ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2024 (24), №2

«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. 2024

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

Т.А. Басилова, 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.А. Бодагова, Н.В. Говорин
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ У ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, И ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПОЛНЫХ СЕМЬЯХ…… 4

Е.А. Антонова, Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев
ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ…….... 15

Н.А. Довгая, А.Е. Малых
СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ С НЕНАДЕЖНОЙ ПРИВЯЗАННОСТЬЮ……. 23

А.С. Мосина. Е.Б. Фанталова
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА……... 32

М.В. Рыгалова
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТЕАТРАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ……. 42

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

Е.Э. Артемова, Л.А. Тишина
РОЛЬ ИМИТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ИГРОВЫХ НАВЫКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА…… 51

В.И. Шебанова, С.Г. Шебанова, Н.В. Пасенко
ВИЗУАЛЬНО-НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ НОРМАЛИЗАЦИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ……... 60

Е.Е. Клопотова, С.Ю. Смирнова
ЦИФРОВЫЕ ИГРУШКИ – ВЫЗОВ СОВРЕМЕННЫМ РОДИТЕЛЯМ…… 73

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И.В. Борисова, М.К. Буряк
ВЗАИМОСВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СО СТРАТЕГИЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В РАННЕМ ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ……... 81

А.Г. Кощавцев, А.Н. Голод
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ЭЭГ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ……... 87

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Р.В. Бисалиев
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ-ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ……... 95

И.Н. Рахманина, Т.Ю. Овсянникова, Н.К. Булатова
ОПЫТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С СЕЛЕКТИВНЫМ МУТИЗМОМ…… 104

А.И. Тащёва, М.Р. Арпентьева, М.А. Спиженкова, С.В. Гриднева, С.В. Коптяева
КОМПОНЕНТЫ ИНКЛЮЗИВНОГО КОУЧИНГА ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ Г. АСПЕРГЕРА…… 112

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ……...…….……...…….. 123

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

E.A. Bodagova, N.V. Govorin
COMPARATIVE CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE AND CHILDREN LIVING IN FULL FAMILIES……... 4

E.A. Antonova, N.V. Zvereva, A.A. Koval-Zaitcev
THE PECULIARITIES OF COGNITIVE FUNCTION AND GENDER IDENTITY IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS…… 15

N.A. Dovgaya, A.E. Malykh
SOCIAL FEARS IN OLDER ADOLESCENTS WITH UNRELIABLE ATTACHMENT……. 23

A.S. Mosina. E.B. Fantalova
FEATURES OF MOTIVATIONAL AND PERSONALITY SPHERE OF PATIENTS WITH TYPE I DIABETES MELLITUS……... 32

M.V. Rygalova
STUDY OF THE EMOTIONAL INTELLIGENCE OF ADOLESCENTS, ENGAGED IN THEATER ACTIVITIES……. 42

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

E.E. Artemova, L.A. Tishina
THE ROLE OF IMITATION IN THE FORMATION OF GAME SKILLS OF STUDENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS……... 51

V.I. Shebanova, S.G. Shebanova, N.V. Pasenko
VISUAL-NARRATIVE APPROACH AS A WAY TO NORMALIZE EATING BEHAVIOR……. 60

E.E. Klopotova, S.Yu. Smirnova
DIGITAL TOYS ARE A CHALLENGE FOR MODERN PARENTS…… 73

SHORT COMMUNICATIONS

I.V. Borisova, M.K. Buryak
THE RELATIONSHIP OF SUICIDAL RISK WITH COPING STRATEGIES IN EARLY ADOLESCENCE……... 81

A.G. Koshchavtsev, A.N. Golod
QUANTITATIVE EEG IN ADOLESCENTS WITH VEGETATIVE DYSFUNCTION SYNDROME……. 87

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODICAL MATHERIALS

R.V. Bisaliev
SUICIDAL BEHAVIOR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS-PATIENTS WITH SOMATIC DISORDERS……. 95

I.N. Rachmanina, T.Y. Ovsyannikova, N.K. Bulatova
EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CORRECTIONAL WORK WITH CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM……. 104

A.I. Tashcheva, M.R. Arpentieva, M.A. Spizhenkova, S.V. Gridneva, S.V. Koptyaeva
COMPONENTS OF THE INCLUSIVE COACHING OF PUPILS AND STUDENTS WITH ASPERGER SYNDROME…… 112

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS……. 123

УДК 616.89-008.486

Е.А. Бодагова, Н.В. Говорин

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ У ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, И ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» (Чита).

Резюме. Проведено сплошным методом клиническое обследование 516 воспитанников 15 Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей. В группу контроля включены 100 детей и подростков, обучающихся в общеобразовательной школе и проживающих в своих биологических полных семьях. Психометрическая диагностика проводилась с помощью стандартизированных скрининговых методик: опросник Спилбергера-Ханина, М. Ковач, Басса-Дарки, Леонгарда-Шмишека, опросник суицидального риска, тест Равена. Результаты исследования показали, что социальные сироты отличаются от контрольной группы наличием отягощенной алкоголизмом наследственности, выраженных психических расстройств, а также более высокими показателями тревожности, агрессивности и депрессии ($p<0,05$). Проведенное исследование указывает на необходимость всестороннего многоаспектного анализа психического здоровья социальных сирот с целью дальнейшей психопрофилактики и ресоциализации детей, оставшихся без попечения родителей.

Ключевые слова: социальные сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, дети из полных семей, психические расстройства, психопатология.

Социальное благополучие и психическое здоровье несовершеннолетних остаются под пристальным вниманием региональных властей и ряда контролирующих инстанций в нашей стране. При этом особое внимание уделяется состоянию здоровья детей-сирот, поскольку воспитанники интернатных учреждений имеют крайне негативные показатели психического и физического здоровья в отличие от детей, проживающих в полных семьях [6, 7, 10].

Неоднократно специалистами в сфере охраны здоровья детей было показано, что сироты имеют разнообразные поведенческие и интеллектуальные нарушения [1, 4, 5]. Кроме того, они отличаются склонностью к агрессивности, делинквентности и употреблению психоактивных веществ [2, 3, 9]. Причиной этому является как социальная депривация, так и отягощенный алкогольный анамнез родителей. Указанные проблемы и определяют приоритетность психопрофилактической и коррекционно-реабилитационной работы с воспитанниками интернатных учреждений.

В этой связи качественная оценка эпидемиологических данных, всесторонний многоаспектный анализ психического здоровья необходимы для дальней-

шей психопрофилактики, ресоциализации и абилитации социальных сирот. Своевременная коррекция эмоциональных, поведенческих и интеллектуальных нарушений у этих детей существенно снижает риски хронизации психопатологической симптоматики и повышает возможности социализации детей, оставшихся без попечения родителей.

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинико-психопатологических данных у детей, оставшихся без попечения родителей и детей, проживающих в полных семьях.

Материалы и методы. В период с 2018 г. по 2020 г. проведено клиническое обследование 516 детей из 15 Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей (ЦПДОПР). В группу контроля были включены 100 детей и подростков (мальчиков 54,0%, девочек 46,0%), обучающихся в общеобразовательной школе и проживающих в своих биологических полных семьях. Группы были сопоставимы по возрастной структуре: 13,0 (13,0; 13,4) и 14,0 (13,4; 14,0) лет соответственно *(U=23870,5, p=0,23).* Для клинической интерпретации психических и поведенческих расстройств применялись критерии МКБ-10. Психометрическая диагностика проводилась с помощью стандартизированных скрининговых методик: опросники Спилбергера-Ханина, М. Ковач, Басса-Дарки, Леонгарда-Шмишека, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), тест Равена.

При проведении статистического анализа авторы руководствовались принципами Международного комитета редакторов медицинских журналов (ICMJE) и рекомендациями «Статистический анализ и методы в публикуемой литературе» (SAMPL). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия Пирсона (χ^2). Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения трех независимых групп по одному количественному признаку использовался ранговый анализ вариаций по Краскелу-Уоллису (H). Оценка значимости различий показателей проводилась также за счет определения отношения шансов (OR). Статистическая значимость отношения шансов оценивалась исходя из значений 95% доверительного интервала (95% CI). Силу связи между исследуемыми параметрами определяли по V-критерию Крамера [8]. Значения уровня $p<0,05$ рассматривались как статистически значимые. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «IBM SPSS Statistics Version 25.0» (IBM Corporation).

Этический аспект. В работе соблюдали этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации и Правилами клинической практики в РФ. От всех обследованных несовершеннолетних в возрасте 15-17 лет было получено письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Информированное согласие детей младше 15 лет подписывалось родителями, для детей-сирот – директорами (законными представителями) ГУСО ЦПДОПР Забайкальского края (Государст-

венное учреждение социального обслуживания «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей»). Данное исследование было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» (протокол № 87 от 30.11.2017 г.).

Результаты и обсуждение. В результате клинико-эпидемиологического исследования у 69,4% (358/516) воспитанников ЦПДОПР были диагностированы различные психические расстройства, структура выявленных психических нарушений была представлена следующим образом (по МКБ-10): ведущее место занимают «Органические легкие когнитивные расстройства» (F06.7) – 33,8% (121/358) и «Социализированное расстройство поведения» (F91.2) – 25,2% (90/358). Также часто у воспитанников диагностировались «Смешанные специфические расстройства развития» (ЗПР) (F83) – 18,2% (65/358). Небольшая доля приходилась на «Тревожное расстройство поведения» (F92.8) – 6,2% (22/358), «Органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями» (F06.82) – 5,3% (19/358), «Гиперкинетическое расстройство» (F90.1) – 4,7% (17/358) и «Депрессивное расстройство поведения» (F92.0) – 4,4% (16/358). В меньшей степени у детей было выявлено «Несоциализированное расстройство поведения» (F91.1) – 2,2% (8/358). Кроме того, у детей-сирот имелись и наркологические расстройства: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) диагностировано в 18,0% случаев (93/516), употребление каннабиноидов с вредными последствиями (F12.1) – в 1,9% (10/516) случаев, употребление летучих растворителей с вредными последствиями (F18.1) – в 1,4% (7/516) случаев.

При обследовании учащихся общеобразовательной школы подавляющее большинство детей 90,0% (90/100) было отнесено к группе здоровых, 10,0% (10/100) имели следующие нарушения: «Расстройство адаптации» (F43.2) – 3,0% (3/100), «Гиперкинетическое расстройство» (F90.1) – 2,0% (2/100), «Несоциализированное расстройство поведения» (F91.1) – 2,0% (2/100), «Преимущественно навязчивые мысли или размышления» (F42.0) – 1,0% (1/100), «Специфические расстройства речевой артикуляции» (F80.0) – 1,0% (1/100) и «Специфическое расстройство чтения» (F81.0) – 1,0% (1/100), т. е. в отличие от социальных сирот у детей из полных семей отсутствовали грубые интеллектуальные и эмоционально-поведенческие психические расстройства *(OR=20,39 [95 % CI: 10,33-40,23], p<0,001).*

Исследуемые группы отличались также и по другим клинико-эпидемиологическим параметрам. Статистически значимые различия были установлены по отягощенной алкоголизмом наследственности *(V=0,73, p<0,001),* безнадзорному воспитанию *(V=0,99, p<0,001),* низкой школьной успеваемости *(V=0,56, p<0,001),* имеющимся поведенческим нарушениям *(OR=78,7 [95 % CI: 19,19-322,72], p<0,001)*, таким как конфликтность *(V=0,23, p<0,001),* бродяжничество *(V=0,19, p<0,001),* негативизм *(V=0,15, p<0,001)*, наличие суицидальных поступков *(V=0,38, p=0,001)* и совершение общественно опасных деяний *(V=0,15, p<0,001)* (табл.1).

Таблица 1.

Сравнительная характеристика клинико-эпидемиологических показателей социальных сирот и детей, проживающих в полных семьях

Параметры исследования		Исследуемые группы		Тестовая статистика
		Социальные сироты (n=516)	Группа контроля (n=100)	
Пол	женский	39,3% (203/516)	46,0% (46/100)	$\chi^2=1,542$ $df=1$ $p=0,21$
	мужской	60,7% (313/516)	54,0% (54/100)	
Отягощенная наследственность	нет	11,2% (58/516)	97,0% (97/100)	***$\chi^2=305,36$ $df=3$ $p< 0,001$***
	алкоголизм	87,6% (452/516)	3,0% (3/100)	
	шизофрения	0,6% (3/516)	0,0% (0/100)	
	умственная отсталость	0,6% (3/516)	0,0% (0/100)	
Алкоголизм родителей	нет	12,4% (64/516)	97,0% (97/100)	***$\chi^2=319,46$ $df=3$ $p< 0,001$***
	отца	1,0% (5/516)	3,0% (3/100)	
	матери	37,4% (193/516)	0,0% (0/100)	
	обоих	49,2% (254/516)	0,0% (0/100)	
Воспитание	безнадзорное	96,5% (498/516)	0,0% (0/100)	***$\chi^2=546,42$ $df=3$ $p< 0,001$***
	гипоопека	1,2% (6/516)	0,0% (0/100)	
	жесткое	2,3% (12/516)	0,0% (0/100)	
	адекватное	0,0% (0/516)	100,0% (100/100)	
Успеваемость в школе	низкая	48,6% (251/516)	4,0% (4/100)	***$\chi^2=198,18$ $df=2$ $p< 0,001$***
	средняя	48,3% (249/516)	49,0% (49/100)	
	высокая	3,1% (16/516)	47,0% (47/100)	
Нарушения поведения	нет	38,4% (198/516)	98,0% (98/100)	***$\chi^2=119,32$ $df=1$ $p< 0,001$***
	есть	61,6% (318/516)	2,0% (2/100)	
Конфликтность	нет	72,7% (375/516)	99,0% (99/100)	***$\chi^2=32,73$ $df=1$ $p< 0,001$***
	есть	27,3% (141/516)	1,0% (1/100)	

Бродяжничество	нет	81,4% (420/516)	100,0% (100/100)	χ^2=22,04 df=1 p< 0,001
	есть	18,6% (96/516)	0,0% (0/100)	
Негативизм	нет	86,0% (444/516)	99,0% (99/100)	χ^2=13,45 df=1 p< 0,001
	есть	14,0% (72/516)	1,0% (1/100)	
Суицидальные поступки	нет	98,3% (507/516)	100,0% (100/100)	χ^2=0,77 df=1 p=0,03
	есть	1,7% (9/516)	0,0% (0/100)	
Совершение ООД	нет	87,4% (451/516)	100,0% (100/100)	χ^2=14,68 df=1 p< 0,001
	есть	12,6% (65/516)	0,0% (0/100)	
Психическое расстройство	нет	30,6% (158/516)	90,0% (90/100)	χ^2=122,8 df=1 p< 0,001
	есть	69,4% (358/516)	10,0% (10/100)	

Примечание. n – количество обследованных, *df* – степени свободы, χ^2 – хи-квадрат Пирсона, p – уровень значимости между исследуемыми группами.

При проведении дополнительного психопатологического исследования с помощью стандартизированных опросников и тестов были выявлены следующие отличия. Согласно опроснику, определяющего уровень тревожности, у социальных сирот регистрировалась тревожность среднего уровня – 63,9% (330/516), тогда как у детей из семей чаще выявлялась ситуационная тревожность низкого уровня – 40,0% (40/100) *(p<0,001).* По показателям личностной тревожности статистически значимых различий между группами не было выявлено (табл. 2).

Оценка уровня депрессии показала, что чуть больше половины (51,6%) воспитанников ЦПДОПР имеют депрессивное состояние от легкой до выраженной степени. Нужно отметить, что в группе контроля чаще выявляется отсутствие депрессивного состояния – 59% (59/100), а в группе детей-сирот чаще – выраженная депрессия – 13,6% (70/516) *(p=0,007).*

При анализе суицидального риска обращает на себя внимание отсутствие значимых различий в проявленных факторах суицидального риска между детьми основной группы и группы контроля. Однако, антисуицидальный фактор (фактор, который снимает глобальный суицидальный риск) меньше всего проявлен у социальных сирот – 25,6% (132/516) *(p=0,03),* т. е. у обследованных воспитанников детских домов антисуицидальная направленность на низком уровне, что является основанием для проведения дополнительной психокоррекционной работы с такими детьми.

Более чем у каждого второго воспитанника ЦПДОПР (61,6%) отмечаются грубые поведенческие нарушения (конфликты с учителями, драки с учащимися, нарушения школьной дисциплины, прогулы, вандализм и т. д.), тогда как сверстники контрольной группы подобных отклонений в поведении не имели. Отличаются они и по уровню агрессивности по методике Басса-Дарки. Агрессив-

ность у основной группы выявлена от низкого до высокого уровня, при этом у детей из семей этот показатель был проявлен только на низком уровне – 100,0% (100/100) *(p<0,001)*.

Статистически значимые отличия показал анализ типа и степени акцентуации характера. Так, социальные сироты имеют либо проявленную акцентуацию характера гипертимного, лабильного, аффективно-экзальтированного и возбудимого типов – 37,0% (191/516), либо тенденции к ее проявлению – 52,5% (271/516). В то же время у сверстников, проживающих в семьях, акцентуированные личностные черты чаще всего не были проявлены *(p<0,001)*.

Как было указано выше, у обследованных детей-сирот обнаруживаются интеллектуальные нарушения (F06, F83), а проведенная оценка уровня интеллекта с помощью опросника Равена является дополнительным подтверждением. По данному тесту уровень интеллекта воспитанников детских домов чаще был ниже среднего или пограничного уровня – 69,6% (359/516), тогда как у контрольной группы интеллект был выше среднего уровня – 90,0% (90/100) *(p<0,001)*. Сравнительная характеристика психопатологических показателей социальных сирот и детей, проживающих в полных семьях, представлена в табл. 2.

Таблица 2.

Сравнительная характеристика психопатологических показателей социальных сирот и детей, проживающих в полных семьях

Исследуемый параметр	**Исследуемые группы**		**Тестовая статистика**
	Социальные сироты (n=516)	**Группа контроля (n=100)**	
Уровень ситуационной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина)			
Низкий	19,4% (100/516)	40,0% (40/100)	***χ^2=20,31 df=2 p< 0,001***
Умеренный	63,9% (330/516)	47,0% (47/100)	
Высокий	16,7% (86/516)	13,0% (13/100)	
Уровень личностной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина)			
Низкий	14,2% (73/516)	5,0% (5/100)	*χ^2=6,34 df=2 p=0,05*
Умеренный	57,0% (294/516)	63,0% (63/100)	
Высокий	28,8% (149/516)	32,0% (32/100)	
Уровень депрессивного состояния (шкала М. Ковач)			
Без депрессии	48,4% (250/516)	59,0% (59/100)	***χ^2=20,31 df=3 p=0,007***
Легкая	32,0% (165/516)	28,0% (28/100)	
Умеренная	6,0% (31/516)	10,0% (10/100)	
Выраженная	13,6% (70/516)	3,0% (3/100)	
Уровень агрессивности (опросник Басса-Дарки)			
Низкий	84,1% (434/516)	100,0%	***χ^2=18,33***

		(100/100)	***df=2*** ***p< 0,001***
Средний	12,6% (65/516)	0,0% (0/100)	
Высокий	3,3% (17/516)	0,0% (0/100)	
Уровень враждебности (опросник Басса-Дарки)			
Низкий	79,5% (410/516)	88,0% (88/100)	*χ^2=5,99 df=2 p=1,0*
Средний	20,5% (106/516)	12,0% (12/100)	
Высокий	0,0% (0/516)	0,0% (0/100)	
Факторы суицидального риска (опросник Т.Н.Разуваевой)			
Демонстративность	5,0% (26/516)	3,0% (3/100)	*χ^2=6,01 df=7 p>0,05*
Аффективность	4,5% (23/516)	6,0% (6/100)	
Уникальность	2,5% (13/516)	2,0% (2/100)	
Несостоятельность	5,6% (29/516)	2,0% (2/100)	
Социальный пессимизм	12,2% (63/516)	19,0% (19/100)	
Слом культурных барьеров	8,7% (45/516)	10,0% (10/100)	
Максимализм	15,3% (79/516)	16,0% (16/100)	
Временная перспектива	2,1% (11/516)	2,0% (2/100)	
Уровень антисуицидального фактора (опросник Т.Н. Разуваевой)			
Низкий	25,6% (132/516)	15,0% (15/100)	***χ^2=6,59 df=2 p=0,03***
Средний	47,7% (246/516)	60,0% (60/100)	
Высокий	26,7% (138/516)	25,0% (25/100)	
Акцентуации характера (опросник Леонгарда-Шмишека)			
Отсутствуют	10,5% (54/516)	39,0% (39/100)	***χ^2=53,28 df=2 p< 0,001***
Тенденции	52,5% (271/516)	37,0% (37/100)	
Имеются	37,0% (191/516)	24,0% (24/100)	
Уровень интеллекта (тест Равена)			
100-110 баллов	10,8% (56/516)	23,0% (23/100)	***χ^2=130,17 df=4 p< 0,001***
90-100 баллов	19,6% (101/516)	67,0% (67/100)	
80-90 баллов	35,5% (183/516)	10,0% (10/100)	
70-80 баллов	24,4% (126/516)	0,0% (0/100)	
50-70 баллов	9,7% (50/516)	0,0% (0/100)	

Примечание. *n* – количество обследованных, *df* – степени свободы, χ^2 – хи-квадрат Пирсона, *p* – уровень значимости между исследуемыми группами.

Далее был проведен сравнительный анализ данных психопатологического исследования с учетом наличия и отсутствия психических расстройств у обследованных детей и подростков. Учитывая, что в целом среди обследованных психические нарушения были выявлены у 59,7% (368/616), эта группа была разделана по ведущей симптоматике на подгруппы: 207 детей и подростков с интеллектуальными (F06, F83) и 161 – с поведенческими нарушениями (F90, F91, F92). Контрольную группу составили несовершеннолетние, не имеющие выявленных психических расстройств – 40,3% (248/616). Статистически значимые различия были выявлены по данным опросника Басса-Дарки: так, показатель индекса враждебности и агрессивности был значимо выше в группе детей с поведенческими расстройствами, чем в контрольной группе, и группе детей с интеллектуальными нарушениями *(p<0,001).* Показатель уровня интеллекта (тест Равена) в контрольной группе в сравнении с 1 группой был выше в 9 раз и в сравнении со 2 группой – в 7 раз, что является статистически значимым *(p<0,001).* Показатели тревожности и депрессивного состояния в исследуемых группах не имели статистически значимых различий (табл. 3). Данный анализ может говорить о том, что использование опросника Басса-Дарки и теста Равена как психодиагностического инструментария у несовершеннолетних с поведенческими и интеллектуальными психическими нарушениями является наиболее целесообразным.

Таблица 3.

Сравнение данных психопатологического анализа с учетом наличия/отсутствия психических расстройств у несовершеннолетних

Параметры исследования	**Исследуемые группы**			**Тестовая статистика**	
	Группа контроля, n=248	**Группа 1, n=207**	**Группа 2, n=161**	***H, df=2, p***	***U, p***
	к	1	2		
Ситуационная тревожность (баллы)	36,0 [35,6; 36,9]	36,5 [36,1; 37,4]	36,0 [36,0; 37,8]	*H=1,92, p=0,38*	$U_{к-1}$*=23991,5,* $p_{к-1}$*=0,23;* $U_{к-2}$*=18649,5,* $p_{к-2}$*=0,26;* U_{1-2}*=16535,5,* p_{1-2}*=0,89.*
Личностная тревожность (баллы)	41,0 [40,8; 42,0]	39,0 [38,5; 39,9]	39,0 [38,8; 40,3]	*H=6,19, p=0,05*	$U_{к-1}$*=22484,0,* $p_{к-1}$*=0,23;* $U_{к-2}$*=17778,5,* $p_{к-2}$*=0,06;* U_{1-2}*=16506,0,* p_{1-2}*=0,87.*

Уровень депрессивного состояния (баллы)	10,0 [10,0; 11,4]	11,0 [11,0; 12,4]	11,0 [11,0; 12,6]	*H=2,71, p=0,26*	*$U_{к-1}$=23536,5, $p_{к-1}$=0,13; $U_{к-2}$=18559,5, $p_{к-2}$=0,23; U_{1-2}=16499,5, p_{1-2}=0,87.*
Индекс враждебности (баллы)	9,0 [8,4; 9,0]	9,5 [9,2; 10,1]	14,0 [13,0; 14,1]	***H=61,77, p<0,001***	*$U_{к-1}$=23548,5, $p_{к-1}$=0,13;* ***$U_{к-2}$=11119,5, $p_{к-2}$<0,001; U_{1-2}=10463,0, p_{1-2}<0,001.***
Индекс агрессивности (баллы)	16,0 [14,5; 16,0]	16,0 [15,7; 17,3]	22,0 [22,0; 26,0]	***H=60,96, p<0,001***	*$U_{к-1}$=25024,0, $p_{к-1}$=0,64;* ***$U_{к-2}$=11224,5, $p_{к-2}$<0,001; U_{1-2}=10311,5, p_{1-2}<0,001.***
Уровень интеллекта (баллы)	93,0 [89,5; 93,5]	84,0 [84,0; 86,0]	86,0 [83,6; 86,0]	***H=35,88, p<0,001***	***$U_{к-1}$=18582,0, $p_{к-1}$<0,001; $U_{к-2}$=14080,5, $p_{к-2}$<0,001;*** *U_{1-2}=16500,0, p_{1-2}=0,87.*

Примечание. *n* – количество обследованных, *к* – группа контроля (без психических расстройств), группа 1 – интеллектуальные расстройства, группа 2 – поведенческие расстройства, *H* – критерий Краскела-Уоллиса, *U* – критерий Манна-Уитни, *p* – уровень значимости между исследуемыми группами.

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ клинико-психопатологических данных у детей, оставшихся без попечения родителей и детей, проживающих в полных семьях, показал значительные отличия между исследуемыми группами.

Социальные сироты имеют высокий уровень отягощенной алкоголизмом наследственности (87,6%) и психических расстройств (69,4%). Ведущие места среди психических расстройств занимают органические легкие когнитивные расстройства и социализированные расстройства поведения. В то же время дети из полных семей имеют обратную картину: неотягощенную по психическим заболеваниям наследственность (97,0%) и отсутствие грубых психических расстройств (90,0%).

Дети, проживающие в биологических семьях, отличаются от детей-сирот низким уровнем ситуационной тревоги, гораздо меньшей выраженностью депрессивного состояния и агрессивности, а также более высоким уровнем интеллекта.

Поэтому очевидным является факт настоятельной необходимости ранней и качественной помощи детям, оставшимся без попечения родителей. Эта помощь должна оказываться с первых дней нахождения в детском доме. Только в таком случае возможен другой, более позитивный исход формирования личности сироты, его психологического благополучия и социализации в современном мире.

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

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

8. Мудров В.А. Алгоритмы статистического анализа данных биомедицинских исследований с помощью пакета программ SPSS (доступным языком). Электрон. изд. М.: Логосфера, 2022. 143 с.

9. Пережогин Л.О. Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей и безнадзорных: монография. М.: ФГНУ «ЦПВиСППДМ», 2010. 260 с.

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

REFERENCES

1. Akhmetova V.V, Tarasova T.P, Govorin N.V. E`moczional`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 socziozashhitny`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`moczional`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 semejnoj deprivaczii: Avtoref. diss. kand. med. nauk. M., 2005. 20 s.

6. Egorova P.L, Portnova A.A. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov`ya detej-sirot i detej, ostavshikhsya bez popecheniya roditelej // Psikhicheskoe zdorov`e. 2015. # 8 (111). S. 59-63.

7. Kremneva L.F, Proselkova M.O, Kozlovskaya G.V. K voprosu ob e`tiologii sindroma sirotstva // Soczial`naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2017. # 1. S. 20-25.

8. Mudrov V.A. Algoritmy` statisticheskogo analiza danny`kh biomediczinskikh issledovanij s pomoshh`yu paketa programm SPSS (dostupny`m yazy`kom). E`lektron. izd. M.: Logosfera, 2022. 143 s.

9. Perezhogin L.O. Sistematika i korrekcziya psikhicheskikh rasstrojstv u nesovershennoletnikh pravonarushitelej i beznadzorny`kh: monografiya. M.: FGNU «CzPViSPPDM», 2010. 260 s.

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

E.A. Bodagova, N.V. Govorin

COMPARATIVE CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE AND CHILDREN LIVING IN FULL FAMILIES

Chita State Medical Academy (Chita).

Summary. The continuous clinical examination of 516 pupils of 15 Centers for children left without parental care was conducted. The control group included 100 children and adolescents enrolled in secondary schools and living in their biological full families. Psychometric diagnostics was performed using standardized screening techniques: the Spielberger-Khanin questionnaire, M. Kovac, Bass-Darky, Leonhard-Shmishek, the suicide risk questionnaire, the Raven test. The results of the study showed that social orphans differ from the control group in the presence of heredity burdened with alcoholism, severe mental disorders, as well as higher rates of anxiety, aggression and depression ($p<0.05$). The conducted research indicates the need for a comprehensive multidimensional analysis of the mental health of social orphans in order to further psychoprophylaxis and resocialization of children left without parental care.

Keywords: social orphans, children left without parental care, children from full families, mental disorders, psychopathology.

УДК616.89; 159.9

Е.А. Антонова, Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев

ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

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

Резюме. В настоящем исследовании предпринята попытка описать особенности мышления и гендерной идентичности у подростков с расстройствами шизофренического спектра (РШС). По результатам патопсихологического обследования 72 подростков, нарушения операционального компонента мышления можно рассматривать как один из факторов, изменяющих процессы усвоение гендерных стереотипов, восприятия мужских и женских фигур и формирования гендерной идентичности. Было показано, что подростки с РШС достоверно реже отмечают у себя гендерные качества, соответствующие их полу, и в меньшей степени используют гендерно окрашенные слова при самоописании. Последнее может быть обусловлено как небинарной гендерной идентичностью, так и снижением процесса обобщения, связанным с трудностями выделения категорий. Подростки контрольной группы чаще сообщают о цисгендерной идентичности, проявляя при этом андрогинную гендерную экспрессию.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, гендерная идентичность, гендерная экспрессия, когнитивная сфера, подростковый возраст.

