительная госпитализация негативно влияют на формирование когнитивных функций в детском возрасте, на их эмоциональное и социальное развитие, качество жизни семьи ребенка с онкологическим заболеванием. Несмотря на успешное лечение, психологическое восстановление ребенка требует особых подходов и разработки программ психологической реабилитации, реализация которых должна способствовать успешной реинтеграции в социум детей после продолжительного лечения.

Эмпирическое исследование. Наше исследование посвящено изучению особенностей социализации и адаптации детей младшего школьного возраста после перенесенного онкологического заболевания и выявлению факторов, влияющих на успешность или неуспешность их реинтеграции в социум после продолжительного лечения.

В исследовании применялись диагностические методики: методика изучения социализированности личности ребенка (М.И. Рожков) [3]; проективная методика «Дерево» (П. Уилсон) [6]; структурированное интервью для родителей (Ю.Е. Куртанова) [2]; «Незаконченные предложения» для родителей (А.А. Шведовская) [4].

Диагностика проводилась на базе Лечебно-реабилитационного научного центра «Русское поле» ФГБУ «Национальный медицинский центр детской ге-

матологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева».

В диагностическом исследовании приняли участие 17 семей с детьми младшего школьного возраста, находящимися в состоянии ремиссии и проходящими реабилитацию в ЛРНЦ «Русское поле». Всем детям был поставлен диагноз онкологического заболевания в раннем возрасте (от 1 до 3 лет).

Анализ уровня социализированности детей. Степень социализированности детей выявлялась с помощью методики изучения социализированности личности ребенка (М.И. Рожкова). Методика включает в себя 4 шкалы:

- Оценка социальной адаптивности
- Оценка автономности
- Оценка социальной активности
- Оценка приверженности гуманистическим нормам.

Результаты исследования представлены в табл. 1:

Таблица 1.

Результаты исследования социализированности личности детей по методике М.И. Рожкова (в %)

Исследуемые параметры	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Социальная адаптивность	8	61	31
Автономность	38	31	31
Социальная активность	23	54	23
Приверженность гуманистическим нормам	0	23	77

Наибольшие баллы дети получили по шкале «Оценка приверженности гуманистическим нормам поведения». Низкого уровня по данной шкале не продемонстрировал ни один ребенок. Эти данные подтверждают родители, оценивая нравственные и моральные качества детей, - доброту, вежливость и отзывчивость как основные черты их характера. С одной стороны, высокие показатели по этой шкале – это положительный результат, говорящий о знании норм и правил поведения в обществе, но с другой стороны, высокие показатели по данной шкале часто проявляются в безусловном следовании социальным нормам и правилам, ориентированности на них, гиперсоциализированности, что затрудняет процесс естественного выражения эмоций, спонтанности, естественности собственных внутренних проявлений.

Самые низкие баллы дети набрали по шкале «автономности», что характеризует их низкую самостоятельность и во многом вынужденную зависимость от родителей.

Результаты оценки социальной адаптивности и социальной активности показали большой разброс данных от низкого до высокого уровня с преобладанием средних значений. Дети, которые продемонстрировали высокий уровень социальной адаптивности, в основном находились в стойкой ремиссии, родители им организовывали активный досуг. Самый низкий балл продемонстрировал мальчик, у которого сохраняются проблемы со здоровьем после перенесенного онкологического заболевания.

Анализ адаптированности детей по проективной методике «Дерево» (П. Уилсона). Дети, отождествляя себя с тем или иным человечком на дереве, выбирали того, на кого они походили сейчас (реальное положение) и какими бы они хотели быть (идеальное положение). Результаты методики представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты адаптированности детей по проективной методике «Дерево» (в %)

Исследуемые параметры	Установка на преодоление препятствий	Общительность, дружеская поддержка	Мотивация на развлечения	Отстраненность, замкнутость, тревожность	Комфортное состояние, нормальная адаптация	Кризисное состояние	Завышенная самооценка, установка на лидерство	Потребность в поддержке окружающих
Реальное положение	14	21	36	14	0	7	0	7
Идеальное положение	7	21	0	0	29	0	36	7

Из таблицы видно, что большинство детей выбрало позицию, указывающую на мотивацию к развлечениям, 21% - на общительность и дружескую поддержку, и по 14% – установку на преодоление препятствий и на отстраненность и замкнутость. Установку на «преодоление препятствий» выбрали мальчики, которые не высказывали никаких тревог и опасений по поводу школьного обучения. Один из них справляется с программой гимназии повышенной сложности, имеет четкие планы, отличается уравновешенным характером. Эти «реальные позиции» указывают на относительно средний уровень адаптации детей. Однако были отмечены и крайне тревожные позиции: «кризисное состояние», «потребность в поддержке окружающих».

К «идеальным позициям» дети чаще всего относили человечков с завышенной самооценкой, установкой на лидерство, находящихся в комфортном состоянии и обладающих дружеской поддержкой. Вероятно, дети ощущают потребность именно в этих качествах, отмечая недостаток поддержки со стороны окружающих.

Анализ факторов, влияющих на социализацию детей. С родителями было проведено структурированное интервью, направленное на оценку трудностей в адаптации и социализации их детей после продолжительного лечения.

На вопрос «Что наиболее тревожит Вас, когда Вы думаете о выписке из реабилитационного центра и о ближайшем будущем? Какие сложности предви-

дите?» родители выделяли следующие позиции: Опасение рецидива, проблемы здоровья; Учеба в школе; Поведение, Эмоциональное состояние; Социализация; Общение с другими детьми; Общение с одноклассниками, с детьми в школе; Домашние проблемы; Помощь со стороны государства, Инвалидность. В процентном соотношении эти ответы представлены в табл. 3:

Таблица 3.
Возможные проблемы ближайшего будущего детей с точки зрения родителей

Пробле- мы бли- жайшего будуще- го с точ- ки зре- ния ро- дителей	Опасе- ние ре- цидива, про- блем со здо- ровьем	Уч еба в шк оле	Пове- дение, эмоцио- нальное состоя- ние	Со- циа- ли- за- ция	По- мощь со сто- роны госу- дарства	Об- щение с дру- гими деть- ми	До- маш- ние про- бле- мы	Обще- ние с одно- класс- никами
%	28	19	19	11	6	6	6	5

Несмотря на то что опасение рецидива и проблемы здоровья ребенка составляют значительный процент тревог родителей, второе место равномерно распределено между поведенческими проблемами, эмоциональным состоянием и учебой в школе, которую большинство родителей считает, с одной стороны, показателем успешной социализации ребенка, а с другой, связывают именно с эмоциональным благополучием.

Родители называли также основные проблемы, которые возникают у их детей в школьном обучении, и к ним относили Концентрацию внимания, Лень, Проблемы с запоминанием, Сложности в освоении математики, Сложности с чтением и письмом, Отношения с учителями.

Таблица 4.

Проблемы детей при обучении в школе

Основные про- блемы школьного обучения с точки зрения родителей	Кон- центра- ция внима- ния	Лень	Про- блемы с запо- мина- нием	Сложно- сти с ос- воением матема- тики	Сложно- сти с чтением и пись- мом	Отно- шения с учи- телями
%	28	21	17	17	14	3

Среди факторов, влияющих на проблемы с обучением в школе, родители не отметили взаимоотношения ребенка с одноклассниками, хотя, очевидно, что проблемы в этой сфере отношений у детей существуют, и сами родители говорили о них, не связывая с успешностью обучения. Так, на вопрос, в каких отношениях ребенок находится с одноклассниками, большинство родителей ответило, что ребенок мало общается с одноклассниками, некоторые ответили, что их ребенок избирательно общителен.

Особенностью данной группы стало то, что почти все дети заболели в раннем возрасте, так что вопросы сохранения прежних социальных связей не яв-

ляются актуальными.

Оценивая процесс адаптации своего ребенка после болезни, родители выделили ряд позиций, которые, по их мнению, затрудняют процесс адаптации, а именно: Трудности в обучении, Эмоциональные проблемы, Проявление инфантильности, незрелости, Трудности в общении с другими детьми, Физическая слабость.

Таблица 5.

Трудности детей в адаптации

Трудности в адаптации	Трудности в обучении	Эмоциональные проблемы	Проявление инфантильности	Трудности в общении с другими детьми	Физическая слабость
%	35	31	19	11	4

Рассказывая о том, какие события, мероприятия и контакты больше всего помогли ребенку социализироваться после завершения лечения, родители называли домашнюю заботу и любовь родных, развлечения и коллективные мероприятия. Некоторые родители указывали на помощь реабилитационного центра, а также госпитальной школы проекта «УчимЗнаем» как основную опору в адаптации и реабилитации своих детей.

В качестве факторов, затрудняющих социализацию, родители называли Медицинские проблемы и ограничения по здоровью, Эмоциональные проблемы ребенка, Отсутствие доступной реабилитационной среды в своем городе, Сложности в общении с другими детьми, Незрелость, инфантильность ребенка, Снижение когнитивных функций вследствие болезни и лечения.

Таблица 6.

Факторы, затрудняющие процесс социализации детей после продолжительного лечения

Факторы, затрудняющие процесс социализации ребенка, по мнению родителей	Медицинские проблемы	Эмоциональные проблемы ребенка,	Отсутствие доступной реабилитационной среды	Сложности в общении с другими детьми	Незрелость, инфантильность ребенка	Снижение когнитивных функций
%	28	21	18	11	11	11

По мнению родителей, основной причиной, затрудняющей процесс социализации и адаптации детей после продолжительного лечения, являются проблемы со здоровьем, которые остаются у детей, несмотря на успешное лечение основного заболевания. Ятрогенное влияние является достаточно сильным, что влечет за собой и эмоциональные, и когнитивные трудности детей. Также родители отмечают, что отсутствие необходимой реабилитационной среды в их регионе, отсутствие психологов и дефектологов в школе, неспособность педагогов

принимать во внимание психологические особенности ребенка, находящегося в ремиссии после перенесенного онкологического заболевания, ведут к вторичным проблемам в социализации и адаптации детей.

Мероприятиями, способствующими возвращению ребенка в социум после болезни и продолжительного лечения, по мнению родителей опрошенной группы, должны стать, в первую очередь, Групповые и индивидуальные занятия с психологом (на это указали все опрошенные родители), Кружковая работа в малых группах, Возможность консультаций у различных специалистов (дефектологов, логопедов, нейропсихологов).

Таблица 7.

Мероприятия, способствующие успешной социализации детей после продолжительного лечения

Необходимые условия процесса включения в социум ребенка после продолжительной болезни	Групповые и индивидуальные занятия с психологом	Кружковая работа в малых группах	Возможность консультаций у специалистов	Понимание со стороны средового окружения
%	100	59	35	23

Помимо реабилитационных мероприятий, которые помогают детям социализироваться после продолжительного лечения, родители особенно отмечают значимость учета психологического состояния детей со стороны средового окружения (в школе, со стороны окружающих детей и взрослых).

Анализ результатов по методике «незаконченные предложения» для родителей (А.А. Шведовской). Для анализа полученных данных по методике «незаконченных предложений» нами было использовано традиционное распределение стимульного материала по шкалам, соответствующим определенным предложениям.

При ответе на предложение «Когда я думаю о своем ребенке, то...», большинство родителей заканчивали позитивно, с выражением положительных эмоций, с любовью, с гордостью и оптимизмом: «улыбаюсь, горжусь», «рада», «испытываю чувство любви», «он самый лучший», «испытываю радость и гордость», «думаю, что она – необычная и уникальная» и т. п. Однако, некоторые родители заканчивали предложение с выражением своих переживаний и тревог: «испытываю волнение, тревогу о нем», «мне тревожно за его будущее», «беспокоюсь», «на глазах появляются слезы». В этих семьях реабилитация и адаптация ребенка проходит достаточно тяжело по многим показателям, но в первую очередь тревоги родителей связаны с проблемами медицинского характера, с возможностью рецидива. Некоторые дети испытывают трудности в обучении, вызванные снижением когнитивных функций, расстройством памяти, снижением концентрации внимания, они находятся на надомном обучении. В структурированном интервью все эти родители указывали на наличие у детей эмоциональных проблем и сложности в общении с другими детьми, в том числе с сиблингами.

При выявлении того, как оценивают родители своего ребенка в сравнении

с другими детьми, часть из них отмечала инфантильность, несамостоятельность, отставание в эмоциональном развитии их детей.

Оценивая поведение своего ребенка в общении с другими детьми, родители разделились на тех, кто считает, что общение ребенку дается легко и доставляет радость, и на тех, кто отмечал стеснение ребенка, неловкость и трудности в коммуникации. Одна мама отметила, что другие дети могут заразить сына, поэтому она предпочитает ограничить его социальные связи.

В завершенных родительских предложениях по шкале «Идеальные ожидания» отчетливо проявляются две темы, которые, как показало исследование, особенно волнуют родителей – учеба в школе и связанная с ней дальнейшая успешность в жизни. Так, более половины родителей написали, что они хотели бы, чтобы их ребенок «стал самостоятельным», «успешным», «целеустремленным», «стал больше внимания уделять учебе». Остальные родители писали, что хотели бы ребенку здоровья и счастья. Последнее предложение по этой шкале – «Мой ребенок достаточно способен, чтобы...» - почти все родители связывали с учебой в школе и будущими успехами.

В завершении предложения «Мне бы хотелось, чтобы он/она перестал...» значительное большинство родителей обращалось к теме нарушения эмоциональной сферы (плаксивость, агрессию, раздражительность, злость) и проявлений нежелательного поведения, а трое отметили болезнь ребенка.

Называя то, что, с их точки зрения, мешает ребенку, только двое родителей указали состояние здоровья, остальные отметили застенчивость, неорганизованность, лень, неусидчивость, проблемы с памятью, невнимательность.

Таким образом, анализ проведенной методики «незаконченных предложений» показал, что, с одной стороны, родители детей после перенесенного онкологического заболевания озабочены проблемами здоровья ребенка и страхами о возможности рецидива, а с другой, будущим, которое в их сознании непосредственно связано с обучением в школе. Результаты методики «незаконченных предложений» в большинстве своем подтверждают данные, полученные с помощью структурированного интервью.

Выводы

Определение факторов, влияющих на успешность реинтеграции в социум детей после продолжительного лечения

Физиологические факторы. Физиологические факторы, к которым относится длительность ремиссии, остаточные последствия заболевания, ухудшение общих психоневрологических показателей здоровья после лечения, как показало проведенное исследование, во многом являются определяющими в успешности реинтеграции, поскольку именно они в первую очередь влияют психологические факторы и возможности адаптации детей.

Наиболее уязвимыми и менее успешными в реинтеграции оказались дети, у которых последствия заболевания были наиболее значительными. В таких семьях медицинская реабилитация в сознании родителей остается в приоритете, при этом детей больше опекают, снижая уровень их автономности и социальной активности. В этом случае зачастую дети ограничены в возможности посещения дополнительных внеурочных занятий, они надолго остаются на домашнем обу-

чении, что увеличивает ограниченность их общения.

Снижение воздействия физиологического фактора можно обеспечить за счет работы с родителями. Например, проведением тренинговых занятий, нацеленных на формирование субъектного отношения к ребенку, развитие внимания к личности ребенка вне призмы его заболевания, выработки конструктивных паттернов взаимодействия с ребенком в русле его интересов, на развитие навыков совместной игры с ребенком, совместного творческого времяпрепровождения.

Психологические факторы. Детей младшего школьного возраста, находящихся в ремиссии после онкологического заболевания, объединяют, как минимум, три психологические особенности, выявленные в нашем исследовании:

- в их жизни игра какое-то время остается ведущей деятельностью, потому что из-за болезни они не смогли эффективно пройти предыдущий этап развития, где игра являлась ведущим типом деятельности;
- у значительного большинства детей есть сложности в общении со сверстниками, они предпочитают формировать компании по интересам вне школы;
- ресурсной психологической особенностью этих детей является их яркий интерес к жизни, потенциальная вовлеченность во все ее формы.

Данные психологические особенности формируют психологические факторы, влияющие на успешность и неуспешность реинтеграции детей в социум.

Игра. На фоне того, что игра сохраняет важную роль в развитии ребенка, мотивация детей к учебной деятельности снижена, но вместе с тем у них есть стремление соответствовать социальным требованиям и нормам, которые к ним предъявляют. В начальной школе приоритетным является школьная успеваемость. Однако большинство детей нуждается в помощи, концентрация внимания, память, мелкая моторика зачастую развиты у них с отставанием от возрастной нормы. Сложные задания даются детям с трудом, авторитет среди одноклассников падает, формируется неадекватная амбивалентная самооценка. Дети демонстрируют высокое эмоциональное напряжение и перепады настроения.

При этом детям необходимы дополнительные занятия со специалистами, которые были бы нацелены на формирование успешности в любых видах продуктивной деятельности, соответствующей интересам и возможностям ребенка. Подобные занятия могут проходить в игровой форме и должны способствовать личностному развитию ребенка, что может лежать в основе успешной социализации (адекватная самооценка, контроль над своими эмоциями, навыки коммуникации).

Общение со сверстниками. Исследование показало, что все дети так или иначе стремятся к общению с другими детьми, однако навыки их межличностного взаимодействия зачастую недостаточно развиты. Поэтому наряду с занятиями продуктивной деятельностью детям необходимо общение в среде сверстников, которое было бы нацелено на формирование коммуникативных навыков. Такое общение может быть сконструировано специалистами в рамках игровых тренингов, может спонтанно сложиться в кружке по интересам, в спортивной секции.

Интерес к жизни. Почти все родители и сами дети отмечали широкий круг интересов и позитивных увлечений. Дети демонстрировали увлечение ак-

тивными формами деятельности, желание участвовать в различных активностях, быть со всеми наравне. Эта особенность, сформированная в условиях обедненной больничной среды, может явиться мощным психологическим фактором успешной реинтеграции ребенка в социум, если обеспечить возможность посещения различных мест, способных расширить представления ребенка об окружающем мире и предоставить условия для взаимодействия с ним. Идеальной площадкой для таких занятий могут быть музеи, которые в последнее время предлагают интересные интерактивные программы для детского развития и научного творчества. Детям можно предложить различные мастер-классы и занятия по научному творчеству, организованные в структуре реабилитационных мероприятий.

Средовые факторы. Многие из принявших участие в опросе родителей отмечали отсутствие или недоступность необходимой реабилитационной среды в их регионе, отсутствие психологов и дефектологов в школе, неспособность педагогов принимать во внимание психологические особенности ребенка после перенесенного онкологического заболевания, неподготовленность других детей и взрослых к принятию особенностей такого ребенка и к адекватному отношению близких, исключаящему гиперпротекцию. Действительно, общество зачастую не готово к конструктивному взаимодействию с ребенком, не таким, как другие дети. Родственники ребенка после перенесенного им онкологического заболевания больше опекают, снижая уровень его автономности и социальной активности.

Работа с повышением толерантности общества должна вестись на макро-социальном уровне в виде информирования о возможностях и особенностях детей после продолжительного лечения. Должна вестись специализированная подготовка педагогов в общеобразовательных школах по подготовке образовательной и социальной среды для детей, перенесших онкологическое заболевание. С родственниками детей целесообразно проводить занятия в виде тренингов, помогающих принять физиологические и психологические изменения детей после перенесенного заболевания и формирующих навыки конструктивного взаимодействия, способствующие повышению детской активности и автономности от взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2015 году: статистические материалы. Часть V / Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев и др. М., 2016. 143 с.

2. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакова А.М., Щукина В.Д., Иванова А.А. Социальная адаптация детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 3. С. 127–138.

3. Рожков М.И. Воспитание трудного ребенка: дети с девиантным поведением: учебно-методическое пособие / Под ред. М.И. Рожкова. М.: Владос, 2001. 238 с.