В настоящее время существовавшие ранее традиционные образцы маскулинности и феминности изменились и продолжают меняться. Современный подросток, выстраивая образ собственного Я, не ограничивается пассивным усвоением гендерных и социальных моделей, а стремится самостоятельно осмыслить свою гендерную идентичность. Эта задача становится особенно непростой для подростков с расстройствами шизофренического спектра (РШС) и формирующимся когнитивным дефицитом. Обозначение анатомофизиологических особенностей мужчин и женщин включено в понятие «пол», а социальные и поведенческие характеристики обозначаются словом «гендер». Такая двойственность определения пола частично объясняет различное использование этого понятия в гуманитарных и естественных науках. В современных моделях гендера выделяют несколько аспектов [10]:

1. Гендерная идентичность (личный опыт переживания себя в качестве мужчины или женщины);

2. Гендерная экспрессия (выраженность маскулинных и/или феминных качеств, которые проявляются во внешнем облике человека: одежде, поведении, позах и др.);

3. *Сексуальное или романтическое влечение* (нахождение другого человека привлекательным);

4. *Сексуальное поведение* (вступление в отношения с другим человеком).

В настоящее время отечественные и западные психиатры сходятся во мнении о том, что больные шизофренией чаще демонстрируют недифференцированную или андрогинную гендерную идентичность и реже отмечают у себя

гендерные черты, соответствующие их полу [1, 7, 8, 11]. Однако расхождения диагностических критериев и классификаций некоторых расстройств и состояний в МКБ-10 и DSM-V, МКБ-11 порождает новые трудности в определении и лечении расстройств гендерной идентичности в рамках РШС.

Материалы и методы исследования. В качестве методов исследования использовались экспериментально-психологический, качественный и количественный анализы данных. Все испытуемые были обследованы в форме индивидуальной беседы с использованием патопсихологических методик и проективных тестов.

Особенности мышления оценивались при помощи *«Конструирования объектов», «Сравнения понятий», «Включения подкласса в класс»* [2]. Для исследования гендера применялись методики *«Маскулинность, феминность и гендерный тип личности»* [4], «*Фигура, поза, одежда*» [6], Самоописания в ответах на заданные вопросы («Кто Я? Какой(-ая) Я?») [5]. В первой группе методик оценивались показатели стандартности, целостности, комбинаторности и латентности ответов, изучались параметры продуктивности и категориальности мышления, а также уровень сформированности мыслительных операций. Во второй группе оценивались особенности гендерной идентичности и гендерной экспрессии, уровень усвоения гендерных стереотипов и варианты представлений о мужских и женских качествах как взаимоисключающих или дополняющих друг друга.

Общий объем выборки составил 72 человека: 37 подростков с РШС (шизофрения, шизотипическое расстройство и шизоаффективное расстройство) (14,5±1,3 лет; 15 мальчиков и 22 девочки) и 35 условно здоровых подростков (15,2±1,0 лет; 15 мальчиков и 20 девочек).

Клиническая группа набиралась на базе 7 клинического отделения ФГБНУ «НЦПЗ» в период с 2022 по 2023 гг. *Критерии включения в клиническую группу* – подтвержденный диагноз из группы РШС, давность заболевания не более 3 лет, подростковый возраст 12-17 лет. В качестве *критерия исключения* выступал выраженный когнитивный дефицит, в связи с которым выполнение некоторых методик оказывалось для подростка недоступным. *Критериями отбора в контрольную группу* стали подростковый возраст 12-17 лет, обучение в массовой школе, письменное согласие родителей на проведение патопсихологического обследования. *Критерием исключения* – обращение за психиатрической помощью в анамнезе.

Подростки были разбиты на четыре группы (мальчики с РШС, девочки с РШС, здоровые мальчики и здоровые девочки). Так как среди вариантов гендерной идентичности выделяют *цисгендерность* (совпадение пола и гендера) и *трансгендерность* (несовпадение пола и гендера), нам кажется разумным отталкиваться от пола.

Математическая обработка данных проводилась с использованием программ Miscrosoft Excel (2016) и IBM SPSS Statistic 26 (2022).

Результаты оценки познавательной сферы показали, что подростки с РШС при сравнении понятий (см. табл. 1) достоверно чаще опираются на латентные признаки по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о нарушении мышления в виде искажения процесса обобщения. Девочки с РШС достоверно реже при сравнении понятий опираются на категории, что говорит о снижении процесса обобщения. Отмечено, что при выполнении методики «Конструирование объектов» (см. табл. 2) подростки с РШС имеют более высокий показатель комбинаторности ответов по сравнению со здоровыми сверстниками. Такие результаты

соотносятся с ранее опубликованными отечественными и зарубежными исследованиями патологии мышления при детской и подростковой шизофрении [3, 5, 12].

Таблица 1.

Средние показатели динамических и операциональных аспектов мышления в группах, методика «Сравнение понятий» (количество ответов)

	Клиническая группа		**Нормативная группа**	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Продуктивность ответов	26	29,3	30,1	31,3
Категориальность ответов	6,1*	6,9*	8*	8,8*
Латентность ответов	3,1*	3,1*	0,27*	0,35*

* уровень значимости p=0,05 (непараметрический анализ Манна-Уитни).

Таблица 2.

Средние показатели динамических и операциональных аспектов мышления в клинической и нормативной группах, методика «Конструирование объектов», непараметрический анализ Манна-Уитни (количество ответов)

	Клиническая группа		**Нормативная группа**	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Продуктивность ответов	7,8	9,04	7,13	6,76
Стандартность ответов	3,4	4,17	4,4	4,48
Комбинаторность ответов	1,33 *	1,17 *	0,33 *	0,48 *
Целостность ответов	4,67	6	6,13	6,19

* уровень значимости p=0,05.

Средние показатели успешности выполнения операции включения подкласса в класс в клинической группе подростков (см. табл. 3) указывают на несформированность понятий части и целого, что свидетельствует о нарушении операционального компонента мышления и дает возможность предполагать, что в исследуемой клинической группе чаще встречается задержанный тип дизонтогенеза, чем искаженный [3].

Таблица 3.

Процент верного выполнения методики «Включение подкласса в класс» в клинической и нормативной группах

	Клиническая группа		**Нормативная группа**	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Вариант 1 (от 8 лет)	80%	95%	100%	100%
Вариант 2 (от 13 лет)	53%	68%	100%	100%

Половых различий при оценке нарушений мышления при РШС в подростковом возрасте отмечено не было.

Далее мы провели *анализ некоторых аспектов гендера* в обеих группах (см. табл. 4). Было отмечено, что мальчики с РШС достоверно реже находят у себя маскулинные черты, а девочки с РШС – феминные по сравнению со здоровыми сверстниками того же пола [1, 9].

Таблица 4.

Средние показатели выраженности гендерных качеств, опросник BSRI (в баллах шкал опросника)

	Клиническая группа		**Нормативная группа**	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Маскулинные черты	-2,5*	-0,17	3,6*	2,6
Феминные черты	1,3	3,29*	4,2	7,1*

* уровень значимости p=0,05 (непараметрический анализ Манна-Уитни).

Было показано, что здоровые подростки обоих полов чаще демонстрируют андрогинную гендерную экспрессию, то есть в равной мере находят у себя маскулинные и феминные качества, тогда как мальчики с РШС чаще демонстрируют феминную (40%) и недифференцированную (40%), а девочки с РШС – феминную (50%). Полученные в клинической группе результаты подтверждаются другими современными исследованиями [8], а варианты гендерной экспрессии в контрольной группе подростков соотносятся с представлениями о происходящей в настоящее время трансформации гендерных стереотипов, связанной с эмансипацией женщин, феминизацией мужчин и расширением взгляда на гендерные роли.

Следующим шагом был анализ *особенностей гендерной идентичности* по самоописаниям в ответах на вопросы «*Кто Я? Какой(-ая) Я?*» (см. табл. 5).

Таблица 5.

Анализ самоописаний в ответах на заданные вопросы «Кто Я? Какой(-ая Я?» (в процентах)

	Клиническая группа		**Нормативная группа**	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Использование гендерно окрашенных слов, соответствующих полу	47%	50%	87%	67%
Использование гендерно окрашенных слов, не соответствующих полу	-	9 %	-	-
Использование мужского рода	100 %	27 %	100 %	-
Использование женского рода	-	73 %	-	100 %

В клинической группе только 50% мальчиков и 47% девочек используют гендерно окрашенные слова при самоописании (например, *«дочь», «мужчина», «спортсменка»*). При этом мальчики с РШС пишут и говорят о себе только в мужском роде, тогда как девочки с РШС используют и женский (73%), и мужской (27%). Пациентки объясняют это тем, что они имеют мужскую гендерную идентичность или не относят себя ни к мужчинам, ни к женщинам.

В самоописаниях подростков с РШС часто наблюдается негативное, критикующее отношение к себе (*«приносящий неприятности», «странная», «слабый духом»*), подростки контрольной группы, напротив, почти всегда отмечают у себя только положительные качества (*«умная», «внимательный», «добрая»*) [8].

Далее мы исследовали *уровень усвоения гендерных стереотипов* (см. табл. 6).

Было показано, что мальчики с РШС хуже дифференцируют мужские атрибуты, заданные в тесте, по сравнению со здоровыми сверстниками. В группе девочек значимых различий не выявлено. В качестве фигуры для идентификации мальчики обеих групп чаще выбирают *мужские силуэты* (с РШС – 67%, в норме – 73%), девочки чаще выбирают *недифференцированные силуэты* (при РШС – 44%, в норме – 47%), реже – женские (36% и 43% соответственно). Однако при предъявлении фигур с наиболее формальным признаком гендера (*маркер - одежда*) девочки контрольной группы в 90% случаев выбирают женские силуэты для самоидентификации, тогда как девочки с РШС сохраняют тенденцию выбирать как недифференцированные (46%), так и женские (41%). Учитывая, что значимых различий в уровне усвоения гендерных стереотипов между девочками обнаружено не было, можно условно объяснить описанные результаты тем, что девочки с РШС предпочитают относить себя к людям, не имеющих выраженных гендерных черт.

Таблица 6.

Средние показатели точности определения мужских и женских качеств по заданным атрибутам (max=1), методика «Фигура-Поза-Одежда»

	Клиническая группа		**Нормативная группа**	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
Мужские качества	0,65*	0,62	0,81*	0,71
Женские качества	0,58	0,67	0,78	0,7
Их взаимо-исключающий характер	-0,76	-0,81	-0,75	-0,74

* уровень значимости p=0,05 (непараметрический анализ Манна-Уитни).

Дальнейший анализ при помощи коэффициента корреляции Пирсона дал возможность описать следующие закономерности для клинической группы (см. табл. 7):

1. *Чем выше показатель «Латентность ответов», тем ниже показатели «Дифференциация мужских фигур» и «Дифференциация женских фигур».*

Так как выполнение операции сравнения с опорой на латентные признаки свидетельствует об искажении процесса обобщения, можно говорить о нарушениях мышления как об одном из факторов, негативно влияющих на процесс усвоения гендерных стереотипов.

2. *Чем выше показатель «Латентность ответов», тем выше показатель «Взаимоисключающий характер мужских и женских качеств».*

Для контрольной группы были выявлены следующие корреляционные связи (см. табл. 7):

1. Чем выше показатель «Целостность ответов», тем выше показатели «Дифференциация мужских/ женских фигур».

2. Чем выше показатель «Латентность ответов», тем выше показатель «Взаимоисключающий характер мужских и женских качеств».

3. Чем выше показатели «Стандартность ответов» и «Целостность ответов», тем ниже показатель «Взаимоисключающий характер мужских и женских качеств».

Таким образом, в норме, чем выше показатели операционального компонента мышления, тем выше уровень успешной дифференциации мужских и

женских атрибутов и тем менее полярными испытуемый воспринимает мужские и женские качества.

Таблица 7.

Анализ соотношения некоторых показателей мышления и особенностей социальной перцепции в клинической и нормативной группах (коэффициент корелляции Пирсона)

Группа	**Параметры методик**	Дифф-ия муж. фигур (ФПО)	Дифф-ия жен. фигур (ФПО)	Взаимоискл. характер муж. и жен. качеств (ФПО)
Клиническая группа	Латентность ответов (Сравнение понятий)	-0,381 *	-0,324 *	0,406 *
Нормативная группа	Стандартность ответов (Конструирование объектов)			-0,397 *
	Латентность ответов (Сравнение понятий)			0,476 **
	Целостность ответов (Конструирование объектов)	0,354 *	0,354 *	-0,429 *

* уровень значимости p=0,05; ** уровень значимости p=0,01.

Выводы. Проведенное исследование позволило сделать ряд обобщений для исследуемой выборки. Было показано, что нарушения некоторых аспектов мышления могут затруднять процессы усвоения гендерных стереотипов и развития социальной перцепции, следствием чего может выступать скорее несформированность гендерной идентичности, чем ее искажение.

1. Подростки с РШС реже отмечают у себя гендерные качества, соответствующие их полу, и реже используют гендерно окрашенные слова при самоописании по сравнению с контрольной группой.

2. Мальчики с РШС хуже дифференцируют мужские атрибуты по сравнению со здоровыми сверстниками. Среди девочек значимых различий в отмечено не было.

3. Выявлено соотношение некоторых аспектов мышления и особенностей социальной перцепции: чем выше показатели операционального компонента мышления, тем лучше подросток дифференцирует гендерные атрибуты и тем менее полярными воспринимает мужские и женские качества.

Заключение. Особенности мышления – лишь один из факторов, участвующих в формировании гендерной идентичности. Не малую роль в этом процессе играют генетические и гормональные особенности, семейные факторы, культурно-исторический контекст.

Учитывая разность взглядов отечественных и западных психиатров на возможную коморбидность РШС и гендерной дисфории, данная проблема требует дальнейшего изучения. В будущих работах необходимо увеличить объем исследуемой выборки, выделить группы на основании клинического диагноза, дополнить список вопросов, направленных на исследование вариантов гендерной идентичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авилов А.Ю., Бизюк А.П. О различиях в транссексуальных и гомосексуальных тенденциях при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития // Евразийский Союз Ученых. Серия: медицинские, биологические и химические науки, 2021. № 5 (86). С. 10-17.

2. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). М.: ООО «Издательство МБА», 2014. 40 с.

3. Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России. 2014. № 1. С. 7.

4. Лопухова О.Г. Опросник «маскулинность, феминность и гендерный тип личности» (Российский аналог «BemSexRoleInventory») // Вопросы психологии, 2013. № 1. 8 с.

5. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М., 1986. С. 146-160.

6. Саламова Д.К., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н. Проективная методика «Фигура-Поза-Одежда» // Журнал практического психолога, 2000. № 10-11. С. 87-102.

7. Семенова Н.Д., Тихонова М.В. Гендерные различия при шизофрении: степень сформированности гендерной идентичности и поведение в болезни // Женское психическое здоровье: Междисциплинарный статус. 2018. С. 155-156.

8. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Клинико-феноменологические особенности формирования идей смены пола при расстройствах шизофренического спектра // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 2021. Т. 121. № 3. С. 18–23.

REFERENCES

1. Avilov A.Yu., Bizyuk A.P. O razlichiyakh v transseksual`ny`kh i gomoseksual`ny`kh tendencziyakh pri shizofrenii i rasstrojstvakh intellektual`nogo razvitiya // Evrazijskij Soyuz Ucheny`kh. Seriya: mediczinskie, biologicheskie i khimicheskie nauki, 2021. # 5 (86). S. 10-17.

2. Zvereva N.V., Koval`-Zajczev A.A., Khromov A.I. Patopsikhologicheskie metodiki oczenki kognitivnogo razvitiya detej i podrostkov pri e`ndogennoj psikhicheskoj patologii (zritel`noe vospriyatie i my`shlenie). M.: OOO «Izdatel`stvo MBA», 2014. 40 s.

3. Zvereva N.V., Khromov A.I. Speczifika kognitivnogo deficzita u detej i podrostkov pri shizofrenii: klinicheskie i vozrastny`e faktory` // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2014. # 1. S. 7.

4. Lopukhova O.G. Oprosnik «maskulinnost`, feminnost` i genderny`j tip lichnosti» (Rossijskij analog «BemSexRoleInventory») // Voprosy` psikhologii, 2013. # 1. 8 s.

5. Meleshko T.K., Alejnikova S.M., Zakharova N.V. Osobennosti formirovaniya poznavatel`noj deyatel`nosti u detej, bol`ny`kh shizofreniej // Problemy` shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta. M., 1986. S. 146-160.

6. Salamova D.K., Dvoryanchikov N.V., Enikolopov S.N. Proektivnaya metodika «Figura-Poza-Odezhda» // Zhurnal prakticheskogo psikhologa, 2000. # 10-11. S. 87-102.

7. Semenova N.D., Tikhonova M.V. Genderny`e razlichiya pri shizofrenii: stepen` sformirovannosti gendernoj identichnosti i povedenie v bolezni // Zhenskoe psikhicheskoe zdorov`e: Mezhdisciplinarny`j status. 2018. S. 155-156.

8. Starostina E.A., Yagubov M.I. Kliniko-fenomenologicheskie osobennosti formirovaniya idej smeny` pola pri rasstrojstvakh shizofrenicheskogo spektra // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova, 2021. T. 121. # 3. S. 18–23.

9. Ecker J., Levine J., Zigler E. Impaired sex-role identification in schizophrenia expressed with the comprehension of humor stimuli // Journal of Psychology. 1973. № 83. P. 67-77.

10. Killerman S. Breaking through the binary: Gender as a continuum // Issues, 107. 2014. P. 9-12.

11. Sajatovic M., Jenkins J.H., Strauss M.E., Butt Z.A., Carpenter E. Gender Identity and Implications for Recovery Among Men and Women With Schizophrenia // Psychiatric Services. 2005. Vol. 56 (№ 1). P. 96–98.

12. Ueland T., Øie M., IngeLandrø N., Rund B. Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders // Psychiatry Research, 2004. 126 (№ 3).

E.A. Antonova, N.V. Zvereva, A.A. Koval-Zaitcev

THE PECULIARITIES OF COGNITIVE FUNCTION AND GENDER IDENTITY IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

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

***Summary*.** The present study reviews the peculiarities of cognitive function and gender identity in adolescents with schizophrenia spectrum disorders. According to the pathopsychological examination results, cognitive disorder is one of the factors transforming the gender stereotypes assimilation, gender role self-perception and gender identity development. Adolescents with schizophrenia significantly lesser reveal gender features corresponding to their sex and use lesser gender related words describing themselves. It may be conditioned to the non-binary gender identity or the decrease of the generalization as a process of highlighting categories. Adolescents in the control group more often appreciate their gender identity as cisgender with androgynous gender expression.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, gender identity, gender expression, cognitive function, adolescents.

УДК 159.922.8

Н.А. Довгая, А.Е. Малых

СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ С НЕНАДЕЖНОЙ ПРИВЯЗАННОСТЬЮ

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет (Владивосток).

Резюме. В статье представлены результаты исследования, цель которого выявить выраженность и содержание социальных страхов и социальной тревоги у старших подростков с ненадежной привязанностью к матери. Для реализации поставленной цели было проведено сравнение подростков с ненадежной и надежной привязанностью. Полученные результаты демонстрируют бóльшую выраженность социальной тревоги, общей, школьной, межличностной и самооценочной тревожности, страха негативной оценки и большинства социальных страхов у подростков с ненадежной привязанностью. Также выявлена более высокая интеграция показателей страхов и тревожности у подростков с ненадежной привязанностью.

Ключевые слова: социальные страхи, тревожность, старшие подростки, привязанность.

Актуальность. Актуальность данной темы связана со значимостью социальной сферы в жизни подростка. Так, ведущей деятельностью в подростковом возрасте является интимно-личностное общение со сверстниками, а через межличностные отношения происходит установление идентичности подростка. Сфера страхов в данном возрасте характеризуется преобладанием социальных страхов [2]. Наличие социальных страхов, выходящих за пределы нормативных значений, препятствует установлению надежных отношений со сверстниками и окружающими взрослыми, что осложняет протекание подросткового кризиса. Это может приводить к таким негативным последствиям, как кризис идентичности, трудности с профессиональным самоопределением, неспособность в дальнейшем устанавливать прочные и доверительные отношения [8].

Социокультурные условия развития современного подростка потенциально содержат различные факторы риска, провоцирующие затруднения его адаптации в социальной среде. Одним из таких факторов является деструктивный стиль семейного воспитания, который, в свою очередь, связан с формированием у ребенка ненадежной привязанности к близким людям [9]. Ненадежная привязанность негативно сказывается на способности к установлению доверительных отношений с окружающими [6] и на социально-психологической адаптации [5]. Она также связана с трудностями в установлении социально-коммуникативных отношений [1, 3, 4]. Таким образом, особенности привязанности индивида, заложенные в ранних взаимоотношениях ребенка с матерью, влияют на его способность к установлению надежных отношений с окружающими и обусловливают его взаимодействия в обществе, что определяет актуальность изучения социальных страхов в контексте особенностей привязанности подростка.

Цель исследования: выявить и описать содержание и проявление социальных страхов и социальной тревожности у старших подростков с ненадежной привязанностью.

Материал и методы исследования: организационный сравнительный метод; эмпирические методы, такие как вербально-коммуникативные методы: Авторская анкета; психодиагностические методы: Опросник социальной тревоги и социофобии (О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев); Краткая шкала страха негативной оценки, адаптированная И.В. Григорьевой, С.Н. Ениколоповым (2016); Шкала тревожности (Р. Кондаш); Опросник иерархической структуры актуальных страхов личности (Ю. Щербатых, Е. Ивлева); Опросник на привязанность к родителям для старших подростков (М.В. Яремчук); а также количественные и качественные методы обработки данных.

Выборка исследования. Исследование проводилось очно на базе МБОУ Лицей № 1 г. Комсомольск-на-Амуре, где приняли участие учащиеся 9-11 классов в количестве 56 человек, и в формате google-форм на базе сообщества «Hikkikomori» в социальной сети «Вконтакте», где приняли участие подростки в количестве 33 человека. Всего в исследовании приняло участие 89 человек в возрасте от 15 до 17 лет (М–16,1), девушек 51, юношей 38.

На основании данных, полученных по методике М.В. Яремчук «Опросник на привязанность к родителям для старших подростков», выборка была разделена на две группы.

В эмпирическую группу вошли 44 подростка с ненадежными типами привязанности: тревожно-амбивалентный тип привязанности (n=20), избегающий (n=22), также выделяются исследуемые с одинаковым количеством баллов по соответствующим группам ненадежной привязанности (n=2). Из них 28 девушек и 16 юношей. Средний возраст 16,4 лет. По данным анкетирования, 24 подростка из полной семьи, 32 имеют сиблингов, 10 состоят в романтических отношениях.

В контрольную группу вошли 45 подростков с надежной привязанностью. Из них 23 девушки и 22 юноши. Средний возраст 15,9 лет. По данным анкетирования, 33 подростка из полной семьи, 32 имеют сиблингов, 14 состоят в романтических отношениях.

Результаты исследования. При сравнении данных анкеты по критерию углового преобразования Фишера было выявлено, что исследуемые с ненадежной привязанностью реже склонны считать себя общительными ($p \leq 0,05$), больше предпочитают общение в узком кругу знакомых ($p \leq 0,05$), чаще выбирают общение по переписке ($p \leq 0,01$), нежели исследуемые с надежным типом привязанности. Это может указывать на бóльшую социальную закрытость подростков с ненадежной привязанностью. Исследуемые из эмпирической группы также отмечают, что чаще испытывают волнение при взаимодействии с людьми ($p \leq 0,01$).

Примечательно, что у респондентов с ненадежной привязанностью чаще наблюдается ситуация полного отсутствия друзей ($p \leq 0,05$). Данный факт может говорить о сложностях установления доверительных отношений у таких подростков. При этом желание иметь больше близких связей у них встречается не чаще, чем у подростков с надежной привязанностью.

Также важно отметить, что подростки с ненадежной привязанностью предпочли бы не делиться своими сокровенными переживаниями с матерью в отличие от надежно привязанных подростков, для которых мать в данном вопросе стоит на первом месте. Ненадежно привязанные подростки чаще предпочитают рассказать о своих сокровенных чувствах друзьям ($p \leq 0{,}01$). Можно сделать вывод, что подростки с ненадежными типами привязанности склонны замещать недостаток близкой связи с матерью путем установления более доверительных отношений с друзьями, однако при этом часто для них труднее найти себе друзей, чем для подростков с надежной привязанностью.

Статистическая обработка данных по методике «Шкала тревожности» Р. Кондаша показала, что у подростков с ненадежной привязанностью наблюдаются более высокие показатели общей, школьной, межличностной и самооценочной тревожности, чем в контрольной группе (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты статистической обработки данных методики «Шкала тревожности» Р. Кондаша с использованием U-критерия Манна-Уитни у подростков с надежной и ненадежной привязанностью

Шкалы тревожности	Ненадежный (n=44)		Надежный (n=45)		U-критерий	p
	M±SD	Me	M±SD	Me		
Общая	59,0±23,8	62,0	38,7±21,2	36,0	519	0,000
Школьная	17,4±7,9	17,5	12,2±7,5	11,0	613	0,002
Самооценочная	21,6±9,8	22,0	13,6±7,7	13,0	527,5	0,000
Межличностная	20,0±7,9	21,0	12,9±7,9	12,0	491	0,000

Можно предположить, что подростки, которые имеют ненадежный тип привязанности и, соответственно, не чувствуют поддержку и опору в матери, больше склонны испытывать тревогу в различных ситуациях взаимодействия с окружающим миром.

Статистическая обработка данных по методике «Опросник иерархической структуры актуальных страхов личности» свидетельствует о том, что среди групп сравнения наблюдаются значимые различия в отношении интегрального показателя страха – в группе подростков с ненадежной привязанностью данный показатель выше ($U=572$; $p=0{,}01$).

Также полученные данные демонстрируют, что у исследуемых из эмпирической группы значимо более выражены такие страхи, как страх темноты, сумасшествия, начальства, изменений в личной жизни, ответственности, старости, за сердце, бедности, будущего, замкнутых пространств, высоты, глубины, заболеть, самоубийства, публичных выступлений. При этом не наблюдается значимых различий относительно страхов животных, преступности, экзаменов, войны, смерти, негативных последствий болезни близких и агрессии к близким (рис. 1). Примечательно, что страх за болезнь близких значимо более выражен в группе подростков с надежной привязанностью, что может говорить о большей значимости близких взаимоотношений для них.

Выявленные результаты указывают на то, что у подростков с ненадежной привязанностью более повышены как ряд социальных, так и множество природных страхов по сравнению с подростками, имеющими надежную привязанность. При этом страхи причинения физического ущерба, экзаменов, негативных последствий болезни близких и агрессии к близким, вероятно, не зависят от типа привязанности подростка – они присущи в равной степени как надежно привязанным, так и ненадежно привязанным подросткам.

Рисунок 1. Сравнение выраженности страхов у подростков с надежной и ненадежной привязанностью

В Опроснике социальной тревоги и социофобии, помимо шкалы общей социальной тревоги, рассматриваются шкалы: «Социальная тревога в ситуации «быть в центре внимания, под наблюдением»» (в дальнейшем именуемая как «Шкала 1»); «Постситуативные руминации и желание преодолеть тревогу в экспертных ситуациях» (в дальнейшем именуемая как «Шкала 2»); «Сдержанность в выражении эмоций из-за страха отвержения и блокирование признаков тревоги в экспертных ситуациях» (в дальнейшем именуемая как «Шкала 3»); «Тревога при проявлении инициативы в формальных ситуациях из-за страха критики в свой адрес и потери субъективного контроля» (в дальнейшем именуемая как «Шкала 4»); «Избегание непосредственного контакта при взаимодействии в субъективно экспертных ситуациях» (в дальнейшем именуемая как «Шкала 5»).

Рассматривая статистические данные по Опроснику социальной тревоги и социофобии, важно отметить, что имеются значимые различия по общему показателю социальной тревоги, а также по отдельно выделенным в представленной методике шкалам – в большей степени данные показатели выражены в группе ненадежно привязанных подростков (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты статистической обработки данных методики ОСТиС с использованием U-критерия Манна-Уитни у подростков с надежной и ненадежной привязанностью

Сравниваемые шкалы	Ненадежный (n=44)		Надежный (n=45)		U-критерий	p
	M±SD	Me	M±SD	Me		
Шкала 1	12,0±4,9	12,5	7,3±4,7	6,0	477	0,000
Шкала 2	9,8±3,6	10,0	7,9±3,9	8,0	723,5	0,028
Шкала 3	8,5±3,4	8,5	6,0±3,3	6,0	605,5	0,002
Шкала 4	10,1±4,6	11,0	6,1±3,9	6,0	502	0,000
Шкала 5	9,2±4,5	10,0	5,8±3,9	6,0	559,5	0,000
Общий показатель социальной тревоги	48,6±18,6	53,0	31,7±16,8	30,0	492,5	0,000

Полученные результаты, демонстрирующие бóльшую выраженность социальной тревоги у лиц с ненадежным типом привязанности, согласуются с данными, выявленными зарубежными исследователями [9-13].

Статистическая обработка данных по Шкале страха негативной оценки показывает, что у старших подростков из группы респондентов с ненадежной привязанностью значимо более выражен данный показатель, чем у подростков из контрольной группы (табл. 3). Данный факт, очевидно, связан с тем, что страх негативной оценки лежит в основе социальных страхов [7], которые, как было показано раннее, значимо выше у подростков с ненадежной привязанностью.

Таблица 3.

Результаты статистической обработки данных методики «Шкала страха негативной оценки» с использованием U-критерия Манна-Уитни у подростков с надежной и ненадежной привязанностью

Сравниваемые шкалы	Ненадежный (n=44)		Надежный (n=45)		U-критерий	p
	M±SD	Me	M±SD	Me		
Шкала страха негативной оценки	34,9±13,7	36,5	26,3±13,2	21,0	626	0,003

Данные корреляционного анализа при сравнении показателей Опросника социальных страхов и социофобии с показателями Шкалы тревожности Кондаша, интегрального показателя страха и Шкалы страха негативной оценки в эмпирической группе демонстрируют прямые связи между всеми выделенными шкалами на уровне значимости <0,01. При этом корреляционный анализ в группе подростков с надежной привязанностью по тем же шкалам демонстрирует отсутствие связи между самооценочной тревожностью и Шкалой 4 ОСТиС. Данный факт может говорить о том, что у подростков с надежной привязанностью тревога, связанная с представлением о себе, не имеет связи со страхом и избеганием проявления инициативы в формальных, не поддающихся контролю, ситуациях.

Из табл. 4 видно, что в группе подростков с ненадежным типом привязанности показатель общего уровня тревожности связан как с большинством социальных, так и с множеством природных страхов. У исследуемых с надежной привязанностью общий уровень тревожности преимущественно связан с такими страхами, как страх негативных последствий болезни близких ($p \leq 0,01$), страхи преступности, начальства, изменений в личной жизни, старости, будущего, экзаменов, войны, смерти и публичных выступлений ($p \leq 0,05$).