4. Шведовская А.А. Использование методики «Родительское сочинение» в диагностике детско-родительских отношений в дошкольном возрасте / Психоло-

логическая диагностика, 2005. № 4. С.70-103.

5.Щербакова А.М., Тадевосян Н.Н. Реабилитационный эффект программы Therapeutic Recreation для ее участников, перенесших онкологические и гематологические заболевания // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018 (18), №3. С.62-75 <http://psychildhealth.ru/2018-03.pdf>

REFERENCES

1.Zabolevaemost` detского naseleniya Rossii (0–14 let) v 2015 godu: statisticheskie materialy`. Chast` V / G.A. Aleksandrova, A.V. Polikarpov, N.A. Golubev i dr. M., 2016. 143 s.

2.Kurtanova Yu.E., Burdukova Yu.A., Shherbakova A.M., Shhukina V.D., Ivanova A.A. Soczial`naya adaptacziya detej s onkologicheskimi zabolevaniyami posle prodolzhitel`nogo lecheniya [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2020. Tom 9. # 3. S. 127–138.

3.Rozhkov M.I. Vospitanie trudnogo rebenka: deti s deviantny`m povedeniem: uchebno-metodicheskoe posobie / Pod red. M.I. Rozhkova. M.: Vlosos, 2001. 238 s.

4.Shvedovskaya A.A. Ispol`zovanie metodiki «Roditel`skoe sochinenie» v diagnostike detско–roditel`skikh otnoshenij v doshkol`nom vozraste / Psikhologicheskaya diagnostika, 2005. # 4. S.70-103.

5.Shherbakova A.M., Tadevosyan N.N. Reabilitaczionny`j e`ffekt programmy` Therapeutic Recreation dlya ee uchastnikov, perenesshikh onkologicheskikh i gematologicheskikh zabolevaniy // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. – 2018 (18), #3. S.62-75 <http://psychildhealth.ru/2018-03.pdf>

6.Pip Wilson, Ian Long The Blob Guide to Children's Human Rights. – London, 2021. – 128 p. <https://doi.org/10.4324/9781003096641>

Yu.E. Kurtanova, O.V. Belozerskaya, Yu.A. Burdukova, V.D. Schukina PROBLEMS OF REINTEGRATION INTO SOCIETY AFTER LONG-TERM TREATMENT OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH CANCER

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article is devoted to identifying factors that influence the success of reintegration into society after prolonged treatment of primary school children with cancer. The study was conducted with children who have undergone a long course of treatment for cancer and are in remission for rehabilitation at the Medical and Rehabilitation Scientific Center for Pediatric Oncology, Hematology and Immunology named after Dmitry Rogachev "Russian Field". The study identified factors (psychological, physiological, social) that affect the success of reintegration into society after prolonged treatment.

Keywords: children, oncological diseases, long-term treatment, reintegration into society.

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ – ИНТЕГРАТИВНЫЙ
ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИЮ ЦЕННОСТНЫХ
УСТАНОВОК И МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ И САМОРЕАЛИЗАЦИИ
У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

¹Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов,

²ГБОУ Средняя общеобразовательная школа № 367 Фрунзенского района
Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург).

Резюме. Статья отражает поиск возможностей интеграции приемов психотерапии и педагогической практики в школьном образовании. Представлены научные основания, актуальность и практический опыт применения интегративного подхода в коррекции и развитии ценностных ориентаций, волевых качеств и мотивов поведения у обучающихся подросткового возраста как неотъемлемых компонентов психического здоровья.

Ключевые слова: интегративный психолого-педагогический подход, динамика развития группы, волевая регуляция, ценностные ориентации, образовательные игры.

На современном этапе развития науки прослеживается целесообразность интеграции не только различных подходов и направлений в одной области, но и самостоятельных областей науки, включая прикладные формы реализации научных знаний [2, 3, 11]. Фундаментом современной психологии стали исследования в философской, медицинской, социальной сферах [5, 8]. Исследовательский опыт расширился в сферу образования и развития человека [1]. Однако, на наш взгляд, в школьном образовании психологическая работа часто локализована отдельными приемами симптоматического воздействия и нуждается в систематизации, что требует дополнительных исследований и разработок, в том числе с использованием интегративного подхода.

Цель исследования: систематизация психолого-педагогической работы в современной школе посредством интеграции определенных приемов психотерапевтической и педагогической практики в образовательном комплексе, направленная на развитие ценностных ориентаций и мотивов поведения и самореализации у обучающихся подросткового возраста. Данная цель позволяет ставить задачи по предотвращению и сглаживанию делинквентных форм поведения и деструктивных социальных образований среди подростков, содействию социализации и профессиональному самоопределению обучающихся в среде непосредственного общения и совместной деятельности, коррекции поведения, мотивов самореализации, самооценки.

Материалы и методы. Предшествующий опыт интеграции психологических подходов в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами (психодинамический, поведенческий и когнитивный подходы) [5, 10, 12, 15] показал целесообразность продолжения исследований в образовательной практике современной школы:

- психодинамический подход – организация совместной деятельности клас-

са/команды (как социальной группы) по поиску решений и творческим разработкам образовательных задач в рамках проектной деятельности. Отслеживание динамики развития группы, включая изменения ценностных установок, волевых и адаптивных качеств и взаимоотношений обучающихся;

- поведенческий подход – использование имитационных методов игрового обучения [6, 10], которые побуждают обучающихся соответствовать правилам и образцам поведения игровых персонажей для достижения цели (имитация работы профессиональных коллективов направлена на профессиональное самоопределение обучающихся);

- когнитивный подход – целенаправленное использование обсуждений, суждений, мнений в процессе совместной деятельности (в среде естественного общения) позволяет конструктивно трансформировать когнитивные установки обучающихся, препятствующие личным и образовательным достижениям.

Актуальность интегративного подхода определяется требованиями ФГОС к активизации универсальных учебных действий обучающихся в образовательной практике (личностные, регулятивные, познавательные, коммуникативные).

Исследование специально разработанного комплекса образовательных игр (далее Комплекс) в рамках опытно-экспериментальной работы на базе государственного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 367 Фрунзенского района Санкт-Петербурга с 2014 по 2017 гг. [13, 14] показали тождественность результатов с терапевтическими эффектами работы психологических групп:

- динамики развития группы [5, 16], (целенаправленная организация командной работы позволяет обучающимся выстраивать ценностные ориентиры поведения, достигать воспитательных целей сотрудничества и мотивации к образовательным и личностным достижениям, развивать волевою регуляцию);

- игровой деятельности [10] (снижаются пороги влияния защитных механизмов, повышается эмоциональная привлекательность самореализации в группе сверстников, происходит идентификация с ролевыми образами представителей различных профессий);

- недирективных и когнитивных установок поведения (целенаправленное использование оценочных суждений и рефлексии подкрепляет стратегии конструктивного поведения, личных и образовательных достижений обучающихся [7, 10]).

Каждая игра Комплекса предусматривает возрастные особенности участников как по содержанию предметных заданий, так и по привлекательности сюжетной линии (от приключенческого жанра и путешествий по историческим эпохам для 5-6 классов до изобретательского и научно-прикладного для 7-8 классов) [17].

Для обследования динамики личностных изменений использовались стандартизированные методики, представленные в следующем разделе.

Результаты, обсуждение, перспективы. Обследовались эмоционально-волевые качества личности [9] и ценностные ориентации [4] обучающихся после проведения серии специально разработанного и реализованного с использованием интегративного психолого-педагогического подхода ком-

плекса командных образовательных игр. Обследование проводилось в начале и в конце учебного года, перед и после реализацией Комплекса. В обследовании приняли участие 90 обучающихся 6 и 8 классов. Дифференциация по полу не проводилась.

1. Результаты исследования эмоционально-волевых качеств личности по методике М.В. Чумакова «Опросник ВКЛ» [9].

Испытуемым предлагалось оценить свои эмоционально-волевые качества по таким шкалам, как: ответственность, инициативность, решительность, самостоятельность, выдержка, настойчивость, энергичность, внимательность, целеустремленность.

Критерии оценки:

Каждая шкала содержит полярные величины, которые оцениваются по степени выраженности: «-» от 50% до 0%, «+» от 50% до 100 %. При этом 50% рассматривается как нулевая величина, характеризующая неопределенность выраженности того или иного качества.

Ответственность:

«-» - *безответственный, ненадежный, ветреный, безалаберный;*

«+» - *ответственный, обязательный.*

Инициативность:

«-» - *пассивный, безынициативный, ленивый, бездеятельный;*

«+» - *ведущий, деловой, сильный, инициативный, деятельный, влиятельный, дальновидный.*

Решительность:

«-» - *нерешительный, неуверенный, колеблющийся, сомневающийся;*

«+» - *уверенный, решительный.*

Самостоятельность:

«-» - *зависимый, несамостоятельный, управляемый, повинующийся;*

«+» - *самостоятельный.*

Выдержка:

«-» - *невывержанный;*

«+» - *выдержанный, терпеливый, благоразумный, самоуправляемый.*

Настойчивость:

«-» - *настойчивый, нестойкий, слабый;*

«+» - *твердый, боевой, стойкий, настойчивый.*

Энергичность:

«-» - *бессильный, депрессивный;*

«+» - *активный, жизнедеятельный, энергичный, оптимистичный.*

Внимательность:

«-» - *невнимательность;*

«+» - *внимательный, собранный, непоколебимый.*

Целеустремленность:

«-» - *нецелеустремленный;*

«+» - *целеустремленный, упорный.*

Результаты показали у учащихся, принявших участие в реализации Комплекса, повышение показателей по шкалам «ответственность», «инициатив-

ность», «самостоятельность», «настойчивость» в пределах 7-10%. Показатели по шкале энергичность уменьшились на 7%. Показатели по другим шкалам практически не изменились (в пределах 3%). За этот же период в группах сравнения (учащиеся не принимали участие в экспериментальной работе) отмечается тенденция к снижению показателей эмоционально-волевых качеств (незначительные изменения в пределах 3-5% по ряду шкал).

В представленных результатах отмечается тенденция к конструктивным изменениям, которые могут быть более продуктивными при организации систематической работы по исследуемой модели с 5 по 9 классы. Уменьшение показателей по шкале «энергичность» мы связываем с проведением мониторинга в конце учебного года, т. к. предварительный мониторинг проводился в начале учебного года.

Устойчивость показателей эмоционально-волевых качеств у учащихся, участвовавших в ОЭР в продолжении 2 учебных лет, свидетельствует о конструктивном влиянии исследуемого комплекса на волевые компоненты личности.

2. Результаты исследования ценностных предпочтений по методике Шалом-Шварца.

Критерии оценки. Каждая шкала содержит уровень предпочтений той или иной ценности, выраженный в процентах от максимально возможного количества баллов.

Краткое определение мотивационных типов соответственно их центральной цели:

власть (В) — социальный статус, доминирование над людьми и ресурсами;

достижение (Дт) — личный успех в соответствии с социальными стандартами;

гедонизм (Г) — наслаждение или чувственное удовольствие;

стимуляция (Ст) — волнение и новизна;

самостоятельность (С) — самостоятельность мысли и действия;

универсализм (У) — понимание, терпимость и защита благополучия всех людей и природы;

доброта (Д) — сохранение и повышение благополучия близких людей;

традиция (Т) — уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи;

конформность (К) — сдерживание действий и побуждений, которые могут навредить другим и не соответствуют социальным ожиданиям;

безопасность (Б) — безопасность и стабильность общества, отношений и самого себя.

Характеристики типов ценностей:

Власть (В). Функционирование социальных институтов требует определенной дифференциации статусов, и в большинстве случаев в межличностных отношениях в разных культурах было выявлено сочетание показателей доминантности—подчиненности. Центральная цель этого типа ценностей заключается в достижении социального статуса или престижа, контроля или доминирования над людьми и средствами (авторитет, богатство, социальная власть, сохранение своего общественного

имиджа, общественное признание). Ценности *власти* и *достижения* (см. далее) фокусируются на социальном уважении, однако ценности *достижения* (например, успешный, амбициозный) подчеркивают активное проявление компетентности в непосредственном взаимодействии, в то время как ценности *власти* (авторитет, богатство) подчеркивают достижение или сохранение доминантной позиции в рамках целой социальной системы.

Достижение (Дт). Определяющая цель этого типа ценностей — личный успех через проявление компетентности в соответствии с социальными стандартами. Проявление социальной компетентности влечет за собой социальное одобрение.

Гедонизм (Г). Мотивационная цель данного типа определяется как наслаждение или чувственное удовольствие (удовольствия, наслаждение жизнью).

Стимуляция (Ст). Этот тип ценностей является производным от организменной потребности в разнообразии и глубоких переживаниях для поддержания оптимального уровня активности. Биологически обусловленные вариации потребности в стимуляции, опосредованные социальным опытом, приводят к индивидуальным различиям в значимости этой ценности. Мотивационная цель этого типа ценностей заключается в стремлении к новизне и глубоким переживаниям.

Самостоятельность (С). Определяющая цель этого типа ценностей состоит в самостоятельности мышления и выбора действия, в творчестве и исследовательской активности. Самостоятельность как ценность производна от организменной потребности в самоконтроле и самоуправлении, а также от интеракционных потребностей в автономности и независимости.

Универсализм (У). Мотивационная цель данного типа ценностей — понимание, терпимость, защита благополучия всех людей и природы. Мотивационные цели *универсализма* производны от тех потребностей выживания групп и индивидов, которые становятся явно необходимыми при вступлении людей в контакт с кем-либо вне своей среды или при расширении первичной группы.

Доброта (Д). Это более узкий «просоциальный» тип ценностей по сравнению с *универсализмом*. Лежащая в ее основе доброжелательность сфокусирована на благополучии в повседневном взаимодействии с близкими людьми. Этот тип ценностей считается производным от потребности в позитивном взаимодействии, потребности в аффилиации и обеспечении процветания группы. Его мотивационная цель — сохранение благополучия людей, с которыми индивид находится в личных контактах (полезность, лояльность, снисходительность, честность, ответственность, дружба, зрелая любовь).

Традиции (Т). Любые социальные группы вырабатывают свои символы и ритуалы. Их роль и функционирование определяются опытом группы и закрепляются в традициях и обычаях. Традиционный способ поведения становится символом групповой солидарности, выражением единых ценностей и гарантией выживания. Традиции чаще всего принимают формы религиозных обрядов, верований и норм поведения. Мотивационная цель данной ценности — уважение, принятие обычаев и идей, которые существуют в культуре (уважение традиций, смирение, благочестие, принятие своей участи, умеренность) и следование им.

Конформность (К). Определяющая мотивационная цель этого типа — сдерживание и предотвращение действий, а также склонностей и побуждений к действиям, которые могут причинить вред другим или не соответствуют социальным ожиданиям. Данная ценность является производной от требования сдерживать склонности, имеющие негативные социальные последствия (послушание, самодисциплина, вежливость, уважение родителей и старших).

Безопасность (Б). Мотивационная цель этого типа — безопасность для других людей и себя, гармония, стабильность общества и взаимоотношений. Она производна от базовых индивидуальных и групповых потребностей. По мнению Ш. Шварца, существует один обобщенный тип ценности *безопасность* (а не два отдельных — для группового и индивидуального уровня). Связано это с тем, что ценности, относящиеся к коллективной безопасности, в значительной степени выражают цель безопасности и для личности (социальный порядок, безопасность семьи, национальная безопасность, взаимное расположение, взаимопомощь, чистота, чувство принадлежности, здоровье).

Сравнение результатов первичного и повторного обследования выявило увеличение показателей по шкалам «универсализм», «доброта», «самостоятельность» в пределах 6-8% у учащихся, принимавших участие реализации Комплекса. На 5% уменьшились показатели по шкале «Стимуляция». У учащихся, не принимавших участие, отмечается увеличение показателей по шкале стимуляция на 11%, что свидетельствует о потребности в дополнительной стимуляции собственной активности к концу учебного года и о более низкой самоорганизации в сравнении с учащимися, которые участвовали в экспериментальной работе. Также у учащихся группы сравнения повысились показатели по шкале «конформность» на 6%. По другим шкалам изменения показателей в обеих группах в пределах 3-4%.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования полученного опыта как в базовых образовательных учреждениях, так и в работе с детьми с ОВЗ, и в условиях медицинского стационара, где дети и подростки наряду с медицинской помощью продолжают школьное образование, что требует дальнейших исследований.

Органичным продолжением полученного опыта стал районный конкурс «Сила духа» для обучающихся 11-15-летнего возраста [17], в котором ежегодно принимают участие до 30 образовательных учреждений. Конкурс включает предварительную работу педагогов образовательных учреждений с классами по специально разработанным сценариям образовательных игр, ориентированных на психологические особенности подросткового возраста и тематическое содержание образовательных программ, с рекомендациями к использованию и методическими консультациями. Игры реализуются в командном формате, что позволяет участникам погрузиться в совместный поиск решения проблемных задач. Алгоритм игры включает несколько этапов, соответствующих стадиям развития группы [16]:

- ознакомительный этап – стадия формального принятия правил и условий командной работы;
- самоопределение – стадия протеста (как защитной реакции) перед принятием необходимости личной ответственности в достижениях команды, иденти-

фикации с командой, определения собственной значимости в социальной группе;
 - сотрудничество – совместный поиск решения проблемных ситуаций, предлагаемых в игре, продвижение команды (набор баллов, переход на следующий этап игры), продвижение в команде (раскрытие каждым участником своих сильных сторон (личностных, интеллектуальных, коммуникативных, творческих качеств) в стремлении принести пользу команде;

- завершающий этап – подведение итогов работы команд, рефлексия (обсуждение результатов и процесса из достижения, обмен опытом, анализ вклада каждого игрока в успех команды). В отличие от психологической группы, которая завершает работу по достижении терапевтических целей, команды, участвующие в образовательных играх, имеют возможность продолжать работу в последующих играх в процессе дальнейшего обучения, что способствует сплочению подростков и приближает (имитирует) взаимоотношения в командах к профессиональным коллективам с наличием общих целей, совместному поиску способов их достижения, профессиональному росту.

Интерес педагогического сообщества и обучающихся, установленный за период реализации Комплекса, определил целесообразность дальнейшего исследования и разработки систематизированного учебно-методического комплекса «Лаборатория образовательных достижений и профессионального самоопределения обучающихся» с использованием интегрированного психолого-педагогического подхода в рамках работы районной проектной педагогической мастерской в период 2021–2024 гг. [17], планомерной диагностикой динамики личностных изменений и образовательных достижений, публикацией результатов.

Заключение. Обследование динамики изменения волевых качеств и ценностных ориентаций обучающихся 11-15 лет с использованием стандартизированных методов позволили увидеть тенденцию к конструктивным изменениям:

- волевых качеств по шкалам: «ответственность», «инициативность», «самостоятельность», «настойчивость» - в исследуемой выборке отмечено повышение на 7-10% по опроснику волевых качеств личности М.В. Чумакова [9];

- ценностей по шкалам «универсализм», «добродетель», «самостоятельность» - в исследуемой выборке отмечается повышение на 6-8%, снижение показателей по шкалам «стимуляция» 5% (в контрольной группе отмечено увеличение на 11%) и «гедонизм» 4% по опроснику ценностных ориентаций Ш. Шварца [4].

Представленный в статье опыт и результаты характеризуют целесообразность использования интегративного психолого-педагогического подхода в создании образовательных комплексов внеурочной деятельности, направленных на образование и развитие личности обучающихся, включая волевые и ценностные компоненты, социализацию и профессиональное самоопределение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М., АСТ, 2005. 670 с.
2. Горностай П.П. Интегративные модели в современной психотерапии // Наука і освіта. 2004. № 8-9. С. 83-86.
3. Ермакова Л.А. Интегративный подход к обучению: прошлое и настоящее // Современная педагогика. 2016. № 7 [Электронный ресурс]. URL: <https://pedagogika.snauka.ru/2016/07/5815> (дата обращения: 24.01.2022).

4. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб., Речь. 2004. 70 с.

5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник для ВУЗов. 5-е изд. СПб.: «Издательский дом «Питер»», 2018. 896 с.

6. Клепикова Н.М. Имитационная игра // Игровые образовательные технологии. 2012. № 2 (30). С. 36-40.

7. Кривцова С.В. «Учитель и проблемы дисциплины». М., «Генезис», 2004. 148 с.

8. Парыгин Б.Д. Социальная психология. Проблемы методологии, истории и теории. СПб.: ИГУП, 1999. 592 с.

9. Чумаков М.В. Развитие эмоционально-волевой сферы личности: Учебное пособие. Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2012. 128 с.

10. Эйдемиллер Э.Г., Яковлев В.А. Метафора жизненного пути в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами. Учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2016. 68 с.

11. Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия как интегративная духовная практика, основанная на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах // Психотерапия. 2009. № 10 (82). С. 19-34.

12. Эриксон Э. Детство и общество (пер. с англ., ред. А.А. Алексеева) Изд. 2-е, перераб., доп. СПб.: Летний сад, Речь, 2002. 416 с.

13. Яковлев В.А. Зарубежный опыт и инновации в предпрофильной подготовке школьников // Гуманитарный научный вестник. 2020, № 9. С. 71-75. URL: <http://naukavestnik.ru/doc/2020/09/Yakovlev.pdf>

14. Яковлев В.А. Психологические методы социализации и профессионального самоопределения обучающихся – преемственность школы и ВУЗа // Проблемы социальной психологии и социальной работы: XII Всероссийская Парыгинская научно-практическая конференция с международным участием 15 апреля 2022 г. СПб.: СПбГУП, 2022. С. 124-126.

15. Яковлев В.А. Образы детско-родительских отношений в психологической коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей 7-10 лет // Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 12, 2013. Вып. 4.

16. Ялом И. Групповая психотерапия. М.: Издательство Института психотерапии, 2005. 576 с. Электронный ресурс:

17. URL <https://sites.google.com/view/siladukha367/главная-страница>
REFERENCES

1. Vy`gotskij L.S. Pedagogicheskaya psikhologiya. M., AST, 2005. 670 s.

2. Gornostaj P.P. Integrativny`e modeli v sovremennoj psikhoterapii // Nauka i osvita. 2004. # 8-9. S. 83-86.

3. Ermakova L.A. Integrativny`j podkhod k obucheniyu: proshloe i nastoyashhee // Sovremennaya pedagogika. 2016. # 7 [E`lektronny`j resurs]. URL: <https://pedagogika.snauka.ru/2016/07/5815> (data obrashheniya: 24.01.2022).

4. Karandashev V.N. Metodika Shvarcza dlya izucheniya czennostej lichnosti: koncepcziya i metodicheskoe rukovodstvo. Spb., Rech`. 2004. 70 s.

5. Karvasarskij B.D. Klinicheskaya psikhologiya. Uchebnik dlya VUZov. 5-e izd. SPb.: «Izdatel`skij dom «Piter»», 2018. 896 s.

6. Klepikova N.M. Imitacziennaya igra // Igrovyye obrazovatel'ny'e tekhnologii. 2012. # 2 (30). S. 36-40.
7. Krivczova S.V. «Uchitel' i problemy` discipliny». M., «Genezis», 2004. 148 s.
8. Pary`gin B.D. Soczial'naya psikhologiya. Problemy` metodologii, istorii i teorii. SPb.: IGUP, 1999. 592 s.
9. Chumakov M.V. Razvitie e`mocziional'no-volevoj sfery` lichnosti: Uchebnoe posobie. Kurgan: Izd-vo Kurganskogo gos. un-ta, 2012. 128 s.
10. E`jdemiller E`.G., Yakovlev V.A. Metafora zhiznennogo puti v psikhoterapii detej s e`mocziional'ny`mi i povedencheskimi rasstrojstvami. Uchebnoe posobie. SPb.: SpeczLit, 2016. 68 s.
11. E`jdemiller E`.G. Psikhoterapiya kak integrativnaya dukhovnaya praktika, osnovannaya na estestvennonauchnoj i gumanitarnoj paradigmatkakh // Psikhoterapiya. 2009. # 10 (82). S. 19-34.
12. E`rikson E`. Detstvo i obshhestvo (per. s angl., red. A.A. Alekseeva) Izd. 2-e, pererab., dop. SPb.: Letnij sad, Rech`, 2002. 416 s.
13. Yakovlev V.A. Zarubezhny`j opy`t i innovaczii v predprofil`noj podgotovke shkol'nikov // Gumanitarny`j nauchny`j vestnik. 2020, # 9. S. 71-75. URL: <http://naukavestnik.ru/doc/2020/09/Yakovlev.pdf>
14. Yakovlev V.A. Psikhologicheskie metody` soczializaczii i professional'nogo samoopredeleniya obuchayushhikhsya – preemstvennost` shkoly` i VUZa // Problemy` soczial'noj psikhologii i soczial'noj raboty: XII Vserossijskaya Pary`ginskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodny`m uchastiem 15 aprelya 2022 g. SPb.: SPbGUP, 2022. S. 124-126.
15. Yakovlev V.A. Obrazy` detsko-roditel'skikh otnoshenij v psikhologicheskoy korrekczii e`mocziional'ny`kh i povedencheskikh rasstrojstv u detej 7-10 let // Vestn. S.-Peterb. un-ta. Ser. 12, 2013. Vy`p. 4.
16. Yalom I. Gruppovaya psikhoterapiya. M.: Izdatel'stvo Instituta psikhoterapii, 2005. 576 s. E`lektronny`j resurs:
17. URL <https://sites.google.com/view/siladukha367/glavnaya-stranica>

V.A. Yakovlev¹, I.G. Sokolova²

**PSYCHOTHERAPY AND EDUCATION IS AN INTEGRATIVE
APPROACH TO THE CORRECTION AND DEVELOPMENT
OF VALUE ATTITUDES AND MOTIVES OF BEHAVIOR
AND SELF-REALIZATION IN ADOLESCENT STUDENTS**

¹St. Petersburg Humanitarian University of Trade Unions, ²Secondary school No. 367 Frunzensky district of St. Petersburg (Saint-Petersburg).

Summary. The article reflects the search for opportunities to integrate psychotherapy techniques and pedagogical practice in school education. The scientific grounds, relevance and practical experience of the integrative approach in the correction and development of value orientations and motives of behavior and self-realization in adolescent students are presented.

Keywords: integrative psychological and pedagogical approach, dynamics of group development, volitional regulation, value orientations, educational games.

А.Н.Султанова, В.А. Луговенко

**ТИКОЗНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ У ДЕТЕЙ.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск).

Резюме. Тикозные гиперкинезы занимают одно из ведущих мест среди неврологических заболеваний детского возраста. В последнее время педагоги, медицинские психологи, социальные работники и психиатры все чаще сталкиваются с проблемой тикозных гиперкинезов у детей, определяя их как состояния нервного развития, характеризующиеся наличием тиков и связанных с ними поведенческих проблем. Современная неврология, психиатрия и медицинская психология нуждаются в актуализации как терапевтического, так и диагностического аспекта тикозных гиперкинезов. В данной статье представлен обзор современной литературы по проблеме тикозных гиперкинезов у детей, а также методов их коррекции. Анализ литературы описывает последние достижения в области неврологии и психологии. Описаны клинико-динамические и психосоциальные характеристики детей с тикозными гиперкинезами, включая электроэнцефалографическую картину. Отмечена роль тикозных гиперкинезов на психологический и эмоциональный статус детей.

Ключевые слова: тикозные гиперкинезы, тики, семейное воспитание, психокоррекция, дети.

В настоящее время проблема ТГ у детей становится чрезвычайно актуальной. Детская психоневрология ознаменовалась успехами в исследовании этиологии, патогенеза, клиники и лечения ТГ. Многие исследователи в течение долгих лет изучают данную патологию, так как проблема ТГ остается значимой и распространенной [1]. В нервно-психической заболеваемости ТГ занимают одно из главных мест с частотой встречаемости 13% мальчиков и у 11% у девочек. В среднем хронические тики имеются у 3-4% населения [2]. До 10 лет тики отмечаются у 20% детей – то есть у каждого пятого ребенка. Наибольшая частота заболевания приходится на период от 4 до 6 лет и остается высокой и в 7-9 лет и снижается до минимума в подростковом возрасте. Современные исследования показывают, что у 7,6% детей с ТГ имеется семейная отягощенность заболевания. У взрослых ТГ встречаются значительно реже, чем у детей. Данной патологии больше подвержены мальчики, в соотношении 3-4:1 [1]. В абсолютном преимуществе ТГ являются заболеванием детского возраста.

Изучение психосоциальных особенностей детей с ТГ в литературе почти не встречается. Проблема изучения остается актуальной с 70-х годов прошлого века и сохраняется в наше время [1, 3, 6]. Отсутствие своевременной диагностики и психокоррекции поведенческих и эмоционально-личностных нарушений могут затруднять адаптацию ребенка в обществе. В наше время остро встает вопрос о взаимосвязи семейных отношений и психологических особенностей родителей и детей, страдающих ТГ. Психотравмирующие ситуации, неблагоприятные условия, anomalies семейного воспитания оказывают большое влияние на динамику ТГ [6].

В большинстве случаев тикам подвержены дети с 4-7 лет, но нередко слу-

чай и от 2 до 18 лет. Чаще всего в появлении тиков играет роль наследственности, что является предрасположенностью к тикам [4, 5]. Непреднамеренные сокращения или подергивания отдельных групп мышц могут усиливаться при определенных обстоятельствах. В развитии данного заболевания подчеркивается значимость пре- и перинатальной патологии, гипоксии, родовой травмы, инфекции, а также неблагоприятная домашняя обстановка, частые стрессовые ситуации, перенесенные заболевания, психогенные травмы [6]. Исследователи считают, что недостаточная работа дофаминергической системы приводит к снижению контроля собственной двигательной активности, а также к появлению неконтролируемых движений [12].

Наиболее часто тики локализуются в мышцах лица и глаз, но со временем могут распространяться в направлении сверху вниз. Нередко у детей одновременно отмечается несколько видов тиков, зачастую возникают и вокальные тики [7]. Стоит отметить, что на протяжении нескольких месяцев тики могут исчезать и появляться снова либо трансформироваться в другие.

Не существует общепринятой известной причины возникновения тиков у детей. Исследования показывают, что этому могут способствовать несколько факторов. Полагается, что сочетание психологических и биологических факторов может вызвать тиковые гиперкинезы у ребенка. Статистика указывает, что 60-70% детей с тиками имеют трудности в школьной успеваемости [7]. Если ребенок обеспокоен или напуган, тики могут участиться, а при попытке сдержать приступ ребенок становится еще более напряженным, что приводит к его усилению [6, 14, 18]. Нередко ТГ появляются уже с имеющимися психическими заболеваниями, такими как церебрастенический синдром, тревожные расстройства, а особенно часто в сочетании с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Исследования указывают, что у 11% детей с СДВГ встречаются тики [17].

Исследователи утверждают, что ЭЭГ у детей с ТГ отличаются вариабельностью. Имеются варианты, не отличающиеся от нормы, и с изменениями электрической активности [23]. ЭЭГ-исследование показало, что у большинства пациентов в 87% случаев отмечается значительное количество медленных волн тета-диапазона, отсутствие регулярного альфа-ритма. Отмечаются и одиночные распространенные острые волны. Выявлено, что в 18% случаев при тиковых гиперкинезах отмечалась эпилептиформная активность [24].

Ряд работ указывает, что нарушений психического развития при ТГ не отмечается. Высшие психические функции у детей с ТГ не отличаются дефицитностью, но часто наряду с ТГ встречаются трудности в обучении, аффективные нарушения. Коморбидные расстройства отсутствуют у 12% детей [11]. В некоторых случаях проявления СДВГ могут предшествовать началу ТГ. Такая тенденция имеется у 50-60% детей [2].

При медикаментозном лечении важно учитывать этиологию, возраст, выраженность тиков, имеющиеся сопутствующие заболевания. Медикаментозное лечение проводится при выраженных тиках, которые сочетаются с неуспеваемостью в обучении, нарушениями поведения, которые могут влиять на общее самочувствие ребенка, что может значительно отразиться на его интеграции в обществе и адаптацию в социуме [18, 20]. Стоит отметить, что дети с тиковыми гиперкинезами испытывают трудности контроля над собственными импульсами. Нередко отмечаются агрессивные, непредсказуемые аффективные проявления [9]; чаще всего такие проявления возникают у детей с сопутствующим диагнозом СДВГ. Такие эпизоды оказывают стрессовое воздействие не только на ребенка, но и на родителей, что увеличивает риск как

школьной, так и внутрисемейной дизадаптации. Существует и определенное своеобразие проявлений регулирующей роли эмоций в деятельности детей с ТГ. Обычно трудности, с которыми встречаются дети при выполнении заданий, вызывают у них резкие отрицательные эмоциональные реакции, нередко - аффективные вспышки [10]. Подобные реакции возникают не только в ответ на трудности, но часто и вследствие ожидания определенных затруднений и боязни неудачи. Данная патология достаточно сильно снижает продуктивность детей в решении различных интеллектуальных задач и приводит к формированию и закреплению у них низкой самооценки [8, 22].

Важно отметить и то, что родители детей с ТГ часто отличаются неуверенностью в себе, повышенной тревожностью и ранимостью, низкой стрессоустойчивостью, проблемами адаптации в обществе. Таким образом, большая часть исследователей актуализирует родительское отношение в контексте взаимодействия родителей и детей с ТГ [11]. Особенности родительского отношения способны сформировать у ребенка самосознание, восприятие окружающего, что в дальнейшем, значительным образом влияет на дальнейшее становление ребенка в обществе [9]. Важными являются семейные традиции, культура, личностные особенности родителей. В настоящее время многие родители в значительной мере вовлечены в воспитание и внедрение своего ребенку в социальную жизнь. Семьи, где воспитывается ребенок с ТГ, характеризуются некоторыми особенностями. Обычно такие родители испытывают нервно-психическую, физическую нагрузку, тревогу, тяжесть, неуверенность в себе и в ребенке, напряжение, депрессию; часто между родителями имеется разлад, что значительным образом отражается на динамике ТГ. Личностные особенности и поведенческие проявления зачастую не отвечают ожиданиям матерей и отцов, что вызывает у родителей негативную реакцию [10, 11]. Возникшие проблемы нередко затрагивают внутрисемейные отношения и отношения в ближайшем окружении среди друзей и коллег.

Общение в семье играет огромную роль в становлении ребенка, в его развитии и жизни в социуме. Существуют разные виды детско-родительских отношений: сотрудничество, отношения, при котором удовлетворяются основные потребности родителей и их детей; союзнические отношения, при которых отношения строятся на получении общей выгоды; соревнования - где каждый член семьи стремится быть первым; конфронтация - при которой в семье присутствует желание главенствовать над остальными; антагонизм - отношения, при которых в детско-родительских отношениях обе стороны против компромисса [9].

Выраженность тиков может значительно снижаться в ситуации, где родитель предъявляет меньше требований к ребенку и когда не фокусируются на его недостатках. Хороший терапевтический эффект оказывают занятия спортом, упорядочение режима дня, а также психологические индивидуальные занятия [11]. Также рекомендуется исключать резко выраженные и необычные раздражители, причем как отрицательные, так и положительные. Значительное усиление тиков усиливается при просмотре телевизора из-за яркого мерцающего света, который имеет свойство изменять биоэлектрическую активность головного мозга, что не может не сказаться на динамике протекания ТГ [15, 22]. Просмотр телевизионных передач должен быть ограничен до 1 часа в день или запрещен вовсе в течении одного-двух месяцев. Детям с ТГ противопоказаны компьютерные игры, из-за которых могут значительно ухудшиться мнестические функции: ухудшается успеваемость в школе, появляются возбудимость, неусидчивость, слабая концентрация внимания, снижение памяти, эмоциональная лабильность [16, 12]. Рекомендуется исключить любые эмоциональные перегрузки и стрес-

совые воздействия [15, 21]. Не секрет, что именно наличие стресса нередко вызывает усиление тиков. Следует исключить внешние раздражители (громкие звуки, хаотическая активность, слишком яркий свет), таким образом упростить окружающий мир ребенка. Родителям рекомендуется не акцентировать внимание на тиках, не одергивать ребенка и тем более не применять наказания, так как это может привести к усилению тиков и невротизации. Важно создать доверительные, благоприятные отношения в семье, исключить ссоры в присутствии ребенка. Немаловажным является повышать самооценку ребенка [4].

Индивидуальные психологические занятия помогают в преодолении ТГ. Распространены занятия на развитие саморегуляции, песочная терапия, арт-терапия, нейропсихологические занятия, аутогенные тренировки [11]. Важно обучить ребенка оценке своих эмоций, внутреннего состояния, так как стрессовое состояние, внутреннее напряжение и беспокойство приводят к негативной динамике ТГ [13, 22]. Поведенческая терапия также может помочь снизить частоту тиков с помощью методов дыхания и релаксации. Для преодоления агрессивных импульсов, беспокойства рекомендуются различные виды спорта [19]. Особенно будут полезны индивидуальные занятия в бассейне. Следует исключить групповые тренировки во избежание конкуренции. Комбинированный подход является эффективным в преодолении ТГ. В настоящее время проблемой тиков все чаще занимаются нейропсихологи – нейрокоррекция активизирует и помогает в развитии высших психических функций ребенка с применением когнитивных и двигательных методов. На занятиях нейропсихолог использует адаптивные методы, соответствующие возрасту. Нейропсихологическая коррекция благоприятно влияет на развитие саморегуляции. Комплексная коррекция показывает положительную динамику и стабилизацию структур головного мозга с помощью активации всех психических функций в процессе коррекции.

Актуальность проблемы ТГ в аспекте психологического благополучия детей широко рассматривается различным научными направлениями. Анализ предикатов формирования ТГ в целостном рассмотрении как клинко-психологических, так и социальных факторов позволит создать действенный профилактический и терапевтический инструментарий³.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажукова О.А. Психологическая практика помощи детям с интеллектуальными нарушениями в системах специального и инклюзивного образования // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. 2016. № 4. Т. 10. С. 5-10.
2. Голубев В.Л., Орлова О.Р. Лицевые гиперкинезы (классификация, клиника, лечение). Метод. рекомендации. М., 2001, 16 с.
3. Джанумова Г.М., Будкевич А.В., Пилина Г.С.. Терапия тиковых гиперкинезов с коморбидным синдромом гиперактивности с дефицитом внимания у детей. Лечащий врач. 2013. № 9. С. 111—116.
4. Заваденко Н.Н., Доронина О.Б., Нестеровский Ю.Е. Хронические тики и синдром Туретта у детей и подростков: особенности диагностики и лечения Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 1. С. 102-109.
5. Зыков В.П. Тики и синдром Туретта у детей. Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 5. С. 116-124.
6. Зыков В.П., Каширина Э.А., Наугольных Ю.В. Комарова И.Б., Новикова Е.Б.

³Прим. ред. Роль психотропной фармакотерапии в коррекции ТГ требует специального рассмотрения.

Современные подходы в диагностике и лечении тикозных расстройств у детей. РМЖ. Педиатрия. 2019. № 3, С. 39-45.

7. Зыков В.П., Каширина Э.А., Наугольных Ю.В. Методы объективного контроля эффективности терапии у детей с тиками // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII. № 2. С. 35-41. doi: 10.17816/nb13986

8. Игебаева Ф.А. Семья в трансформирующемся российском обществе // Социологические исследования. 2014. № 9. С.73-76.

9. Левин О.С. Тикозные гиперкинезы // Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, Ивановой- И.А. Смоленской, О.С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 313- 356.

10. Софронов А.Г., Зайцев Д.Е., Зайцев И.Д., Титов Н.А. Связь коморбидных расстройств с представленностью и выраженностью клинической картины синдрома Жилиа де ля Туретта // Неврологический вестник. 2020. Т. LII. № 1. С. 14-18. doi: 10.17816/nb19428

11. Чутко, Л.С. Современные подходы к диагностике и лечению тикозных гиперкинезов: учебно-методическое пособие. СПб. 2006. — 42с.

REFERENCES

1. Bazhukova O.A. Psikhologicheskaya praktika pomoshhi detyam s intellektual'ny'mi narusheniyami v sistemakh speczial'nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya // Izvestiya Dagestanskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Psikhologo-pedagogicheskie nauki. 2016. # 4. T. 10. S. 5-10.

2. Golubev V.L., Orlova O.R. Liczevy'e giperkinezy` (klassifikacziya, klinika, lechenie). Metod. rekomendaczii. M., 2001, 16 s.

3. Dzhanumova G.M., Budkevich A.V., Pilina G.S.. Terapiya tikozy`kh giperkinzov s komorbidny`m sindromom giperaktivnosti s deficzitom vnimaniya u detej. Lechashhij vrach. 2013. # 9. S. 111—116.

4. Zavadenko N.N., Doronina O.B., Nesterovskij Yu.E. Khronicheskie tiki i sndrom Turetta u detej i podrostkov: oobennosti diagnostiki i lecheniya Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2015. T. 115. # 1. S. 102-109.

5. Zy`kov V.P. Tiki i sindrom Turetta u detej. Zh. nevrol. i psikiatr. im S.S.Korsakova. 2020. T. 120. # 5. S. 116-124.

6. Zy`kov V.P., Kashirina E`.A., Naugol`ny`kh Yu.V. Komarova I.B., Novikova E.B. Sovremenny`e podkhody` v diagnostike i lechenii tikozy`kh rasstrojstv u detej. RMZh. Peditriya. 2019. # 3, S. 39-45.

7. Zy`kov V.P., Kashirina E`.A., Naugol`ny`kh Yu.V. Metody` ob`ektivnogo kontrolya e`ffektivnosti terapii u detej s tikami // Nevrologicheskij vestnik. 2016. T. XLVIII. # 2. С. 35-41. doi: 10.17816/nb13986

8. Igebaeva F.A. Sem`ya v transformiruyushhemsya rossijskom obshhestve // Socziologicheskie issledovaniya. 2014. # 9. S.73-76.

9. Levin O.S. Tikozy`e giperkinezy` // E`kstrapiramidny`e rasstrojstva: rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu / Pod red. V.N. Shtoka, Ivanovoj- I.A. Smolenskoj, O.S. Levina. M.: MEDpress-inform, 2002. S. 313- 356.

10. Sofronov A.G., Zajczev D.E., Zajczev I.D., Titov N.A. Svyaz` komorbidny`kh rasstrojstv s predstavlennost`yu i vy`razhennost`yu klinicheskoy kartiny` sindroma Zhilya de lyu Turetta // Nevrologicheskij vestnik. 2020. T. LII. # 1. С. 14-18. doi: 10.17816/nb19428

11. Chutko, L.S. Sovremenny`e podkhody` k diagnostike i lecheniyu tikozy`kh giperkinezov: uchebno-metodicheskoe posobie. SPb. 2006. — 42s.

12. Augustine F, Singer HS. Merging the Pathophysiology and Pharmacotherapy of Tics. Tremor Other Hyperkinet Mov (NY). 2019;8:595. <https://doi.org/10.7916/D89C8F3C>

13. Choi S, Lee H, Song DH, Cheon KA. Population-Based Epidemiology of Pediatric Patients with Treated Tic Disorders from Real-World Evidence in Korea. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2019;29(10):764-772. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0050>
14. Dyke K, Jackson GM, Nixon E, Jackson SR. Effects of single-session cathodal transcranial direct current stimulation on tic symptoms in Tourette's syndrome. *Exp Brain Res.* 2019;237(11):2853-28
15. Eddy C.M., Rickards H.E., Cavanna A.E. Treatment Strategies for Tics in Tourette Syndrome. *Ther Adv Neurol Disorders* 2011; 4: 1: 25—45.
16. Gill CE, Kompoliti K. Clinical Features of Tourette Syndrome. *J Child Neurol.* 2020;35(2):166-174.
17. Hirschtritt M.E. Lifetime prevalence, age of risk, and etiology of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72 (4): 325–333. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2650.
18. Leckman J. F. Phenomenology of tics and natural history of tic disorders // *Brain and Development.* - 2003. - Vol. 25. - Suppl. 1. - P. 24-28.
19. Petruo V, Bodmer B, Bluschke A, Münchau A, Roessner V, Beste C. Comprehensive Behavioral Intervention for Tics reduces perception-action binding during inhibitory control in Gilles de la Tourette syndrome. *Sci Rep.* 2020;10(1):1174. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58269-z>
20. Ramkiran S, Heidemeyer L, Gaebler A, Shah NJ, Neuner I. Alterations in basal ganglia-cerebello-thalamo-cortical connectivity and whole brain functional network topology in Tourette's syndrome. *Neuroimage Clin.* 2019;24:101998. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101998>
21. Stern E., Silbersweig D.A. A functional neuroanatomy of tics in Tourette syndrome// *Arch. Gen. Psychiatry.*, 2000, Vol.8., P.508- 511.
22. Tanvi S., Jacubovski E., Muller-Vahl K.R. New insights into clinical characteristics of Gilles de la Tourette Syndrome: Findings in 1032 patients from a Single German Center. *Front. Neurosci.* 2016; 10: 415. DOI: 10.3389/fnins.2016.00415.
23. Woods DW, Thomsen PH. Tourette and tic disorders in ICD-11: standing at the diagnostic crossroads. *Braz J Psychiatry.* 2014;36(suppl 1):51-58. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1274>

N.A. Sultanova, V.A. Lugovenko

TICOSIS HYPERKINESIS IN CHILDREN. THE CURRENT STATUS OF THE PROBLEM

Novosibirsk State Medical University (Novosibirsk).

Summary. Tic hyperkineses (TG) is one of the leading neurological diseases of childhood. Recently, educators, medical psychologists, social workers and psychiatrists are increasingly faced with the problem of tic hyperkineses in children, defining them as states of nervous development characterized by the presence of tics and related behavioral problems. Modern neurology, psychiatry and medical psychology need to update both the therapeutic and diagnostic aspects of tic hyperkineses. This article provides an overview of the current literature on the problem of tic hyperkineses in children, as well as methods for their correction. The literature review describes the latest advances in neurology and psychology. The clinical-dynamic and psychosocial characteristics of children with tic hyperkineses, including the electroencephalographic picture, are described. The role of tic hyperkineses on the psychological and emotional status of children is noted.

Keywords: tic hyperkineses, tics, family education, psychocorrection, children.

ПРЕХОДЯЩАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННОЙ РЕВОЛЮЦИИ (ОБЗОР)

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», ²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», ²СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», (Санкт-Петербург).

Резюме. Статья посвящена анализу переходящей транспозиции половой идентичности у подростков с точки зрения трактовки этого состояния предыдущей международной классификации болезней (МКБ-10) и вступившей в силу в 2022 г. новой международной классификации (МКБ-11), а также с позиции новых представлений о формировании гендера, появившихся в эпоху информационно-коммуникационной революции. Показано, что революционные изменения в сфере коммуникации и получения информации произошли именно в период смены поколений, когда возможности восприятия, мышления, поведения, связанные с удовлетворением сенсорной жажды и полового влечения, стали практически безграничными, что, в свою очередь, привело к усилению аномии.

Ключевые слова: информационно-коммуникационная революция, подростки, половая идентичность, психопрофилактика.

Р. Krafft-Ebing выделял два варианта гендерного несоответствия: частичная и переходящая транспозиция половой идентичности, которая не является врожденной и проявляет себя как временная аномалия при нормальной половой ориентации индивидуума в дальнейшем и тотальная транспозиция половой идентичности (transsexualismus) – врожденная и единственно возможная для осуществления половой функции [8].

Преходящая транспозиция половой идентичности у подростков в международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) находилась в блоке F64 «Расстройства половой идентификации» раздела «Психические расстройства и расстройства поведения». В новой версии международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11) этот блок был переименован в «Гендерное несоответствие» («Gender incongruence») и перенесен в раздел о сексуальном здоровье («Conditions related to sexual health») [2]. Эти изменения – следствие появления в обществе новых представлений о формировании гендера, отношения к нему. Основными причинами такой ситуации являются аномия и информационно-коммуникационная революция.

Информационно-коммуникационная революция произошла в период смены поколения X (реформ) на поколения Y (миллениалов) и Z (цифровое) [9]. Это привело к разлому поколений, так как в результате революции у поколений Y и Z появились принципиально новые возможности восприятия, мышления, иные поведенческие практики, связанные с удовлетворением сенсорной жажды и полового влечения. Это усугубило ситуацию аномии (греч.: а – отрицание, nomos – закон). Аномией Е. Durkheim назвал критическое состояние общества, характеризующееся тем, что старые нормы перестали действовать, а новые ещё не установились, ста-

рые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования [4].

Одной из основных причин аномии следует считать появление Интернета, обрушившего на общество огромный поток информации. Информация часто противоречива. Во многом именно это обусловило смену на эпоху постмодерна эпохи модерна, время которой характеризовалось поисками причинно-следственных связей, объясняющих происходящее в отношениях людей, в их поведении и в жизни вообще. Философ М.К. Мамардашвили предрекал наступление эпохи «безнормальности». Это радикально меняет сложившиеся представления о мире. Неопределенность, сомнения приводят к повышению базальной тревоги, что обостряет и делает мучительными поиски смысла жизни, ответов на экзистенциальные вопросы. В результате при разработке последней Международной классификации для идентификации важных клинических характеристик сексуальных дисфункций отмечается тенденция к смешению естественно-научных и гуманитарных понятий, подмена смыслов и манипуляция фактами в угоду актуальной политической и культурной ситуации.

Н.Л. Белополюская справедливо полагает, что неправильно определять психическую норму и патологию, руководствуясь каким-либо единичным критерием. Применение комбинированного критерия позволяет различать состояние психического здоровья человека по популяционной согласованности (адекватность), по самооценке (критичность) и по качеству деятельности (продуктивность) [10]. При разработке МКБ-11 учитывались лишь два критерия, существующие вне каких-либо категорий, – временной и ситуативный. В результате сделан вывод, что не существует никаких нормативов сексуальной активности. «Удовлетворительной» сексуальной активностью предлагается считать ту, которая в буквальном смысле удовлетворяет данного конкретного человека, то есть индивид способен участвовать в половой жизни настолько, насколько он этого желает [16].

П.Б. Ганнушкин считал, что, несомненно, у большинства людей до наступления полной половой зрелости половое влечение отличается большой неустойчивостью. Случайные впечатления, соблазны со стороны товарищей, наконец, прямое соращение фиксируют у еще не нашедшего себя в половом отношении неустойчивого, психопатического юноши ту форму удовлетворения полового влечения, в которой он испытывал свои первые, наиболее яркие половые переживания [5].

Е.Н. Erikson отмечал у многих подростков в «период путаницы» мучительные трудности формирования самости и мировоззрения, связанные с тем, что пришло время взрослеть, а сил, знаний, чтобы войти во взрослую жизнь не хватает [11]. В хаосе эпохи постмодерна эти проблемы усугубляются отсутствием в жизни подростков прозорливых воспитателей, способных помогать формировать правильные соотношения удовлетворения желаний, автономность и установление психических и телесных границ.

Р. Conzen отмечает, что «невозможно быть человеком, не имея чувства стыда... Здоровый стыд сдерживает склонность человека к различным извращенным инстинктивным побуждениям, защищает достоинство и целостность личности и не заменим при соблюдении культурного нравственного кодекса» [6, с. 128].

В эпоху постмодерна подростки лишены ориентиров, способствующих усвоению полового поведения. Переживая преходящие проявления своей физиологической гиперсексуальности (мастурбацию, стремление к «экспериментированию», желание «попробовать» все формы полового общения и пр.), они испытывают со-

циально обусловленные трудности формирования своей половой роли. Недовольство своей внешностью, проявлениями вторичных половых признаков вызывает трудности общения с противоположным полом, что способствует установлению транзиторных гомосексуальных контактов, неверно воспринимаемых как признаки нетрадиционной ориентации или/и гендерной проблемы. Отвергаемые противоположным полом, а также испытывавшие разочарование или унижение (или и то, и другое) при гетеросексуальном дебюте, испытав яркие ощущения при транзиторных гомосексуальных контактах, подростки начинают в смятении полагать, что они гомосексуальны или/и трансгендеры. При этом могут возникать обида на злую судьбу, чувство глубокой несправедливости, отрицательное отношение к своей внешности, телу, первичным и вторичным половым признакам, отвращение к ним, восхищение телами противоположного пола. Именно в этом подросток начинает видеть причину всех своих проблем. Так, по сути, формируется специфическая дисморфомания. Постоянная гипотимия с оттенком мрачной раздражительности и аффективными вспышками свидетельствуют о дисфории. Интересуясь своей проблемой, подросток легко обнаруживает в Интернете огромное количество информации о том, что он не одинок, что все проблемы можно решить и изменить разочаровавшую его реальность. Общение на соответствующих сайтах, знакомство с тематической тенденциозно подобранной литературой приводит к возникновению и развитию иллюзорной идеи о необходимости «совершить переход», то есть изменить пол с помощью гормонов и оперативного вмешательства. Достаточно быстро внушаемые на сайтах идеи становятся сверхценными. К. Jaspers считал выделение в клинической картине сверценной идеи, характеризующейся преходящими ложными суждениями, не поддающимися критике и сильно акцентированной благодаря аффекту, очень важным для психопатологического анализа [12]. Подросток со сверхценными идеями выбирает себе образец поведения, старается во всем подражать ему, менять манеру поведения, начинает носить соответствующую одежду, предпочитает общение со сверстниками с аналогичными увлечениями. Так возникает привычный круг общения, а осуждение, с которым относятся к их взглядам, приводит к односторонней сектантской установке [5].

При столкновении с отрицательным отношением к идеям и к стремлению осуществления своей мечты дисфорические аффективные вспышки неизбежны. Усугублению дисморфомании и дисфории, появлению признаков экстремизма и фанатизма способствует общение реальное и on line с «...демагогами – мастерами ложного исцеления поврежденного базисного доверия. Они примитивным образом его подогревают» [6, с. 125-126].

Охотно общаются и обращаются «за помощью» такие подростки к ЛГБТ-френдли психологам, которые дружески относятся ко всем квирам (англ.: queer – странный), то есть к людям, чья сексуальность и/или гендерная идентичность отличаются от общественного большинства. Такие психологи и врачи практикуют аффирмативный подход к психотерапии, согласно которому квиры не имеют психического расстройства, им нужно помогать преодолевать психологические трудности. Они отвергают репаративную (лат.: gerago — исправлять) терапию, считают ее бесполезной и даже вредной.

Аффирмативную терапию ЛГБТ-френдли специалисты не считают вредной, хотя используют гормонотерапию, а также оперативное вмешательство с целью «гендерно-аффирмативных телесных/хирургических изменений». Они

считают, что «на сегодняшний день негативное влияние гендерно-аффирмативной гормональной терапии на организм и, в частности, на репродуктивные органы, и вероятность развития в них серьезной патологии, такой как злокачественные новообразования (рак), не доказано» [17, с. 118]. Однако есть и другие данные. Последствия смены мужского пола на женский – бесплодие, снижение либидо, частые колебания настроения, склонность к депрессии, проблемы со зрением; предрасположенность к заболеваниям желчного пузыря, риск глубокого венозного тромбоза, опасность легочной эмболии. Смены женского пола на мужской чреваты увеличением веса, развитием диабета II типа, развитием поликистоза яичников, риска появления сердечно-сосудистых расстройств, заболеваний печени, включая рак и пр. [3].

В процессе оказания помощи «френдли-специалисты» пользуются «мощными аффирмациями на здоровье: я здоров, я полон сил, я благодарю Вселенную за свое легко и быстро, мое лечение всегда стремительно, и здоровое тело, мое душевное здоровье в норме, я чувствую себя прекрасно, мой организм восстанавливается легко и быстро, мое лечение всегда стремительно и эффективно, мой организм вынослив». Упорно объявляя своих клиентов здоровыми, они нелогичны. Еще Аристотель до нашей эры разработал силлогизмы [1], с помощью которых психологи выявляют проблемы мышления. Можно составить такой:

Суждение 1. Человек, нуждающийся в курсе лечения гормонами, в оперативном лечении, не здоров.

Суждение 2. Клиент просит назначить гормональное лечение, прооперировать его, чтобы «совершить переход».

Сделайте умозаключение здоров он или нет.

Также можно спросить, считать ли абсолютно здоровым человека с дисморфоманией и дисфорией? Крайне неразумно допускать это и отрицать, что гендерная дисфория – это психологическая проблема [14].

Предложенное R. Krafft-Ebing разделение частичной транспозиции половой идентичности и транссексуализма клинически оправдано, так как пациенты требуют разных подходов. Частичная транспозиция половой идентичности, не являясь врожденной, проявляет себя как временная аномалия при нормальной половой ориентации индивидуума в дальнейшем. С раннего детства эти люди нуждаются в поддержке и психологической помощи.

К варианту частичной транспозиции половой идентичности относятся как подростки, испытывающие затруднения при гендерном самоопределении, так и школьники, которые не с самого раннего детства хотели быть другого пола. Важно не потакать их, возможно, преходящим желаниям, а постараться помочь обрести гармонию, сформировав устойчивый гендер, соответствующий строению их тела. Они нуждаются в тщательном психопатологическом обследовании для поставки диагноза и разработки наиболее эффективного плана терапии, включающего и воспитательные меры, и комплексное лечение. Е.Н. Erikson писал о том, как важно «оценить какой-либо феномен либо как психопатологию (которую мы научились распознавать), либо как позитивную цель, встроенную в каждую стадию развития. «Позитивное» во многих сферах часто предполагает иллюзорный уход от отвратительной реальности; но разве это не часть любой клинической установки – требование изучать «натуру», которую с нашей терапевтической помощью следует сделать «курабельной» [11, с. 244].

С нашей точки зрения, большое значение в этой работе должно уделяться психопрофилактике, направленной, насколько возможно, на предотвращение закрепления признаков половой неконгруентности, на развитие у ребенка гендера, соответствующего его анатомическим особенностям. Грамотно построенная профилактика позволяет предотвратить необходимость таких тяжелых медицинских вмешательств, как гормональная терапия, brutальные хирургические операции.

По меньшей мере странными выглядят упреки «в бюрократизме» психиатров, которые взвешенно подходят к обследованию пациентов, в том, что они обеспечивают соблюдение сложных и обременительных требований для получения необходимой помощи, чтобы убедиться в правильности решения пациента прибегнуть к медицинским вмешательствам для изменения тела в соответствии с самоидентификацией [13].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель Аналитики первая и вторая. Пер. с греч. Ленинград: Государственное издательство политической литературы, 1952.

2. Ватсон Д.Б., Сайдль Х. Эволюция взглядов на гендерную идентичность: расстройство или «новая» норма? // Российский психиатрический журнал. 2017; № 5: 33-39.