Важно подчеркнуть, что у подростков с надежной привязанностью тревожность в основном распространяется на страхи, связанные с социальной сферой и с угрозой жизни, то есть те страхи, которые в норме наблюдаются у лиц подросткового возраста. В то время как у ненадежно привязанных подростков тревожность носит более генерализованный характер – она склонна находить объект и в менее характерных для данного возраста страхах. Следовательно, можно предположить, что внутренняя убежденность в постоянстве и доступности объекта привязанности создает глубинное ощущение безопасности и способствует меньшему распространению и замещению связанной с конкретной сферой тревоги на отдаленные от нее сферы.

Таблица 4.

Взаимосвязи между показателями тревожности, социальной тревожности и страхов у подростков из групп сравнения

Сравниваемые шкалы	Ненадежные		Надежные	
	ТО	СО	ТО	СО
Страх животных	r=0,206 p=0,180	r=0,129 p=0,403	r=0,133 p=0,384	r=0,121 p=0,427
Страх темноты	**r=0,708** **p=0,000**	**r=0,574** **p=0,000**	r=0,245 p=0,104	**r=0,438** **p=0,003**
Страх сумасшествия	**r=0,568** **p=0,000**	**r=0,398** **p=0,008**	r=0,292 p=0,051	**r=0,384** **p=0,009**
Страх болезни близких	r=0,119 p=0,443	r=0,018 p=0,910	r=0,213 p=0,161	r=0,160 p=0,294
Страх преступности	**r=0,504** **p=0,000**	r=0,297 p=0,050	**r=0,360** **p=0,015**	**r=0,472** **p=0,001**
Страх начальства	**r=0,681** **p=0,000**	**r=0,582** **p=0,000**	**r=0,335** **p=0,024**	**r=0,658** **p=0,000**
Страх изменений в личной жизни	**r=0,570** **p=0,000**	**r=0,437** **p=0,003**	**r=0,351** **p=0,018**	r=0,291 p=0,052
Страх ответственности	**r=0,683** **p=0,000**	**r=0,721** **p=0,000**	r=0,293 p=0,051	**r=0,419** **p=0,004**
Страх старости	**r=0,645** **p=0,000**	**r=0,449** **p=0,002**	**r=0,330** **p=0,027**	**r=0,441** **p=0,002**
Страх за сердце	**r=0,452** **p=0,002**	**r=0,327** **p=0,030**	r=0,238 p=0,116	**r=0,507** **p=0,000**
Страх бедности	**r=0,343** **p=0,023**	r=0,258 p=0,091	r=0,113 p=0,459	r=0,260 p=0,085

Страх перед будущим	**r=0,520 p=0,000**	**r=0,406 p=0,006**	**r=0,327 p=0,028**	**r=0,432 p=0,003**
Страх пред экзаменами	**r=0,603 p=0,000**	**r=0,321 p=0,034**	**r=0,348 p=0,019**	**r=0,421 p=0,004**
Страх войны	**r=0,505 p=0,000**	**r=0,324 p=0,032**	**r=0,296 p=0,049**	**r=0,346 p=0,020**
Страх смерти	**r=0,425 p=0,004**	**r=0,304 p=0,045**	**r=0,332 p=0,026**	r=0,294 p=0,050
Страх замкнутых пространств	**r=0,446 p=0,002**	**r=0,553 p=0,000**	r=0,062 p=0,685	**r=0,309 p=0,039**
Страх высоты	**r=0,406 p=0,006**	**r=0,457 p=0,002**	r=0,212 p=0,162	**r=0,334 p=0,025**
Страх глубины	**r=0,711 p=0,000**	**r=0,530 p=0,000**	r=0,265 p=0,078	**r=0,367 p=0,013**
Страх перед негативными последствиями болезней близких людей	r=0,210 p=0,172	r=0,187 p=0,224	**r=0,428 p=0,003**	**r=0,359 p=0,015**
Страх заболеть	**r=0,526 p=0,000**	**r=0,426 p=0,004**	r=0,151 p=0,323	r=0,221 p=0,144
Страх самоубийства	**r=0,302 p=0,046**	**r=0,371 p=0,013**	r=0,084 p=0,584	r=0,193 p=0,205
Страх перед публичными выступлениями	**r=0,471 p=0,001**	**r=0,636 p=0,000**	**r=0,368 p=0,013**	**r=0,675 p=0,000**
Страх агрессии по отношению к близким	**r=0,408 p=0,006**	**r=0,560 p=0,000**	r=0,053 p=0,732	r=0,234 p=0,121

Примечание: полужирным шрифтом отмечены значимые связи

Рассматривая корреляционные связи между общим уровнем социальной тревоги и различными страхами, важно отметить, что у подростков с надежной привязанностью социальная тревога преимущественно связана с социальными страхами и имеет менее значимые связи с некоторыми природными страхами, в то время как у подростков с ненадежной привязанностью помимо социальных страхов социальная тревога находит значимую связь с большинством природных страхов. Это также может указывать на бóльшую склонность тревоги, связанной с социальными ситуациями, у подростков с ненадежной привязанностью смещаться на другие, отдаленные от социальной жизни сферы.

Выводы:

1. Существуют значимые различия в проявлении общей, самооценочной, школьной, межличностной тревожности, социальной тревоги, большинства социальных страхов, интегрального показателя страха и страха негативной оценки среди исследуемых групп – все показатели выше в группе подростков с ненадежной привязанностью.

2. Корреляционный анализ демонстрирует, что в группе подростков с надежной привязанностью полностью отсутствует связь самооценочной тревоги и тревоги при проявлении инициативы в формальных ситуациях.

3. У подростков с ненадежной привязанностью показатель общей тревожности носит более генерализованный характер в отношении страхов, чем у подростков с надежным типом привязанности, у которых тревожность связана преимущественно только с актуальными для данного возраста страхами. Предположительно, у подростков с ненадежной привязанностью страхи в большей степени склонны к смещению на менее значимые области.

4. Вероятно, подростки с ненадежной привязанностью не имеют внутреннего ощущения, что близкие люди будут готовы помочь им справиться с возникающими жизненными трудностями, из-за чего уровень их тревоги относительно угроз окружающего мира, в том числе тех, которые могут не нести реальной опасности, является повышенным. Это находит свое выражение в социальных страхах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова И.А. Особенности самооценки младших школьников с разными типами эмоциональной привязанности к матери: Дис. канд. психол наук. М., 2007. 181 с.

2. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. Серия «Психология ребенка». СПб.: «Издательство СОЮЗ», 2000. 448 с.

3. Куклина К.В. Влияние типа привязанности к матери на психологическое здоровье детей дошкольного возраста // Психология и педагогика образования будущего: Мат-лы международной конф. студентов, магистрантов и аспирантов. 2017. С. 110-112.

4. Куфтяк Е.В. Привязанность к матери как предиктор психологического благополучия в младшем школьном возрасте // Образование и наука. 2021. Т. 23. № 7. С. 122-146.

5. Лупекина Е.А., Корбут К.В. Особенности школьной адаптации учащихся 5-ых классов с различной привязанностью к матери // Мат-лы конф. «Психологическая помощь современного этапа: реальность и перспектива». Бельцы, Молдова, 21 октября 2022 г. С. 158-161.

6. Моисеева М.В. Связь привязанности к матери и формирования доверия к другим в дошкольном возрасте // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. 2016. № 26-1. С. 121-133.

7. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. Томск.: Изд-во Том. ун-та, 2007. 210 с.

8. Самохвалова А.Г. Социальные страхи как фактор затрудненного общения городских и сельских подростков // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 2. С. 148-155.

REFERENCES

1. Borisova I.A. Osobennosti samooczenki mladshikh shkol`nikov s razny`mi tipami e`moczional`noj privyazannosti k materi: Dis. kand. psikhol nauk. M., 2007. 181 s.

2. Zakharov A.I. Dnevny`e i nochny`e strakhi u detej. Seriya «Psikhologiya rebenka». SPb.: «Izdatel`stvo SOYuZ», 2000. 448 s.

3. Kuklina K.V. Vliyanie tipa privyazannosti k materi na psikhologicheskoe zdorov`e detej doshkol`nogo vozrasta // Psikhologiya i pedagogika obrazovaniya budushhego: Maty` mezhdunarodnoj konf. studentov, magistrantov i aspirantov. 2017. S. 110-112.

4. Kuftyak E.V. Privyazannost` k materi kak prediktor psikhologicheskogo blagopoluchiya v mladshem shkol`nom vozraste // Obrazovanie i nauka. 2021. T. 23. # 7. S. 122-146.

5. Lupekina E.A., Korbut K.V. Osobennosti shkol`noj adaptaczii uchashhikhsya 5-y`kh klassov s razlichnoj privyazannost`yu k materi // Mat-ly` konf. «Psikhologicheskaya pomoshh` sovremennogo e`tapa: real`nost` i perspektiva». Bel`czy`, Moldova, 21 oktyabrya 2022 g. S. 158-161.

6. Moiseeva M.V. Svyaz` privyazannosti k materi i formirovaniya doveriya k drugim v doshkol`nom vozraste // Fundamental`ny`e i prikladny`e issledovaniya: problemy` i rezul`taty`. 2016. # 26-1. S. 121-133.

7. Sagalakova O.A., Truevczev D.V. Soczial`ny`e strakhi i socziofobii. Tomsk.: Izd-vo Tom. un-ta, 2007. 210 s.

8. Samokhvalova A.G. Soczial`ny`e strakhi kak faktor zatrudnennogo obshheniya gorodskikh i sel`skikh podrostkov // Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik. 2016. # 2. S. 148-155.

9. Carcedo R.J., Vazquez-Iglesias P., Parade S. et al. Social anxiety mediates the effect of attachment to parents on friendships and loneliness during the college transition // Curr Psychol. 2022.

10. Conrad R., Forstner A.J., Chung M.L. et al. Significance of anger suppression and preoccupied attachment in social anxiety disorder: a cross-sectional study // BMC Psychiatry 21, 116. 2021.

11. Derin S., Selman S.B., Alyanak B., Soylu N. The role of adverse childhood experiences and attachment styles in social anxiety disorder in adolescents // Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2022. 27(3):644-657.

12. Fattouh N., Haddad C., Salameh P., et al. A national study of the association of attachment styles with depression, social anxiety, and suicidal ideation among Lebanese adolescents // Prim Care Companion CNS Disord. 2022. 24(3):21m03027.

13. Zuccala M., Modini M., Abbott M. J. The role of death fears and attachment processes in social anxiety: a novel hypothesis explored // Australian Journal of Psychology. 2021. 73:3. P. 381-391.

N.A. Dovgaya, A.E. Malykh

SOCIAL FEARS IN OLDER ADOLESCENTS WITH UNRELIABLE ATTACHMENT

Pacific State Medical University (Vladivostok).

Summary. The article presents the results of a study aimed at identifying the severity and content of social fears and social anxiety in older adolescents with unreliable attachment to their mother. To achieve this goal, a comparison of adolescents with unreliable and reliable attachment was carried out. The obtained results demonstrate a high degree of social anxiety, general, school, interpersonal and self-esteem anxiety, fear of negative evaluation and most social fears in adolescents with unreliable attachment. There was also a higher integration of indicators of fears and anxiety in adolescents with unreliable attachment.

Keywords: social fears, anxiety, adolescents, attachment.

УДК 159.9

А.С. Мосина. Е.Б. Фанталова

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Московский государственный психолого-педагогический университет ((Москва).

Резюме. В статье исследуются уровень мотивации к успеху и мотивации к избеганию неудач, ведущие смысложизненные ориентации и локус контроля, уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах, «Я-концепция» и ее компоненты у подростков с сахарным диабетом 1 типа. Применяются опросники, направленные на измерение выраженности особенностей мотивационно-личностной сферы, а также методы статистического анализа. В исследовании приняли участие 9 подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом в возрасте от 14 до 17 лет, имеющие стаж заболевания от 3 до 10 лет. Выявлена связь между наличием сахарного диабета 1 типа и повышенным уровнем мотивации к успеху,

Ключевые слова: сахарный диабет, мотивационно-личностная сфера, внутренняя картина болезни, смысложизненные ориентации, внутренние конфликты, ведущие ценности.

В настоящее время сахарный диабет (СД) является важнейшей мировой медико-социальной проблемой. Всемирная организация здравоохранения характеризует СД как «растущую эпидемию». Прогнозируется рост заболеваемости сахарным диабетом во всем мире от 150 млн. случаев в настоящее время до 300 млн. случаев к 2025 г.. [16, с. 39] СД, являясь тяжелым хроническим заболеванием, оказывает значительное влияние на качество жизни, физическое, эмоциональное и социальное благополучие; сопровождается ранней потерей трудоспособности и высоким риском развития тяжелых осложнений, снижением ресурсных запасов пациента, приводит к ранней инвалидизации и смертности. Лечение СД направлено на сохранение качества жизни, продление жизни за счет профилактики острых и поздних осложнений. [1, 2, 3, 16].

Сахарный диабет привносит в жизнь больного существенные ограничения в питании, физической активности и сопутствующую фоновую тревогу о будущем. Личность подростка с СД 1 типа часто характеризуется в литературе высоким уровнем депрессии и тревожности, периодически рациональным восприятием своего заболевания и «вытеснением» его при помощи ухода в интеллектуальную учебную деятельность. [8].

На данный момент в психологии наиболее разработаны проблемы учебной мотивации детей и подростков, психология труда и инженерная психология, где непосредственно рассматривается трудовая мотивация и факторы, на нее влияющие. Малоизученной остается проблема психологических особенностей и влияния СД на мотивационно-личностную сферу подростков. Типичные подростковые реакции могут долгое время препятствовать принятию болезни и необ-

ходимости в самоконтроле. Мотивационно-личностный аспект наиболее значим для достижения компенсации СД, что, в свою очередь, является основным условием для поддержания высокого качества жизни.

Врачи, занимающиеся проблемой СД, придают большое значение психологическому статусу пациента, непосредственно влияющему на принятие диабета, мотивацию к самоконтролю и приверженность к лечению. [7].

Настоящая работа направлена на изучение психологии и мотивации подростков со стажем СД 1 типа от 3 до 10-лет.

Цель работы - анализ особенностей мотивационно-личностной сферы у подростков с СД 1 типа по сравнению со здоровыми подростками.

Гипотеза исследования: подростки с СД 1 типа имеют некоторые отличия от здоровых сверстников в таких аспектах, как самовосприятие, внутренние конфликты, мотивация к успеху и мотивация к избеганию неудач, смысложизненные ориентации.

Контингент испытуемых. Общее число испытуемых 18 человек. Экспериментальную выборку (больные с сахарным диабетом 1 типа, стаж заболевания от 3 до 10 лет) составили 9 человек: 5 юношей и 4 девушки в возрасте от 14 до 17 лет. Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения Детской городской поликлиники № 131. Отдельно была набрана контрольная группа условно здоровых подростков, состоящая из 9 человек. В контрольную группу вошли здоровые девушки и юноши в возрасте от 16 до 17 лет (4 юноши и 5 девушек), учащиеся 7-9 классов ГБОУ школы «СПЕКТР» г. Москвы.

Методы. В качестве исследуемых характеристик были выделены мотивация к успеху и к избеганию неудач, смысложизненные ориентации, внутренние конфликты, вызванные расхождением желаемого и доступного; «Я-концепция» и ее компоненты, т. к. именно в этих аспектах чаще всего наблюдаются изменения у подростков при неизлечимом соматическом заболевании.

Для исследования был подобран следующий блок диагностических методик:

1. Методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса;
2. Методика диагностики личности на мотивацию к избеганию неудач Т. Элерса;
3. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева;
4. Методика диагностики уровня соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах (УСЦД) Е.Б. Фанталовой [5];
5. Проективный рисуночный тест Гудинаф-Харриса «Я — в трех проекциях» (адаптация и подсчет содержательного различия между рисунками Е.Б. Фанталовой) [4].

Для оценки достоверности различий между выборками использовался U-критерий Манна-Уитни. Полученные данные были обработаны с помощью программы SPSS Statistics 23.

Результаты исследования. Исследование по методикам Т. Элерса «Методики диагностики личности на мотивацию к успеху и мотивацию к избеганию неудач» показало, что для подростков с СД 1 типа характерны умеренно высокий уровень мотивации к успеху (ср.гр. балл по шкале МКУ=19,3) и средний уровень

мотивации к избеганию неудач, защите (ср.гр. балл=14). Сравнительный анализ по U-критерию Манна-Уитни по методикам Т. Элерса показал, что экспериментальная и контрольная выборки имеют значимые различия по уровню мотивации к успеху и не имеют значимых различий по уровню мотивации к избеганию неудач (на уровне значимости .p=0,05). Можно утверждать, что подростки с СД 1 типа имеют более высокий уровень мотивации к успеху, чем их здоровые сверстники.

Среднегрупповые показатели и результаты статистического анализа по методикам Т. Элерса представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Значимость различий по шкалам методик Т. Элерса в группах подростков с СД 1 типа и здоровых подростков.

Шкалы опросников Т. Элерса	Подростки с СД 1 типа		Здоровые подростки		Значимость различий (U)
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	
Мотивация к успеху	19,3	2	14,4	2,7	**0,004***
Мотивация к избеганию неудач	14	4,9	15,8	4,7	0,605

* Значимость различий на уровне =0,05.

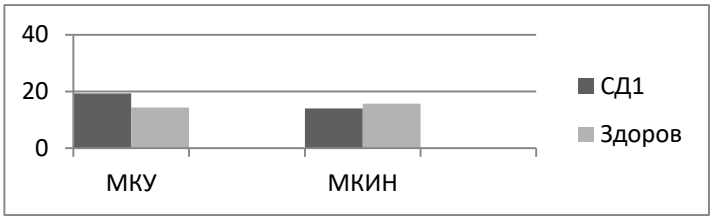


Рисунок 1. Сравнение средних показателей экспериментальной и контрольной групп по методикам Т. Элерса «Диагностика личности на мотивацию к успеху» (МКУ) и «Диагностика личности на мотивацию к избеганию неудач» (МКИН)

На гистограмме 1 можно увидеть, что экспериментальная группа опережает контрольную группу по уровню мотивации к успеху, что может быть связано с компенсаторным стремлением подростков с СД 1 типа к бóльшим достижениям, чем у здоровых сверстников. Показатели экспериментальной и контрольной групп по уровню мотивации к избеганию неудач примерно равны.

Результаты статистического анализа по методике «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) Е.Б. Фанталовой представлены в табл. 2-4.

По матрице № 1 «Ценность» у подростков с СД 1 типа практически все ценностные сферы находятся на среднем уровне от 5 до 6,9 баллов. Наиболее высокое значение для подростков с СД 1 типа имеет ценностная сфера «Здоровье (физическое и психическое)» (ср. гр. балл =9), а наиболее низкое значение

имеет ценность «Красота природы и искусства» (ср. гр. балл =1).

По матрице № 2 «Доступность» в группе подростков с СД 1 типа самые высокие значения получены по ценностным сферам «Наличие хороших и верных друзей» (ср.гр. балл =7,8) и «Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуальное развитие» (ср.гр. балл =8,2). Низкие баллы были получены по ценностям «Материально-обеспеченная жизнь» (ср.гр. балл =4), «Свобода как независимость в поступках и действиях» (ср. гр. балл =3,2) и «Счастливая семейная жизнь» (ср.гр балл =3). Остальные ценностные сферы доступны подросткам с СД 1 типа на среднем уровне от 4,8 до 6,6 баллов.

По интегральному показателю R ср. гр. =38 баллов, что соответствует средней сумме расхождений по модулю для всех 12 понятий и говорит о среднем уровне дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере у подростков с СД 1типа.

По результатам сравнительного анализа можно говорить о незначительных различиях между двумя выборками по интегральному показателю R методики УСЦД, что может быть связано с однородностью испытуемых двух групп по возрасту (сходные внутренние конфликты подросткового возраста).

Таблица 2.

Значимость различий по методике Е.Б. Фанталовой УСЦД. Матрица № 1 «Ценность» в группах подростков с СД 1 типа и здоровых подростков.

Шкалы Матрицы №1 «Ценность»	Подростки с СД 1 типа		Здоровые подростки		Значимость различий (U)
	Среднее значение	Станд. откл.	Среднее значение	Станд. откл.	
ц1. Активная, деятельная жизнь	5	2,1	4	2,4	0,161
ц2. Здоровье (физическое и психическое)	9	1,9	5	2,8	**0,08***
ц3. Интересная работа	6	1,6	6	2,1	0,730
ц4. Красота природы и искусства (переживание прекрасного)	1	1,8	4	4,1	0,297
ц5. Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	6,9	2,6	6,4	3,5	0,863
ц6. Материально обеспеченная жизнь (материальные блага, отсутствие материальных затруднений)	6	2,5	4	2,9	0,136
ц7. Наличие верных и хороших друзей	6	2,5	8	1,6	0,094
ц8. Уверенность в себе (отсутствие внутренних противоречий)	6	1,7	7	2,2	0,161

ц9. Познание нового в мире, природе, человеке (расширение кругозора)	6,2	3,2	6,9	2,5	0,605
ц10. Свобода (независимость в поступках и действиях)	5,8	3,3	5	3,7	0,666
ц11. Счастливая семейная жизнь	6	3,7	5,9	4,5	0,730
ц12. Творчество (возможность творческой деятельности)	4,3	4,6	4,1	3,5	0,730

*. Значимость различий на уровне =0,05.

Таблица 3.

Значимость различий по методике Е.Б. Фанталовой УСЦД, Матрица № 2. «Доступность» в группах подростков с СД 1 типа и здоровых подростков.

Шкалы Матрицы № 2 «Доступность»	Подростки с СД 1 типа		Здоровые подростки		Значимость различий (U)
	Среднее значение	Станд. откл.	Среднее значение	Станд. откл.	
д1. Активная, деятельная жизнь	4,8	1,6	7,4	2,2	**0,14***
д2. Здоровье (физическое и психическое)	5,8	2,5	4,7	2,1	0,387
д3. Интересная работа	4,9	1,9	4,9	2,9	1,000
д4. Красота природы и искусства (переживание прекрасного)	4,9	3,9	5	3,5	0,796
д5. Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	6,6	3,4	4,6	3	0,190
д6. Материально обеспеченная жизнь (материальные блага, отсутствие материальных затруднений)	4	3	3	2,6	0,730
д7. Наличие верных и хороших друзей	7,8	2,4	5,7	2,4	0,094
д8. Уверенность в себе (отсутствие внутренних противоречий)	5	3	5,3	3,7	1,000
д9. Познание нового в мире, природе, человеке (расширение кругозора)	8,2	2,7	8,2	1,9	0,730
д10. Свобода (независимость	3,2	2,7	7,4	2,4	**0,006***

в поступках и действиях)					
д11. Счастливая семейная жизнь	3	3,6	5	3,2	0,258
д12. Творчество (возможность творческой деятельности)	4,8	3	5,2	2,7	0,730

*. Значимость различий на уровне =0,05.

Таблица 4.

Значимость различий по методике Е.Б. Фанталовой УСЦД: «Интегральный показатель R», процентное соотношение внутренних конфликтов «ВК», внутренних вакуумов «ВВ» и нейтральной зоны «НЗ» в группах подростков с СД 1 типа и здоровых подростков.

Шкалы методики УСЦД	Подростки с СД 1 типа		Здоровые подростки		Значимость различий (U)
	Среднее значение	Станд. откл	Среднее значение	Станд.откл.	
Интегральный показатель R	38	6,9	34,3	8,61	0,340
ВК%	32,6	10	38	3,2	–
ВВ%	32	13	26,6	9,8	
НЗ%	28,1	18	34,5	9,8	

*. Значимость различий на уровне =0,05.

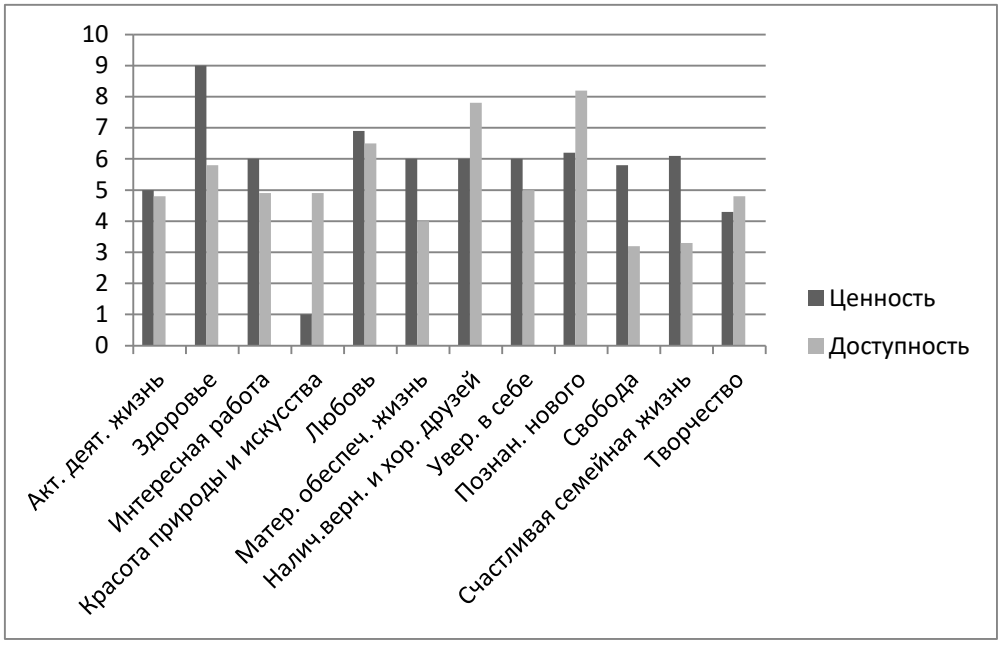


Рисунок 2. Сравнение средних показателей экспериментальной группы по методике УСЦД – «Ценность» и «Доступность».

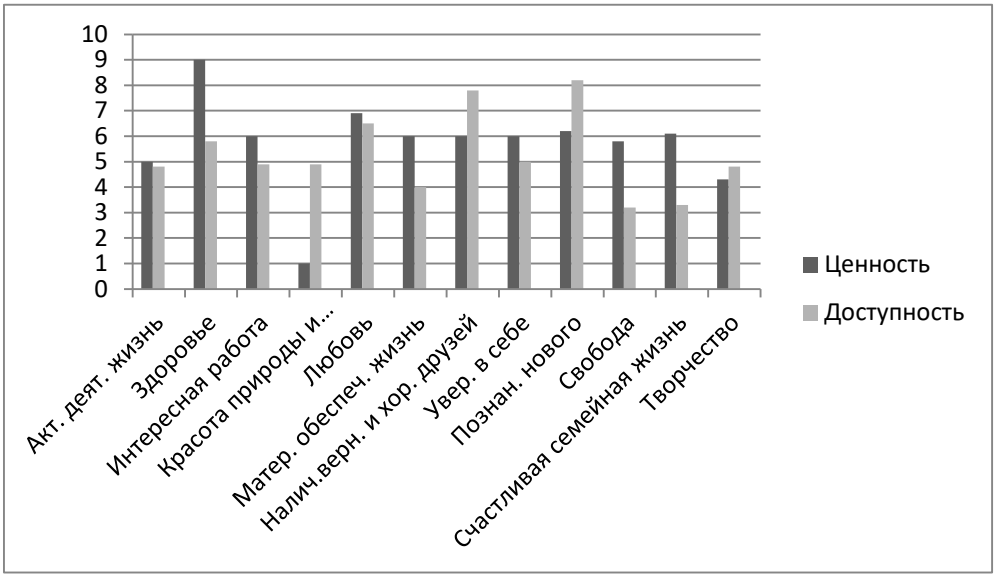
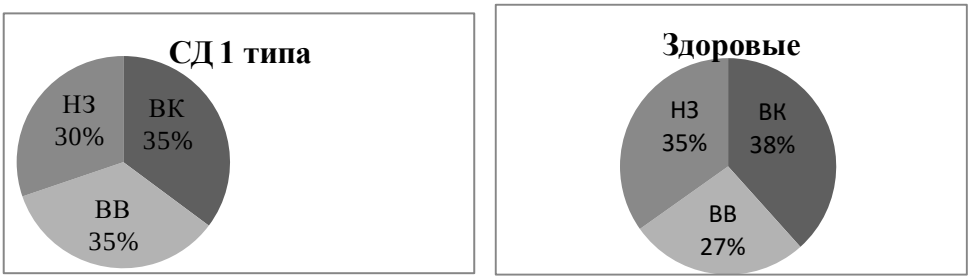


Рисунок 3. Сравнение средних показателей контрольной группы по методике УСЦД – «Ценность» и «Доступность».

На гистограмме 2 видно, что у подростков с СД 1 типа наибольшее расхождение между ценностью и доступностью проявляется в ценностных сферах «Здоровье», «Красота природы и искусства», «Свобода и независимость в поступках и действиях» и «Счастливая семейная жизнь». Данные результаты, возможно, связаны с: 1) отношением к заболеванию и чувством неполноценности в связи с болезнью; 2) ограничениями, связанными с диабетом.

Степень выраженности внутренних конфликтов (ВК), внутренних вакуумов (ВВ), нейтральной зоны (НЗ) в группе подростков с СД 1 типа проявляется на среднем уровне (ср. гр. от 28,1 до 32,6%), что свидетельствует об отсутствии доминирующего аспекта мотивационно-личностной сферы, в отличие от подростков без соматических заболеваний, в мотивационно-личностной сфере которых доминируют внутренние конфликты (ВК), ср. гр. =38% (см. рис. 4-5).

При сравнении круговых диаграмм двух выборок можно отметить, что у подростков с СД 1 типа процент «внутренних вакуумов» (ВВ) больше, чем у здоровых подростков, а «нейтральная зона» у подростков с СД 1 типа меньше, чем у здоровых подростков. Данные результаты могут быть связаны с тем, что: 1) у подростков с СД 1 типа на подростковые внутренние конфликты накладывается необходимость в постоянном самоконтроле; 2) подростки испытывают большое сопротивление к контролю со стороны родителей и врачей, что приводит к усилению внутренних конфликтов; 3) диабет в подростковом возрасте в большинстве случаев имеет лабильное течение, связанное с гормональной перестройкой организма, что в свою очередь усложняет возможность управления заболеванием, делает его непредсказуемым.



Рисунки 4-5. Сравнение средних показателей экспериментальной и контрольной групп по методике УСЦД – процентное соотношение «внутренних конфликтов» (ВК) «внутренних вакуумов» (ВВ) и «нейтральной зоны» (НЗ).

Сравнительный анализ по U-критерию Манна-Уитни по методике УСЦД по матрице № 1 «Ценность» подтверждает, что для подростков с СД 1 типа наибольшей значимостью по сравнению со здоровыми подростками обладает ценностная сфера «Здоровье». Сравнительный анализ по матрице № 2 «Доступность» выявил значимые различия между контрольной и экспериментальной выборками по ценностным сферам «Активная, деятельная жизнь» и «Свобода как независимость в поступках и действиях» (на уровне значимости p=0,05). Следовательно, утверждение о том, что уровень доступности «Активной деятельной жизни» и «Свободы как независимости в поступках и действиях» для подростков с СД1 значимо ниже, чем для здоровых сверстников, является верным. Экспериментальная и контрольная выборки не имеют значимых различий по интегральному показателю R (на уровне значимости p=0,05), что может быть связано с однородностью испытуемых двух групп по возрасту (сходные внутренние конфликты подросткового возраста).

Таким образом, исследование частично подтвердило выдвинутую гипотезу. На основании результатов исследования были сделаны следующие **выводы:**

1. Сахарный диабет 1 типа влияет на формирование мотивационно-личностной сферы подростка, накладывая определенные ограничения и делая его более восприимчивым к ценностям активной деятельной жизни, свободы в принятии решений, ценности собственного здоровья. Экспериментально доказано, что в ценностной сфере подростков с СД 1 типа преобладает значимость сохранения здоровья и поддержания активного образа жизни, несмотря на низкую доступность данных аспектов по сравнению со здоровыми сверстниками.

2. Согласно данным сравнительного анализа, гипотеза о своеобразии мотивационно-личностной сферы подростков с СД 1 типа частично подтвердилась по некоторым исследуемым признакам. Экспериментальная выборка значимо отличается от контрольной по структуре мотивационно-личностной сферы. Подростки с СД 1 типа имеют более высокий уровень мотивации к успеху, так как. именно от его самостоятельных действий зависит результат инсулинотерапии и самоконтроля; наибольшей значимостью для них обладает ценностная сфера «Здоровье». Уровень доступности «Активной деятельной жизни» и «Свободы как независимости в поступках и действиях» для подростков с СД 1 типа значимо ниже,

чем для здоровых сверстников. Наибольшее расхождение между ценностью и доступностью проявляется в ценностных сферах «Здоровье», «Свобода и независимость в поступках и действиях» и «Счастливая семейная жизнь».

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиева Д.А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины. 2007. Т. 7. С. 69-77.

2. Мошняга Е.Н. Особенности течения сахарного диабета при тревожных состояниях // МЭЖ. 2011. № 8 (40). С. 59-68.

3. Павлова Л.Б. Психологические проблемы и личностные особенности подростков с сахарным диабетом // Известия Российского государственного педагогического университета им. Герцена. 2008. № 76-2. С. 191-197.

4. Фанталова Е.Б. Аннотированный указатель методов психологической диагностики. Учебно-методическое пособие. М.: МГСУ «Союз», 1997. С. 35-36.

5. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. 128 с.

6. Фанталова Е.Б. Диагностика ценностей и внутренних конфликтов в общей и клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 1. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n1/58926.shtml

7. Шестакова М.В. Новые средства введения инсулина как способ преодоления «психологической инсулинорезистентности» у больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. 2008. № 1. С. 77-79.

8. Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Майоров А.Ю. и др. Качество жизни больных сахарным диабетом 1 типа молодого возраста // Сахарный диабет. 2010. № 4. С.43-47.

9. Щукина Е.Г., Цветкова Е.С., Якоби Д.А. Личностное восприятие болезни подростками с сахарным диабетом первого типа // Экология человека. 2008. № 6. С. 38-40.

10. Якобсон П.М. Психология чувств и мотивации. Воронеж: МОДЭК; М.: Институт практической психологии, 1998. 304 с.

REFERENCES

1. Valieva D.A. Psikhoe`moczional`ny`e osobennosti paczientov s sakharny`m diabetom // Vestnik sovremennoj klinicheskoj medicziny`. 2007. T. 7. S. 69-77.

2. Moshnyaga E.N. Osobennosti techeniya sakharnogo diabeta pri trevozhny`kh sostoyaniyakh // ME`Zh. 2011. # 8 (40). S. 59-68.

3. Pavlova L.B. Psikhologicheskie problemy` i lichnostny`e osobennosti podrostkov s sakharny`m diabetom // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. Gerczena. 2008. # 76-2. S. 191-197.

4. Fantalova E.B. Annotirovanny`j ukazatel` metodov psikhologicheskoj diagnostiki. Uchebno-metodicheskoe posobie. M.: MGSU «Soyuz», 1997. S. 35-36.

5. Fantalova E.B. Diagnostika i psikhoterapiya vnutrennego konflikta. Samara: Izdatel`skij dom BAKhRAKh-M, 2001. 128 s.

6. Fantalova E.B. Diagnostika czennostej i vnutrennikh konfliktov v obshhej i klinicheskoj psikhologii [E`lektronny`j resurs] // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2013. # 1. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n1/58926.shtml

7. Shestakova M.V. Novy`e sredstva vvedeniya insulina kak sposob preodoleniya «psikhologicheskoj insulinorezistentnosti» u bol`ny`kh sakharny`m diabetom // Sakharny`j diabet. 2008. # 1. S. 77-79.

8. Shishkova Yu.A., Surkova E.V., Motovilin O.G., Majorov A.Yu. i dr. Kachestvo zhizni bol`ny`kh sakharny`m diabetom 1 tipa molodogo vozrasta // Sakharny`j diabet. 2010. # 4. S.43-47.

9. Shhukina E.G., Czvetkova E.S., Yakobi D.A. Lichnostnoe vospriyatie bolezni podrostkami s sakharny`m diabetom pervogo tipa // E`kologiya cheloveka. 2008. # 6. S. 38-40.

10. Yakobson P.M. Psikhologiya chuvstv i motivaczii. Voronezh: MODE`K; M.: Institut prakticheskoj psikhologii, 1998. 304 s.

11. American diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2018 // Почки. 2018. № 1., P. 50-67.

12. Efe Y.S. A Comparison of Aggression and Self-injury Among Type 1 Diabetic and Healthy Adolescents: A Sample From Turkey/Yagmur Sezer Efe, Emine Erdem//Archives of Psychiatric Nursing. Volume 32, Issue 2, 2018, P. 174-179.

13. Jaser S.S. A Pilot Study of Observed Parenting and Adjustment in Adolescents with Type 1 Diabetes and their Mothers/ S.S. Jaser, M. Grey// Journal of Pediatric Psychology 35(7). 2010. P. 738-747.

14. Lange K., Saßmann H. (2013) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. In: Petrak F., Herpertz S. (eds) Psychodiabetologie. Springer, Berlin, Heidelberg.

15. Paape F. Aspekte der psychischen Befindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in der stationären Rehabilitation/ F. Paape, T. Hermann// Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation vom 16. bis 18. März 2015 in Augsburg. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (24). P. 398-399.

16. Yavari A. Diabetes and depression/A. Yavari, M. Naimeh// Journal of Stress Physiology & Biochemistry. 2010. №3. P. 39-43.

A.S. Mosina. E.B. Fantalova

FEATURES OF MOTIVATIONAL AND PERSONALITY SPHERE OF PATIENTS WITH TYPE I DIABETES MELLITUS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article examines the level of motivation for success and motivation to avoid failure, leading life orientations and locus of control, the level of correlation between “value” and “availability” in various spheres of life, “Self-concept” and its components in adolescents with type 1 diabetes. Questionnaires are used aimed at measuring the severity of the characteristics of the motivational and personal sphere, as well as methods of statistical analysis. The study involved 9 adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus aged 14 to 17 years, with a disease experience of 3 to 10 years. A connection has been identified between the presence of type 1 diabetes and an increased level of motivation to succeed,

Keywords: diabetes mellitus, motivational and personal sphere, internal picture of the disease, life-meaning orientations, internal conflicts, leading values.

УДК 159.9.075

М.В. Рыгалова

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТЕАТРАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Алтайский государственный технический университет им. И.И. Ползунова (Барнаул).

Резюме. В статье рассматриваются возможности развития эмоционального интеллекта подростков посредствам театральной деятельности. Театральная деятельность является интегративным видом творческой деятельности, который сочетает в себе коммуникативную, эмоциональную, психологическую составляющую. В этом виде деятельности активно развиваются и проявляются волевой и эмоциональный компоненты, большая роль отводится эмоциональной составляющей. В практической части статьи приводится исследование эмоционального интеллекта подростков, его результаты, которые подтверждают гипотезу исследования о том, что если подростки занимаются театральной деятельностью, то уровень их эмоционального интеллекта увеличивается.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, подростковый возраст, театральная деятельность, развитие эмоционального интеллекта, эмоции.

Введение. Эмоциональный интеллект (ЭИ) как психологический феномен активно изучается на протяжении нескольких десятилетий. ЭИ рассматривается в контексте и взаимосвязи с различными психологическими процессами и явлениями. Актуальным вопросом является развитие этого вида интеллекта. Исследователи выделяют факторы формирования ЭИ, рассматривают различные подходы.

Поскольку эффективное социальное развитие связано со способностями к построению межличностных отношений, разрешению конфликтных ситуаций, взаимодействию с другими людьми, важно регулировать собственное поведение, поддерживать других, взаимодействовать с ними, распознавать эмоции и состояния как свои, так и других людей. Совокупность этих способностей рассматривается как проявление ЭИ.

Несмотря на относительно недавно изучаемые понятия ЭИ, сегодня накоплен опыт их исследования в контексте различных подходов. Экспертами Всемирного экономического форума ЭИ внесен в топ-10 наиболее важных навыков современной личности [8, с. 42].

По мнению израильского психолога R. Bar-On, ЭИ включает в себя способности или навыки, связанные с пониманием себя и других людей, особенностями взаимоотношений с окружающими, адаптацией к требованиям окружающей среды и управлением эмоциями. R. Bar-On рассматривает ЭИ как набор навыков, которые влияют на способность успешно справляться с требованиями окружающей среды и ее давлением [18].

Ведущая роль в структуре ЭИ, по Д. Гоулману, принадлежит интеллектуальному компоненту. Анализируя работы Д. Гоулмана, можно обозначить характеристики, которые психолог выделяет в структуре ЭИ: самосознание, в том числе эмо-

циональное, самооценка, самоконтроль, эмпатия, управление межличностными отношениями. При четком контроле человеком своих эмоций, способности распознавать чужие эмоции он заметно более успешен и приспособлен к жизни [2]. А.И. Савенков рассматривает ЭИ как составляющую интеллекта практического, который необходимо изучать в контексте общих социальных способностей. Речь идет о социальном интеллекте, эмоциональный рассматривается как его часть или элемент. Исследователь отмечает, что социальный интеллект выражается в способности человека с помощью конкретных эмоций целенаправленно увеличивать продуктивность процесса мышления и направлять внимание на определенные задачи; в способности правильно выражать эмоции, что способствует установлению благоприятного межличностного общения [10]. М.А. Манойлова определяет ЭИ как совокупность коммуникативных и регуляторных свойств личности, которые обеспечивают осознание, принятие и регуляцию собственных состояний и чувств, чувств других людей. Уровень развития ЭИ влияет на успешность межличностного взаимодействия и личностное развитие человека [7]. Е.А. Богачева отмечает, что ЭИ напрямую связан с достижением успеха и влияет на учебную и профессиональную деятельность. Исследователь связывает развитие ЭИ с социальным развитием, уровнем и качеством жизни личности. Е.А. Богачева относит к признакам ЭИ использование эмоций для улучшения качества жизни, личностное и профессиональное становление, установление успешных межличностных связей, выражение эмоций, понимание и управление ими, регулирование уровня стресса [1].

Таким образом, исследователи в области ЭИ выделяют совокупность личностных качеств, навыков, которые определяют уровень ЭИ, его значение в жизни человека. Кроме того, констатируя факт важности высокого уровня ЭИ, психологи стремятся к развитию и формулированию методов и техник его развития. Так, например, Я.В. Свило отмечает, что ЭИ личности формируется в общении, когда человек учится распознавать эмоции, проявлять их сообразно ситуации. Исследователь относит ЭИ к социально-психологическим ресурсам личности [12].

Исследователи ЭИ выявили ряд возрастных особенностей его развития. С приобретением жизненного опыта ЭИ возрастает. Целесообразно активно развивать ЭИ в подростковом возрасте, когда глубоко протекают психологические процессы, подростки психологически неустойчивы, погружены в собственный внутренний мир. В то же время развивать ЭИ возможно на протяжении всей жизни, для этого существуют тренинги, специальные программы [3, 4]. В настоящее время в российском пространстве создаются программы по развитию ЭИ с дальнейшим внедрением их в государственные образовательные учреждения. Примером является реализация программы «Навыки XXI века» (Е. Хаустова), «Опыт обучения на программах развития ЭИ педагогических коллективов» (А. Муратова) [5].

Учеными установлено, что ЭИ формируется в общении, когда человек учится распознавать эмоции, проявлять их, сообразно ситуации, реагировать в контексте заданных обстоятельств. Его можно развивать целенаправленными тренингами. Однако некоторые виды деятельности тоже могут способствовать развитию.

Анализ феномена ЭИ и поиск новых способов его развития привел к гипотезе о том, что театральная деятельность как интегративное направление творче-

ской активности может способствовать развитию ЭИ. Поскольку театральная деятельность включает в себя комплекс других направлений (литература, музыка, хореография, этика, культура общения и др.), это способствует всестороннему, гармоничному развитию личности, что сегодня является приоритетным направлением развития государственной политики в сфере образования. Театральное творчество всегда коллективное, а значит, в процессе общения, совместной работы происходит комплексное развитие ключевых элементов ЭИ, необходимых для успешной коммуникации. Кроме того, в процессе совместной работы формируется и развивается опыт коммуникативных навыков, а также социальный опыт, позволяющий формировать и аргументированно высказывать свое отношение к событию, действию, оценивать его, критически осмыслять. Определенные задаваемые рамки в процессе тренингов, репетиций, постановки создают развивающую среду, способствующую сотрудничеству в ходе совместного творчества, стимулируют творческую и социальную активность, воображение, самопознание. В рамках театральной педагогики исследователи обращают внимание на личностные характеристики людей, стремящихся к занятиям театральной деятельностью.

Фундаментальной работой на эту тему является монография В.С. Собкина, Т.А. Лыковой, А.В. Собкиной. Авторский коллектив подробно исследовал историографию по данному вопросу, а также провел длительное исследование абитуриентов и студентов Московской театральной школы Олега Табакова. В результате выявлены такие личностные особенности, влияющие на интерес к театральной деятельности, как высокий уровень общительности, открытость, эмоциональная восприимчивость, стремление к лидерству, импульсивность, эмпатичность и др. [13; 14] Аналогичные личностные особенности детей, проявляющих интерес к театральному творчеству, называют И.И. Цыганова, И.А. Рябкова. Кроме того они выделяют трудности с самоидентификацией, поиски своего Я как причины, влияющие на интерес к театральному творчеству [16]. Исследованию влияния на развитие ЭИ театральной деятельности в разные возрастные периоды посвящены работы М.Н. Самотохиной [11], Ю.А. Ступак [15, с. 66–68], И.Ю. Шустовой [17] и др.

В связи с тем, что ЭИ имеет важное значение в становлении личности, установлении ее коммуникативных связей, успешной учебной и других видов деятельности, актуальность исследования заключается в поиске новых способов развития ЭИ подростков. Театральная деятельность в этом смысле представляется как некий синтез других направлений развития, в том числе в области поисково-исследовательской работы, мыслительной деятельности. Систематические театральные занятия способствуют расширению поведенческого спектра человека в жизни, что представляется особо важным в подростковый период. В рамках дополнительного образования занятия театральной деятельностью можно рассматривать как расширение возможностей театральной педагогики в направлении развития психолого-педагогических навыков обучающихся.

Итак, базируясь на достижениях ведущих теоретиков и практиков в области ЭИ, основной **целью исследования** стала проверка гипотезы, содержащей следующее допущение: если подростки включены в активную театральную деятельность, то уровень их ЭИ становится выше.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось на выборке из 100 подростков. Поскольку достаточно сложно найти респондентов для экспериментальной группы, подростков, которые не занимались и на момент опроса не занимаются театральной деятельностью, но точно планируют, группа была сформирована и опрошена на базе двух театральных студий. Все эти респонденты также являются учащимися общеобразовательных школ, но дополнительно выбрали для себя занятия театральным творчеством. Их количество составило 50 человек. Контрольная группа состояла из 50 учащихся общеобразовательных школ, не занимающихся театральной деятельностью. Возраст респондентов от 12 до 15 лет (среднее значение M=13,2, стандартное отклонение SD=1,09). В исследовании применялась методика «Тест ЭмИН» Д.В. Люсина [6].

Для выявления возможности корректного сопоставления двух групп был применен t-критерий Стьюдента для определения значимых различий между ними. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Сравнение значений ЭИ подростков, не пожелавших заниматься в театральной студии, и подростков, изъявивших желание заниматься в театральной студии

Шкала	t-критерий Стьюдента	Значимость
МП	-0,505	0,615
МУ	0,405	0,687
ВП	0,234	0,809
ВУ	0,213	0,832
ВЭ	2,218	**0,029**
МЭИ	-0,165	0,869
ВЭИ	0,735	0,464
ПЭ	-0,460	0,646
УЭ	1,093	0,276
ОЭИ	-2,115	0,06

Примечание: МП – понимание чужих эмоций; МУ – управление чужими эмоциями; ВП – понимание своих эмоций; ВУ - управление своими эмоциями; ВЭ – контроль экспрессии; МЭИ – межличностный ЭИ; ВЭИ – внутриличностный ЭИ; ПЭ – понимание эмоций; УЭ – управление эмоциями; ОЭИ – общий уровень ЭИ

Значимые различия выявлены по одной шкале ВЭ (контроль экспрессии), по остальным шкалам значимых различий нет. Исходя из результата, подростки, планирующие заниматься театральной деятельностью, более экспрессивны, обладают меньшей способностью контролировать эмоции. Однако можно сделать вывод, что на констатирующем этапе исследования обе группы подростков сопоставимы, в этой связи они были включены в дальнейшую опытно-экспериментальную работу.

После первичного опроса респондентов по методике Д.В. Люсина (констатирующий этап) одна из групп участвовала в формирующем этапе. На протяжении 9 месяцев подростки занимались театральной деятельностью. Программа занятий составлена опытными театральными педагогами, ведущими занятия на основе психогимнастических, актерских тренингов К.С. Станиславского,

Г.А. Товстоногова, М.Ш. Кипниса. Два раза в неделю подростки посещали занятия театральной студии, участвовали в актерских и речевых, а также психогимнастических тренингах, этюдах, в подготовке к постановке. На первом этапе у подростков вызывали затруднения тренинги, связанные с выражением эмоций, представлении себя в предлагаемых обстоятельствах, раскрепощении, а также тренинги на внимание. Вместе с тем они же одновременно вызывали интерес, поскольку ранее с подобными заданиями подростки не сталкивались.

Контрольная группа (учащиеся образовательных школ) не была задействована в театральных студиях. После 9 месяцев занятий проведен повторный опрос всех участников исследования по методике Д.В. Люсина (контрольный этап).

Результаты исследования и обсуждение. Динамика среднего значения показателей ЭИ подростков экспериментальной группы на контрольном и констатирующем этапах показана на рис. 1.

Рисунок 1. Динамика среднего значения показателей ЭИ подростков экспериментальной группы на контрольном и констатирующем этапах. Обозначения те же.

Анализ рис. 1 позволяет отметить, что количественно по всем шкалам уровень ЭИ стал выше. Больше других увеличились значения по шкалам «МП», «МЭИ», «ВЭИ», «ПЭ», «УЭ» и «ОЭИ».

Для определения статистически значимых сдвигов обратимся к методам математической статистики. Обработка полученных результатов была произведена с помощью программы IBM SPSS Statistics. Для определения нормальности распределения по каждой шкале использовался одновыборочный критерий Колмогорова–Смирнова. Распределение является нормальным. Поэтому далее для обработки данных использовался t-критерий Стьюдента для связных выборок. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Изменения по показателям ЭИ подростков, занимающихся и не занимающихся театральной деятельностью

Шкалы Эмоциональный интеллект	Группа не занимающаяся театральной деятельностью		Группа занимающаяся театральной деятельностью	
	t-критерий Стьюдента	Уровень значимости	t-критерий Стьюдента	Уровень значимости
МП	-0,178	p=0,159	-6,412	p=0,000
МУ	-1,429	p=0,161	-8,387	p=0,000
ВП	-1,385	p=0,172	-6,348	p=0,000
ВУ	-0,771	p=0,444	-6,228	p=0,000
ВЭ	1,520	p=0,135	-4,592	p=0,000
МЭИ	-1,184	p=0,242	-8,800	p=0,000
ВЭИ	-0,663	p=0,510	-8,321	p=0,000
ПЭ	-1,085	p=0,283	-7,537	p=0,000
УЭ	0,000	p=1,000	-8,820	p=0,000
ОЭИ	-1,265	p=0,212	-10,611	p=0,000

Примечание: обозначения те же.

У респондентов экспериментальной группы в результате статистического анализа выявлены значимые сдвиги (при $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$) по всем шкалам (p=0,000). Так, по шкалам эмоционального интеллекта («МП», «МУ», «ВП», «ВУ», «ВЭ», «МЭИ», «ВЭИ», «ПЭ», «УЭ», «ОЭИ») у подростков экспериментальной группы показатели по всем шкалам стали достоверно выше.

Заключение. Таким образом, выдвинутая гипотеза нашла подтверждение. Занятия театральной деятельностью способствуют развитию компонентов ЭИ подростков. В частности, речевые, психогимнастические, актерские тренинги позволяют развивать вербальную и невербальную коммуникацию, навык предвидения последствий поведения, распознавания невербальных реакций и их логическое обобщение, способствуют лучшему пониманию изменений значения сходных вербальных реакций человека, ситуаций взаимодействия, в зависимости от контекста ситуации, умению контролировать и интерпретировать чувства, эмоции, рефлексировать.

Поскольку театральные методы и тренинги направлены на установление группового контакта, это способствует развитию навыков социального взаимодействия, коммуникативной компетентности. В процессе актерских тренингов развивается точность передачи характера персонажа в определенных заданных обстоятельствах, способность к контролю, регулированию собственных эмоций, управлению ими для достижения необходимого результата. Через процесс общения при групповой форме работы происходит формирование необходимых навыков распознавания эмоций собеседника, контроля собственных эмоций, управления своими эмоциями, эмоциями собеседника, формируется навык предвидения последствий поведения. Таким образом, подтверждается эффективность занятий театральной деятельностью в развитии ЭИ.

В 2021–2022 гг. Правительство РФ и Министерство просвещения РФ обсуждали вопрос о развитии театральных студий на базе общеобразовательных школ РФ. Согласно письму Министерства просвещения РФ от 8 февраля 2022 года, № ДГ-333/06 «О разработке плана мероприятий по созданию и развитию школьных театров» [9], каждый регион составляет план развития этого направления деятельности, который должен быть реализован к 2024 г. Идея создания театральных студий при школах связана с воспитательными функциями, развитием духовно-нравственных качеств учащихся. Вместе с тем, полученные положительные результаты исследования позволяют заключить, что занятия театральной деятельностью способствуют развитию составляющих ЭИ, которые, в свою очередь, положительно сказываются на успешной социализации подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачева Е.А. Влияние эмоционального интеллекта на качество жизни студентов в образовательном пространстве // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2018. № 4. С. 386–391.

2. Гоулман Д., Бояцис Р., Макки Э. Эмоциональное лидерство: искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта. М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. 301 с.

3. Давыдова Ю. В. Особенности эмоционального интеллекта подростков // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: психология и педагогика. 2007. № 2. С. 92–99.

4. Зеер Ф.Э., Сыманюк Э.Э. Компетентностный подход к модернизации профессионального образования // Высшее образование в России. 2005. № 4. С. 23–30.

5. Конференция «Работающий эмоциональный интеллект в бизнесе и образовании»: официальный сайт. URL: https://workingei.com/conf2017.

6. Люсин Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 2–22.

7. Манойлова М.А. Эмоциональный интеллект будущего педагога: акмеологическая диагностика и методы развития. М.: «POLEOGRAFF PRESS», 2008. 128 с.

8. Наймушина Л.М. Обзор психолого-педагогической работы по внедрению социально-эмоционального обучения // Педагогика вчера, сегодня, завтра. 2019. Т.. 2. № 3. С. 41–45. URL: http://dpo-journal.ru/index.php/pvsz/article/view/59.

9. О разработке плана мероприятий по созданию и развитию школьных театров: письмо Министерства просвещения РФ от 8 февраля 2022 года, № ДГ-333/06. URL: https://base.garant.ru/404474262/?ysclid=lma20hspnb26868671.

10. Савенков А.И. Социальный интеллект как проблема психологии одаренности и творчества // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2005. Т.2. № 4. С. 94–101.

11. Самотохина М.Н. Театрально-игровая деятельность как средство развития эмоционального интеллекта в дошкольном возрасте // Pedagogical Journal. 2023. Vol. 13. Is. 5A. P. 362–371.

12. Свило Я.В. Эмоциональный интеллект как социально-психологический ресурс личности подростков, проживающих в сельской местности // Мир науки. Педагогика и психология. 2020 № 6. URL: https://mir-nauki.com/PDF/12PSMN620.pdf.

13. Собкин В.С., Лыкова Т.А., Собкина А.В. Психология актера: начало профессионального пути. М., 2021. 174 с.

14. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Личностные особенности при профессиональном отборе студентов-актеров: гендерный аспект // Национальный психологический журнал. 2014. № 3 (15). С. 74–83.

15. Ступак Ю.А. Развитие эмоционального интеллекта посредством школьного театра // Известия института психологии и педагогики образования. URL: http://ippo.selfip.com:85/izvestia/stupak-yu-a-razvitie-yemocionalnogo-in/.

16. Цыганова И.И., Рябкова И.А. Склонность к игре и эмоциональность актера // Проблемы психологии искусства: Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. М.: ФНЦ ПМИ, МГУ, 2023. С. 237–245.

17. Шустова И.Ю. Детско-взрослая общность как педагогическое условие формирования эмоционального интеллекта школьников // Эмоциональный интеллект школьника: становление и развитие. М.: ФГБНУ «Институт стратегии развития образования РАО», 2022. С. 53–70.

REFERENCES

1. Bogacheva E.A. Vliyanie e`moczional`nogo intellekta na kachestvo zhizni studentov v obrazovatel`nom prostranstve // Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Akmeologiya obrazovaniya. Psikhologiya razvitiya. 2018. # 4. S. 386–391.

2. Goulman D., Boyaczis R., Makki E`. E`moczional`noe liderstvo: iskusstvo upravleniya lyud`mi na osnove e`moczional`nogo intellekta. M.: Al`pina Biznes Buks, 2005. 301 s.

3. Davy`dova Yu. V. Osobennosti e`moczional`nogo intellekta podrostkov // Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby` narodov. Seriya: psikhologiya i pedagogika. 2007. # 2. S. 92–99.

4. Zeer F.E`., Sy`manyuk E`.E`. Kompetentnostny`j podkhod k modernizaczii professional`nogo obrazovaniya // Vy`sshee obrazovanie v Rossii. 2005. # 4. S. 23–30.

5. Konferencziya «Rabotayushhij e`moczional`ny`j intellekt v biznese i obrazovanii»: oficzial`ny`j sajt. URL: https://workingei.com/conf2017.

6. Lyusin D.V. Novaya metodika dlya izmereniya e`moczional`nogo intellekta: oprosnik E`mIn // Psikhologicheskaya diagnostika. 2006. # 4. S. 2–22.

7. Manojlova M.A. E`moczional`ny`j intellekt budushhego pedagoga: akmeologicheskaya diagnostika i metody` razvitiya. M.: «POLEOGRAFF PRESS», 2008. 128 s.

8. Najmushina L.M. Obzor psikhologo-pedagogicheskoj raboty` po vnedreniyu soczial`no-e`moczional`nogo obucheniya // Pedagogika vchera, segodnya, zavtra. 2019. T.. 2. # 3. S. 41–45. URL: http://dpo-journal.ru/index.php/pvsz/article/view/59.

9. O razrabotke plana meropriyatij po sozdaniyu i razvitiyu shkol`ny`kh teatrov: pis`mo Ministerstva prosveshheniya RF ot 8 fevralya 2022 goda, # DG-333/06. URL: https://base.garant.ru/404474262/?ysclid=lma20hspnb26868671.

10. Savenkov A.I. Soczial`ny`j intellekt kak problema psikhologii odarennosti i tvorchestva // Psikhologiya. Zhurnal Vy`sshej shkoly` e`konomiki. 2005. T.2. # 4. S. 94–101.

11. Samotokhina M.N. Teatral`no-igrovaya deyatel`nost` kak sredstvo razvitiya e`moczional`nogo intellekta v doshkol`nom vozraste // Pedagogical Journal. 2023. Vol. 13. Is. 5A. P. 362–371.

12. Svilo Ya.V. E`moczional`ny`j intellekt kak soczial`no-psikhologicheskij resurs lichnosti podrostkov, prozhivayushhikh v sel`skoj mestnosti // Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya. 2020 # 6. URL: https://mir-nauki.com/PDF/12PSMN620.pdf.

13. Sobkin V.S., Ly`kova T.A., Sobkina A.V. Psikhologiya aktera: nachalo professional`nogo puti. M., 2021. 174 s.

14. Sobkin V.S., Ly`kova T.A. Lichnostny`e osobennosti pri professional`nom otbore studentov-akterov: genderny`j aspekt // Naczional`ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2014. # 3 (15). S. 74–83.

15. Stupak Yu.A. Razvitie e`moczional`nogo intellekta posredstvom shkol`nogo teatra // Izvestiya instituta psikhologii i pedagogiki obrazovaniya. URL: http://ippo.selfip.com:85/izvestia/stupak-yu-a-razvitie-yemocionalnogo-in/.

16. Czy`ganova I.I., Ryabkova I.A. Sklonnost` k igre i e`moczional`nost` aktera // Problemy` psikhologii iskusstva: Mat-ly` Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. M.: FNCz PMI, MGU, 2023. S. 237–245.