3. Велчев В. Гендерная теория: наука или идеология? (пер. с болгарского). Сб. Душа, 2021; № 11 (135): 4-13.

4. Дюркгейм Е. (Durkheim E.) Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994.

5. Ганнушкин П.Б. Избранные труды по психиатрии. М.: Феникс, 1994.

6. Концен П. (Conzen P.) Фанатизм. Психоанализ явления. Пер с нем.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2011.

7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Сексуальность в постсовременном мире. Новосибирск: изд. НГПУ, 2011.

8. Крафт-Эбинг Р. фон (Krafft-Ebing R.) Преступления любви. Половая психопатия. М.: ТД Алгоритм», 2017.

9. Радаев В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений: эмпирический анализ // Социологические исследования, 2020; № 3: 5-33.

10. Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / под ред. Н.Л. Белопольской. М.: Когито-Центр, 2015.

11. Эриксон Э. (Erikson E.H.) Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. М.: Прогресс, 1996.

12. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М.: Практика, 1997.

REFERENCES

1. Aristotel` Analitiki pervaya i vtoraya. Per. s grech. Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo politicheskoy literatury`, 1952.

2. Vatson D.B., Sajdl` Kh. E`volyucziya vzglyadov na gendernuyu identichnost`: rasstrojstvo ili «novaya» norma? // Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2017; # 5: 33-39.

3. Velchev V. Gendernaya teoriya: nauka ili ideologiya? (per. s bolgarskogo). Sb. Dusha, 2021; # 11 (135): 4-13.

4. Dyurkgejm E. (Durkheim E.) Samoubijstvo: Socziologicheskij e`tyud. M., 1994.

5. Gannushkin P.B. Izbranny`e trudy` po psikhiatrii. M.: Feniks, 1994.

6. Konczen P. (Conzen P.) Fanatizm. Psikhoanaliz yavleniya. Per s nem.: Izd-vo

Gumanitarny`j Czentr, 2011.

7. Korolenko Cz.P., Dmitrieva N.V. Seksual`nost` v postsovremennom mire. Novosibirsk: izd. NGPU, 2011.

8. Kraft-E`bing R. fon (Krafft-Ebing R.) Prestupleniya lyubvi. Polovaya psikhopatiya. M.: TD Algoritm», 2017.

9. Radaev V.V. Millenialy` na fone predshestvuyushhikh pokolenij: e`mpiricheskij analiz // Socziologichskie issledovaniya, 2020; # 3: 5-33.

10. Sovremennyye predstavleniya o psikhicheskoy norme i patologii: Psikhologicheskij, klinicheskij i soczial`ny`j aspekty` / pod red. N.L. Belopol'skoj. M.: Kogito-Czentr, 2015.

11. E`rikson E`. (Erikson E.H.) Identichnost`: yunost` i krizis. Per. s angl. M.: Progress, 1996.

12. Yaspers K. (Jaspers K.) Obshhaya psikhopatologiya. Per. s nem. M.: Praktika, 1997.

13. Bouman W.P., Bauer G.R., Richards C. et al. WPATH. Consensus statement on considerations of the role of distress (Criterion D) in the DSM diagnosis of gender identity disorder // Int J Transgend. 2010; 12: 100-106.

14. Coleman E., Bockting W.O. «Heterosexual» prior to sex reassignment, «homosexual» afterwards: A case study of a female-to-male transsexual // Journal of Psychology & Human Sexuality. 1988; 1: 6-82.

15. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B. et al. Расстройства, связанные с сексуальностью и половой принадлежностью в МКБ-11: пересмотр классификации МКБ-10, основанный на последних научных доказательствах, клиническом опыте и правовых соображениях // World Psychiatry. 2016; 15: 205-219.

16. Samaritan B. Транс-здоровье. Физическое здоровье трансгендерных людей. СПб.: Транс-инициативная группа «Т-Действие», 2019.

I.V. Dobryakov¹, Yu.A. Fesenko²

RANSIENT TRANSPOSITION OF ADOLESCENT GENDER IDENTITY IN THE INFORMATION AND COMMUNICATION REVOLUTION (REVIEW)

¹Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology,

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, ²St. Petersburg «Center for Restorative Treatment «Child Psychiatry» named after S.S. Mnukhin (St. Petersburg).

Summary. The article is devoted to the analysis of transient transposition of adolescent gender identity from the point of view of the interpretation of this condition by the previous international classification of diseases (ICD-10) and the new international classification (ICD-11) which came into force in 2022, as well as from the position of new ideas of gender formation which appeared in the epoch of information and communication revolution. It is shown that revolutionary changes in the sphere of communication and obtaining information occurred precisely in the period of generational change, when the possibilities of perception, thinking, behavior related to the satisfaction of sensory thirst and sexual attraction became almost limitless, which, in turn, led to an increase in anomie.

Keywords: information and communication revolution, adolescents, gender identity, psychopathology.

С.Н. Ениколопов, А.Г. Ефремов, С.О. Кузнецова
ШКАЛЬНАЯ МЕТОДИКА «СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК SCL-90-R»
(АДАПТАЦИЯ НА РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖНОЙ ВЫБОРКЕ)
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В данной статье представлены результаты адаптации на молодежной нормативной выборке шкальной методики «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Symptom Check List-90-Revised). Цель работы – определить основные показатели апробации методики SCL-90-R как результат статистической обработки вероятностной выборки из молодежной популяции. Участниками были 1354 испытуемых, 732 женского и 622 мужского пола, со средним возрастом 18,5 года ($SD=1,36$). Участники были взяты с помощью стратифицированной выборки из совокупности студентов и школьников, с последующим случайным их отбором. Ошибка выборки была оценена в 5% с уровнем достоверности 95,5%. Результаты показали значимые различия между участниками в зависимости от пола и возраста по основным и оценочным шкалам методики SCL-90-R. Предоставлены нормативные данные, разделенные по возрасту и полу. Результаты могут быть использованы как в клинической практике, так и в научных исследованиях.

Ключевые слова: симптоматический опросник SCL-90-R, подростки, юношеский возраст, нормативная выборка, психопатология, надежность методики.

Введение. Шкальные методики диагностики психопатологических симптомов используются как в клинической практике, так и в случаях сбора информации о психологическом состоянии испытуемых общей популяции. Среди наиболее используемых отмечается «Симптоматический опросник SCL-90-R» (англ. Symptom Check List-90-Revised) [11]. Цель методики состоит в том, чтобы оценить уровень психологического благополучия респондента, используя девять симптомов различной степени тяжести. В общей сложности они формируют девять основных шкал, измеряющих степень выраженности того или иного симптома, а также десятую шкалу дополнительных вопросов и три оценочных шкалы, результаты по которым расцениваются как баллы дистресса. Предыдущие исследования доказали полезность «Симптоматического опросника SCL-90-R» в клинической практике, особенно при массовом скрининге [6] и при определении качества и эффективности психологического воздействия или медицинского лечения [19]. Однако существуют некоторые разногласия по поводу факторной валидности данной методики [7]. Первоначальная надежность шкал «Симптоматического опросника SCL90-R» и значения внутри шкальных согласованностей, измеренные Альфа Кронбаха (α), оказались в диапазоне от 0,79 до 0,91. Исследование Schmitz N. (2000) предоставило коэффициенты внутренней согласованности в интервале между 0,78 по шкале враждебности и 0,90 при измерении депрессии [19]. Работа Sarattós B. et al., (2007) выявила колебания альфа-коэффициента Кронбаха от 0,74 по шкале паранойяльные тенденции и до 0,88 при измерении депрессии [8]. При этом следует отметить, что нормативные данные по данному опроснику были получены на взрослой попу-

ляции из генеральной совокупности, а также на клинических группах психиатрических пациентов, как амбулаторных, так и стационарных [10, 11]. В работах Sarattós B. нормативы также были получены на стационарных и амбулаторных психиатрических пациентах во взрослых группах [8].

В отечественной клинической психологии данный опросник также широко применялся в различных исследованиях [1, 2, 3, 4, 5]. Рассмотренные выше работы были в основном сосредоточены на использовании «Симптоматического опросника SCL-90-R» при клинических обследованиях взрослых, при этом они не учитывали особенностей характеристик молодежной нормативной группы. Это может привести к путанице показателей у респондентов, подростков и юношей, при сравнении данных нормативного и психопатологического развития. Клиническая оценка подростков должна быть в состоянии различать проблемы, характерные для этой возрастной стадии, и психологические трудности, возникающие на более ранних этапах, которые к подростковому периоду становятся стабильными и постоянными. Кроме того, диагностика должна позволять исследователям и клиницистам анализировать прогрессирование проблем и их влияние на развитие психопатологической симптоматики подростков в более старшем возрасте.

С учетом этого и для того, чтобы можно было тщательно изучить подростковый этап жизни, необходимо предоставить инструментарий, адаптированный именно для данного возраста. Таким образом, один и тот же инструмент оценки может быть использован для подростков и взрослых, и затем можно выявить сходства и различия между двумя возрастными группами. В настоящем исследовании результаты по шкалам будут дифференцированы по полу и возрасту, собраны в вероятностной нормативной выборке старших подростков и юношей, что, на наш взгляд, уточнит и расширит объем исследований психометрических свойств «Симптоматического опросника SCL-90-R» данного возраста.

Цель данного исследования - адаптация на молодежной нормативной выборке шкальной методики «Симптоматический опросник SCL-90-R» и выделение основных показателей апробации данной методики на исследуемой возрастной группе.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании анализируются и обобщаются результаты исследования, которое проводилось на базе ГБОУ «Школа Тропарево» и ряда московских ВУЗов. Выборку исследования составили 1354 испытуемых, 732 женского и 622 мужского пола (54% на 46%), со средним возрастом 18,5 года ($SD=1,36$) из числа старшеклассников и студентов, взятых с помощью стратифицированной выборки с последующим случайным отбором (ошибка выборки была оценена в 5% с уровнем достоверности 95,5%) (см. табл. 1).

Отметим, что соотношение респондентов девушек к юношам взято на основании данных Росстата, согласно которым на 2021 г. в структуре населения РФ 54% составляют женщины и 46% мужчины⁴.

Участники были отобраны с помощью многоступенчатой кластерной вы-

⁴http://www.statdata.ru/nasel_pol_vozr

борки, а группы были случайным образом отобраны. Наличие в анамнезе психопатологических расстройств или медицинских заболеваний испытуемые отрицали.

Таблица 1.

Распределение участников по полу, возрасту и курсу обучения

Возраст (лет)	N=1354		
	Жен n (%)	Муж n (%)	Всего n (%)
16	81 (6,0)	77 (5,7)	158 (11,7)
17	141 (10,4)	145 (10,7)	286 (21,1)
18	168 (12,4)	129 (9,5)	297 (21,9)
19	175 (12,9)	181 (13,4)	356 (26,3)
20	123 (9,0)	58 (4,2)	181 (13,2)
21	44 (3,2)	32 (2,4)	76 (5,6)
$\chi^2(3)=10.84, p=.013$			

Процедура исследования. Для сбора данных были проведены опросы. Перед сбором данных запросили письменное информированное согласие участников. Их заверили, что данные будут храниться в тайне и будут использоваться только в исследовательских целях. Заполнение анкет занимало в среднем около 17-20 минут. Сбор данных осуществлялся в течение 3 месяцев по 5 дней в неделю в рамках запланированной ежегодной диспансеризации.

Методический комплект включал в себя: 1) социально-демографическую анкету с вопросами о возрасте, поле и курсе обучения в вузе; 2) контрольный список симптомов SCL-90-R [6]. В данном исследовании использовался русскоязычный вариант, апробированный в Институте психологии РАН, в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Н.В. Тарабриной [1]. Опросник, состоящий из 90 пунктов, имеет формат ответов по типу шкалы Лайкерта с пятью вариантами ответов (от 0 – совсем нет, до 4 – чрезвычайно). В нем подростков и юношей спрашивают, насколько сильно их беспокоит описанный симптом. Методика оценивает по шкалам девять симптомов:

1. Соматизация – Somatization (SOM);
2. Обсессивность-компульсивность – Obsessive-Compulsive (O-C);
3. Межличностная сенситивность – Interpersonal Sensitivity (INT);
4. Депрессия – Depression (DEP);
5. Тревожность – Anxiety (ANX);
6. Враждебность – Hostility (HOS);
7. Фобическая тревожность – Phobic Anxiety (PHOB);
8. Паранойяльные идеи – Paranoid Ideation (PAR);
9. Психотизм – Psychoticism (PSY)

Десятую дополнительную шкалу составляют отдельные вопросы, которые исследуют аспекты питания и сна.

Также подсчитываются три индекса:

- Общий индекс тяжести состояния (GSI) – общий, неспецифический показатель интенсивности общего психологического и психосоматического расстройства.

•Общее количество беспокоящих симптомов (PST) – сумма положительных ответов, относящихся к широте и разнообразию психопатологии.

•Индекс симптоматического дистресса (PSDI) указывает на степень тяжести симптомов.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью статистического пакета SPSS 17.0. Различия между группами в зависимости от пола, возраста и года обучения были проанализированы с использованием статистики хи-квадрат. Влияние взаимодействия пола и возраста на шкалы SCL-90-R, баллы измерений симптомов и общие результаты анализировались с помощью методики ANOVA с двумя фиксированными факторами.

Коэффициент Лямбда Уилкса (Wilks's lambda) использовался для анализа различий зависимых переменных, а коэффициенты частичный η^2 -квадрат (η^2) и d Коэна (Cohen's) были рассчитаны как меры величины эффекта. Тест Тьюки и t-критерий Стьюдента были применены для вычисления различий post-hoc для возраста и пола соответственно. Для определения факторной структуры был проведен анализ основных компонентов. Коэффициент Альфа Кронбаха рассчитывался как показатель внутренней согласованности оценок. Значения, превышающие или равные 0,80, полагались удовлетворительными. Нормативные данные были рассчитаны с использованием процентилей.

Результаты исследования. В табл. 2 представлена описательная статистика шкал симптомов SCL-90-R и общих индексов выборки.

Таблица 2.

SCL-90-R (N=1354) Описательная статистика шкал и общих индексов

Шкалы	Min	Max	M	SD	Асимметрия	Эксцесс
Соматизация (SOM)	0,00	3,23	0,49	0,58	1,51	2,43
Обсессивность-компульсивность (OBC)	0,00	3,27	0,48	0,59	1,32	1,83
Межличностная сензитивность (INT)	0,00	3,69	0,43	0,61	2,17	4,51
Депрессия (DEP)	0,00	4,97	0,39	0,59	2,01	4,72
Тревожность (ANX)	0,00	2,98	0,38	0,49	1,83	4,09
Враждебность (HOS)	0,00	3,80	0,47	0,61	1,58	2,90
Фобическая тревожность (PHOB)	0,00	3,30	0,36	0,49	2,34	7,33
Паранойяльные идеи (PAR)	0,00	3,51	0,53	0,58	1,44	2,91
Психотизм (PSY)	0,00	2,99	0,42	0,38	1,83	3,67
Глобальный индекс тяжести состояния (GSI)	0,00	3,14	0,41	0,47	2,12	4,11
Общее количество беспокоящих симптомов (PST)	0	90	25,11	20,13	0,72	0,24
Индекс симптоматического дистресса (PSDI)	0,00	5	1,97	1,73	0,37	2,12

Самый высокий средний балл соответствовал Обсессивно-компульсивной шкале (0,48), за которым следовала шкала Враждебность (0,47), а самый низкий средний балл относился к шкале Фобической тревоги (0,36). Стандартная

ошибка индекса эксцесса дала значение 0,14; а индекса для асимметрии - 0,08. Оба эти значения были ниже 1,96, что указывает на распределение баллов, близкое к нормальному. Коэффициенты внутренней согласованности для каждого симптома:

1. Соматизация ($\alpha=0,81$),
2. Обсессивно-компульсивный ($\alpha=0,82$),
3. Межличностная чувствительность ($\alpha=0,81$),
4. Депрессия ($\alpha=0,88$),
5. Тревога ($\alpha=0,81$),
6. Враждебность ($\alpha=0,80$),
7. Фобическая тревога ($\alpha=0,73$),
8. Параноидные идеи ($\alpha=0,72$),
9. Психотизм ($\alpha=0,81$).

Согласно полученным результатам, выборка была наименее последовательна по фобической шкале ($\alpha=0,73$), и наиболее согласована по шкале депрессии ($\alpha=0,88$). В отношении факторной структуры результатов SCL-90-R показатели адекватности выборки (Kaiser-Meyer-Okin: 0,972; Bartlett's test of sphericity: 0,000) выявили, что к полученным данным может быть надлежащим образом применен факторный анализ. Для этого был использован анализ главных компонент с ортогональным вращением, в результате чего брались значения с коэффициентами корреляции факторов более 30. В итоге было получено 15-факторное решение, объясняющее 58,85% общей дисперсии. Из этих 15 первый фактор объяснил 33,63% дисперсии. Во втором вращении мы ограничили количество факторов девятью, что объясняет 51,27% общей дисперсии, в то время как первый фактор объяснял 38%.

В табл. 3 представлены средние значения и стандартные отклонения показателей измерений шкал симптомов SCL-90-R и индексов в зависимости от пола и возраста. Результаты показали значительные различия в зависимости от пола (Wilks $\lambda=0,959$, $p < 0,001$, $\eta^2=0,041$), а также возраста (Wilks $\lambda=0,891$, $p < 0,001$, $\eta^2=0,023$).

Рассматривая взаимодействие данных по полу и возрасту, заметим, что единственный значимый результат был обнаружен в индексе симптоматического дистресса (PSDI) ($F=2,40$, $p=0,035$, $\eta^2=0,007$), означающий, что разница в показателях дистресса между юношами и девушками не была одинаковой во всех возрастных группах.

Постфактумные сравнения (Post-hoc analysis) выявили следующие показатели. В женской группе значимые различия имели место между испытуемыми 17 лет и 20 годами ($p < 0,001$), 18 лет и 20 годами ($p < 0,001$), 17 лет и 21 годом ($p=0,003$), а также в возрасте 18 лет и 21 годом ($p=0,007$). Таким образом, девушки в возрасте от 20 лет до 21 года набрали больше баллов, чем юноши того же возрастного периода. Между группами юношей были обнаружены значимые различия в группах 16-17 лет ($p=0,012$), 16-18 лет ($p=0,006$) и 16-19 лет ($p=0,040$), также 16-летние юноши набрали больше баллов, чем девушки того же возраста.

При гендерном сравнении были обнаружены статистически значимые раз-

личия по всем основным шкалам симптомов и общим индексам «Симптоматического опросника SCL-90-R». Измерения таковы, что в среднем девушки набрали больше баллов, чем юноши, по всем направлениям, за исключением психотизма, где не оказалось существенных различий (см. Таблицу 3).

Таблица 3.