17. Shustova I.Yu. Detsko-vzroslaya obshhnost` kak pedagogicheskoe uslovie formirovaniya e`moczional`nogo intellekta shkol`nikov // E`moczional`ny`j intellekt shkol`nika: stanovlenie i razvitie. M.: FGBNU «Institut strategii razvitiya obrazovaniya RAO», 2022. S. 53–70.

18. Bar-On R., Parker J. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory // Handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. P. 363–388.

M.V. Rygalova

STUDY OF THE EMOTIONAL INTELLIGENCE OF ADOLESCENTS, ENGAGED IN THEATER ACTIVITIES

Polzunov Altai State Technical University (Barnaul).

Summary. The article discusses the possibilities of developing emotional intelligence through theatrical activities. Theatrical activity is an integrative type of creative activity that combines communicative, emotional, and psychological components. In this type of activity, volitional and emotional components actively develop and manifest themselves. The emotional component also plays a big role. The practical part of the article provides a study of the emotional intelligence of adolescents and its results. They confirm the research hypothesis that if teenagers engage in theatrical activities, their level of emotional intelligence increases.

Keywords*:* emotional intelligence, adolescence, theatrical activity, development of emotional intelligence, emotions.

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

УДК 376

Е.Э. Артемова, Л.А. Тишина

РОЛЬ ИМИТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ИГРОВЫХ НАВЫКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

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

Резюме. В системе обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями имитации как средству, а в ряде случаев самостоятельной технологии, уделяется огромное значение. Часто именно имитативный навык в обучении ребенка с проблемами в развитии является основным в плане формирования алгоритмов учебных действий или моделей поведения. Роль имитации довольно широко рассматривается в развитии коммуникации, активизации речевой деятельности, в процессе овладения разного рода академическими умениями и навыками обучающимися с особыми образовательными потребностями. В статье рассматривается роль имитации в процессе формирования социальной игры у обучающихся с расстройствами аутистического спектра младшего школьного возраста.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, имитативные навыки, коммуникативные навыки, игровая деятельность, особые образовательные потребности

В психолого-педагогических исследованиях хорошо известно, что игра на определенном этапе развития является ведущей деятельностью ребенка. Для детей, имеющих нормативное развитие, активная фаза этого периода ограничивается дошкольным возрастом, а в период начального школьного обучения мы рассматриваем вопросы перехода к учебно-игровой и учебной деятельности. В случаях построения системы коррекционно-развивающего обучения с детьми, имеющими особые образовательные потребности, приходится констатировать тот факт, что использование игры как средства обучения не зависит от возраста, а содержание игровых технологий определяется особенностями индивидуального развития ребенка. В процессе наблюдения за проведением коррекционных занятий с детьми разного возраста можно отметить, что практически равнозначно игровые приемы применяются в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС), нарушениями слуха, умственной отсталостью, тяжелыми нарушениям речи (ТНР) и др. Особого внимания заслуживает тот факт, что специалисты службы психолого-педагогического сопровождения (логопеды, дефектологи, сурдопедагоги, педагоги-психологи) применяют игровые технологии для решения разнонаправленных коррекционных задач, сочетая традиционные и инновационные подходы не только в планируемых ситуациях (учебных мероприятий), но и в создаваемых условиях (например, театрализованные, социальные, коммуникативные, дидактические игры и др.).

Игровые навыки способствуют формированию различных коммуникативных моделей (ребенок-взрослый, ребенок-ребенок), а, следовательно, являются важным фактором усвоения образцов социального поведения, способствуют освоению навыков саморегуляции и самоконтроля. В игре очевиден обозначаемый ребенком мотив и замысел, поэтому в процессе диагностики все специалисты обращают внимание не только на степень участия ребенка с подвижных, дидактических, индивидуальных, коллективных, сюжетно-ролевых играх, но и на целенаправленность игрового процесса особенно у детей с особыми образовательными потребностями. В исследованиях теоретико-методологического и практико-ориентированного плана подчеркивается, что именно игра является способом и средством формирования представлений об окружающем мире, развития интеллектуальных операций, речевых и коммуникативных навыков, учебной и внеучебной деятельности, эмоционального интеллекта и личностных характеристик.

Игровые технологии приобретают особую значимость в работе с детьми с особыми образовательными потребностями. Игра является неотъемлемым компонентом коррекционно-развивающей работы [4, 5, 10, 11, 16], дает возможность проектирования интегрированных занятий, проводимых специалистами службы психолого-педагогического сопровождения [2, 3, 8, 12], может быть развернута на этапе диагностики нарушений развития [13, 15, 17]. Отработка умений и навыков, их автоматизация, перенос способов выполнения заданий в рамках коррекционно-развивающего обучения являются возможными только в процессе многократного повторения специально подобранных игровых упражнений.

Формирование игровых навыков у обучающихся с РАС является важной составляющей не только коррекционно-развивающего обучения, но и психолого-педагогического сопровождения. Специфичность развития детей с РАС часто сводится к отсутствию совместной деятельности не только со сверстниками, но и со знакомыми взрослыми. Мозаичность процессов понимания речи связывается с отсутствием вербальной и невербальной коммуникации [15], что существенно усложняет процесс развития игровой деятельности. Ребенок с РАС, не владея сюжетом, не способен соблюдать правила, расширять игровой замысел, отбирать атрибутику, выстраивать сюжет и пр. В психолого-педагогических исследованиях отмечается, что для поведения обучающихся с РАС наиболее типичными являются стереотипные игры, которые непонятны окружающим. Набор хорошо заученных действий, специфических манипуляций, постоянство игровых атрибутов не могут в привычном понимании считаться игрой.

Имитация в работе с обучающимися с РАС часто является единственной возможностью отработать алгоритм некоторых других действий, непривычных для ребенка [1, 6, 7, 9, 14]. Обучающиеся с РАС нуждаются в организующей и мотивирующей помощи педагога или другого взрослого, поскольку без многократного повторения на протяжении длительного промежутка времени новые навыки утрачиваются. Индивидуализация коррекционно-развивающей работы с ребенком, имеющим РАС, должна учитывать не только направления и содержание обучения, но и специфику игровых и имитативных навыков.

В работе с обучающимися с РАС имитация применяется не только как ме-

тод коррекции, но и как средство диагностики вербальных, социальных, поведенческих, коммуникативных, моторных навыков. Учитывая разные типы имитативных навыков (моторные, вербальные, коммуникативные и пр.), имитация во многом может служить прогностическим показателем для освоения разных видов деятельности ребенком с РАС.

В психолого-педагогической литературе отмечается недостаток развития двигательной имитации у детей с РАС. В плане игровой деятельности отмечаются трудности вовлечения такого ребенка в подвижные игры, игры, связанные с перемещением в пространстве, участие в хороводах, танцах и пр. Имитативные мелкомоторные навыки не сформированы, у обучающихся с РАС обнаруживается практически полное отсутствие социальных жестов. Способность к имитации социальных жестов напрямую связана с коммуникативными навыками, а значит определяет эффективность социализации и адаптации. Обучение через имитацию связано не столько с автоматическим копированием какого-либо действия, но и возможности осознавать его и использовать в различных ситуациях общения.

Для развития игровых навыков у обучающихся с РАС в коррекционно-развивающей работе применяют комплекс различных имитационных вербальных, визуальных, индивидуальных, коллективных и др. приемов. В качестве игровых упражнений используют ролевые, театрализованные, дидактические (особенно игры по правилам с переходом хода), коммуникативные, социальные и пр. Игровые приемы в коррекционной работе с обучающимися с РАС активно используются на разных этапах в структуре и содержании работы специалистов службы психолого-педагогического сопровождения. Отдельные виды упражнений (вербальное подражание, работа с наглядным предметным или иллюстративным материалом, отработка учебных диалогов, формулирование ответов на вопросы, работа со схематическими изображениями, алгоритмами, таблицами, опорами и пр.) активно применяются для структурирования учебной ситуации.

Если в дошкольном возрасте ребенок познает окружающий социальный и предметный мир в игре, подражая взрослому, то каково же влияние имитации на формирование игровых навыков в школьном возрасте, когда у обучающихся с РАС, не стремящихся к установлению коммуникативных и социальных контактов, необходимо поддерживать мотивацию и в процессе академического обучения, и в системе коррекционно-развивающих мероприятий. Нарушения коммуникации у обучающихся с РАС требуют поиска путей эффективного взаимодействия в процессе обучения. Возможно, одним из таких путей может стать имитация.

Экспериментальное исследование проводилось на базе Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС. В состав экспериментальной группы были отобраны 15 младших школьников (9 мальчиков и 6 девочек) с РАС в возрасте 8 лет, осваивающих программу АООП вариант 8.2. Результаты проведенного исследования показали, что обучающиеся с РАС, несмотря на то что в самостоятельной игре могут быть довольно успешны, в сюжетной игре с другим ребенком показывали различную степень сформированности навыка взаимодействия. Самые низкие показатели успешности демонстрировали участники эксперимента при участии в ролевых играх, ко-

торые находятся в зоне ближайшего развития детей выборки.

Характерным показателем для всех участников эксперимента была несформированность навыка ожидания своей очереди хода в игре. Это, на наш взгляд, может быть связано с тем, что дети до конца не понимают правил игры с переходом хода. Еще одним важным фактором является низкий уровень произвольности поведения, обусловленный нарушений в структуре аутистического спектра.

Для проведения коррекционной работы была выбрана игра Activity, адаптированная экспериментаторами с учетом особенностей психического развития младших школьников.

Для проведения занятий были сформированы три группы, в которые вошли по пять детей и двое взрослых. Один из взрослых выступал в роли помощника для ребенка-ведущего, а другой взрослый ассистировал отвечающим игрокам команды с помощью подсказок, побудительной стимуляции и имитации игровых действий.

Адаптация игры заключалась в следующем:

- количество заданий в одной карточке было уменьшено с шести до одного;
- надпись на карточке сопровождалась картинкой. Это было сделано для тех детей, которые имеют трудности в овладении навыком чтения;
- карточки были сгруппированы в комплекты в зависимости от способа выполнения задания (рисование, показ или объяснение); на четвертом, самом сложном этапе, использовали все три комплекта;
- на рубашке каждой карточки была изображена пиктограмма, обозначающая действие: нарисуй, покажи, расскажи. Цветовая маркировка карточек дублировала маркировку секторов игрового поля;
- в отличие от оригинального варианта игры, где за задания разной сложности можно получить 3, 4 или 5 баллов, в нашем случае за успешно выполненное задание команда получала 5 баллов.

Игровые коррекционно-развивающие занятия проводились после уроков в просторных помещениях, предназначенных для спортивных занятий, поскольку там есть пространство, в котором удобно проводить разминки и этап релаксации. Было проведено шесть сессий игровых занятий продолжительностью от 10 до 40 минут соответственно.

На занятиях использовали только знакомый детям игровой материал, для того чтобы не сместить фокус внимания с социального взаимодействия с партнерами по игре на освоение новых игровых действий. Поэтому коррекционная работа была разбита на два этапа - подготовительный и основной. На подготовительном этапе проводили знакомство с игровыми материалами (игровое поле, фишки команд, кубик), отрабатывали первичные навыки передачи хода. Школьники учились распределяться на команды: для этого мы использовали футболки трех цветов и значки трех цветов с номерами, обозначающими очередность участия игрока по ходу игры. Для облегчения восприятия нами было использовано визуальное расписание с указанием имен игроков и порядковых номеров в той последовательности, в которой участники будут ходить.

Подготовительный этап был направлен на формирование у детей умений бросать кубик и двигаться по игровым секторам. На этом этапе было важно

обеспечить смену последовательности участия детей, чтобы предотвратить формирование стереотипов.

Поскольку в силу психологических особенностей младшие школьники с РАС испытывают трудности переключения с одного вида деятельности на другой, основной этап игры был разделен на четыре ступени: рисование, пантомима, объяснение и комбинированный, при котором можно использовать все три способа объяснения слова.

В игровых карточках с заданиями необходимо использовать знакомые и понятные объекты, явления и действия, поскольку наша работа была направлена не на изучение нового материала, а на развитие коммуникации и формирование навыка социальной игры с переходом хода.

В качестве примера приведем алгоритм проведения игры на 1-й ступени (рисование). На доске для визуального расписания мы указывали имена детей, распределенных на команды. В таблице также отмечен порядок участия и общее количество баллов, заработанных командой на текущий момент. В начале каждого раунда было необходимо проговорить с детьми, кто будет следующим ведущим, поскольку у детей не сформирован навык отслеживания очередности передачи хода.

Карточки с заданиями для первой ступени (рисование) располагались рядом с игровым полем. Взрослый моделировал ситуацию для команды: «Я бросаю кубик, выпало 4, делаю ход один-два-три-четыре, беру карточку, смотрю на картинку и читаю слово про себя, теперь рисую. Ребята, что же я такое нарисовал, на что это похоже?». Если дети затруднялись с ответом, другой взрослый давал подсказку. После моделирования взрослый передавал кубик первому из участников игры и звучала инструкция: «Теперь ты ведущий, бросай кубик!». После того как игрок нарисовал картинку, другой взрослый побуждал участников команды давать ответ: что же нарисовал ведущий. При возникновении затруднений взрослый давал подсказку. Когда игроки команды угадали нарисованный предмет, в таблицу вносились 5 баллов. В процессе проведения игры взрослые использовали не только разнообразные подсказки, но и дифференцированные виды помощи. Для продолжения игры алгоритм повторялся.

На первой и второй ступени игры мы наблюдали у обучающихся с РАС крайнюю степень заинтересованности самими игровыми материалами: они были новыми, непривычными, не связанными с традиционным подходом к обучению. К третьей и четвертой ступени игры все ученики демонстрировали способность самостоятельно отслеживать свою очередь при помощи визуального расписания, бросать кубик, отсчитывать правильное количество ходов по игровому полю, передавать кубик следующему игроку и, что важно, побуждать друг друга сделать следующий ход и продолжить игру. Иногда участники проявляли нетерпение, однако выраженных проявлений дизадаптивного поведения мы не отмечали.

На протяжении всей игровой сессии ни у одного ребенка не было отмечено признаков психического истощения. Все дети показали достаточный уровень понимания и удержания сложносоставной инструкции. Важно отметить, что у детей появилось желание брать на себя роль ведущего, дети с удовольствием вносили оценки в таблицу рядом с названием команды. Все участники положи-

тельно отреагировали на игру и проявили желание принять участие в последующих игровых сессиях.

В процессе игровых сессий мы отмечали у младших школьников достаточное понимание инструкции. При организации своего поведения и взаимодействия со сверстниками дети проявляли самостоятельность, старались отслеживать очередность хода с опорой на визуальное расписание.

При проведении четвертой и пятой сессий игры опора на визуальное расписание уже не требовалась, школьники самостоятельно следили за очередностью ходов. В шестой сессии дети демонстрировали достаточную устойчивость навыков ожидания, отслеживания, осуществления и передачи хода. Однако следует отметить, что у детей все еще наблюдались трудности переключения при переходе от одного вида деятельности к другому (например, при переключении с рисования на объяснение), что говорит о несформированности переключаемости внимания. У обучающихся с РАС отмечалась высокая концентрация внимания на каком-то одном виде деятельности (например, рисовании), поэтому взрослые, сопровождающие игру, имитативно задавали модели следующей игровой ситуации или продолжения игры.

Применение предлагаемой методики формирования социально-коммуникативных игровых навыков, основанной на имитации коммуникативных моделей, позволяет в процессе внеурочной деятельности отработать навыки вербального и невербального общения и способствует стабилизации эмоционально-волевой сферы на основе операций саморегуляции и самоконтроля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адильжанова М.А. Развитие фонематического слуха и первоначальных аудиальных компетенций на основе имитативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра // Современные наукоемкие технологии. 2020. № 8. С. 97-101.

2. Антонова Е.Е., Васильева Е.А. Возможности использования техники песочной терапии при формировании пространственных представлений у дошкольников с нарушениями речевого развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2023. № 5. С. 26-39.

3. Артемова Е.Э. Полимодальный подход и его использование в логопедической работе // Межотраслевые подходы в организации обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья. М., 2014. С. 16-31.

4. Артемова Е.Э., Адильжанова М.А. Логопедическая работа с детьми с ранним детским аутизмом // Логопедия сегодня. 2009. № 4 (26). С. 48-52.

5. Баблумова М.Е. Коррекционно-педагогическая работа по формированию коммуникативных умений у дошкольников с умеренной умственной отсталостью: Автореф. дис. канд. пед. наук. М., 2014

6. Береславская М.И. Приемы организации поведения и обучения детей с РАС, используемые педагогами в начальной школе ФРЦ МГППУ // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 4. С. 26-34. DOI:10.17759/autdd.2017150404

7. Губриенко С., Тишина Л.А. Изучение навыков имитации у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра //

Современные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей: Традиции и инновации. Сб. мат-лов II Международной междисциплинарной науч. конф. / Под общей ред. О.Н. Усановой. 2020. С. 391-394.

8. Данилова А.М., Подвальная Е.В. Организационно-педагогические условия развития изобразительной деятельности школьников с расстройствами аутистического спектра в системе инклюзивного образования // Социально-педагогическая поддержка лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. Сб. ст. по мат-лам VII Международной науч.-практ. конф. / Под науч. ред. Ю.В. Богинской. Симферополь, 2023. С. 112-115.

9. Ершова М., Адильжанова М.А. Особенности развития имитации у детей с расстройствами аутистического спектра // Центральные механизмы речи. Сб. мат-лов X Всероссийской (с международным участием) науч.-практ. конф. им. проф. Н.Н. Трауготт. / Под общей ред. Е.И. Гальпериной. СПб., 2022. С. 44.

10. Киреева М.Е. Организация и содержание коррекционной работы по формированию коммуникативных умений у дошкольников с умеренной умственной отсталостью // Специальная педагогика и специальная психология. Сб. науч. ст. V Международного теоретико-методологического семинара. 2013. С. 103-105.

11. Никонова А.В., Данилова А.М. К вопросу о развитии аффективной регуляции у детей с расстройствами аутистического спектра // Инклюзивное образование: теория и практика. Сб. мат-лов V Международной науч.-практ. конф. / Отв. ред. И.А. Ахметшина, О.С. Мишина, Г.А. Романова, Т.В. Тимохина, О.С. Кузьмина, Т.Ю. Четверикова. Орехово-Зуево, 2020. С. 356-359.

12. Сорокина В.Т.А., Орленко Т.Н. Проблема выявления нарушений речевого развития у детей раннего возраста // Психолого-педагогическое сопровождение общего, специального и инклюзивного образования детей и взрослых. Сб. мат-лов III Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием / Науч. ред. С.Г. Лещенко. Чебоксары, 2023. С. 255-257.

13. Сорокина В.Т.А., Федотовских Л.М. Взаимодействие психолога и логопеда в работе с детьми с церебральным параличом // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2005. № 2. С. 22.

14. Тишина Л.А., Голубева Н.Н. Использование жестов в коррекционно-логопедической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра // Актуальные проблемы образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Мат-лы науч.-практ. конф. с международным участием / Под ред. Е.Г. Речицкой, В.В. Линькова. 2018. С. 130-134.

15. Тишина Л.А., Денисова И.А. Системный анализ проблемы понимания речи у детей с расстройствами аутистического спектра // МИР специальной педагогики и психологии. Научно-практический альманах. М., 2018. С. 138-142.

16. Труханова Ю.А. Социально-психологическая игра в развитии коммуникативных умений у слабослышащих младших школьников // Современные наукоемкие технологии. 2023. № 3. С. 126-133.

17. Труханова Ю.А., Юнькина Е.А. Ранняя диагностика и коррекция нарушений развития у детей на базе центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи // Психолого-педагогическое

сопровождение общего, специального и инклюзивного образования детей и взрослых. Сб. мат-лов III Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием / Науч. ред. С.Г. Лещенко. Чебоксары, 2023. С. 104-105.

REFERENCES

1. Adil`zhanova M.A. Razvitie fonematicheskogo slukha i pervonachal`ny`kh audial`ny`kh kompetenczij na osnove imitativny`kh navy`kov u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Sovremenny`e naukoemkie tekhnologii. 2020. # 8. S. 97-101.

2. Antonova E.E., Vasil`eva E.A. Vozmozhnosti ispol`zovaniya tekhniki pesochnoj terapii pri formirovanii prostranstvenny`kh predstavlenij u doshkol`nikov s narusheniyami rechevogo razvitiya // Vospitanie i obuchenie detej s narusheniyami razvitiya. 2023. # 5. S. 26-39.

3. Artemova E.E`. Polimodal`ny`j podkhod i ego ispol`zovanie v logopedicheskoj rabote // Mezhotraslevy`e podkhody` v organizaczii obucheniya i vospitaniya licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya. M., 2014. S. 16-31.

4. Artemova E.E`., Adil`zhanova M.A. Logopedicheskaya rabota s det`mi s rannim detskim autizmom // Logopediya segodnya. 2009. # 4 (26). S. 48-52.

5. Bablumova M.E. Korrekczionno-pedagogicheskaya rabota po formirovaniyu kommunikativny`kh umenij u doshkol`nikov s umerennoj umstvennoj otstalost`yu: Avtoref. dis. kand. ped. nauk. M., 2014

6. Bereslavskaya M.I. Priemy` organizaczii povedeniya i obucheniya detej s RAS, ispol`zuemy`e pedagogami v nachal`noj shkole FRCz MGPPU // Autizm i narusheniya razvitiya. 2017. T. 15. # 4. S. 26-34. DOI:10.17759/autdd.2017150404

7. Gubrienko S., Tishina L.A. Izuchenie navy`kov imitaczii u detej doshkol`nogo vozrasta s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Sovremenny`e metody` profilaktiki i korrekczii narushenij razvitiya u detej: Tradiczii i innovaczii. Sb. mat-lov II Mezhdunarodnoj mezhdisciplinarnoj nauch. konf. / Pod obshhej red. O.N. Usanovoj. 2020. S. 391-394.

8. Danilova A.M., Podval`naya E.V. Organizaczionno-pedagogicheskie usloviya razvitiya izobrazitel`noj deyatel`nosti shkol`nikov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v sisteme inklyuzivnogo obrazovaniya // Soczial`no-pedagogicheskaya podderzhka licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya: teoriya i praktika. Sb. st. po mat-lam VII Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. / Pod nauch. red. Yu.V. Boginskoj. Simferopol`, 2023. S. 112-115.

9. Ershova M., Adil`zhanova M.A. Osobennosti razvitiya imitaczii u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Czentral`ny`e mekhanizmy` rechi. Sb. mat-lov X Vserossijskoj (s mezhdunarodny`m uchastiem) nauch.-prakt. konf. im. prof. N.N. Traugott. / Pod obshhej red. E.I. Gal`perinoj. SPb., 2022. S. 44.

10. Kireeva M.E. Organizacziya i soderzhanie korrekczionnoj raboty` po formirovaniyu kommunikativny`kh umenij u doshkol`nikov s umerennoj umstvennoj otstalost`yu // Speczial`naya pedagogika i speczial`naya psikhologiya. Sb. nauch. st. V Mezhdunarodnogo teoretiko-metodologicheskogo seminara. 2013. S. 103-105.

11. Nikonova A.V., Danilova A.M. K voprosu o razvitii affektivnoj regulyaczii u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Inklyuzivnoe obrazovanie: teoriya i praktika. Sb. mat-lov V Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. / Otv. red. I.A.

Akhmetshina, O.S. Mishina, G.A. Romanova, T.V. Timokhina, O.S. Kuz`mina, T.Yu. Chetverikova. Orekhovo-Zuevo, 2020. S. 356-359.

12. Sorokina V.T.A., Orlenko T.N. Problema vy`yavleniya narushenij rechevogo razvitiya u detej rannego vozrasta // Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obshhego, speczial`nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya detej i vzrosly`kh. Sb. mat-lov III Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem / Nauch. red. S.G. Leshhenko. Cheboksary`, 2023. S. 255-257.

13. Sorokina V.T.A., Fedotovskikh L.M. Vzaimodejstvie psikhologa i logopeda v rabote s det`mi s czerebral`ny`m paralichom // Korrekczionnaya pedagogika: teoriya i praktika. 2005. # 2. S. 22.

14. Tishina L.A., Golubeva N.N. Ispol`zovanie zhestov v korrekczionno-logopedicheskoj rabote s det`mi s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Aktual`ny`e problemy` obrazovaniya licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya. Mat-ly` nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem / Pod red. E.G. Rechiczkoj, V.V. Lin`kova. 2018. S. 130-134.

15. Tishina L.A., Denisova I.A. Sistemny`j analiz problemy` ponimaniya rechi u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // MIR speczial`noj pedagogiki i psikhologii. Nauchno-prakticheskij al`manakh. M., 2018. S. 138-142.

16. Trukhanova Yu.A. Soczial`no-psikhologicheskaya igra v razvitii kommunikativny`kh umenij u slabosly`shashhikh mladshikh shkol`nikov // Sovremenny`e naukoemkie tekhnologii. 2023. # 3. S. 126-133.

17. Trukhanova Yu.A., Yun`kina E.A. Rannyaya diagnostika i korrekcziya narushenij razvitiya u detej na baze czentra psikhologo-pedagogicheskoj, mediczinskoj i soczial`noj pomoshhi // Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obshhego, speczial`nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya detej i vzrosly`kh. Sb. mat-lov III Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem / Nauch. red. S.G. Leshhenko. Cheboksary`, 2023. S. 104-105.

E.E. Artemova, L.A. Tishina

THE ROLE OF IMITATION IN THE FORMATION OF GAME SKILLS OF STUDENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. In the system of education and upbringing of children with special educational needs, imitation as a means, and in some cases an independent technology, is given great importance. Often it is the imitative skill in teaching a child with developmental problems that is the main one in terms of forming algorithms for educational actions or behavioral models. The role of imitation is widely considered in the development of communication, the activation of speech activity, in the process of mastering various kinds of academic skills and abilities by students with special educational needs. The article examines the role of imitation in the process of forming a social game in students with autism spectrum disorders of primary school age.

Keywords: autism spectrum disorders, imitative skills, communication skills, play activity, special educational needs

УДК 159.9:61

В.И. Шебанова, С.Г. Шебанова, Н.В. Пасенко

ВИЗУАЛЬНО-НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ НОРМАЛИЗАЦИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Херсонский аграрный университет» (Херсон)

Резюме. В статье акцентируется внимание на применении визуально-нарративного подхода при оказании психологической помощи личности с нарушениями пищевого поведения. Показано, что одним из подходов, широко применяемым специалистами при оказании психологической помощи в решении разнообразного спектра психологических личностных проблем, нормализации пищевого поведения и психологического состояния личности в кризисных и травматических ситуациях является визуально-нарративный подход. Сделан акцент на особой ценности данного подхода как эффективного средства психологической самопомощи.

Ключевые слова: визуально-нарративный подход, нарушения пищевого поведения, нормализация пищевого поведения, психологическая помощь, самопомощь, кризисные ситуации, травматические ситуации, поиск ресурсов, само- и жизнеконструирование.

Введение. Актуальность темы исследования определяется ее направленностью на оказание психологической помощи людям с нарушениями пищевого поведения (ПП) и деформациями веса. Предмет статьи – обосновать и описать применение визуально-нарративного подхода при оказании психологической помощи в кризисных ситуациях вообще и при нарушениях ПП в частности. При этом мы руководствовались фактом, что есть много людей, которые не вписываются в диагностические критерии традиционно описанных расстройств ПП как нозологических единиц, но также страдают от присущих им искаженных паттернов ПП. Всех этих людей объединяет острое чувство *неудовлетворенности собственным реальным или воображаемым избыточным весом*. Учитывая негативный характер психоэмоциональных переживаний в ситуации хронической неудовлетворенности собственным весом и настойчивого стремления к снижению веса мы рассматриваем такую ситуацию как *травматический телесный опыт, как хронический стресс или как проблемную, кризисную, травматическую жизненную ситуацию, переживаемую личностью в контексте ее жизненного пути* [13].

Цель статьи обосновать и продемонстрировать возможности визуально-нарративного подхода при оказании психологической помощи личности, в частности – нормализации ПП.

Изложение основного материала. На сегодня нарративный подход широко применяется как в психологических научных исследованиях [4, 8, 15, 16], так и при оказании психологической помощи в решении различного спектра психологических проблем личности, нормализации ПП и психологического состояния в кризисных и травматических ситуациях [1, 5, 6, 7, 12]. Заметим, что применение нарративного подхода при оказании психологической помощи связано с так называемым «нарратологическим поворотом», т. е. широкой экспансией

нарратологии в другие направления – психологию, социологию, теологию, историю, право. Основателями нарративной терапии являются M. White и D. Epston, которые в своей книге, посвященной вопросам терапии на основе нарративного подхода, обосновали основные положения, принципы и понятия [30].

Реализация нарративного подхода осуществляется благодаря созданию устных и письменных текстов во время психокоррекции и/или психотерапии. Сочетание вербального творческого продукта с метафорическими ассоциативными картами, фотографиями, открытками, рисунками, мандалами и пр. позволяет выделять визуально-нарративный подход[1]. «Тексты» как отклик на визуальные стимулы (ассоциативные карты, фотографии, рисунок, мандалу и др.) могут быть любого характера (биографического или фантазийного) и любого стиля (проза, рифмованные и нерифмованные стихи, сказки, личные истории, эссе и др.). В одном варианте визуальный ряд может быть первичен, а тексты вторичны. При этом «текстом» может быть просто развернутый комментарий участника группы (клиента) или творческий авторский текст, составленный клиентом. В другом варианте, наоборот, первичными могут быть тексты, а к ним вторично подбираются визуальные стимулы, которые тоже в дальнейшем описываются и анализируются в связи с реальной жизнью (реальной жизненной историей) клиента.

Методологическую и теоретическую основу подхода составляют идеи культурно-исторической теории Л.С. Выготского [2], нарративной психологии (J.S. Bruner [17], Т. Сарбина [9] и др.), французской философии постструктурализма (G. Deleuze [18], J. Derrida [20], M. Foucault [21] и др.), антропологии переживания (C. Geertz [23], B. Myerhoff [26], V.W. Turner, E.M. Bruner [29] и др.), драматургической социологии (E. Goffman [24] и др.). По мнению P.H. Ray и S.R. Anderson, более правильным было бы считать нарративную практику культурно-креативным подходом [28].

Визуально-нарративный подход тесно связан с постмодернистским пониманием дискурса как способа вербальной и визуальной коммуникации с системой значений, которая ему соответствует и тесно связана с культурными и социальными условиями жизни людей. Значимый вклад в нарративную терапию внес M. Foucault, описывая понятие дискурсов [21]. Автор рассматривал дискурс как определенное мировоззрение – систему утверждений, практик, установленных структур, которые представляют общие ценности. Дискурсы – это интернализированные нарративы культуры, знания, которые воспринимаются как истина (хотя на самом деле они условны и являются всего лишь общепризнанной договоренностью). Дискурсы существуют в любой сфере отношений.

В практической работе психолога как ведущего группы (или в ходе индивидуальной психокоррекции/психотерапии) применение визуально-нарративного подхода предполагает организацию благоприятных условий по созданию творческого вербального продукта участниками группы (клиентом) своей «личной истории». Создание таких историй на основе визуально-нарративного подхода позволяет человеку исследовать значение вербальных и/или визуальных образов, установить

[1]Термин М.-Л. Раян, предполагающий создание ментального образа повествовательной реальности [13].

между ними логические связки, организовать и осмыслить свой опыт, почувствовать преемственность опыта, выразить свое мировосприятие, осознать свою идентичность и связь личной истории с социокультурным контекстом.

Большое значение в рамках визуально-нарративного подхода имеет рефрейминг, который позволяет изменить значение образов в зависимости от контекста, что фактически означает «переписывание» проблемы или личной истории человека. Ю. А. Чаусова отмечает способность нарратива совмещать прошлое, настоящее и будущее в единую историю. При этом, пересекаясь друг с другом, они могут приобретать разный смысл, трансформируясь с изменением жизненных взглядов человека, его представлениями про прошлое и настоящее, планами на будущее. Индивидуальный рассказ охватывает все пространство жизни личности, ведь человеческое прошлое, настоящее и будущее осознаются и определенным образом объясняются только в пределах определенного рассказа о себе, своей жизни, своих планах [11, с. 229].

Нарративные психотерапевты, J. Friedman и G. Combs, отмечают: «Наше восприятие реальности организуется и поддерживается с помощью создания историй. Мы используем их для того, чтобы оформить и передать информацию про себя и других людей. ... Для многих психотерапевтов, которые базируются на данном подходе, представление о скрытой структуре психики уступило место представлениям про определяющую роль метафор языка, историй и их значений» [22, с. 243]. Наряду с этим M.P. Nicnols и R.C. Schwartz отмечают, что в фокусе внимания психотерапевтов, которые в своей работе опираются на нарративный подход, находится *не столько стремление изменить поведение, сколько изменение значений личного опыта клиентов*. По их мнению: «Нарративные психотерапевты не решают проблем своих клиентов. Они способствуют освобождению клиентов от иллюзий, в которые они были погружены под влиянием культурных факторов, для того чтобы они могли осуществлять самостоятельный выбор и пользоваться богатством своих возможностей... Нарративная психотерапия предопределяет изменение идентичности клиента» [27, с. 407].

Мы присоединяемся к мнению А.И. Копытина и Б. Корта, которые отмечают, что «преимущества визуально-нарративного подхода состоят в возможности глубокой и всесторонней проработки психологического материала на основе активности самого клиента» [5, с. 50]. Такой подход разрешает клиенту самому найти и раскрыть как значение визуальных образов, так и логические связи между образами. По мнению D. Denborough, сложно переоценить преимущества визуально-нарративного подхода при работе с теми, кто отличается от большинства людей своими привычками, ценностями, взглядами и/или образом жизни, что достаточно часто наблюдается при травматическом стрессе [19]. На сегодня разнообразные нарративные техники эффективно применяются в работе с людьми, которые пережили ситуацию психической травмы (в лагерях беженцев, в «горячих точках», в ситуациях утраты, насилия, оккупации, миграции и др.). Мы разделяем мнение тех авторов, которые особую ценность этого подхода видят не только в форме дополнительного средства психотерапевтической работы, но и в качестве эффективного средства психологической самопомощи [3, 5, 22, 27].

На наш взгляд, применение визуально-нарративного подхода (как сочетания визуальных стимулов и «сочинительства» текста с дальнейшим анализом их связей с реальной жизненной историей) при работе с людьми с расстройствами травматического спектра является высокоэффективным и имеет значительный ресурсный потенциал благодаря решению целого комплекса психокоррекционных задач, среди которых можно выделить следующие: улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья; самоисследование участников группы (клиентов в индивидуальной терапии) с целью выявления психологических проблем («проблемных моментов жизни»); развитие навыков и внутренних механизмов совладения со сложными переживаниями, осознание и выражение сложных переживаний; переосмысление прошлого и ориентация на позитивное будущее, обретение смысла жизни на основе развития самосознания, рост самопринятия и самоуважения как основы стабилизации эмоционального состояния и поведенческих изменений; установление и развитие взаимосвязей с другими людьми; изучение способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общение с другими; содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности.

Обращение к письменной речи (в процессе сочинительства) позволяет достичь более высокой концентрации чувств и более высокого уровня совладения (контроля) над переживаниями в момент творчества или в момент озвучивания (повествования) своего творческого вербального продукта. Кроме того, для некоторых людей письменное выражение мыслей и эмоций выступает более мягкой, безопасной и комфортной формой выражения своих представлений и фантазий, чем устная речь, поскольку позволяет им создать определенную межличностную дистанцию и тем самим защитить свои личностные границы (в случае недостаточного доверия к группе или психотерапевту).

Процесс нарративной психотерапии предполагает этап экстернализации проблемы (дистанцирование «проблемы» от человека). По мнению M. White, когда человек описывает себя с помощью предикатов «слишком», «недостаточно» и т. п. (к примеру, «я слишком толстая» или «я недостаточно стройная»), то он тем самым постулирует, что проблема «в нем самом» [31]. Такая формулировка, кроме дискомфорта, который уже существует как хроническое ощущение неудовлетворенности собой, добавляет еще чувство стыда и вины. С целью редукции этих негативных ощущений нарративный подход предлагает прием «экстернализации», который позволяет дистанцироваться от «проблемы». При этом последняя может представляться как некая «Сущность», которая имеет планы, виды, намерения на жизнь человека, стратегии, тактики, приемы, которой значимо отличаются от намерений субъекта и мешают ему двигаться в предпочитаемом для него направлении.

Таким образом, экстернализация проблемы – это психотерапевтический прием, какой побуждает участников группы (клиента в процессе индивидуальной работы) объективировать (персонализировать) проблему путем создания вербального и/или образного продукта в ходе творческого процесса. Благодаря этому проблема подвергается *трансформации*, под влиянием чего изменяется ее восприятие и про-

блема становится тем, на что можно повлиять и что можно изменить (в отличие от позиции отчаяния и беспомощности, когда определенная проблема кажется глобальной, неразрешимой, неизменной и стабильной). Другими словами, экстернализация проблемы смягчает остроту ее переживания и обеспечивает бóльшие возможности для ее осмысления. Более того, экстернализация позволяет включить проблему в более широкий личностный контекст, посмотреть на нее с разных позиций и обнаружить новые смыслы. Это создает условия для переосмысления и переобозначения проблемы, а в дальнейшем позволяет человеку обнаружить и ощутить в себе новые возможности – ресурсы, на основе которых становится возможным поиск альтернатив и изменение поведения. Проблема начинает воспринимается как «объект», на который можно влиять. Это позволяет человеку взять на себя бóльшую ответственность за характер отношений с «Проблемой», снизить чувство вины, повысить качество собственной жизни и самоэффективности [25; 30].

Кроме этапа экстернализации, процесс нарративной психотерапии предполагает этап *деконструирования*. Под данным термином J. Derrida понимает критический анализ идей, которые были некритично усвоены, т. е. своего рода «распаковку» или «контекстуализацию» [20]. Используя деконструирование, специалист помогает клиенту осознать, что представления или убеждения, которые доминируют в его сознании, являются «иллюзией» и что на самом деле реальность значительно разнообразнее и шире. Основной смысл деконструкции как психотерапевтического приема состоит в том, чтобы создать «некое пространство» между человеком и идеями, сделать эти идеи видимыми, чтобы человек мог на их посмотреть и оценить их влияние на себя. Поиск иных, новых вариантов позволяет освободить человека от «иллюзорных истин», расширяет его горизонты, дает ему ощущение свободы, силы и уверенности в достижении новых возможностей. Реализация такого творческого поиска наиболее вероятна при сочинении прозы, стихов, песен. По мнению ряда специалистов, процесс творчества нормализует работу мозга, стабилизирует эмоциональные процессы и повышает самоконтроль. Это позволяет использовать творческий процесс в ходе психотерапевтической коррекции стрессовых состояний, фобий, тревоги иных аффективных состояний [10, с. 45].

В собственной психоконсультационной и психотерапевтической работе мы часто применяем разнообразные техники, которые являются инструментом экстернализации вербальной продукции: эссе, личные истории, сказки, стихи (в частности, синквейн и акростих) и множество разнообразных упражнений на основе метафорических ассоциативных карт, которые сопровождаются развернутым комментарием клиента [12, 13].

Ниже представлен фрагмент психодиагностической и психотерапевтической работы с клиенткой на основе комбинации модифицированного теста инверсии эмоционального отражения [14] и метафорических ассоциативных карт (техники создания визуального ряда) [12].

Информация о клиентке. *Девочка, К., 15 лет, 9-й класс. Рост 164 см, вес 55 кг, ИМТ=20,5. Учится в лицее интернатного типа на историко-филологическом направлении и занимается в кружке «Юнкор» (специализация «Журналистика»).Мать девочки обратилась по поводу того, что К. потеряла*

сознание перед сдачей коллоквиума. Было проведено медицинское обследование. По результатам обследования не выявлено никакой патологии. Невропатолог рекомендовал консультацию психолога.

Первая встреча была посвящена установлению контакта, сбору анамнеза и психотерапевтической беседе. Были выявлены доминирующие личностные черты (преморбидные особенности) К.: повышенная тревожность, настойчивость в достижении цели, перфекционизм (стремится учиться только на «отлично»), повышенная сенситивность к социальным успехам (расстраивается, плачет, когда получает оценку «четыре»).

В ходе консультации было выяснено, что К. связывает «ситуацию обморока» с трудностями овладения собственным эмоциональным состоянием при составлении любых форм контроля, поэтому часть встречи была посвящена обучению К. некоторым психогигиеническим способам снижения эмоционального напряжения (дыхательно-эмоциональным и мышечно-эмоциональным приемам).

Вторая встреча была посвящена психодиагностике клиентки с помощью теста инверсии эмоционального отражения (модификация В.И. Шебановой) [14]. В список слов-стимулов были включены слова «обморок» и «ожог», поскольку в ходе данной встречи девушка сообщила о том, что она находится на стационарном лечении в ожоговом отделении (за три дня до встречи К. обожглась кипятком в зонах спины, ягодиц и щиколоток ног). Результаты теста позволили констатировать эмоциональное напряжение (тревожность) психогенного характера. Зафиксировано 19 слов-стимулов, на которые не были даны ассоциации (заметим, что девочка занимается в кружке по направлению «журналистика» и хорошо владеет «словом»). В частности, не было реакции на шесть слов «тематического характера» (полнота, скот, шоколад, корова, толстяк, еда) и на одиннадцать слов эмоциогенного характера (болезнь, обморок, вражда, кипяток, отчаяние, комфорт, обман, страх, потеря, травма). Кроме того, отсутствие реакции было зафиксировано на нейтральные слова-стимулы: голос, воздух, палец.

На третьем этапе теста согласно заданию К. выделила следующие три слова: корова, толстяк, отчаяние, на основе которых составила два предложения, которые также оказались диагностическими: «Если быть толстой, как корова, можно умереть от отчаяния»; «Толстяк, похожий на корову, испытывает отчаяние». На вопрос: «Как эта тематика связана с твоей реальной жизнью?», ответила: «… я… как толстяк… задыхаюсь от отчаяния». – П.: «Что тебя спасает от отчаяния?». К.: – «Любовь и забота мамы». Анализ речевой продукции теста позволил выдвинуть психотерапевтическую гипотезу о наличии у клиентки проблемного ПП (что было проверено на третьей консультации).

На третьей встрече в ходе психотерапевтической беседы было установлено, что для К. действительно актуален «страх полноты» (дисморфоманические и дисморфофобические идеи). – К: «Я боюсь, стать такой же, как мой дедушка, у которого было 120 кг., недавно он умер от ожирения. Год назад я вместе с дедушкой «села» на диету. Дедушке так рекомендовали врачи, а я – «за компанию», поскольку тоже хотела снизить свой вес, чтобы нравиться себе». В ходе уточняющих вопросов было установлено, что с целью снижения

веса К. «организовала» себе жесткую ограничительную диету и выполняет комплекс физических упражнений продолжительностью 30-40 мин. (эти действия выполняются ею уже в течение 3 месяцев). Акцентирована на контроле веса тела (взвешивается каждый день).

Информация, полученная во время психотерапевтической встречи, дала основание предположить, что причиной обморока К. перед коллоквиумом стала совокупность факторов – голодания и эмоционального напряжения. В дальнейшем в ходе консультации К. отвечала на вопросы авторской анкеты выявления особенностей ПП. К примеру, на вопрос (3): «Когда ты смотришь на себя (свое отражение в зеркале), что тебе нравится в себе, а что нет?». К. ответила: «Мне все не нравится». – П.: «Попробуй сказать более конкретно. Что больше всего не нравится?»; – К.: «Лицо» и «фигура». Далее приведем фрагмент психотерапевтической беседы:

– П.: Представь себе, что ты рисуешь фигуру человека. Какие части тела, кроме лица и фигуры, ты бы еще нарисовала? – К: Руки, ноги… – П.: А еще? – К.: Туловище… – П.: А что бы нарисовала на туловище? – К.: Грудь, живот, ягодицы. – (психолог письменно фиксирует названные части и предъявляет список К.) – П.: Отметь в составленном тобой списке те части тела, которые тебе больше не нравятся. Что бы ты поставила на первое место…, на второе… третье? – К.: Живот (1), ягодицы (2), ноги (3). – П.: Какие части тела будут на последних местах (на 8, 7, 6 местах)? – К.: Руки (8 место), грудь (7-е), туловище (6-е место). – П.: Могу ли я заключить, что руки, грудь и туловище, которые заняли последние места в списке того, что тебе не нравится…, это те части тела, которые тебе более-менее нравятся, и ты готова их принять как нравящиеся? – К.: Да, наверное, да… – П.: Есть ли в твоем окружении значимые для тебя люди, которые говорят тебе, что ты красивая, или приятная, или симпатичная? – К.: Да, это мои родители, дедушка с бабушкой, …но я им не верю, потому что для каждой мамы (и других родственников) свой ребенок самый красивый. Еще есть ребята-друзья и подружки, но им я тоже не верю, потому что считаю, что они мне просто льстят. – П.: Зачем твоим друзьям нужно тебе льстить? – К.: У каждого есть своя причина «вешать мне лапшу на уши»: кто-то это делает из жалости, кто-то – чтобы я им давала списывать уроки, кто-то, чтобы я им верила и любила… – П.: А ты кому-нибудь говоришь комплименты? – К.: Да, конечно. – П.: Ты делаешь это искренне? Твои комплименты отвечают тому, что ты думаешь? – К.: Да… Я не умею «кривить душой»… и у меня нет причин кому-то льстить… Я лучше промолчу, чем скажу ложь. – П.: А что дает тебе основания думать, что твое окружение, твои друзья поступают иначе, не так, как ты? Что заставляет тебя думать, что другие люди устроены по-другому? – К.: Не знаю…. – П.: Это действительно очень сложный вопрос. Предлагаю вытащить «вслепую» карту, которая тебе в этом поможет (предлагается набор ассоциативных карт «Спектрокарты» авторов: У. Халкола, А. И. Копытин). Опиши карту. Какие ощущения у тебя она вызывает? Опираясь на это изображение, попробуй ответить на вопрос: «Что заставляет тебя думать, что другие люди «устроены» по-другому?».

Рисунок 1. Ассоциативная карта, инициировавшая ответ К. на вопрос: Что заставляет тебя думать, что другие люди устроены по-другому?

На основе ассоциативной карты (см. рис. 1) К. ответила: – Я думаю, что это мои собственные сомнения в самой себе…. это я самая… слишком неуверенная в себе – П.: Что означают эти три фигуры на карте? – К.: …это моя «неуверенность», «нерешительность» и «мои страхи». – П.: О чем твой страх? – К.: Я очень боюсь поправиться и стать такой же толстой, как дедушка… Боюсь, что буду отвратительной и некрасивой, никому не нужной… Никто не сможет меня полюбить. – П.: Я хочу обратить твое внимание, на тот факт, что, с одной стороны, ты стремишься быть нужной и стремишься, чтобы тебя любили, а с другой, когда окружающие тебя близкие, друзья (юноши и девушки), прямым текстом говорят тебе о твоей привлекательности, ты говоришь: «…НЕ ВЕРЮ!». В таком случае, давай попробуем вместе поискать пути разрешения такого противоречия. Этому мы посвятим следующие встречи.

Далее обсуждался вопрос правильного рационального питания. Было акцентировано внимание клиентки на различных проектах для людей с избыточным весом, в которых обязательным условием питания «худеющих» является прием пищи 5 раз в день.

– П: А сейчас я предлагаю тебе выполнить еще одно очень простое и легкое задание – (психолог дает конструктор из кубиков-кирпичиков) – я прошу тебя построить четырехэтажный дом. К. начинает строить…, останавливается. – К.: А здесь не хватает… Я могу построить только двухэтажный дом. – П.: Да… теперь и я вижу, что на четырехэтажный дом здесь не хватает материала… здесь только половина материала от нужного количества. А скажи, пожалуйста… если бы у нас с тобой была не игровая ситуация, а реальная, жизненная…. Я начальник строительства, ты – прораб. И, если бы я потребовала от тебя завершения строительства дома, а обеспечила бы только половиной материала, что бы ты мне на это сказала? – К.: Что это глупо. – П.: Отлично, и в качестве прораба ты профессионал высокого уровня. А теперь давай также с позиции профессионалов обсудим твой ежедневный рацион с точки зрения доставки в него энергетического материала, питательных веществ, кирпичиков для строительства храма твоей души… Только теперь меняются роли: ты – начальник строительства. Твой организм – это твой прораб, который вынужден тебе подчиняться… Что может тебе сказать твой организм, твой прораб с учетом того, что ты не только половины строительного материала ему не даешь, а вообще держишь его на «голодном пайке». – К.: … да, он, наверное, плохо будет думать о начальнике. – П.: Дай прорабу голос, и пусть он скажет начальнику все, что думает по этому поводу. – К.: Даже не знаю, что сказать… – П.: тогда помоги себе и вытащи вслепую еще одну карту (предлагается колода ассоциативных карт); К. извлекает следующую карту (см. рис. 2).

Рисунок 2. Ассоциативная карта, которую извлекла К. вслепую.

– П.: Опиши эту карту. Какие персонажи изображены на этой карте? Что происходит между ними? – К.: – Это сценка из сказки «Золушка». Золушка трудится, моет пол, а мачеха говорит ей противным голосом: «плохо моешь… вот смотри пятна оставшиеся… И чего только я тебя тунеядку в доме держу? Даром только кормлю…». – П.: Какие чувства возникают у тебя к этим персонажам? – К.: Золушку мне жаль. А мачеха – жестокая… – П.: А если связать эту карту с нашей игровой ситуацией «начальника и прораба », то о чем эта карта тебе подсказывает? – К.: Прораб – это несчастная Золушка, а начальник – это мачеха. – П.: А если, «Золушка-Прораб» и «Мачеха-Начальник» – это обе твои части, то как сделать Золушку счастливой? – К.: Не знаю… может… превратить мачеху в маму ? – П.: Я тоже не знаю, но твое решение превратить мачеху в маму мне кажется достаточно благополучным вариантом разрешения данной ситуации. Какие конкретные действия ты можешь предпринять для превращения «мачехи» в «маму», проявляющую заботу и любовь? Попробуй начать эти преобразования к нашей следующей встрече. В завершение нашей встречи я предлагаю тебе домашнее задание:

– первое: посвятить несколько стихов самой себе. Они могут быть любого содержания и «размера» – хоть две строчки. Все, что ты напишешь – хорошо, рифма не имеет значения;

– вторая задача очень сложная и долговременная, но я предлагаю ее тебе как будущему профессионалу, будущему журналисту. Да, часто бывает, что именно журналисты «пробуждают» общественность, обращают внимание на то, что проходит мимо сотни людей. Суть задачи состоит в написании статьи на тему «Анорексия как современная мировая проблема», ведь сотни и тысячи современных девушек и парней твоего возраста в своем стремлении похудеть становятся для своего организма злой «Мачехой». Возможно, именно ТЫ сможешь им помочь, сможешь до них «достучаться», сможешь спасти кого-то от «голодной смерти». Ведь, с одной стороны, ты знакома с этой проблемой не понаслышке, ты знаешь ее, как говорится, «изнутри», с другой – для многих девушек и парней ты одна из них: ты такого же возраста, тебя волнуют такие же вопросы…Забота о своей красоте, внешности, фигуре, здоровье – это, безусловно, очень важно и необходимо для каждого. Подростковый возраст – это возраст, когда большинство девушек и парней беспокоит собственный облик, и именно поэтому они пытаются улучшить его разными средствами. Но ошибка некоторых состоит в том, что они делают это неверными методами, которые наносят вред организму. В заботе о себе необходимо опираться на советы специалистов. Следовательно, выполнение этой задачи поможет тебе не только попробовать себя как профессионала-журналиста, но и стать экспертом по красоте и здоровью.

Выводы. Представлено, что нарративный подход широко применяется как в психологических научных исследованиях, так и при оказании психологической помощи в решении различного спектра психологических проблем личности, нормализации пищевого поведения и психологического состояния в кризисных и травматических ситуациях.

Сочетание устных и письменных текстов с метафорическими ассоциативными картами, фотографиями, открытками, рисунками, мандалами и пр. позволяет выделять визуально-нарративный подход.

Создание историй на основе визуально-нарративного подхода позволяет человеку исследовать значение вербальных и/или визуальных образов, установить между ними логические связки, организовать и осмыслить свой опыт, почувствовать преемственность опыта, выразить свое мировосприятие, осознать свою идентичность и связь личной истории с социокультурным контекстом.

Применение визуально-нарративного подхода при работе с людьми с нарушениями ПП и расстройствами травматического спектра является высокоэффективным и имеет значительный ресурсный потенциал благодаря решению целого комплекса психокоррекционных задач, среди которых можно выделить следующие: улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья; самоисследование участников группы (клиентов в индивидуальной терапии) с целью выявления психологических проблем («проблемных моментов жизни»); развитие навыков и внутренних механизмов совладения со сложными переживаниями, осознание и выражение сложных переживаний; переосмысление прошлого и ориентация на позитивное будущее, обретение смысла жизни на основе развития самосознания, рост самопринятия и самоуважения как основы стабилизации эмоционального состояния и поведенческих изменений; установление и развитие взаимосвязей с другими людьми; изучение способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общение с другими; содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акинкина Я.М. Психокоррекционная работа с принятием родительской позиции матери с опытом перинатальных потерь: анализ случая // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 1. С. 84-94.

2. Выготский Л. С.Мышление и речь. 5-е изд., испр. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.

3. Жорняк Е.С. Нарративная психотерапия [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2005. № 4. Режим доступа: http://www.psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2678

4. Защиринский М.М., Бардиер Г.Л. Социальная тревожность и социальная адаптация психотравматизированной личности // Общество: социология, психология, педагогика. 2023. № 5 (109). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-trevozhnost-i-sotsialnaya-adaptatsiya-psihotravmatizirovannoy-lichnosti (дата обращения: 23.02.2024).

5. Копытин А.И., Корт Б. Техники телесно-ориентированной арт-терапии. М.: Психотерапия, 2011. 128 с.

6. Манухина Н.М. Психологическая помощь семьям сквозь пандемию и социальные кризисы // Психология и психотерапия семьи. 2022. № 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-pomosch-semyam-skvoz-pandemiyu-i-sotsialnye-krizisy (дата обращения: 23.02.2024).

7. Маркман Е.В. Использование метода нарративной терапии в работе с перинатальными утратами // Acta eruditorum. 2022. № 42. С. 78-81.

8. Михайлова О.Р. Восприятие школьной среды девушками с медицински диагностированной анорексией: биографическая реконструкция // Вопросы образования. 2022. № 4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vospriyatie-shkolnoy-sredy-devushkami-s-meditsinski-diagnostirovannoy-anoreksiey-biograficheskaya-rekonstruktsiya (дата обращения: 23.02.2024).

9. Сарбин Т.Р. Нарратив как базовая метафора психологии // Постнеклассическая психология. Социальный конструкционизм и нарративный подход. 2004. № 1. С. 6–28.

10. Чабан О., Хаустова Е., Жабенко Е., Олейник А., Жабенко Н. Тревога: история сверхбеспокойных людей. Киев: «Pfizer», 2012. 130 с.

11. Чаусова Ю. А. Наративний підхід у дослідженні особливостей сімейних стосунків // Актуальні проблеми психології: Зб. наук праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Том ІІ. Психологічна герменевтика. Житомир: Видавництво Житомирського Державного Університету. 2011. Вип. 7. С. 227-234.

12. Шебанова В.И. Тренинг нормализации пищевого поведения: Программа психологического сопровождения на пути к свободе от переедания. Практическое руководство. Херсон: ЧП Вышемирский В.С., 2014. 394 с.

13. Шебанова В.І. Феноменологія харчової поведінки у континуумі «норма-патологія: Монографія. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2016. 120 с.

14. Шебанова В.И. Модифицированный вариант ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014 (14), № 1 С. 119-126; 2014 (14), № 2 С. 111-117.

15. Шебанова В.И., Шебанова С.Г. Искажение паттернов пищевого поведения под влиянием ситуации насилия (часть 1)// Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 1. С. 4-12

16. Шебанова В.И., Шебанова С.Г. Искажение паттернов пищевого поведения под влиянием ситуации насилия (часть 2) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 2. С. 17-28.

REFERENCES

1. Akinkina Ya.M. Psikhokorrekczionnaya rabota s prinyatiem roditel`skoj poziczii materi s opy`tom perinatal`ny`kh poter`: analiz sluchaya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 1. S. 84-94.

2. Vy`gotskij L. S.My`shlenie i rech`. 5-e izd., ispr. M.: Labirint, 1999. 352 s.

3. Zhornyak E.S. Narrativnaya psikhoterapiya [E`lektronny`j resurs] // Zhurnal prakticheskoj psikhologii i psikhoanaliza. 2005. # 4. Rezhim dostupa: http://www.psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2678

4. Zashhirinskij M.M., Bardier G.L. Soczial`naya trevozhnost` i soczial`naya

adaptacziya psikhotravmatizirovannoj lichnosti // Obshhestvo: socziologiya, psikhologiya, pedagogika. 2023. # 5 (109). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-trevozhnost-i-sotsialnaya-adaptatsiya-psihotravmatizirovannoy-lichnosti (data obrashheniya: 23.02.2024).

5. Kopy`tin A.I., Kort B. Tekhniki telesno-orientirovannoj art-terapii. M.: Psikhoterapiya, 2011. 128 s.

6. Manukhina N.M. Psikhologicheskaya pomoshh` sem`yam skvoz` pandemiyu i soczial`ny`e krizisy` // Psikhologiya i psikhoterapiya sem`i. 2022. # 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-pomosch-semyam-skvoz-pandemiyu-i-sotsialnye-krizisy (data obrashheniya: 23.02.2024).

7. Markman E.V. Ispol`zovanie metoda narrativnoj terapii v rabote s perinatal`ny`mi utratami // Acta eruditorum. 2022. # 42. S. 78-81.

8. Mikhajlova O.R. Vospriyatie shkol`noj sredy` devushkami s mediczinski diagnostirovannoj anoreksiej: biograficheskaya rekonstrukcziya // Voprosy` obrazovaniya. 2022. # 4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vospriyatie-shkolnoy-sredy-devushkami-s-meditsinski-diagnostirovannoy-anoreksiey-biograficheskaya-rekonstruktsiya (data obrashheniya: 23.02.2024).

9. Sarbin T.R. Narrativ kak bazovaya metafora psikhologii // Postneklassicheskaya psikhologiya. Soczial`ny`j konstrukczionizm i narrativny`j podkhod. 2004. # 1. S. 6–28.

10. Chaban O., Khaustova E., Zhabenko E., Olejnik A., Zhabenko N. Trevoga: istoriya sverkhbespokojny`kh lyudej. Kiev: «Pfizer», 2012. 130 s.

11. Chausova Yu. A. Narativnij pi`dkhi`d u dosli`dzhenni` osoblivostej si`mejnikh stosunki`v // Aktual`ni` problemi psikhologi`yi: Zb. nauk pracz` I`nstitutu psikhologi`yi i`m. G.S. Kostyuka NAPN Ukrayini. Tom I`I`. Psikhologi`chna germenevtika. Zhitomir: Vidavnicztvo Zhitomirs`kogo Derzhavnogo Uni`versitetu. 2011. Vip. 7. S. 227-234.

12. Shebanova V.I. Trening normalizaczii pishhevogo povedeniya: Programma psikhologicheskogo soprovozhdeniya na puti k svobode ot pereedaniya. Prakticheskoe rukovodstvo. Kherson: ChP Vy`shemirskij V.S., 2014. 394 s.

13. Shebanova V.I`. Fenomenologi`ya kharchovoyi povedi`nki u kontinuumi` «norma-patologi`ya: Monografi`ya. Kherson: PP Vishemirs`kij V.S., 2016. 612 s.

14. Shebanova V.I. Modificzirovanny`j variant assocziativnogo testa inversii e`moczional`nogo otrazheniya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2014 (14), # 1 S. 119-126; 2014 (14), # 2 S. 111-117.

15. Shebanova V.I., Shebanova S.G. Iskazhenie patternov pishhevogo povedeniya pod vliyaniem situaczii nasiliya (chast` 1) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 1. S. 4-12

16. Shebanova V.I., Shebanova S.G. Iskazhenie patternov pishhevogo povedeniya pod vliyaniem situaczii nasiliya (chast` 2) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 2. S. 17-28.

17. Bruner J. S. Making Stories: Law, Literature, Life. New York: Farrar, Strauss and Giroux. 2003. 144 p.

18. Deleuze G. Critique et clinique. Pariz: Editions de Minuit. 1993. 192 p.

19. Denborough D. Trauma: Narrative responses to traumatic experiences. Adelaide: Dulwich Centre Publicationsa, 2006. 231 p.

20. Derrida J. Speech and phenomena, and other essays on Husserl's theory of signs. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1973. 166 p.