Описательная статистика шкал и общих индексов результатов методики SCL90R с учетом возраста и пола испытуемых

Шкалы и индексы	Возраст											
	16		17		18		19		20		21	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М
	n=81	n=77	n=141	n=145	n=168	n=129	n=175	n=181	n=123	n=58	n=44	n=32
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
SOM	0,46 (0,48)	0,34 (0,43)	0,45 (0,58)	0,36 (0,49)	0,47 (0,50)	0,37 (0,46)	0,63 (0,54)	0,47 (0,51)	0,78 (0,53)	0,51 (0,47)	0,63 (0,42)	0,49 (0,42)
OBS	0,53 (0,50)	0,47 (0,55)	0,55 (0,61)	0,44 (0,57)	0,54 (0,59)	0,47 (0,51)	0,67 (0,64)	0,56 (0,58)	0,83 (0,61)	0,67 (0,63)	0,82 (0,61)	0,57 (0,47)
INT	0,45 (0,61)	0,45 (0,59)	0,46 (0,61)	0,32 (0,55)	0,44 (0,53)	0,34 (0,47)	0,63 (0,61)	0,45 (0,59)	0,73 (0,68)	0,56 (0,69)	0,57 (0,48)	0,41 (0,45)
DEP	0,49 (0,67)	0,37 (0,49)	0,43 (0,50)	0,37 (0,53)	0,44 (0,53)	0,33 (0,44)	0,54 (0,44)	0,42 (0,57)	0,72 (0,73)	0,54 (0,61)	0,62 (0,56)	0,43 (0,47)
ANX	0,37 (0,41)	0,33 (0,41)	0,36 (0,43)	0,32 (0,45)	0,41 (0,43)	0,35 (0,43)	0,54 (0,56)	0,41 (0,51)	0,62 (0,55)	0,43 (0,51)	0,54 (0,41)	0,35 (0,41)
HOST	0,43 (0,53)	0,49 (0,61)	0,45 (0,50)	0,37 (0,53)	0,54 (0,46)	0,42 (0,61)	0,59 (0,50)	0,56 (0,64)	0,72 (0,73)	0,61 (0,73)	0,75 (0,53)	0,57 (0,47)
PHOB	0,27 (0,41)	0,23 (0,33)	0,27 (0,45)	0,21 (0,33)	0,23 (0,35)	0,19 (0,35)	0,25 (0,36)	0,21 (0,37)	0,43 (0,51)	0,35 (0,42)	0,37 (0,44)	0,19 (0,21)
PAR	0,39 (0,52)	0,43 (0,57)	0,42 (0,41)	0,33 (0,52)	0,47 (0,51)	0,37 (0,44)	0,59 (0,54)	0,47 (0,52)	0,69 (0,51)	0,56 (0,52)	0,71 (0,59)	0,52 (0,50)
PSY	0,29 (0,33)	0,35 (0,42)	0,32 (0,51)	0,26 (0,41)	0,28 (0,43)	0,25 (0,35)	0,33 (0,37)	0,29 (0,41)	0,41 (0,39)	0,37 (0,45)	0,36 (0,39)	0,33 (0,42)
GSI	0,40 (0,35)	0,36 (0,44)	0,41 (0,49)	0,37 (0,41)	0,44 (0,43)	0,36 (0,44)	0,54 (0,49)	0,44 (0,39)	0,65 (0,59)	0,53 (0,54)	0,67 (0,48)	0,44 (0,41)
PST	25,17 (18,57)	21,32 (20,65)	23,92 (21,61)	18,52 (20,64)	24,97 (19,20)	18,31 (19,17)	28,41 (20,09)	22,09 (20,72)	35,16 (20,49)	27,53 (21,49)	32,19 (20,59)	22,49 (19,91)
PSDI	1,34 (0,74)	1,49 (0,86)	1,23 (0,70)	1,21 (0,84)	1,23 (0,67)	1,23 (0,73)	1,44 (0,59)	1,27 (0,64)	1,54 (0,57)	1,36 (0,74)	1,64 (0,55)	1,37 (0,63)

Примечание: Соматизация (SOM); Обсессивность-компульсивность (OBS); Межличностная сензитивность (INT); Депрессия (DEP); Тревожность (ANX); Враждебность (HOS); Фобическая тревожность (PHOB); Паранойяльные идеи (PAR); Психотизм (PSY); Глобальный индекс тяжести состояния (GSI); Общее количество беспокоящих симптомов (PST); Индекс симптоматического дистресса (PSDI).

Возрастные отличия были обнаружены по всем индексам и основным шкалам симптомов. В целом, чем старше были участники, тем больше они набира-

ли баллов. Однако было два исключения. Во-первых, по измерению враждебности группа 17-летних набрала больше баллов, чем группа 19-21-летних. Во-вторых, группа 16-летних имела более высокие показатели дистресса, чем группа 17-18-летних (см. табл. 3 и 4).

Таблица 4.

Дисперсионный анализ (ANOVA) результатов методики SCL90R с учетом возраста и пола испытуемых (Significant Post-hoc Comparisons Using Tukey's Test)

SCL90R	Возраст		Пол		Significant Post-hoc Comparisons Using Tukey's Test
	F (1,1663)	η^2	F (5,1663)	η^2	
SOM	25,08***	0,019	7,75***	0,023	20>16***, 20>17***; 20>18***; 19>17*; 19>18*
OBS	18,46***	0,011	8,30***	0,025	20>16***; 20>17***; 20>18***
INT	18,17***	0,009	7,01***	0,021	20>16*; 20>17***; 20>18***; 19>18*
DEP	18,64***	0,011	7,41***	0,022	20>16*; 20>17***; 20>18***; 20>19*
ANX	17,38***	0,008	6,04***	0,018	20>16*; 20>17***; 20>18***; 17<19*
HOST	3,87*	0,002	7,65***	0,023	20>16***; 20>17***; 20>18***; 17>21*; 17>19**
PHOB	17,59***	0,008	5,05***	0,019	20>17*; 20>18***; 20>19**
PAR	11,20***	0,007	8,20***	0,024	20>16***; 20>17***; 20>18***; 21>17*; 21>18*
PSY	0,905	0,001	2,34*	0,007	20>18*
GSI	19,45***	0,009	8,09***	0,024	20>16***; 20>17***; 20>18***; 19>17*
PST	28,20***	0,017	9,20***	0,027	20>16***; 20>17***; 20>18***; 19>17***; 19>18*
PSDI	5,418*	0,003	7,73***	0,023	20>17***; 20>18***; 17<16***; 17<21***; 18<16***; 18<21**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Примечание: обозначения те же.

Чтобы оценить величину эффекта различий в группах 20 и 16 лет, а также в группах 17 и 18 лет, был рассчитан коэффициент d Коэна (см. табл. 4), который дал значения от 0,27 (шкала Психотизм) до 0,47 (индекс PST). Эти результаты представляются умеренными, так что средний респондент в группе с наивысшим баллом набрал более 50% баллов от своей собственной группы и более 69% от группы с наименьшим баллом по измерениям шкал симптомов SCL-90-R, а также по общим индексам. Эти результаты были приняты во внимание при расчете процентиля, поэтому они были рассчитаны отдельно для юношей и девушек, а также по возрастным группам, в частности, в возрасте от 16 до 18 лет и от 19 лет до 21 года (см. табл. 4 и 5).

Таблица 5.

Оценка эффекта различий средних значений, основанная на коэффициенте d-Коэна (Cohen's d) (Effect Size Estimation Using Cohen's d Values by Age Group)

Возраст (лет)	20	16	17	18	Размер эффекта различий средних
Число испыт.	n=181	n=158	n=286	n=297	
SCL90R	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Cohen's d
SOM	0,64 (0,61)	0,40 (0,46)			0,43
OBS	0,77 (0,67)		0,49 (0,61)		0,44
INT	0,67 (0,77)			0,40 (0,53)	0,42
DEP	0,64 (0,75)			0,37 (0,52)	0,43
ANX	0,54 (0,64)	0,33 (0,42)			0,37
HOST	0,68 (0,74)		0,38 (0,57)		0,46
PHOB	0,38 (0,57)			0,20 (0,37)	0,39
PAR	0,65 (0,72)		0,40 (0,58)		0,39
PSY	0,40 (0,52)			0,27 (0,45)	0,27
GSI	0,61 (0,60)		0,37 (0,49)		0,44
PST	30,86 (22,40)		20,59 (21,54)		0,46
PSDI	1,49 (0,66)		1,21 (0,78)		0,38

Примечание: обозначения те же.

Обсуждение.

Целью настоящего исследования была апробация методики SCL-90-R «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Symptom Check List-90-Revised) на вероятностной выборке нормативной группы юношей и подростков в возрасте от 16 лет до 21 года. Результаты показали, что у респондентов наиболее распространены симптомы из регистров обсессивно-компульсивного расстройства и враждебности, в то время как фобическая тревожность и психотизм были представлены минимально, что согласуется с выводами работ [8, 12], полученных на студентах университетов. С той лишь разницей, что в их случаях депрессия заняла место враждебности. Также полученные нами результаты согласуются с итогами исследования на непсихиатрической выборке [18].

Оценки надежности, полученные по результатам статистической обработки измерений шкал симптомов, указывают на весьма приемлемые уровни внутренней согласованности, что перекликается с результатами других работ по данной теме [8, 13, 18]. Девушки продемонстрировали более высокие показатели по основным шкалам, чем юноши, за исключением шкалы психотизма. Дан-

ные результаты пересекаются с результатами работы, в которой ставится под сомнение представление о том, что психотизм и параноидные идеи представляют собой разные измерения [14, 17]. В силу чего мы также считаем, что полученное несоответствие не имеет принципиального значения и шкалы можно объединить в одно измерение.

Различия между мужскими и женскими показателями могут быть связаны с двумя фундаментальными аспектами подросткового возраста: социальным контекстом [16], а также с моделями социализации и воспитания [20], которые по-разному формируют поведение девушек и юношей и могут по-разному влиять на их адаптивные реакции и общие симптомы при одних и тех же социальных обстоятельствах. В параметрах симптома психотизма не было обнаружено значимых различий в зависимости от пола. Учитывая, что в популяции содержание симптома психотизма связано с чувством социального отчуждения [11], полагаем, что было бы правильным дополнительно изучить этот аспект в будущих исследованиях, описывающий подростковый возраст отдельно как для юношей, так и для девушек.

Было установлено, что с возрастом показатели шкал SCL-90-R повышались за исключением группы 21-летних, чьи показатели были стабильны. Интересно, что наблюдалась значительная взаимосвязь между возрастом и полом в отношении индекса дистресса (PSDI), по которому юноши набрали более высокие баллы в возрасте 16 лет, но девушки набрали выше в 20 лет и 21 год. Индекс дистресса измеряет характерный стиль переживания психологических страданий, другими словами, склонность к максимальному или минимальному эмоциональному отклику. Одним из возможных объяснений этого результата является различное влияние полового созревания на юношей и девушек. Считается, что юноши-подростки в период полового созревания воспринимают себя эмоционально более негативно, чем девушки [9]. Более высокие баллы девушек в 20 лет и 21 год по индексу дистресса могут свидетельствовать о том, что девушки лучше юношей распознают свои настроения и ведут себя более эмоционально, и эта разница становится более заметной по мере того, как подростковый возраст переходит в юношеский.

Результаты анализа основных компонентов не подтвердили модель, которую наблюдал Derogatis L.R. [10, 11] по девяти основным факторам. Полученные данные скорее больше согласуются с исследованиями, в которых был обнаружен один основной фактор, объясняющий большую часть общей дисперсии. Подобный результат может быть обусловлен несоответствием измерений факторов на неклинической выборке с результатами, полученными в группе страдающих психическими расстройствами [9]. В этом смысле было бы логично повторить наше исследование на клинической популяции подростков.

В итоге можно заключить, что предложенные шкалы приемлемы для скрининг-диагностики на русскоязычной подростковой выборке, т. к. результаты получены на основе вероятностной выборки, учитывают различия, которые мы обнаружили в зависимости от пола и возраста; кроме того они дополняют шкалы аналогичной методики [8].

Выводы. Таким образом, мы полагаем, что «Симптоматический опросник SCL-90-R» является подходящим инструментом для оценки психопатологической симптоматики в подростковом возрасте, учитывая значительную надежность методики и удовлетворительные психометрические свойства, аналогичные тем, которые получены на взрослых группах населения. Однако исследования должны продолжаться с учетом таких переменных, как история психопатологических расстройств, успеваемость и регион проживания [15, 21]. Также рекомендуется провести исследования одновременной валидности с другими опросниками, уже доказавшими свою действенность при оценке психопатологии на подростковой выборке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Восприятие будущего во время пандемии COVID-19 // Медицинская психология в России. 2021. Т.13. № 4 (69). С.1. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-1.

2. Елфимов М.А., Елфимова Е.В. Возможности психодиагностического обследования в клинике внутренних болезней // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2004. № 3 (27). С. 44-48.

3. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Принятие моральных решений во время пандемии COVID-19 // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. 2020. № 4. С. 22-43.

4. Погодина М.Г., Косенко В.Г., Агеев М.И., Косенко Н.А., Шулькин Л.М. и др. Особенности личностных характеристик и уровня дистресса у лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством с коморбидными психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29. № 2. С. 22-25.

5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С.146-157.

REFERENCES

1. Bojko O.M., Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Voronczova O.Yu., Kaz`mina O.Yu. Vospriyatie budushhego vo vremya pandemii COVID-19 // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2021. T.13. # 4 (69). S.1. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-1.

2. Elfimov M.A., Elfimova E.V. Vozmozhnosti psikhodiagnosticheskogo obsledovaniya v klinike vnutrennikh boleznej // Vestnik Rossijskogo universiteta družby` narodov. Seriya: Mediczina. 2004. # 3 (27). S. 44-48.

3. Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Bojko O.M., Voronczova O.Yu., Kaz`mina O.Yu. Prinyatie moral`ny`kh reshenij vo vremya pandemii COVID-19 // Vestnik MGU. Seriya 14: Psikhologiya. 2020. # 4. S. 22-43.

4. Pogodina M.G., Kosenko V.G., Ageev M.I., Kosenko N.A., Shul`kin L.M. i dr. Osobennosti lichnostny`kh kharakteristik i urovnya distressa u licz, stradayushhikh posttravmaticheskim stressovy`m rasstrojstvom s komorbidny`mi psikhicheskimi rasstrojstvami // Soczial`naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2019. T. 29. # 2. S. 22-25.

5. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.: Piter, 2001. S.146-157.

6. Bonicatto S., Dew M.A., Soria J.J., Seghezze M.E. (1997). Validity and relia-

bility of Symptom Checklist '90 (SCL-90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 332–338.

7. Bonyng E.R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 212–215. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199303\)49:2%3C212::AIDJCLP2270490213%3E3.0.CO;2-V](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199303)49:2%3C212::AIDJCLP2270490213%3E3.0.CO;2-V).

8. Caparrós-Caparrós B., Villar-Hoz D. E., Juan-Ferrer J., Viñas-Poch F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios [Reliability, normative data, and factor structure in college students]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 781–794.

9. De las Cuevas C., González de Rivera J. L., Henry Benítez M., Monterrey A. L., Rodríguez-Pulido F., & Gracia Marco R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general [Factor analysis of the Spanish version of the SCL-90-R in the general population]. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93–96.

10. Derogatis L.R. (1994). SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual (3rd Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

11. Derogatis L.R. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual [90-Symptom Questionnaire. Manual]. Madrid, Spain: TEA Ediciones.

12. Gempp R., & Avendaño C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos [Normative data and psychometric properties of the SCL-90-R in Chilean college students]. *Terapia Psicológica*, 26, 39–58.

13. Harter S., & Whitesell N. R. (1996). Multiple pathways to self-reported depression and psychosocial adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 8, 761–777.

14. Henry-Benítez M. (1991). Age, sex and marital status differences in minor psychiatric morbidity. *European Journal of Psychiatry*, 5, 166–176.

15. Minna Rytälä-Manninen, Sari Fröjd, Henna Haravuori, Nina Lindberg, Mauri Marttune, Kirsi Kettunen and Sebastian Therman. (2016) Psychometric properties of the Symptom Checklist-90 in adolescent psychiatric inpatients and age- and gender-matched community youth. Rytälä-Manninen et al. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 10:23 DOI 10.1186/s13034-016-0111-x

16. Muñoz M. V., Jiménez I., & Moreno M. C. (2008). Reputación conductual y género en la adolescencia [Behavioral reputation and gender in adolescence]. *Anales de Psicología*, 24, 334–340.

17. Prunas A., Sarno I., Preti E., Madeddu F., & Perugini M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatry*, 27, 591–597. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.006>

18. Robles J. I., Andreu J. M., & Peña M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles [Application and analysis of its psychometric properties in a sample of Spanish clinical subjects]. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 1–19

19. Schmitz N., Hartkamp N., Franke G. H. (2000). Assessing clinically significant change: Application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86, 263–274. <http://dx.doi.org/10.2466/PR0.86.1.263-274>

20. Werner E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81–84. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772327>.

21. Zhang J., Zhang X. (2013). Chinese college students' SCL-90 scores and their relations to the college performance. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 134–140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2012.09.009>.

S.N. Enikolopov, A.G. Efremov, S.O. Kuznetsova

**THE SCALE METHODOLOGY «SYMPTOMATIC QUESTIONNAIRE SCL-90-R»
(ADAPTATION ON THE RUSSIAN YOUTH SAMPLE)**

FSBSI «Mental Health Research Center» (Moscow).

Summary. This article presents the results of adaptation of the "Symptomatic questionnaire SCL-90-R" (Simptom Check List-90-Revised) on a youth normative sample of the scale methodology. The purpose of the work is to determine the main indicators of testing the SCL-90-R methodology as a result of statistical processing of a probabilistic sample from the youth population. The participants were 1,354 subjects, 732 female and 622 male, with an average age of 18.5 years (SD=1.36). The participants were taken using a stratified sample from a population of students and schoolchildren, followed by their random selection. The sampling error was estimated at 5% with a confidence level of 95.5%. The results showed significant differences between participants depending on gender and age according to the basic and evaluation scales of the SCL-90-R methodology. Normative data are provided, divided by age and gender. The results can be used both in clinical practice and in scientific research.

Keywords: symptomatic questionnaire SCL-90-R, teenagers, adolescence, normative sample, psychopathology, reliability of the methodology.

Г.В. Скобло, С.В. Трушкина,

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ
У ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 5 ЛЕТ**

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

Рецензируемое издание⁵ представляет собой русский перевод международной «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, в сокращении DC:0–5™). Издание было осуществлено силами коллектива Частного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Социальная школа Каритас» (г. Санкт-Петербург) по международному гранту в рамках проекта «Психическое здоровье и ранняя помощь» и в сотрудничестве с рядом партнерских организаций: ZERO TO THREE, Caritas Osnabruck, кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии СПбГУ. Существенным обстоятельством является достижение командой проекта всех необходимых юридических соглашений с правообладателем оригинальной версии DC:0–5™ - международной организацией ZERO TO THREE, что придает данному изданию статус официального и делает возможным введение в профессиональный обиход его собственного сокращенного названия - ДК:0-5. В работах по переводу текста были задействованы специалисты в областях детской психиатрии и психологии, имеющие непосредственное отношение к психическому здоровью детей младенческого, раннего и дошкольного возраста. Ответственный редактор перевода - кандидат психологических наук, доцент СПбГУ В.О. Аникина.

Прежде чем приступить к разбору самой ДК:0-5, представляется полезным кратко познакомить читателя с ее англоязычным источником DC:0–5™. Данная версия «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве», вышедшая в свет в 2016 году, является уже третьим изданием, переработанным и дополненным. Первое издание было выпущено в 1994 году и имело сокращенное название DC:0–3, второе – в 2005 году, DC:0–3R. Ранние варианты DC были применимы к детям в возрасте от рождения до трех и четырех лет соответственно, последняя по времени выхода редакция – к детям первых пяти лет жизни. Возрастная направленность версий отражена в их сокращенных названиях. В настоящее время DC:0–5™ используется специалистами многих зарубежных стран и воспринимается ими как диагностический стандарт при распознавании и оценке нарушений развития и психического здоровья у детей первых лет жизни.

В предисловии к DC:0–5™ указано, что она, так же как и предыдущие версии, создавалась на основе большой базы клинических данных. Эту базу составили конкретные случаи из практики, проанализированные международной рабочей группой экспертов - детских психиатров и психологов, занимающихся проблемой

⁵Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. – СПб : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2022. – 456 с. : ил.

психического здоровья в раннем возрасте. Разработчиками подчеркивается, что DC:0–5™ не призвана конкурировать с диагностическими классификациями DSM-V и МКБ-10, а должна рассматриваться как дополняющая их. Необходимость ее создания диктовалась тем, что DSM-V и МКБ-10 недостаточно полно охватывают нарушения психического здоровья в первые годы жизни. Отсутствие цели конкурировать подчеркнуто появлением в DC:0–5™ раздела, содержащего отсылки к соответствующим диагнозам DSM-V и МКБ-10.

Важнейшей отличительной особенностью диагностической системы Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood является ее ярко выраженная мультидисциплинарная ориентированность. Нарушения психического здоровья у маленького ребенка рассматриваются не изолировано, а в контексте условий, которые во многом определяют их развитие и течение: социальных (прежде всего – семейных) отношений; ограничений, накладываемых состоянием физического здоровья; уровня существующей стрессовой нагрузки на ребенка; достигнутого ребенком уровня психического развития в различных областях. В соответствии с данным подходом DC:0–5™, так же как и более ранние ее варианты, построена как многоосевая система. Ее структура включает в себя пять осей.

Ось I «Клинические расстройства» является основной и содержит описание более сорока видов психических отклонений у детей от рождения и до достижения ими шестилетнего возраста. Все ранние психические расстройства разделены на восемь рубрик: «Расстройства нейropsychического развития», «Расстройства сенсорных процессов», «Тревожные расстройства», «Расстройства настроения», «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства», «Расстройства сна, пищевого поведения и синдром плача», «Посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства» и «Расстройства отношений». Расстройства, входящие в эти рубрики, представлены по единой схеме, где помимо описания специфических симптомов расстройства, возраста начала и продолжительности имеются данные об особенностях хода развития ребенка при этом расстройстве, его популяционной частоте, факторах риска и прогноза, гендерных различиях, дифференциальном диагнозе и др. Такая систематизированность и подробность в изложении клинических данных приближает Осю I к разряду хороших диагностических руководств в области психопатологии раннего детства.

Ранее нами детально освещалось содержание каждой из рубрик Осю I. Приводились параллели между рядом выделяемых в DC:0–5™ расстройств и описанием их в отечественной детской психиатрии, обсуждались данные, имеющие принципиальную новизну для российских детских психиатров, отмечались имеющиеся классификационные несовершенства. В частности, обращалось внимание на отсутствие в DC:0–5™ рубрики по ранней детской шизофрении, диагностика которой, как известно, возможна в возрасте четырех-пяти лет и даже ранее⁶.

Оси II – V предназначены для оценки средовых и органических факторов с точки зрения их значимости для развития психического заболевания, его течения, прогноза, а также для определения ресурсов для лечения и социальной реабилитации ребенка. Осю II «Контекст отношений» предлагает проводить оценку составляющих родительского отношения к ребенку с психическими отклонениями,

⁶Г.В. Скобло. Психопатологические аспекты Международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в младенчестве и раннем детстве (DC: 0-5). Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 2. С. 113-125.

среди которых способность родителя обеспечивать физическую безопасность ребенка, удовлетворять его основные потребности, обучать, стимулировать включенность в социальное взаимодействие и другие. Ось III «Условия и факторы физического здоровья» отражает значимые с точки зрения психиатрического диагноза перинатальные состояния, наличие врожденных аномалий и генетических синдромов, сенсорные выпадения, хронические соматические, неврологические и другие заболевания, перенесенные острые состояния, а также прививочный статус. Ось IV «Психосоциальные и средовые стресс-факторы» позволяет специалисту выявить и оценить силу действия стрессоров, способных оказать влияние на формирование и течение психического заболевания у младенца или маленького ребенка, включая специфичные для этого возраста стрессоры. Ось V «Компетенции ребенка» направлена на оценку достижений ребенка в эмоциональной, когнитивной, речевой, социальной и двигательной сферах. В DC:0–5™ особо подчеркивается высокая значимость оценок по Оси II, поскольку качество взаимоотношений с близким взрослым принципиально важно для развития и психического здоровья ребенка первых лет жизни.

Переходя к анализу переводной русской версии DC:0–5™, необходимо, прежде всего, отметить ее полную идентичность английскому изданию. В ДК:0-5 соблюдено не только строгое соответствие переведенного текста оригиналу, но и воспроизведены все стилистические и оформительские элементы исходного издания. Следует отметить, что перед командой переводчиков стояла достаточно сложная и специфическая задача по поиску русскоязычных терминов, верно отражающих суть используемых в DC:0–5™ понятий. Дело в том, что западная наука в области изучения раннего психического здоровья прошла иной путь становления, нежели отечественная, и в развитии своего категориального аппарата она опиралась на иные теоретические концепции, такие как психоанализ, теория привязанности, бихевиоризм, теория социально-эмоционального развития DIR и др. Терминам, используемым в DC:0–5™, нередко не находилось адекватной замены русскоязычными вариантами. Поэтому в ряде случаев переводчикам приходилось брать на себя ответственность за создание и введение в употребление новых для отечественных специалистов терминов. В связи с этим невозможно не отметить высокого профессионального уровня команды переводчиков и консультантов как в языковом плане, так и в плане медицинской и психологической компетентности.

В целях преодоления трудностей перевода в ДК:0-5 включен специальный раздел, отсутствующий в оригинале – «Список понятий, возникший при переводе классификации на русский язык». В нем даны определения ряда терминов, которые употребляются в английском тексте и без пояснений могут неоднозначно трактоваться отечественными специалистами. Например, термин «реципрокность» раскрывается как «...активные действия участников взаимодействия – как взрослого, так и ребенка – когда каждый из них является полноценным участником взаимодействия, имитирует интонацию, взгляд другого, откликается на его инициативу, сам проявляет инициативу во взаимодействии» (ДК:0-5, с. 409); термин «парентификация» – как «...ребенок начинает выполнять родительскую функцию по отношению к взрослому, например, беспокоиться о его эмоциональном состоянии, стараться утешить или поддержать его» (там же, с.408).

Любопытно, что недостаток общеупотребительных терминов, необходимых для описания нарушений психического здоровья у маленьких детей, отмечается и авторами самой DC:0–5™. Это явилось причиной включения в третье издание раздела «Список понятий, предложенных составителем», которого не было в

предыдущих изданиях и который перекочевал в русскоязычную версию. Так же как и в случае понятий, возникших при русском переводе, раскрытие и уточнение значений употребляемых в тексте терминов значительно облегчает их восприятие. Это может относиться к таким выражениям как «гомотипичная...» и «гетеротипичная выраженность», «проактивная...» и «реактивная агрессия» и др.

В целом отмеченное выше качество перевода DC:0–5™ делает данную классификацию в языковом отношении вполне понятной для российского читателя-специалиста. Конечно, при внимательном и пристрастном прочтении неизбежно выявляются те или иные спорные моменты перевода или авторских трактовок понятий, однако, разрешение этих вопросов возможно лишь в ходе особой профессиональной дискуссии и достижения консенсуса, которые, как мы очень надеемся, станут продолжением темы междисциплинарной оценки нарушений психического здоровья у детей первых лет жизни.

Непростой задачей для переводчиков оказался подбор формулировки для полного названия ДК:0-5. Дело в том, что буквально с английского языка название следовало бы перевести как «Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития *в младенчестве и раннем детстве*». Однако, в соответствии с принятой в России возрастной периодизацией, раннее детство заканчивается достижением ребенком трех лет, а далее начинается следующий возрастной этап – дошкольный. За рубежом такое четкое деление не принято, и потому вполне допустимо называть ранним возрастом период до пяти и даже шести лет. Проблема была решена употреблением в русскоязычном названии оборота «...от рождения до 5 лет». Однако, если обратиться к тексту, то выясняется, что фактически классификация рассчитана на возраст детей от рождения до 60-ти месяцев, т. е. до пяти лет включительно, до достижения ребенком уже шестилетнего возраста. В русскоязычной формулировке названия такая возрастная адресованность воспринимается нечетко. Возможно, более удачным было бы название «Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей первых пяти лет жизни».

Некоторое удивление вызывает содержание данного в конце книги «Списка литературы на русском языке» (раздел, отсутствующий в оригинале). Он включает в себя переведенные на русский язык классические работы, которые касаются здоровья и развития ребенка младенческого и раннего возраста. Однако в списке отражены работы исключительно психологической и по большей части – психоаналитической направленности. Он не содержит работ, посвященных психопатологическим нарушениям у детей в первые пять лет жизни. И прежде всего обращает на себя внимание отсутствие упоминания переведенных работ одного из основоположников ранней детской психопатологии Стенли Гринспена, представления которого о социально-эмоциональном развитии детей в первые годы жизни были положены в основу первого и второго изданий DC:0–3. Было бы также важным отразить отечественную литературу по психопатологическим нарушениям в первые пять лет жизни - работы Г.Е. Сухаревой, В.В. Ковалева, К.С. Лебединской, С.С. Мнухина, Б.Е. Микиртумова и других известных российских детских психиатров.

В заключение хотелось бы поздравить коллектив специалистов, принимавших участие в работе над русской версией DC:0–5™, с удачным и очень нужным ее изданием. Хочется надеяться, что публикация ДК:0-5 найдет достойное место в деле совершенствования помощи российским детям с психическими отклонениями на ранних этапах развития.

М.В. Иванов, Г.В. Козловская

**РАННЕЕ ДЕТСТВО: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
(МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ)**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» (Москва).

Резюме. Период раннего детства является уязвимым к факторам, нарушающим психическое развитие и психическое здоровье. Однако именно этот период онтогенеза является важным для укрепления психического здоровья и всего здоровья в целом. Проблемы с психическим здоровьем в детском возрасте обращают внимание разных специалистов в связи с высокой распространенностью психических расстройств, приводящих к инвалидизации детского населения. В статье приводятся направления современных исследований, прозвучавших на Всероссийской научно-практической конференции «Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития», прошедшей в Москве 15-16 июня 2022 г.

Ключевые слова: раннее детство, профилактика, абилитация, ранняя помощь, микропсихиатрия, нарушения психического развития.

Раннее детство – это период жизни от рождения до 3 лет, период особой уязвимости к факторам риска, нарушающим психическое развитие и психическое здоровье. Однако именно этот период онтогенеза является важным для построения фундамента – укрепления психического здоровья и всего здоровья в целом.

Проблемы с психическим здоровьем в детском возрасте обращают внимание специалистов разных специальностей и направлений – психологов, психиатров, неврологов, педиатров, педагогов, дефектологов и др. Внимание к этой проблеме не случайно. Так, по данным главного педиатра страны в структуре всей детской инвалидности наибольшая доля приходится именно на психические расстройства [1]. По данным зарубежных эпидемиологических исследований около половины всех психических заболеваний впервые проявляются до достижения 16-летнего возраста [2]. Отечественное эпидемиологическое психиатрическое и психологическое обследование детей первых трех лет жизни показывает распространенность риска на уровне 30,2% среди мальчиков и 12,3% среди девочек, а распространенность патологии – 12,0% у мальчиков и 10,4% у девочек. При этом по достижению детьми 5-летнего возраста распространенность риска – 18,4% у мальчиков и 6,7% у девочек; и распространенность патологии – 15,2% у мальчиков и 4,4% у девочек [3]. В последнем докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Охрана психического здоровья: преобразования в интересах детей» в июне 2022 г. отмечается, что потребности в области охраны психического здоровья высоки, но они не удовлетворяются в достаточной степени. ВОЗ сообщает о необходимости стратегии по укреплению психического здоровья и профилактики психических заболеваний [4].

Проведенная 15-16 июня 2022 г. Всероссийская научно-практическая кон-

ференция «Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития» в Московском институте психоанализа позволила обсудить современные отечественные научно-практические достижения в области профилактической помощи детям первых лет жизни с риском возникновения или наличием нарушений психического развития, направленные на укрепление и сохранение психического здоровья детей.

Количество очных и онлайн участников конференции превысило 3,5 тысяч человек, среди которых психологи из медицинских и образовательных учреждений, педагоги, дефектологи, психиатры, неврологи, педиатры, преподаватели и студенты из ВУЗов разных городов России, а также родители детей.

В день открытия с приветственным словом к участникам конференции обратились сопредседатели конференции – ректор Московского института психоанализа (МИП), Л.И. Сурат, декан факультета клинической психологии МИП Н.Л. Белопольская, а также члены программного комитета – заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» п.И.А. Коробейников, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Ю.С. Шевченко, заведующий кафедрой детской и подростковой клинической психологии МИП М.В. Иванов.

Научная программа конференции была разделена на два дня – по два пленарных и секционных заседания, во второй день также проходила секция для молодых учёных: студентов, магистрантов и аспирантов.

В пленарных частях конференции выступили ведущие специалисты по проблемам клинической психологии, коррекционной психологии и педагогики, а также психиатрии раннего детского возраста.

Конференцию открыл доклад М.В. Иванова. В его докладе были намечены основные векторы работы конференции, кроме того приведены данные по разработке мер первичной психопрофилактики, изучению состояния риска возникновения нарушений психического развития в раннем детстве, проводимых в России. Приведены данные уникального эпидемиологического скрининга, проведенного в рамках пилотного проекта Минздрава России – распространенность риска составила 13,07% при сплошном охвате детского населения первых трех лет жизни в девяти регионах страны (охвачено более полумиллиона детей). Отмечена стратегическая важность охраны психического здоровья детей на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Далее в пленарной части конференции выступила М.Н. Селянина. Она в своем докладе привела данные об эффективности по показателям более чем десятилетнего периода оказания специализированной помощи детям первых лет жизни в ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер». В докладе была отмечена важность ранней диагностики, организации своевременных профилактических и лечебных мероприятий, проводимых мультидисциплинарной командой специалистов – психиатром, медицинским психологом, дефектологом и другими детскими специалистами. Приведены данные об увеличении охвата детей первых лет жизни в регионе, назначении профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на предот-

вращение развития инвалидности вследствие психического расстройства.

Далее в совместном докладе А.В. Горюновой и Ю.С. Шевченко были подняты актуальные вопросы психиатрии раннего детства. Несмотря на издание ряда приказов в здравоохранении, регламентирующих профилактические медицинские осмотры детей, а именно введение психиатра с 2013 г. в диспансеризацию детей в возрасте 12 месяцев, а с 2019 г. по в настоящее время – детей в возрасте двух лет (Приказ Минздрава России от 13.06.2019 г. № 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н», вступил в силу 15.10.2019 г.), остается не решенным важный вопрос – недостаточность специалистов, компетентных в вопросах детской психиатрии и в частности психиатрии раннего возраста. Было отмечено, что восстановление специальности «детская психиатрия», позволит целенаправленно решать проблему кадрового дефицита в стране и оказывать квалифицированную помощь детскому населению.

Далее Ю.С. Шевченко в своем докладе подробно разобрал этологические и психологические механизмы действия холдинг-терапии при многоуровневой терапии нарушений психического развития, психических расстройств и расстройств поведения в детстве. Приведены иллюстрации.

Не меньшее внимание участников конференции было обращено к докладу И.В. Добрякова. Он поднял вопрос о роли теории травмы рождения Отто Ранка в организации профилактики нарушений психического развития. В России О. Ранк малоизвестен, а его книга «Травма рождения» вышла на русском языке очень маленьким тиражом. И.В. Добряков отметил, что знание перинатальной клинической психологии и перинатальной психиатрии (в другой терминологии – микропсихиатрии) необходимо специалисту, чтобы понять многое в поведении детей и взрослых. Также в докладе прозвучали ссылки на труды выдающихся исследователей детства – французского психиатра и психоаналитика Сержа Лебовиси, американского психолога и психоаналитика Рене Шпица, отечественных детских психиатров Г.К. Ушакова, В.В. Ковалева, Д.Н. Исаева, Ю.С. Шевченко и др. Были отмечены два фундаментальных труда по психоневрологии раннего возраста, выполненных Г.В. Козловской и А.В. Горюновой. Докладчик отметил важность раннего диалога в диаде «мать-дитя» (протодиалог), создание благоприятной среды для возникновения эмоционального и вербального общения матери и младенца.

Вторую часть пленарного заседания, проходившего во второй день конференции, открыла Н.Л. Белополюская. В своем докладе профессор описала существующие стереотипы относительно родительских стратегий, эффективных при воспитании ребенка с нормативным развитием, но которые не будут работать при воспитании детей с теми или иными нарушениями развития. Приведены иллюстрации.

Затем в докладе Е.В. Малининой была поднята проблема неравномерности развития мозговых структур и систем в детстве. Докладчиком отмечено, что возрастной фактор является ведущим и определяющим фактором психического дизонтогенеза. Отмечена чрезвычайная важность раннего выявления и ранних

коррекционных мероприятий психических нарушений в связи с пластичностью мозга в первые годы жизни ребенка.

Ю.А. Разенкова представила разработанные в ИКП РАО научно-методические подходы и технологии отечественной системы ранней помощи. Подробно раскрыто содержание и основные идеи следующих подходов:

–научно-методический подход к ранней помощи детям с нарушениями слуха (Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко);

–эмоционально-смысловой подход к работе с детьми с расстройствами аутистического спектра и их родителями (О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг и др.);

–научно-методический подход к реабилитации детей после операции по кохлеарной имплантации (О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова);

–научно-методический подход по предупреждению и преодолению трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (Ю.А. Разенкова);

–научно-методический подход к ранней помощи слепым детям и их родителям (Е.Б. Айвазян, Т.П. Кудрина).

В докладе Ю.А. Разенковой прозвучала справочная информация, полезная для практикующих специалистов – ссылки на электронные методические пособия, доступные для специалистов, работающих с детьми с различными нарушениями развития, повышающие эффективность практической работы (методический материал представлен на официальном сайте ИКП РАО: <https://ikp-rao.ru/>).

В докладе Е.Р. Баенской были рассмотрены основные задачи и направления психологического сопровождения родителей детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС), осуществляемого в русле эмоционально-смыслового подхода. Показана значимость такой помощи для интенсивного включения детей с РАС в коррекционный процесс и возможности предотвращения формирования наиболее тяжелых вариантов аутистического дизонтогенеза. Были сформулированы основные условия продуктивного взаимодействия с близкими ребенка на первичной консультации, обсуждались возможности специалиста в помощи родителям на этапах постановки диагноза и его принятия, содержание и способы их психологического сопровождения на начальных этапах коррекционной работы с ребенком.

Клиническую часть пленарного заседания продолжила Г.В. Козловская. Ею была отмечена необходимость охраны психического здоровья подрастающего поколения в связи с высокой распространенностью психических нарушений в детстве. Требуется формирование новых форм психиатрической помощи, разработка мер психопрофилактики и психогигиены. Профессор отметила, что психиатрия раннего возраста, или микропсихиатрия, открывает возможности для разработки мер первичной психопрофилактики, абилитации и ранней коррекции нарушений развития. В докладе обсуждены факторы риска, приведены данные по наиболее изученным психопатологическим синдромам раннего возраста – шизотипическом диатезе, соединительнотканном диатезе, невропатиях или психовегетативном диатезе, младенческой депрессии, депривационных нарушениях, таких как синдром сиротства, депривационном парааутизме, син-

дромам психических нарушений у детей из условий физического и сексуального насилия, монотонии и др.

Доклад И.А. Марголиной был посвящен влиянию психосоциальных депривационных факторов на возникновение нарушений психического развития в раннем детстве. Отмечено, что родительская депривация, хроническое физическое и сексуальное насилие являются психосоциальными факторами, запускающими психический дизонтогенез, включающий в себя как неспецифические психические нарушения, свойственные другим видам психогений в детстве, так и специфические симптомокомплексы, характерные при воздействии конкретного психотравмирующего фактора. При пролонгированном воздействии все три вида психической депривации способствуют нарушениям формирования привязанности, искажению формирования личности, а также возникновению психопатологических нарушений.