21. Foucault M. The Politics of Health in the Eighteenth Century. Gordon C. (Ed.) Power. Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972– 1977. NY : Pantheon, 1980. pp. 166-182.

22. Friedman J., Combs G. Narrative therapy: the social construction of preferred realities. New York: W. Norton & Company, 1996. 336 p.

23. Geertz C. The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books 1973. 480 p.

24. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Prentice-Hall, 1986. 168 p .

25. Goldenberg H., Goldenberg I. Family therapy: an overview. 8 edition. New York: Cengage Learning, 2012. 600 г. (Series «Psy 644 Family Therapy»).

26. Myerhoff B. Remembered Lives: The Work of Ritual, Storytelling and Growing Older. Editor Virginia Tufte, Marc Kaminsky. Michigan: University of Michigan Press, 1992. 400 p.

27. Nicnols M.P., Schwartz R.C. Family therapy concepts and methods. 10 edition. Boston: Pearson, 2012. 416 p.

28. Ray P.H., Anderson S. R. The Cultural Creatives: How 50 million people are changing the world. New York: Harmony Books, 2001. 384 p.

29. Turner V.W., Bruner E.M. The Anthropology of Experience. Urbana: University of Illinois Press, 2001, first edition 1986. pp. 33-44.

30. White M., Epston D. Narrative Means to Therapeutic Ends. NY : W.W. Norton, 1990. 256 p.

31. White M. Maps of Narrative Практика. New York: W.W. Norton & Company, 2007. 304 p. (Series «Norton Professional Books»).

V.I. Shebanova, S.G. Shebanova, N.V. Pasenko

VISUAL-NARRATIVE APPROACH AS A WAY TO NORMALIZE EATING BEHAVIOR

Kherson Agrarian University (Kherson).

Summary. The article focuses on the use of a visual-narrative approach in providing psychological assistance to individuals with eating disorders. It is shown that one of the approaches widely used by specialists in providing psychological assistance in solving a diverse range of psychological personal problems, normalizing eating behavior and the psychological state of the individual in crisis and traumatic situations is the visual-narrative approach. Emphasis is placed on the special value of this approach as an effective means of psychological self-help.

Keywords: visual-narrative approach, eating disorders, normalization of eating behavior, psychological help, self-help, crisis situations, traumatic situations, search for resources, self- and life-construction.

УДК 372.32

Е.Е. Клопотова, С.Ю. Смирнова

ЦИФРОВЫЕ ИГРУШКИ – ВЫЗОВ СОВРЕМЕННЫМ РОДИТЕЛЯМ

Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. Одной из особенностей современных игрушек стало использование цифровых технологий. В статье приведен анализ представлений родителей о цифровых игрушках. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной осведомленности родителей об игрушках, подключенных к интернету, их функциях, возможностях, рисках использования. Поднимается вопрос: насколько цифровая игрушка является самостоятельным цифровым агентом, готовым к взаимодействию с ребенком, и насколько она требует вмешательства со стороны взрослого как посредника.

Ключевые слова: цифровая игрушка, дошкольники, родители, цифровая социализация, игрушки, цифровые устройства, цифровой контент

Введение. Игрушки, являясь неотъемлемым атрибутом детства, всегда были проводником между ребенком и культурой. Создаваясь взрослыми для детей, они отражают социокультурный контекст своего времени [9]. Игрушки не только транслируют ребенку культурные ценности, этические и эстетические нормы, но и несут в себе научно-технические достижения, доступные обществу на данном этапе. Поэтому игрушки детей разных поколений отличаются между собой [4; 18].

Одной из основных особенностей современных игрушек стало использование цифровых технологий. Совсем недавно цифровые игрушки рассматривались как новейшее технологическое достижение, проникающее в жизнь детей, а сегодня это вполне распространенное явление. Эти предметы, сами по себе функциональные для ребенка в качестве игрушки (мягкой игрушки, робота или куклы и др.), дополнительно содержат цифровой контент, подключены к онлайн-платформам через Bluetooth, оснащены функциями распознавания речи и движений, реагируют на слова пользователя, могут общаться с ребенком один на один. Сегодня доступность цифровых игрушек быстро растет, они представлены на рынке в разных странах [17]. Ожидается, что эти игрушки станут более доступны большинству детей уже через несколько лет.

Будучи игрушками, они выполняют такие традиционные для игрушек функции, как развлечение, обучение, развитие, но, в силу своей специфики, также выступают и инструментом цифровой социализации ребенка [1, 5]. Эти игрушки оснащены множеством технических возможностей, которые ребенок осваивает в процессе игры [14]. Таким образом между ребенком и цифровой игрушкой создается совершенно особое взаимодействие, которое отличается от взаимодействия как с традиционными игрушками, так и с привычными гаджетами [13]. Демонстрируя некоторые элементы функционирования, которое может выглядеть как «самостоятельное» интеллектуальное поведение, не все, но некоторые из таких игрушек предоставляют ребенку возможности взаимодействия, которое условно

можно назвать коммуникацией [3]. Например, игрушка будет смеяться, если ее пощекотать, рассказывать историю, если попросить, в определенное время спросит, почистил ли ребенок зубы, напомнит убрать игрушки перед сном и т. д.

Остаются открытыми вопросы влияния цифровых игрушек, подключенных к интернету, на социальное развитие. С одной стороны, эти игрушки могут расширять социальные контакты, обеспечивать взаимодействие с другими детьми посредством интернета. С другой, как и все цифровые устройства, ограничивают возможности непосредственного общения [16]. Но и эти задачи уже пытаются решать, добавляя в игрушки возможности выражения эмоций.

Исследования P. Ihamäki, K. Heljakka показали, что в процессе взаимодействия ребенка с цифровыми игрушками многое зависит от ее облика [15]. Чем более он антропоморфный (мишка или кукла), тем больше дети видят в ней традиционную образную игрушку и меньше используют цифровой контент, который, по мнению авторов, становится неуместным. В то же время, взаимодействуя с цифровыми игрушками в виде роботов, дети активно используют их цифровой контент, в который заложены образовательные возможности, такие как формирование навыков программирования и управления, и включают в такого рода взаимодействие другие игрушки как вспомогательные объекты.

Появление игрушек, подключенных к интернету, ставит вопрос о формировании представлений у детей о живых и неживых объектах. Ряд авторов отмечает, что дети достаточно часто наделяют эти игрушки человекоподобными свойствами и, несмотря на то что в большинстве случаев они понимают ограничения коммуникативных возможностей робота, разработчикам таких игрушек рекомендовано проявлять осторожность, чтобы гарантировать, что по мере развития технологий дети смогут сохранить понимание того, что роботы отличаются от людей [19].

Существует исследования о положительном влиянии и взаимосвязи между игрушками и обучением [18]. Некоторые исследователи, беря во внимание тот факт, что робототехника и компьютерное программирование набирают все большую популярность в системе дошкольного образования, говорят о перспективах их использования для решения образовательных задач [16]. K. Heljakka, P. Ihamäki видят в цифровых игрушках возможности для социального и когнитивного развития детей [12]. Они рассматривают цифровые игрушки как вариант edutainment – обучение в развлекательной форме, что, в свою очередь, имеет большие образовательные возможности для детей дошкольного возраста. Именно эти их особенности производители позиционируют в качестве преимущества перед другими игрушками. Действительно, цифровой контент во многом направлен на это: развивающие и обучающие игры, познавательная информация, возможности изучения иностранного языка, формирования медиаграмотности и др. Помимо этого, игрушки могут выполнять функцию организации деятельности ребенка (напоминают, что нужно поесть, помыть руки, лечь спать и др.) и выступать партнерами по общению.

Несмотря на то, что в России цифровые игрушки представлены не очень широко, родители все чаще покупают их детям. Учитывая, что это не просто игрушка, а полноценное цифровое устройство с искусственным интеллектом со

всеми возможностями и рисками, встает вопрос насколько родители готовы к организации взаимодействия ребенка с такой игрушкой? Проведенные исследования S. Eisen, A. Lillard говорят о том, что реализовать образовательный и развивающий потенциал умной игрушки невозможно без организации и контроля со стороны взрослого [11]. Это требует от них достаточно высокой включенности.

В нашей стране исследований связанных с цифровыми игрушками, подключенными к интернету, практически не проводилось. Существующие исследования были проведены в ЕС и США [10]. Но и там в настоящее время исследования цифровых игрушек находятся на очень ранней стадии, поэтому влияние, которое они могут оказать на игру, обучение и развитие детей, все еще мало изучено [17]. Исследования отношения родителей к игрушкам, подключенных к интернету, проведенные за рубежом, говорят о том, что для них на первый план выходят вопросы безопасности, связанные с доступом игрушки к личной информации, возможностью выхода в интернет и обучающие возможности игрушки [6].

Эти данные нельзя перенести на российскую выборку. Так как специфика российских родителей относительно европейских была неоднократно показана [2].

Процедура и методы исследования. В статье представлены результаты первого этапа исследовательского проекта Центра междисциплинарных исследований современного детства МГППУ «Игрушки, подключенные к интернету (Internet of toys): изучение рисков и возможностей для развития ребенка» (2021-2022 гг.). На данном этапе задача исследования состояла в анализе позиции родителей в отношении игрушек, подключенных к интернету. Для получения представлений об ожиданиях были проанализированы отзывы родителей, которые приобрели такого рода игрушки на крупных торговых площадках. Из представленных на отечественном рынке игрушек, подключенных к интернету, был выбран Умный мишка.

Умный мишка представляет собой мягкую игрушку в образе мишки, которая подключается к смартфону через Bluetooth и управляется при помощи кнопок на лапах и через приложение. Родители управляют в приложении загруженным контентом: обучение алфавиту, цифрам, воспроизведение загадок и сказок, также можно выбрать одно из действий: вымыть руки, убрать игрушки, сказать «волшебное слово».

Было проанализировано 300 отзывов родителей, купивших своим детям данную игрушку и оставивших отзыв на площадках интернет-магазинов (Ozon, Wildberries, MarketYandex, GooglePlay, Baby.ru).

Результаты и обсуждение. После изучения имеющихся на площадках интернет-магазинов отзывов были отобраны наиболее содержательные. На основании их анализа выделены параметры, которые позволили выявить ожидания родителей от данной игрушки и отношение к ней.

Возраст ребенка. Обращает на себя внимание возраст детей, для которых приобретается игрушка. Несмотря на то, что производители рекомендуют данную игрушку для детей начиная с двух-трех лет, более, чем в половине случаев (57%, n=53) эта игрушка была приобретена для детей 1–2-х лет. При этом часть родителей была разочарована и отмечала в своих отзывах неготовность детей данного возраста к взаимодействию с этой игрушкой. Они оставляли комментарии сле-

дующего содержания: *«Ребенок пока маленький, и не очень понял эту игрушку, надеемся, что подружатся попозже», «Мою дочь 2-х лет не впечатлил, 10 минут поиграла и пошла играть с другими игрушками», «Нашей дочке полтора годика, конечно, для такого возраста эта игрушка пока еще рановата, думаю, такая игрушка годам к трем».* Стоит обратить внимание, что, несмотря на такие опубликованные комментарии-отзывы, другие родители продолжают покупать игрушку для детей раннего возраста и позже публикуют уже свои разочарованные отзывы на этих же сайтах. 37% (n=35) приобрели игрушку для детей 3-4-х лет и только 6% (n=5) для детей 5-ти лет. Большинство этих родителей осталось довольным покупкой *«Ребенок днем его носит с собой, так как медведь знает много интересного», «Ребенок быстро понял, что на лапках есть кнопки, очень внимательно слушает медведя и в принципе проводит с ним достаточно много времени».*

Можно сделать вывод, что, не смотря на рекомендации производителей и отзывы родителей, основная масса стремится приобрести Умного мишку для детей раннего возраста, что не соответствует особенностям возраста, не учитывает специфику игрушки с искусственным интеллектом и образовательными возможностями. В данном случае можно говорить о неспособности большинства родителей соотнести потенциал цифровой игрушки с возможностями и потребностями своего ребенка.

Характеристики игрушки. Описывая Умного мишку, родители выделяли наиболее значимые для них характеристики. Среди них они отмечали либо положительные, либо отрицательные характеристики. Положительные были отмечены в 96% (n=288), отрицательные в 53% (n=159) всех проанализированных отзывов.

Говоря о положительных характеристиках данной игрушки, в первую очередь, родители отмечали приятные тактильные ощущения, связанные с ней (31%, n=89), - мягкий, пушистый, приятный на ощупь и др., приятный голос (25%, n=72) и внешний вид (16%, n=46). То есть бóльшая часть родителей (72%, n=207) в качестве положительных характеристик, в первую очередь, отметили качества, не связанные с цифровым контентом и свойственные большинству мягких игрушек. При этом цифровой контент является основной особенностью данной игрушки, и именно поэтому она является достаточно дорогой.

В качестве отрицательных характеристик (n=159), отмеченных в отзывах, более половины были связаны со стоимостью игрушки (53%, n=85). Купившие данную игрушку считают ее очень дорогой. Развлекательного контента для детей в виде сказок и песенок не хватило 20% (n=32). Неудобное приложение отметили 18% (n=29).

Обращает на себя внимание тот факт, что, покупая ребенку игрушку, которая по сути является цифровым устройством, имеет в себе большой образовательный потенциал и возможности цифровой социализации, родители, в первую очередь, воспринимают ее как обычную мягкую игрушку и в качестве значимых характеристик выделяют свойства обычной игрушки, а не содержание контента или другие возможности цифрового устройства.

Возможности игрушки, используемые ребенком в процессе взаимодействия с ней. В 40% (n=120) проанализированных отзывов были отмечены воз-

можности Умного мишки, которые оказались наиболее востребованными у детей. Наиболее популярными оказались развлекательный контент (43%, n=52), в основном песенки и загадки, и напоминания о режимных моментах (32%, n=38). В 10% (n=12) дети предпочитали использовать Мишку в качестве партнера по общению – задавали ему вопросы, он отвечал, рассказывали ему о своих делах и др. В качестве мягкой игрушки его использовали 9% (n=11). Полученные данные позволяют говорить о том, что дети в большей степени, чем родители, ориентированы на цифровой контент данной игрушки. Как обычную игрушку ее использует небольшое число детей.

Отношение ребенка к игрушке. В 29% (n=37) отзывов родители отметили отношение ребенка к игрушке. Подавляющее большинство детей (84%, n=31) воспринимали Умного мишку как живое существо или не могли определиться, живой он или нет. Но относились к этому по-разному. По мнению родителей, больше половины детей (54%, n=20) относились к Умному мишке как к другу. Родители этих детей также часто выражали отношение к игрушке, как к живой: *«Он стал настоящим другом нашего ребенка. Не понятно, как он раньше жил без него», «Мишка стал полноценным членом нашей семьи», «Они (ребенок и игрушка) все время вместе, как лучшие друзья»*. При этом 30% (n=11) детей, считая Мишку живым существом, испытывали страх при взаимодействии с игрушкой: *«Ребенок испугался, когда он (мишка) заговорил и больше к нему не подходит», «Дочка очень настороженно к нему относится, боится и старается держаться подальше»* и др. Отношение, как к обычной игрушке, отметили родители в 16% (n=6) отзывах.

Выводы. Проведенное исследование на примере игрушки Умный мишка, позволяет говорить о растущем интересе российских родителей к цифровым игрушкам. При этом обращает на себя внимание распространенное среди родителей отношение к данной игрушке, имеющей цифровой контент, возможность дистанционного управления через смартфон, обладающей искусственным интеллектом, как к обычной мягкой игрушке. Среди значимых положительных качеств игрушки они, в первую очередь выделяют характеристики свойственные обычной мягкой (тактильные ощущения, внешний вид) или интерактивной (голос) игрушке. Среди значимых отрицательных качеств для родителей на первое место выходит стоимость игрушки, которая в большей степени определяется цифровым контентом и действительно существенно выше стоимости обычных мягких игрушек такого рода.

Приобретается такая игрушка в подавляющем большинстве случаев как подарок на праздник, никто из родителей в качестве целей приобретения не обозначил желание использовать ее для обучения и развития ребенка. Если родители и говорят о контенте, то, в первую очередь, интерес для них представляет развлекательный контент.

Как показали проведенные ранее исследования, родители дают доступ детям дошкольного возраста к цифровым устройствам, в первую очередь, с целью обучения и развития [2]. Их отношение к данной цифровой игрушке позволяет говорить о том, что ее родители не воспринимают как цифровое устройство. Что подтверждается и возрастом детей, которым преимущественно покупается Умный мишка – это дети до 3-х лет. Воспользоваться всеми цифровыми воз-

можностями данной игрушки ребенок этого возраста еще не может.

При этом обращает на себя внимание разница в отношении к такого рода игрушкам выявленная в представленном исследовании и в исследованиях, проведенных в западных странах. В Европе родители к данным игрушкам относятся, в первую очередь, как к «цифровым агентам» и, прежде всего, обращают внимание на конфиденциальность информации, полученной игрушкой от ребенка [6]. В нашем исследовании никто из выборки не заострил на этом внимание.

Дети в большей степени, чем родители, оказались ориентированы на цифровой контент игрушки. В первую очередь их интересовало развлекательное содержание, напоминание игрушкой о режимных моментах и возможность разговаривать с ней. Возможность общения с Умным мишкой стала причиной отношения большинства детей к игрушке как к живому существу, что у трети детей вызвало страх.

Полученные данные позволяют говорить о том, что несмотря на растущий интерес к цифровым игрушкам, российские родители оказались не готовы выстраивать взаимодействие ребенка с данного рода цифровым объектом. Как уже было сказано, такие игрушки могут содержать большой образовательный потенциал, который может быть использован только в случае грамотного руководства со стороны взрослого [11].

В нашем же исследовании было показано, что родители не только не ориентированы на использование данного потенциала, они сами относятся к этому цифровому устройству, в первую очередь, как к обычной игрушке, а некоторые из них говорят о ней, как о живом существе. Соответственно и дети не используют образовательный потенциал в полной мере, а ориентированы на развлекательное содержание и общение и не могут понять, является ли данная игрушка живым существом или нет.

Заключение. На сегодняшний день можно говорить о неоднозначной роли цифровых игрушек в развитии и социализации дошкольников. Умная игрушка представляет собой поворотный момент в определении того, что считается игрушкой. С одной стороны, она разделяет некоторую преемственность с традиционными игрушками, с другой, является новым видом объектов [8]. Насколько эта игрушка является самостоятельным «цифровым агентом», готовым к взаимодействию с ребенком, а насколько она требует вмешательства со стороны взрослого как посредника?

Можно говорить о том, что такого рода игрушки являются новыми культурными объектами, соответственно у взрослого должна появиться новая стратегия посредничества между ними и ребенком. Но быстрое развитие новых технологий привело к тому, что взрослые, как правило, знакомятся с ними вместе с детьми. Это лишает их возможности взять на себя роль эксперта, который знает, «как правильно». Очевидно, эти игрушки ставят вопрос о формировании новой родительской компетенции, которая бы позволяла принимать решения относительно взаимодействия ребенка с такого рода игрушками без опоры на собственный опыт [7].

Результаты проведенного исследования позволяют говорит о неготовности родителей выстраивать взаимодействие детей с такого рода цифровыми объек-

тами, как цифровые игрушки. Поэтому дальнейшие исследования в данном направлении, на основании которых будет возможно разработать рекомендации для родителей в организации взаимодействия детей с цифровыми игрушками, являются крайне актуальными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клопотова Е.Е., Смирнова С.Ю. Ребенок в эпоху цифровых игрушек. Обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2022. Т. 11. № 2. С. 50–58.

2. Клопотова Е.Е., Смирнова С.Ю., Рубцова О.В., Сорокова М.Г. Доступность цифровых устройств детям дошкольного возраста: различия в родительских позициях // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30. № 2. С. 109–125.

3. Поддьяков А.Н. Сочетание традиционных игрушек и игрушек-искусственных интеллектуальных агентов в исследовательских играх детей // Исследователь/Researcher. 2022. № 1–2. С. 37–38.

4. Смирнова Е.О., Соколова М.В. История европейских и отечественных игрушек [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 32–38. doi: 10.17759/jmfp.2016050104

5. Солдатова Г.У. Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9. № 3. С. 71—80.

REFERENCES

1. Klopotova E.E., Smirnova S.Yu. Rebenok v e`pokhu czifrovy`kh igrushek. Obzor zarubezhny`kh issledovanij [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2022. T. 11. # 2. C. 50–58.

2. Klopotova E.E., Smirnova S.Yu., Rubczova O.V., Sorokova M.G. Dostupnost` czifrovy`kh ustrojstv detyam doshkol`nogo vozrasta: razlichiya v roditel`skikh pozicziyakh // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2022. T. 30. # 2. S. 109–125.

3. Podd`yakov A.N. Sochetanie tradiczionny`kh igrushek i igrushek-iskusstvenny`kh intellektual`ny`kh agentov v issledovatel`skikh igrakh detej // Issledovatel`/Researcher. 2022. # 1–2. S. 37–38.

4. Smirnova E.O., Sokolova M.V. Istoriya evropejskikh i otechestvenny`kh igrushek [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2016. T. 5. # 1. S. 32–38. doi: 10.17759/jmfp.2016050104

5. Soldatova G.U. Czifrovaya soczializacziya v kul`turno-istoricheskoj paradigme: izmenyayushhijsya rebenok v izmenyayushhemsya mire // Soczial`naya psikhologiya i obshhestvo. 2018. T. 9. # 3. S. 71—80.

6. Albuquerque O. d. P., Fantinato M., Eler M. M., Peres S. M., Hung P. C. K. A Study of Parental Control Requirements for Smart Toys // IEEE International Conference on Systems, Man, and Cybernetics (SMC). Canada, 2020. P. 2215-2220.

7. Arnott L., Palaiologou I., Gray C. An ecological exploration of the Internet of Toys in early childhood everyday life // The Internet of Toys: Practices, affordances and the political economy of children's smart play. 2019. P. 135–157.

8. Berriman L., Mascheroni G. Exploring the affordances of smart toys and connected play in practice // New Media & Society. 2019. 21 (4). P. 797-814.

9. Byrne C. Hot toys are dead: long live hot products // Young Consum. 2006. Vol. 7. No 1. P. 8—13.

10. Catala A., Sylla C., Ozgur A. G., Ihamäki P., Heljakka K. Smart toys, smart tangibles, robots and other smart things for children // In Proceedings of the 2020 ACM interaction design and children conference. 2020. P. 38–45.

11. Eisen S., Lillard A. Learning from Apps and Objects: The Human Touch // Mind Brain and Education. 2020. Vol. 14. No. 1. P. 16-23. doi: 10.1111/mbe.12224.

12. Heljakka K., Ihamäki, P. Preschoolers Learning with the Internet of Toys: From Toy-Based Edutainment to Transmedia Literacy // Seminar.net. 2018. Vol. 14. No. 1. P. 86–102.

13. Holloway D., Green L. The Internet of toys // Communication Research and Practice. 2016. Vol. 2. No. 4. P. 506-519. doi: 10.1080/22041451.2016.1266124.

14. Hung Y., Chen C., Huang S. Applying augmented reality to enhance learning: a study of different teaching materials // Journal of Computer Assisted Learning. 2016. Vol. 33. No. 3. P. 252–266. doi: 10.1111/jcal.12173.

15. Ihamäki P., Heljakka K. Internet of Toys and Forms of Play in Early Education: A Longitudinal Study of Preschoolers' Toy-Based Learning Experiences // Young Children's Rights in a Digital World / Eds. D. Holloway, M. Willson, K. Murcia, C. Archer, F. Stocco. Cham: Springer Nature, 2021. P. 193–204.

16. Ihamäki P., Heljakka K. Smart, skilled and connected in the 21st Century: Educational promises of the Internet of Toys (IoToys) // Proceedings of Hawaii University International Conferences, Arts, Humanities, Social Sciences & Education. PrinceWaikiki Hotel, Honolulu, HI, USA, 7–9 June 2018. P. 1–19.

17. Ling L., Yelland N., Hatzigianni M., Dickson-Deane C. The use of Internet of Things devices in early childhood education: A systematic review // Education and Information Technologies. 2022. Vol. 27. P. 6333–6352.

18. Sutton-Smith B. Toys as culture. Gardner Press, 1986.

19. Van den Berghe et al. A Toy or a friend? Children's Anthropomorphic Beliefs about Robots and How These Relate to Second-Language Word Learning // Journal of Computer Assisted Learning 37.2. 2021. P. 396–410.

E.E. Klopotova, S.Yu. Smirnova

DIGITAL TOYS ARE A CHALLENGE FOR MODERN PARENTS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. One of the features of modern toys has become the use of digital technologies. The analysis of parents' ideas about digital toys is given. The data obtained indicate a lack of awareness among parents about toys connected to the Internet, its functions, capabilities, and risks of use. The question is raised to what extent a digital toy is an independent digital agent ready to interact with a child, and to what extent it requires intervention from an adult as an intermediary.

Keywords: digital toy, preschoolers, parents, digital socialization, toys, digital devices, digital content

УДК 159.9

И.В. Борисова, М.К. Буряк

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СО СТРАТЕГИЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В РАННЕМ ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБОУ ВО «Брянский государственный университет им. академика И.Г. Петровского» (Брянск).

Резюме. В данной работе представлены результаты исследования, цель которого изучение взаимосвязи склонности к суицидальному риску со стратегиями совладающего поведения в раннем юношеском возрасте. В эмпирическом исследовании приняли участие 50 респондентов 16-18 лет, из них 32 девушки (64%) и 18 юношей (36%). Исследование проводилось с помощью опросника суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой и опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана. В ходе исследования было установлено преобладание пониженного уровня сформированности суицидальных намерений у респондентов обоих полов. Девушки имеют более высокий риск суицидального поведения по сравнению с юношами, в то же время стратегии совладания со стрессом у них более развиты, чем у юношей. Установлены значимые взаимосвязи между различными компонентами суицидального риска и стратегиями совладающего поведения.

Ключевые слова: суицидальный риск, совладающее поведение, юноши, девушки.

Введение. Проблема суицидального поведения в юношеском возрасте является актуальной в настоящее время [4-8]. Изучение совладающего поведения в различных аспектах входит в систему научных интересов одного из авторов данной статьи [1-3]. Трудные стрессовые ситуации могут порождать деструктивные мысли и негативные переживания, стать причиной неадаптивного поведения и развития суицидального риска [6]. В связи с этим изучение взаимосвязи суицидального риска со стратегиями совладающего поведения в раннем юношеском возрасте является актуальным и значимым в настоящее время.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи склонности к суицидальному риску со стратегиями совладающего поведения в раннем юношеском возрасте.

Материал и методы исследования. Эмпирическое исследование проводилось среди учащихся средних школ г. Брянска в возрасте от 16 до 18. Всего в исследовании приняли участие 50 респондентов, из них 32 девушки (64%) и 18 юношей (36%). Использовали следующие методики: для выявления склонности к суицидальному риску в общей выборке применялась методика определения суицидального риска А.Г. Шмелева (в модификации Т.Н. Разуваевой). Для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности и копинг-стратегий применялась методика «Способы совладающего поведения», разработанная Р. Лазарусом и С. Фолкманом.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования мы определили уровень суицидального риска по методике А. Г. Шмелева (в модификации Т. Н. Разуваевой) среди девушек и юношей в возрасте от 16 до 18 лет.

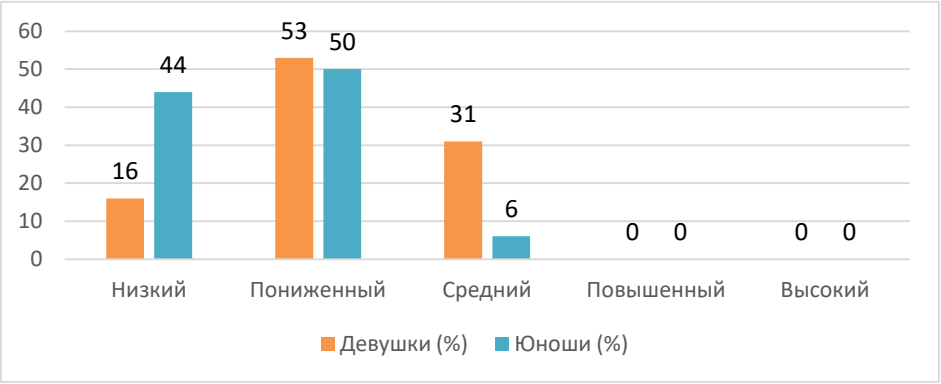


Рисунок 1. Распределение девушек и юношей по уровню выраженности суицидального риска.

Как видно из рис. 1, повышенный и высокий уровни суицидального риска и у юношей, и у девушек отсутствуют. У большинства испытуемых наблюдается пониженный и низкий уровни суицидального риска, что является благоприятным показателем. Однако есть юноши и девушки, у которых риск суицида проявляется на среднем уровне, и среди девушек таких испытуемых значительно больше. На рис. 2 представлены показатели суицидального риска девушек и юношей по отдельным субшкалам.

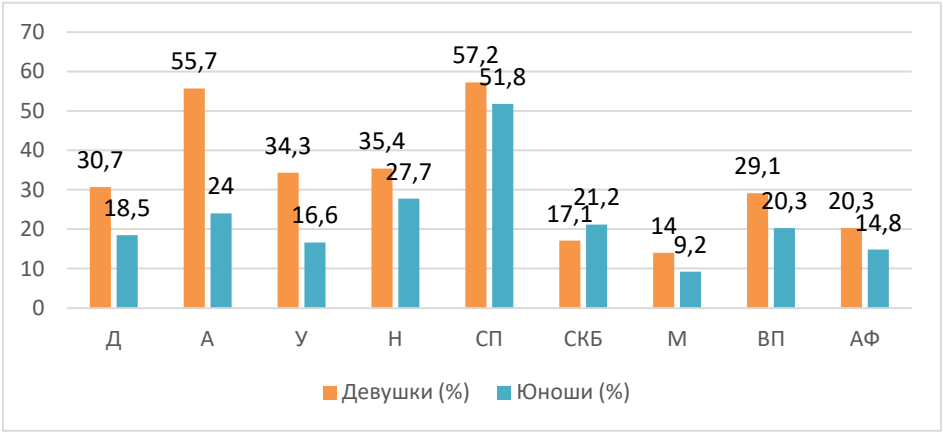


Рисунок 2. Показатели суицидального риска девушек и юношей по отдельным субшкалам. *Примечание: Д – демонстративность, А – аффективность, У – уникальность, Н – несостоятельность, СП – социальный пессимизм, СКБ – слом культурных барьеров, М – максимализм, ВП – временна́я перспектива, АФ – антисуицидальный фактор.*

Оценка результатов показала, что наиболее выраженным диагностическим признаком у испытуемых обоих полов является социальный пессимизм (СП) – 57,2% у девушек и 51,8% у юношей. Данный фактор указывает на наличие у испытуемых отрицательной концепции окружающего мира, восприятии его как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня».