В докладе М.А. Калининой представлены результаты многолетней работы, которая ведется в единственном научном подразделении страны с 1983 г. по настоящее время, занимающемся изучением психопатологии в раннем детстве. Отмечено, что раннее появление различных психопатологических феноменов может быть как предвестником развития тяжелых форм психических заболеваний, таких как аутизм, шизофрения, так и одним из вариантов раннего развития, которое к пубертатному возрасту может переходить в норму. Отмечены неблагоприятные в прогностическом плане симптомы, с большой вероятностью приводящие к болезни. С позиций концепции раннего вмешательства, М.А. Калинина отмечает, что целесообразным является раннее начало профилактических мероприятий – абилитационных и терапевтических. Это направление работы должно развиваться в рамках действующей в России программы по улучшению психического здоровья матери и ребенка.

Секционная часть конференции также вызвала большой интерес у участников, как присутствующих очно, так и онлайн. В докладе И.А. Марголиной было отмечено, что расстройства пищевого поведения у детей раннего возраста могут рассматриваться как составная часть симптоматики других более общих психических расстройств или предрасположенности к ним, так и являться отражением особенностей взаимодействия в диаде «мать-дитя», искажениям которых в ряде случаев отводится роль главного этиологического фактора в возникновении нарушений пищевого поведения в раннем детстве. Докладчиком приведены дифференциально-диагностические данные по своеобразию расстройств пищевого поведения у детей с органическим поражением ЦНС, детей из условий материнской депривации, а также у детей с РАС.

Тематика пищевого поведения была продолжена в докладе Л.Л. Баз. Ею было отмечено, что особенности кормления детей младенческого и раннего возраста можно рассматривать с позиции диагностики и коррекции материнско-детских отношений.

В докладе О.З. Хайретдинова был поднят актуальный вопрос в период действия различных ограничительных мер в связи с пандемией – вопрос эквивалентности дистанционной диагностики аутистических расстройств. Было сообщено, что телепсихиатрическая помощь в формате «врач-пациент» находится

на этапе формирования и требует решения правовых, организационных и методологических вопросов. Отмечено, что в НПЦ им. Г.Е. Сухаревой разработана методология организации и проведения телемедицинских консультаций пациентов детского возраста, приведены иллюстрации из практики.

В докладе Н.В. Платоновой была поднята проблема жестокого обращения в раннем возрасте как фактора риска возникновения психической патологии в детстве. Докладчиком приведены данные о том, что любые проявления жестокости, по отношению к ребенку по своим последствиям относятся к тяжелым психическим травмам, оказывающим психогенное влияние на всю последующую жизнь, психическое и физическое здоровье и дальнейшую адаптацию в обществе.

М.М. Прочухаевой и С.А. Важновой представлен опыт организации психологической работы службы ранней помощи семьям, воспитывающим ребёнка с особенностями развития.

В выступлении Г.Ю. Одиноквой были описаны благоприятные и неблагоприятные варианты общения матери и ребенка с синдромом Дауна, различающиеся как особенностями развития общения ребенка, так и характеристиками поведения матери при взаимодействии с ним. Представлен оригинальный комплекс педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и преодоление трудностей в развитии общения детей раннего возраста с синдромом Дауна и их родителей. Выступления Е.Б. Айвазян Т.П. Кудриной были посвящены научно-методическому подходу к ранней помощи слепым детям первых трех лет жизни. Показано, как на основе проведенных серий исследований была реконструирована логика становления общения и предметной деятельности слепых детей с рождения. Логика становления общения и предметной деятельности слепого ребенка в первые три года жизни описывается «базовой формулой развития», в которой каждый шаг развития представляет собой освоение новой формы общения и новых видов действий с предметами. При этом оценка психического развития слепого ребенка основывается на сопоставлении его достижений со шкалой онтогенеза и описывается «индивидуальной формулой развития», в которой фиксируются не только актуальный уровень развития ребенка, но и весь пройденный путь психического развития с его качественными особенностями, а также определяется зона ближайшего развития.

В совместном А.В. Беркун и О.П. Суетиной была представлена модель оказания ранней помощи детям с РАС и их семьям, реализуемая на базе коррекционно-развивающего центра. Докладчики, обобщая свой практический опыт, отметили, что коррекционно-развивающая работа, проводимая в рамках эмоционально-смыслового подхода и направленная на оказание помощи ребенку с РАС и его семье, способствует уменьшению выраженности аутистической симптоматики и возвращению ребенка к логике нормального эмоционального и социального развития. В рамках выступления была отмечена важность оказания психологической помощи родителям, их своевременного обеспечения информационной поддержкой, проведения обучения членов семьи приемам и способам взаимодействия с ребенком. В докладе С.В. Смольяковой приведен опыт оказания нейропсихологической помощи детям раннего возраста в русле эмо-

ционально-смыслового подхода.

В рамках конференции проведена секция молодых ученых, в которой было представлено шесть докладов. Так, в докладе А.А. Макаручук представлены данные исследования ролевых установок в супружеских парах, в которых появился первенец. В докладе О.А. Чмуровой представлены данные многолетней психологической работы по изучению привязанности и гармонизации системы «мать-дитя» при рождении недоношенного ребенка. В докладе О.П. Суетиной была обозначена возможность адаптации игровой методики, разработанной в рамках эмоционально-смыслового подхода к коррекции РАС у детей раннего возраста, к условиям различных дошкольных образовательных организаций; дано описание последовательности этапов групповой игровой работы, проводимой с малыми группами детей раннего возраста и их родителями. В докладе А.В. Беркун показана важность диагностики признаков РАС в младенческом и раннем возрасте, представлен обзор диагностического инструментария, чувствительного к оценке угрозы формирования РАС у детей первых лет жизни. Подчеркивалась важность подбора и необходимость разработки нового инструментария, способствующего поиску и получению объективной оценки развития ребенка первого года жизни. В докладе Е.В. Редечкиной представлен опыт работы педагога-дефектолога в рамках эмоционально-смыслового подхода с семьями, воспитывающими ребенка раннего возраста с РАС. В докладе Ю.В. Барменкова приведен случай реабилитационной работы по преодолению аутистических нарушений и формированию личности с опорой на проблемно-символический и аналитический подходы.

Конференция продемонстрировала большой интерес к проблемам нарушений психического развития в раннем детстве, она способствовала обмену опытом, появлению новых профессиональных знакомств и неформальному общению специалистов из разных регионов страны. Видео-версия конференции доступна на канале YouTube Московского института психоанализа в разделе «Конференции и форумы».

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Проблемы детской инвалидности в современной России // Вестник РАМН. 2017. Т. 72 (4). С. 305-312. DOI: <https://doi.org/10.15690/vramn823>
2. Доклад о психическом здоровье в мире: охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. 28 с. URL: <https://www.who.int/ru/activities/preventing-noncommunicable-diseases/9789240050860> (дата обращения 11.07.2022)
3. Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Иванов М.В. и др. Эпидемиология психических нарушений в раннем и дошкольном возрасте (от 0 до 5 лет включительно) на сплошном и выборочном контингенте в микропсихиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21. № 1. С. 4-13.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Terleczkaya R.N., Antonova E.V. Problemy` detskoj invalidnosti v sovremennoj Rossii // Vestnik RAMN. 2017. T. 72

(4). S. 305-312. DOI: <https://doi.org/10.15690/vramn823>

2. Doklad o psikhicheskom zdorov'e v mire: okhrana psikhicheskogo zdorov'ya: preobrazovaniya v interesakh vsekh lyudej. Kratkij obzor. Zheneva: Vsemirnaya organizaciya zdavookhraneniya, 2022. 28 s. URL: <https://www.who.int/ru/activities/preventing-noncommunicable-diseases/9789240050860> (data obrashheniya 11.07.2022)

3. Kozlovskaya G.V., Simashkova N.V., Ivanov M.V. i dr. E`pidemiologiya psikhicheskikh narushenij v rannem i doshkol`nom vozraste (ot 0 do 5 let vklyuchitel`no) na sploshnom i vy`borochnom kontingente v mikropsikhiatrii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2021. T. 21. # 1. S. 4-13.4. Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence // Archives of General Psychiatry. 2003. Vol. 60 (8). P. 837-844. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>

M.V. Ivanov, G.V. Kozlovskaya

**EARLY CHILDHOOD: PSYCHOLOGICAL HABILITATION
AND PREVENTION OF MENTAL DEVELOPMENT DISTURBANCES
(MATERIALS OF THE CONFERENCE)**

Mental Health Research Center, Moscow Institute of Psychoanalysis (Moscow).

Summary. Early childhood is vulnerable to factors that impair mental development and mental health. However, it is this period of ontogenesis that is important for strengthening mental health and health in general. Mental health problems in childhood attract the attention of various specialists due to the high prevalence of mental disorders that lead to disability of the child population. The article presents the directions of modern research presented at the All-Russian Scientific and Practical Conference “Early Childhood: Psychological Habilitation and Prevention of Mental Developmental Disorders”, held in Moscow on June 15-16, 2022.

Keywords: early childhood, prevention, habilitation, early intervention, micropsychiatry, mental development disorders.

**РЕЗОЛЮЦИЯ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«РАННЕЕ ДЕТСТВО: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АБИЛИТАЦИЯ И
ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» 15-16
ИЮНЯ 2022 ГОДА, МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА,
Г. МОСКВА**

Цели конференции:

- обсуждение современных научно-практических достижений и перспектив развития абилитационной и профилактической помощи детям первых лет жизни с риском возникновения или наличием нарушений психического развития в целях сохранения психического здоровья детей;
- обсуждение вопросов разработки и внедрения современных отечественных клиничко-психологических и психосоциальных абилитационных технологий ранней помощи;
- рассмотрение опыта оказания помощи детям в разных регионах страны.

Научная программа конференции включала проведение двух пленарных и двух секционных заседаний, в числе которых секция для молодых ученых: студентов, магистрантов и аспирантов с результатами научно-квалификационных исследований. Всего на конференции было представлено 28 докладов, представляющих следующие научно-практические и образовательные учреждения: ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер», ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Коррекционно-развивающий центр «Дефектологический кабинет Александры Беркун», ГБУ г. Москвы Центр социальной поддержки и реабилитации детей-инвалидов «Роза ветров» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москва.

В форматах пленарных и секционных заседаний участники конференции обсудили следующие проблемы:

- теоретические, методологические и прикладные подходы к изучению нарушений развития и психического здоровья в раннем детстве;
- состояния риска возникновения нарушений психического развития в раннем детстве;
- роль материнского поведения в возникновении и профилактике нарушений психического развития;
- психологические, педагогические и психопатологические диагностические подходы, опыт оказания ранней помощи детям-сиротам, детям из условий

жестокое обращение, детям с нарушениями зрения и слуха, детям с генетическими нарушениями, а также детям с психическими расстройствами, в числе которых нарушения интеллектуального развития, расстройства пищевого поведения, расстройства аутистического спектра и другие;

– обсужден опыт организации и проведения психопрофилактических и реабилитационных мероприятий с детьми первых лет жизни с нарушениями развития и их семьями в учреждениях здравоохранения и образования с акцентом на использование отечественных научно-практических разработок.

Большинством участников отмечена недостаточность знаний в вопросах психического развития и психического здоровья в раннем детстве среди специалистов, работающих с детьми в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты. Также отмечен дефицит кадрового обеспечения.

Признавая актуальность рассматриваемых проблем участники конференции считают необходимым:

– активную разработку вопросов ранней диагностики и оказания профилактической помощи детям раннего возраста,

– восстановление специальности «детская психиатрия», что позволит решить проблему кадрового дефицита в стране,

– рекомендовать расширение учебных планов по психологическим и педагогическим специальностям знаниями в области психического развития и психического здоровья детей первых лет жизни, ранней диагностики начальных проявлений нервно-психической патологии;

– разработку комплексных реабилитационных программ, направленных на формирование гармоничного психического развития и гармоничных родительско-детских отношений;

– проведение просветительской работы по вопросам психического развития в раннем детстве среди детских специалистов здравоохранения, образования и социальной защиты, что должно повысит уровень профессиональной компетенции;

– проведение просветительской работы среди молодых семей, будущих родителей и родителей, воспитывающих детей первых лет жизни, в психопрофилактических целях.

Участники конференции отмечают, что данное мероприятие позволяет привлечь внимание к решению указанных проблем, в том числе привлечь молодых специалистов в междисциплинарное научно-практическое направление.

Участники конференции выражают согласие с необходимостью подготовки коллективной монографии по теме настоящей конференции, а лучшие доклады участников секции молодых ученых оформить в виде научных статей для профильных периодических изданий.

НАУЧНЫЕ ЧТЕНИЯ ПАМЯТИ Е.О. СМИРНОВОЙ



1 ноября 2022 г. в Психологическом Институте РАО состоялись научные чтения, посвященные 75-летию со дня рождения выдающегося детского психолога Елены Олеговны Смирновой.

Мероприятие было организовано в Большой аудитории

Психологического института. Для Елены Олеговны эта аудитория была знакомой – здесь проходило ее профессио-

нальное становление; от мест на галерке до президиума она шаг за шагом росла профессионально, развивалась творчески, постигая вершины психологической науки. Здесь она защищала кандидатскую, докторскую диссертации, не раз выступала в роли эксперта, оппонента, спорила, доказывала, отстаивала свою точку зрения...

Организатором, идейным вдохновителем и модератором мероприятия выступил **Владимир Самуилович Собкин**, академик РАО, доктор психологических наук, заведующий лабораторией «Центр социокультурных проблем современного образования» ФГБНУ «Психологический институт РАО». Владимиру Самуиловичу удалось задать душевный теплый тон собранию, создав дружескую уютную атмосферу, располагающую к общению.

К началу чтений усилиями В.С. Собкина при всесторонней поддержке ФГБНУ «ПИ РАО» был издан сборник избранных статей Елены Олеговны о психолого-педагогических исследованиях дошкольного детства. Среди ключевых проблем в ее работах рассматриваются психологические особенности становления форм общения; развитие воли и произвольности на этапе дошкольного детства; специфика детско-родительских отношений в дошкольном возрасте; межличностные отношения ребенка со сверстниками; особенности игры современных дошкольников; проблемы экспертизы игрушек; психологические аспекты анализа современной детской субкультуры.

Помимо этого, вышел в свет тематический номер «Национального психологического журнала» (№ 3 2022), в котором коллеги и ученики Елены Олеговны обсуждают различные аспекты исследований дошкольного детства в рамках возрастной, клинической, социальной психологии и психологии образования.



Открыл научные чтения академик РАО, доктор психологических наук, профессор, директор ФГБНУ «Психологический институт РАО», декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, президент Российского психологического общества **Юрий Петрович Зинченко**. Он отметил, что данное мероприятие про-

ходит в непростое время, но тема заботы о детях, их развитии важна в любые времена. Юрий Петрович также подчеркнул, что дело Елены Олеговны продолжается сегодня в стенах Института, большой интерес к этой теме есть со стороны различных министерств и ведомств.

В своем приветственном слове академик РАО, доктор психологических наук, профессор, президент Московского государственного психолого-педагогического университета **Виталий Владимирович Рубцов** отметил, что Елена Олеговна занимала ведущую позицию в сложной профессиональной дискуссии, имела собственные взгляды и мнения, умела отстаивать свою точку зрения и создавала здоровую психологическую напряженность, в которой решались проблемы современного дошкольного детства.

Перед началом научных докладов собравшимся был представлен фильм о Е.О. Смирновой, подготовленный ее ученицей **Ольгой Владимировной Гударевой**. В небольшой, но емкой истории она сумела показать, каким профессионалом была Елена Олеговна, как легко и доступно умела общаться с детьми, родителями, коллегами, находить нужные слова, давать ненавязчивые уместные советы.

Далее на пленарном заседании в докладе **О.А. Карабановой** рассматривалось научное наследие Е.О. Смирновой в контексте актуальных проблем современного дошкольного образования. О ценности научных исследований Елены Олеговны говорили в своих докладах **А.А. Мелик-Пашаев** и **З.Н. Новлянская**, подчеркивая, что в практике сильно недооценивается потенциал художественного развития детей.

Важность разработанных Еленой Олеговной программ по развитию личности ребенка в процессе игровой деятельности со взрослыми и сверстниками отметил в своем докладе **Н.Е. Веракса**. О научном вкладе Елены Олеговны в разработку проблем дошкольного детства рассказал в своем АО **В.А. Петровский**.

Отдельная серия докладов была посвящена практическому применению разработок Елены Олеговны, в частности в Центре игры и игрушки Московского государственного психолого-педагогического университета, выросшего из лаборатории, открытие которой она инициировала в 2004 г., где продолжила разработку развивающих игр, начатую ею совместно с педагогом-психологом **З.М. Богуславской**. В работе лаборатории учитывался также и опыт исследова-

ний сотрудников Института дошкольного воспитания АПН СССР Л.А. Венгера, Н.Н. Поддьякова, С.Л. Новоселовой и др. С 2021 г. Центр игры и игрушки стал структурным подразделением Центра междисциплинарных исследований современного детства МГППУ. О продолжении исследований Центра, посвященных современным проблемам влияния цифровизации на подрастающее поколение, рассказала в своем докладе руководитель Центра **О.В. Рубцова**.

О том, как находят применение на практике методики и технологии, разработанные Еленой Олеговной, принципы общения с ребенком рассказали **А.В. Фокина** и **М.В. Бухбиндер**, выступив с докладом «Введение альтернативной системы коммуникации у детей дошкольного возраста. Случаи из практики». Другой интересный доклад сотрудников Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой **Е.А. Лошинской**, **Е.Р. Кнышевой**, **Е.Я. Гринцовой** и **А.В. Горбачевой** был посвящен анализу опыта применения игр в рамках развивающих, обучающих и коррекционных занятий с детьми. Актуальность исследований проблем нравственного поведения дошкольников подчеркнула в своем докладе **И.А. Бурлакова**.

В рамках круглого стола обсуждались разнообразные аспекты, связанные с необходимостью развития центров поддержки проблемных детей, вопросы инклюзии и т. п. О совместных исследованиях с Еленой Олеговной, посвященных развитию самоорганизации ребенка, рассказала в своем докладе **Е.А. Абдулаева**.

Под научным руководством Е.О. Смирновой подготовлено и защищено более 20 кандидатских диссертаций. За годы своей научной деятельности Елена Олеговна являлась членом ряда специализированных диссертационных ученых советов, членом редакционных советов и коллегий журналов «Вопросы психологии», «Психологическая наука и образование», «Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы», «Дошкольное воспитание» и «Вопросы психического здоровья детей и подростков» и др. Она являлась также членом Российского психологического общества, Ассоциации детских психиатров и психологов (АДПП), Международного общества исследователей развития поведения (International Society for Study Behavioral Development ISSBD). Являлась автором нескольких десятков монографий по вопросам дошкольного детства и дошкольного образования.

В заключении приведем одно из высказываний Елены Олеговны Смирновой: «В жизни мы далеко не все можем делать по плану и в соответствии со своими желаниями... Но психология – это всегда интересно. При условии, что с годами ты не обрастаешь самодовольством и чувством обретенной истины. Если ты не успокаиваешься в уверенности, что истина вся без остатка содержится в некой конкретной теории. Я не люблю, когда людям все понятно: вот это – деятельность, это – сознание, это – опосредованность... Как бы ни трансформировались мои представления о возможностях педагогического влияния на ребенка, я до сих пор убеждена: если мы хотим понять нечто существенное о человеке, ключи к пониманию – в начале его жизненного пути» (Е.О. Смирнова «Как я стала психологом детства», Дошкольное образование, 2006, №14).

Е.А. Калашникова, Т.А. Лыкова

**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 14.12.2022 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