Вместе с тем у девушек наблюдается выраженная аффективность (55,7%) как фактор суицидального риска, что может говорить о доминировании у них эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, готовности реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте проявляется аффективная блокада интеллекта.

Следует отметить сравнительно низкий уровень антисуицидального фактора у обследуемых девушек и юношей, что сообщает о наличии у них слабого антисуицидального барьера и более вероятной реализации суицидальных тенденций.

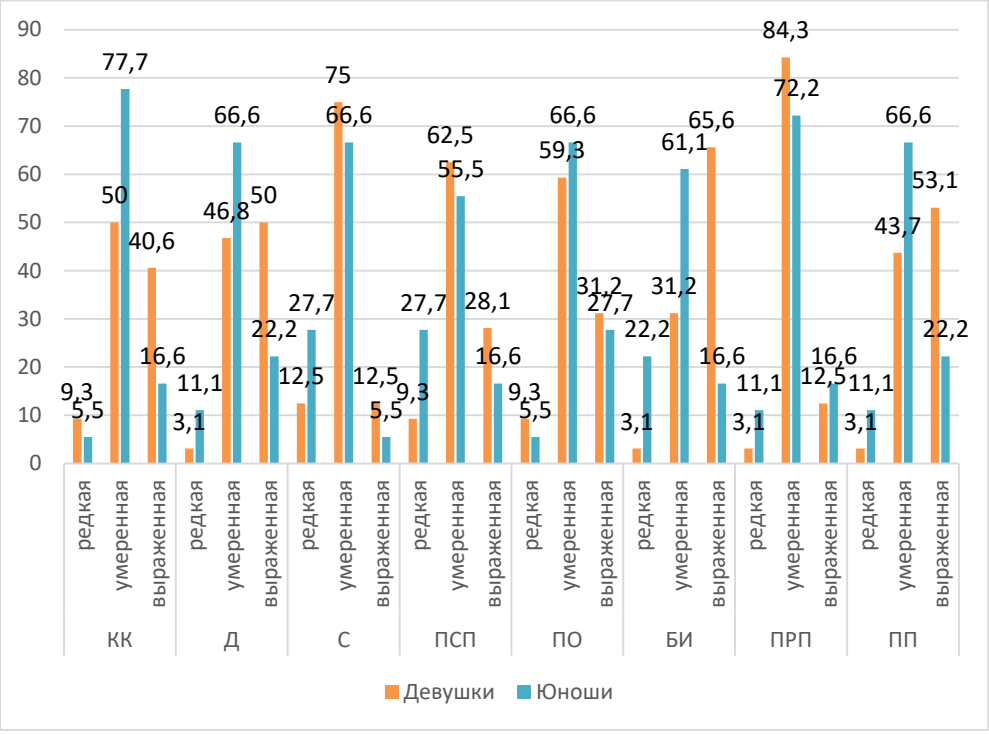


Рисунок 3. Распределение испытуемых по степени предпочтительности копинг-стратегии. *Примечание: КК – конфронтационный копинг, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство-избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка.*

Представленные на рис. 3 результаты исследования показали, что несмотря на то, что молодые люди обоих полов используют для преодоления стресса целый комплекс различных копинг-стратегий, частота их использования различается. Испытуемые используют разные способы совладания одновременно. Среди девушек наиболее выраженными являются следующие стратегии: дистанцирование (50%), бегство-избегание (65,6%) и положительная переоценка (53,1%). Среди юношей не выявлено выраженное использование тех или иных стратегий, каждую копинг-стратегию они используют умеренно, но больший показатель умеренной предпочтительности копинг-стратегии приходится на конфронтационный копинг, что свидетельствует об агрессивных действиях, направленных на изменение ситуации.

С целью проверки гипотезы о наличии специфических взаимосвязей между склонностью к суицидальному риску и избираемыми при этом типами совладающего поведения был проведен корреляционный анализ по критерию Спирмена.

Из результата корреляционного анализа показателей юношей и девушек видно, что существует значимые связи между показателями суицидального риска и типами совладающего поведения. Прослеживается зависимость между наиболее часто встречающимся у юношей и девушек фактором суицидального риска, таким как «социальный пессимизм» и количеством отрицательных взаимосвязей между ним и разными типами совладающего поведения, такими как «самоконтроль» ($R_{эмп}$=-0.5185; $p \leq 0,05$), «планирование решения проблемы» ($R_{эмп}$=-0.51924; $p \leq 0,05$), «положительная переоценка» ($R_{эмп}$=-0.52327; $p \leq 0,05$). Выявлена положительная связь между «антисуицидальным фактором» и такими типами совладания, как «дистанцирование» ($R_{эмп}$=0.4841; $p \leq 0,05$) и «бегство-избегание» ($R_{эмп}$=0.68315; $p \leq 0,01$).

Заключение. В ходе эмпирического исследования была проведена оценка риска суицидального поведения испытуемых с учетом половых различий. Было выявлено преобладание пониженного уровня сформированности суицидальных намерений у респондентов обоих полов, однако среди девушек был отмечен также и большой процент среднего уровня суицидального риска, что позволяет сделать вывод о том, что девушки больше склонны к суицидальному поведению, нежели юноши.

Оценка результатов по отдельным субшкалам показала, что наиболее выраженным диагностическим признаком у испытуемых обоих полов является такой фактор, как социальный пессимизм. Вместе с тем у девушек была отмечена выраженная аффективность. Следует также отметить относительно низкий показатель антисуицидального фактора у респондентов обоих полов, что говорит о действительном наличии суицидального риска у большинства испытуемых.

Проведенное обследование с помощью опросника «Способы совладающего поведения» показало, что девушки в трудной стрессовой ситуации чаще прибегают к дистанцированию от проблемы и к бегству-избеганию, а также к положительной переоценке сложившихся обстоятельств по сравнению с другими стратегиями совладающего поведения. У юношей большинство стратегий совладающего поведения менее выражено, чем у девушек.

Таким образом, хотя девушки имеют более выраженный риск суицидаль-

ного поведения по сравнению с юношами, в тоже время и стратегии совладания со стрессом в трудной стрессовой ситуации у них более развиты, чем у юношей.

В ходе корреляционного анализа была подтверждена гипотеза эмпирического исследования, гласящая о наличии взаимосвязи между склонностью к суицидальному риску и разными типами совладающего поведения. Анализ показателей юношей и девушек показал отрицательную взаимосвязь между таким суицидальным фактором, как «социальный пессимизм» и множеством избираемых при этом копинг-стратегий, таких как «самоконтроль», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка». Выявлена положительная связь между «антисуицидальным фактором» и такими типами совладания, как «дистанцирование» и «бегство-избегание».

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова И.В., Гулакова Е.С. Совладающее и защитное поведение жителей радиоактивно загрязненных территорий в зависимости от возраста и пола // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2018. Т. 15. № 1. С. 79-93.

2. Борисова И.В., Ермакова Е.С. Защитное и совладающее поведение юношей и девушек из полных и неполных семей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. (17). № 3. С. 87-92.

3. Борисова И.В., Зюзя А.А., Мезенцева И.А., Климовцова Н.А. Эмоциональный интеллект и способы совладающего поведения студентов-заочников педагогических специальностей // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2020. № 9 (187). С. 445–450.

4. Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А. К вопросу о суицидальном поведении подростков - реалии скоропомощного стационара // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 68–83. DOI: 10.17759/cpp.2023310203

5. Кузнецова С.Ю., Басова А.Я., Залманова С.Л., Хломов К.Д. Образ тела у подростков с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением: удовлетворенность собственным телом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12. № 2. С. 138–163. DOI: 10.17759/cpse.2023120207

6. Мишина С.С. Психолого-педагогическая модель превенции суицидального риска у подростков. Автореф. дис. канд. психол. наук. Саратов, 2022.

7. Разваляева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 2. С. 33–67. DOI: 10.17759/cpp.2023310202

8. Суицидальность: результаты новых мета-анализов // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 2. С. 171–176. DOI: 10.17759/cpp.2023310209

REFERENCES

1. Borisova I.V., Gulakova E.S. Sovladayushhee i zashhitnoe povedenie zhitelej radioaktivno zagryaznenny`kh territorij v zavisimosti ot vozrasta i pola // Vestnik RUDN. Seriya: Psikhologiya i pedagogika. 2018. T. 15. # 1. S. 79-93.

2. Borisova I.V., Ermakova E.S. Zashhitnoe i sovladayushhee povedenie yunoshej i devushek iz polny`kh i nepolny`kh semej // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017. (17). # 3. S. 87-92.

3. Borisova I.V., Zyuzya A.A., Mezenczeva I.A., Klimovczova N.A. E`moczional`ny`j intellekt i sposoby` sovladayushhego povedeniya studentov-zaochnikov pedagogicheskikh speczial`nostej // Ucheny`e zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta. 2020. # 9 (187). S. 445–450.

4. By`kova V.I., Polukhina Yu.P., L`vova E.A., Fufaeva E.V., Valiullina S.A. K voprosu o suiczidal`nom povedenii podrostkov - realii skoropomoshhnogo staczionara // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. Tom 31. # 2. S. 68–83. DOI: 10.17759/cpp.2023310203

5. Kuzneczova S.Yu., Basova A.Ya., Zalmanova S.L., Khlomov K.D. Obraz tela u podrostkov s suiczidal`ny`m i nesuiczidal`ny`m samopovrezhdayushhim povedeniem: udovletvorennost` sobstvenny`m telom [E`lektronny`j resurs] // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2023. T. 12. # 2. S. 138–163. DOI: 10.17759/cpse.2023120207

6. Mishina S.S. Psikhologo-pedagogicheskaya model` prevenczii suiczidal`nogo riska u podrostkov. Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk. Saratov, 2022.

7. Razvalyaeva A.Yu., Pol`skaya N.A., Basova A.Ya. Metodiki oczenki riska suiczidal`nogo povedeniya v podrostkovom vozraste: sistematicheskij obzor sistematicheskikh obzorov // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 2. S. 33–67. DOI: 10.17759/cpp.2023310202

8. Suiczidal`nost`: rezul`taty` novy`kh meta-analizov // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 2. S. 171–176. DOI: 10.17759/cpp.2023310209

I.V. Borisova, M.K. Buryak

THE RELATIONSHIP OF SUICIDAL RISK WITH COPING STRATEGIES IN EARLY ADOLESCENCE

Bryansk State University named after academician I.G. Petrovsky (Bryansk).

Summary. This paper presents the results of a study of the relationship between suicidal risk propensity and coping strategies in early adolescence. The empirical study involved 50 respondents aged 16-18, of whom 32 were girls (64%) and 18 were boys (36%). The study was conducted using the A.G. Shmelev suicide risk questionnaire modified by T.N. Razuvaeva and the questionnaire "Methods of coping behavior" by R. Lazarus and S. Folkman. In the course of the study, the prevalence of a reduced level of formation of suicidal intentions in respondents of both sexes was established. Girls have a higher risk of suicidal behavior compared to boys, at the same time, they have more developed strategies for coping with stress than boys. Significant relationships have been established between various components of suicidal risk and coping strategies.

Keywords: suicidal risk, coping behavior, boys, girls.

УДК 615.851

А.Г. Кощавцев, А.Н. Голод

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ЭЭГ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).

Резюме. Обследовано 100 подростков (56 мальчиков и 44 девочки) с синдромом вегетативной дисфункции в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст 15,56±1,36 лет). В психиатрии и неврологии применяются параметры количественной ЭЭГ, основанные на математической обработке, для повышения объективности полученных клинических данных. Результаты спектрального анализа ЭЭГ свидетельствуют о тенденции к преобладанию низкочастотного альфа-диапазона, что может говорить о некоторой задержке развития биоэлектрической активности корково-подкорковых образований головного мозга, у подростков с синдромом вегетативной дисфункции. Отличительной характеристикой результатов когерентного анализа ЭЭГ для пациентов с синдромом вегетативной дисфункции является бóльшая выраженность ког-гиперинтеграций, то есть большей ирритации коры по сравнению с подростками без вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: ЭЭГ, спектральный анализ, когерентный анализ, синдром вегетативной дисфункции.

Актуальность. Заболевания вегетативной нервной системы в силу своей распространенности уже давно являются одной из наиболее актуальных проблем медицины [7, 9, 10, 11, 14, 15]. Частота вегетативной дисфункции, по разным данным, составляет от 25 до 80% [2, 9, 11]. В частности, у детей школьного возраста заболеваемость синдромом вегетативной дисфункции (СВД) составляет 40-60%, а у подростков она возрастает до 82% [2]. Фактически не существует болезненных состояний, не влияющих на функционирование вегетативной нервной системы. Часто изменение вегетативной регуляции является следствием патологического процесса, а в ряде случаев является одним из его звеньев. В соответствиТ с этим клиническое проявление вегетативной дисфункции будет предшествовать или дополнять симптомы основного заболевания. «Бремя» эволюции нашего вида, по мнению С. Пинкера [8], соответствует укладу жизни малой группы «не имеющих государственности людей, пользующихся дарами земли, выживающих, благодаря своей смекалке и рассчитывающих только на то, что имеют при себе».

ЭЭГ как метод функциональной диагностики широко используется в неврологии и психиатрии. В частности, для повышения объективности полученных результатов применяются основанные на математической обработке данных параметры количественной ЭЭГ. Спектральный и когерентный анализ дают возможность оценить количественные характеристики исследуемых частотных диапазонов и определить особенности спектрального состава между различными участками коры головного мозга. Спектральный анализ применяется ко всем

диапазонам ЭЭГ, но спектральный анализ альфа-диапазона особенно важен как для взрослых, так и детей любого возраста, поскольку именно эта активность наиболее распространена в ЭЭГ, она характеризует функциональное состояние коры мозга и близлежащих подкорковых структур в спокойном бодрствовании при закрытых глазах, в затемненном помещении. В практике детской ЭЭГ при спектральном анализе чаще существует не один, а несколько пиков накопленной энергии, что называется полимодальностью или полидиапазонностью альфа-ритма [4, 6]. По мнению многих исследователей [12, 13, 16, 17], связано с наличием не одного, а нескольких генераторов альфа-активности (корковых и глубинных). Некоторые исследователи рекомендуют выделять три диапазона альфа-ритма, другие, к которым мы присоединяемся, – два: низкочастотный альфа-ритм (7,75-10 Гц, альфа 1 ритм) и высокочастотный альфа-ритм (10-13 Гц, альфа 2 ритм). Когерентный анализ показывает связь между двумя процессами и измеряется коэффициентом корреляции от 0,1 до 1 [11]. Если показатели когерентности 0,1-0,3, то это свидетельствует о малой линейной связи между двумя процессами; если же показатели 0,7-0,9, то такая картина указывает на высокую связанность двух процессов или на то, что они берут начало из одного источника. При оценке функционального состояния мозга в норме и патологии когерентный анализ важен для понимания связанности различных его отделов в работе какой-либо системы.

Специфические изменения биоэлектрической активности коры, регистрируемые с помощью ЭЭГ у пациентов с различной неврологической и психиатрической патологией, также могут быть выявлены и у пациентов с СВД.

Цель исследования. Использование методик количественной ЭЭГ (спектральный и когерентный анализ) для исследования основных изменений биоэлектрических потенциалов коры головного мозга у группы подростков с СВД; сравнение выявленных изменений с полученными результатами ЭЭГ-обследования относительно здоровых подростков двух групп сравнения.

Материалы и методы. В работе изучались записи ЭЭГ подростков с СВД и подростков двух групп сравнения, записанные на 16-канальном электроэнцефалографе «Мицар-ЭЭГ». Запись ЭЭГ осуществляли с помощью чашечковых электродов, размещаемых на волосистой части головы пациентов по стандартной схеме 10/20, применялся монополярный монтаж с объединенным референтом на мочках ушей. Анализ результатов ЭЭГ проводили с помощью программы WinEEG со встроенным модулем спектрального и когерентного анализа.

В основную группу вошли 100 подростков (56 мальчиков и 44 девочки) с СВД (средний возраст 15,56±1,36 года). Критерии включения: наличие жалоб на головные боли, головокружения, обморочные состояния, влияющие на школьную адаптацию; наблюдение педиатром, детским неврологом с назначением курсов лечения; не менее чем однократная госпитализация в стационар по поводу СВД. Исключались из исследования подростки с эпилепсией, судорожными состояниями, наличием на ЭЭГ эпилептиформной и пароксизмальных видов активности (кроме заостренных видов активности не более 1-2 в минуту). Для сравнения результатов были отобраны две группы практически здоровых детей. В одну из них

вошли 17 пациентов (12 мальчиков и 5 девочек) с перенесенным более 1 месяца назад сотрясением головного мозга легкой степени (средний возраст 14,82±1,63 года), во вторую - 54 пациента (33 мальчика и 21 девочка) с диагнозом «Обследование» (подростки без жалоб, которым проводилась ЭЭГ в связи с поступлением в лицей, Суворовское училище, средний возраст 14,81±1,59 года). Подростки обеих групп сравнения прошли ЭЭГ-исследование в одном и том же медицинском учреждении (ДГБ № 22 Санкт-Петербурга). Показатель возраста в основной группе и группах сравнения не различался достоверно.

В течение эпохи анализа 30-35 сек. по фрагменту фоновой записи, свободному от артефактов, рассчитывалась спектральная мощность для заданного диапазона. По результатам спектрального анализа у подростков основной группы нижняя граница альфа-диапазона составляет 9,36±0,88 Гц, верхняя граница - 10,65±1,01 Гц. У 47 из этих пациентов (47%) с СВД основной частотой была промежуточная, альфа 1-2 со средним значением нижней зоны ритма 9,3 Гц, верхней зоны 10,5 Гц. Ритм Альфа-1 со средней частотой 8,3–9,5 Гц преобладал у 23 детей (23%). Лишь у 30 детей (30%) основной группы основной частотой была альфа-2 в диапазоне 10,3–11,7 Гц.

По результатам спектрального анализа у подростков первой группы сравнения нижняя граница альфа-диапазона составила 9,81±0,87 Гц, а верхняя граница - 11,00±0,83 Гц. В группе сравнения с сотрясением головного мозга в анамнезе в более половине случаев (9 человек) основным ритмом являлся альфа1-2 со средней частотой 9,2-10,5 Гц. А у 8 молодых людей наиболее выражен был альфа-2-ритм со средним значением нижней границы 10,5 Гц, верхней - 11,5 Гц. У большинства пациентов этой группы альфа-1-ритм отсутствовал. Во второй группе сравнения нижняя граница альфа-диапазона составила 9,62±0,83 Гц, верхняя - 10,91±0,79 Гц. В данной группе промежуточное значение альфа-активности (альфа 1-2) обнаружено у 23 человек (42%) со средней частотой 9,0-10,5 Гц. Ритм Альфа-1 со средней частотой 8,4–9,6 Гц преобладал у 5 детей (9%). У 26 подростков второй группы сравнения (49%) основной частотой была альфа-2 в диапазоне 10,4-11,5 Гц.

Регионарное распределение в виде затылочно-лобного градиента основного ритма не отличается у большинства детей всех групп. В группе исследования, в сравнении с двумя группами относительно здоровых детей, отмечается тенденция к преобладанию низкочастотного альфа-диапазона. Также отмечается математическая тенденция к общему замедлению спектральных характеристик альфа-активности при сравнении между нижней границей альфа-ритма в основной группе и первой группой сравнения ($p=0,05$; $p\leq0,05$), между нижней границей альфа-ритма в основной группе и второй группой сравнения ($p=0,07$; $p<0,1$), между верхней границей альфа-ритма в основной группе и второй группой сравнения ($p=0,087$; $p<0,1$) при однофакторном дисперсионном анализе программы Statistica 10.

Когерентный анализ позволяет выявить уровень связности между выбранными областями коры головного мозга. Связанности между двумя выбранными электродами, индекс которых составлял 0,7-0,9, принимались за гиперкогерент-

ные [4]. По результатам когерентного анализа у пациентов основной группы отмечено достоверное увеличение количества связей между различными отделами коры. Короткие внутриполушарные связи между лобными и префронтальными отведениями были усилены главным образом в высокочастотном диапазоне (альфа-1 и альфа-2) (рис. 1). Усиление связей между префронтальными и передне-височными отделами коры обнаружено преимущественно в правом полушарии с тем же частотным акцентом. Между лобными электродами Fp1 и Fp2 также наблюдалась межполушарная короткодистантная гиперинтеграция с преобладанием в дельта- и альфа-1-спектрах. Гиперкогерентные связи в височных областях преобладали между передними и средними отведениями электродов, преимущественно с левой стороны. Во многих случаях отмечалась гиперинтеграция между теменными и затылочными электродами P4-O2 (рис. 2).

Степень выраженности гиперинтеграций у пациентов обеих групп сравнения была значительно ниже. Так, связи с коэффициентом корреляции 0,8 в дельта и тета диапазонах частот достоверно преобладали в основной группе во всех отведениях ЭЭГ по сравнению с первой группой сравнения (критерий Манна-Уитни, $p=0,01$; $p<0,05$). Гиперинтеграции в основной группе также преобладали по показателю альфа 2 Ког по сравнению с первой группой сравнения (критерий Манна-Уитни, $p=0,007$; $p<0,05$).

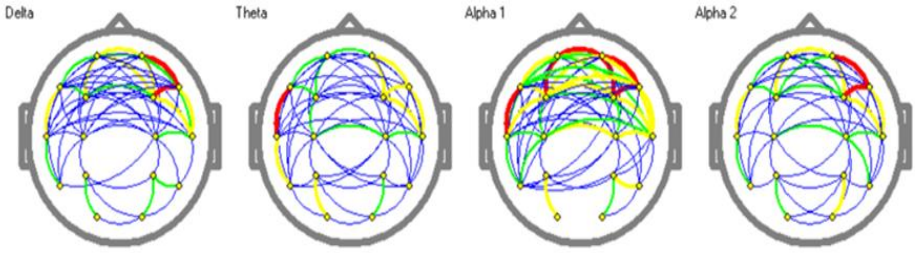


Рисунок 1. Гиперинтеграции между префронтальными и фронтальными электродами, а также между префронтальными и передними височными электродами преимущественно в высокочастотных спектрах; короткодистантные гиперинтеграции между электродами Fp1 и Fp2 с некоторым преобладанием в дельта и альфа-1 спектрах

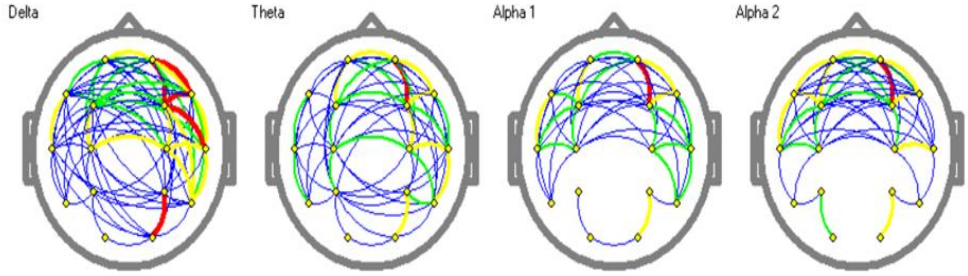


Рисунок 2. Отмечающиеся в ряде случаев, гиперинтеграции между париетальными и затылочными электродами P4-O2

В большинстве случаев гиперинтеграции у детей из двух групп сравнения не отличались. Межполушарные гиперинтеграции обнаружены между электродами Fp1-Fp2, преимущественно в дельта- и альфа-1 диапазонах, а также между префронтальными и лобными электродами в основном в высокочастотных спектрах. Также были обнаружены гиперинтеграции между передними и средними височными областями, с акцентом в левом полушарии, главным образом в диапазонах альфа-1 и альфа-2. Гиперинтеграция между областями P4-O2 наблюдалась в группе подростков, не имевших диагноза. Фактически локализация большинства Ког-гиперинтеграций была схожей у детей основной группы и у детей в двух группах сравнения.

Обсуждение. Как известно, важную роль в этиологии и патогенезе вегетативной дисфункции могут играть наследственность [3], конституция, пре- и интранатальные факторы, экзогенные и органические поражения ЦНС, различные соматические заболевания. Если несколько упростить, то медико-социальный профиль подростков, страдающих СВД, следующий [10]: это девочки 15 лет, проживающие в городе (городской стресс), из полной семьи. На уроках физкультуры такие девочки занимаются в специальной группе (низкий уровень физической нагрузки); свободное время проводят дома, сидя перед компьютером (низкий уровень физической нагрузки); не ведут здоровый образ жизни – (низкий уровень физической нагрузки, переедание). Наиболее частой жалобой при посещении врача является головная боль, наблюдаются неврологом, выполняют его назначения, но не завершают курс лечения, не соблюдают лечебный режим, имеют сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. Вполне вероятно, что полученные нами данные о сдвиге альфа-активности к онтогенетически более раннему альфа 1 ритму свидетельствуют о нейрофизиологической «слабости», «недоразвитии» корковой ритмики, потенцируя клинически быструю физическую астению, головные боли, общий низкий уровень активности. С другой стороны, показано, что у каждого третьего мальчика и почти у половины девочек с СВД обнаружен «дисгармоничный» и «резко дисгармоничный» уровень физического развития [7], что пересекается с полученными нами данными Ког- и спектрального анализа ЭЭГ с повышенной выраженностью Ког-гиперинтеграций и спектральным замедлением альфа-ритма, возможно, помещая ЭЭГ показатели этих подростков латеральнее в куполе нормального распределения.

Нельзя не отметить, что необходимы дальнейшие исследования ввиду не столь значительной выборки; ввиду рассмотрения данных ЭЭГ в общих группах, без разделения на девочек и мальчиков, поскольку показано отличие спектрально-когерентных характеристик ЭЭГ в зависимости от гендера [1].

Заключение. Таким образом, в группе подростков, имеющих вегетативные расстройства, по сравнению с двумя группами практически здоровых детей отмечается тенденция к преобладанию низкочастотного альфа-диапазона ЭЭГ, что может свидетельствовать о задержке развития электрогенеза биоэлектрической активности коры головного мозга. Большинство областей высококогерентных связей были схожими как для детей основной группы, так и для детей

двух групп сравнения. Особенностью результатов когерентного анализа ЭЭГ у пациентов с СВД является повышенная выраженность Ког-гиперинтеграций, что соответствует литературным данным [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Н.Н., Горбачевская Н.Л., Солониченко В.Г. и др. Особенности ЭЭГ у девочек 6-8 лет с разным дерматоглифическим рисунком кисти // Доклады Академии наук. 1994. Т. 338. № 3. С. 420-424. EDN WGDTXV.

2. Вейн,А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевания вегетативной нервной системы. М.: «Медицина», 1991. 624 с.

3. Газенкампф К.А., Доморацкая Е.А., Дмитренко Д.В. Генетические предикторы развития вегетативной дисфункции // Доктор.Ру. 2023. Т. 22. № 6. С. 54-59. – DOI 10.31550/1727-2378-2023-22-6-54-59. – EDN OQYYRW.

4. Иванов Л.Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография. М.: Антидор. 2000. 256 с.

5. Колесникова, Л.И., Королева Н.В., Бугун О.В. и др. Взаимодействие полушарий головного мозга у детей с вегетативной дисфункцией синусового узла // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2009. Т. 148, № 9. С. 262-265. EDN MUEJBD.

6. Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Интерпретация электроэнцефалографии у детей раннего возраста // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020. 12 (1). С. 9-25. Https://doi.org/10.17749/2077-8333.2020.12.1.9-25

7. Кушнир С.М., Антонова Л.К. Клинические и функциональные особенности вегетативной дисфункции у подростков с дисгармоничным физическим развитием // Тверской медицинский журнал. 2022. № 3. С. 36-39. EDN QVLWCB.

8. Пинкер С. Лучшее в нас: Почему насилия в мире стало меньше / пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшен, 2021. 952 с.

9. Попова Н.М., Гарипова Ч.А., Семенова А.В. Актуальность и значимость синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков в практике врача-педиатра // Авиценна. 2019. № 36. С. 4-9. EDN FGZLIX.

10. Спичак И.В., Кухтина О.С. Медико-социальный портрет подростка с синдромом вегетативной дисфункции // Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития: Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ, Курск, 20–21 октября 2016 г. / Под ред. В.А. Лазаренко, И.Л. Дроздовой, И.В. Зубковой, О.О. Куриловой. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2016. С. 216-218. EDN YKHCMT.

11. Тимофеев Е.В. Реева С.В., Земцовский Э.В. Распространенность признаков вегетативной дисфункции у лиц молодого возраста и их связь с наследственными нарушениями соединительной ткани // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4, № 4. С. 21-29. EDN FIAREH.

12. Фарбер Д., Дубровинская Н. Структурно-функциональное созревание мозга ребенка // Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М.,

2000. С. 5-28.

13. Фарбер Д. Функциональное созревание мозга в раннем онтогенезе. М.: Просвещение. 1969. 280 с.

14. Фирсова Л.Д., Полякова В.В. Вегетативная дисфункция у гастроэнтерологических пациентов: вопросы диагноза и лечения // Эффективная фармакотерапия. 2022. Т. 18, № 42. С. 70-75. DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-42-70-75. EDN BWYBOL.

15. Хороших А.О., Язова Е.А. Качество жизни у подростков с синдромом вегетативной дисфункции // Молодежный инновационный вестник. 2022. Т. 11, № S1. С. 317-321. EDN ZCMRGK.

REFERENCES

1. Bogdanov N.N., Gorbachevskaya N.L., Solonichenko V.G. i dr. Osobennosti E`E`G u devochek 6-8 let s razny`m dermatoglificheskim risunkom kisti // Doklady` Akademii nauk. 1994. T. 338. # 3. S. 420-424. EDN WGDTXV.

2. Vejn,A.M., Voznesenskaya T.G., Golubev V.L. i dr. Zabolevaniya vegetativnoj nervnoj sistemy`. M.: «Mediczina», 1991. 624 s.

3. Gazenkampf K.A., Domoraczkaya E.A., Dmitrenko D.V. Geneticheskie prediktory` razvitiya vegetativnoj disfunkczii // Doktor.Ru. 2023. T. 22. # 6. S. 54-59. – DOI 10.31550/1727-2378-2023-22-6-54-59. – EDN OQYYRW.

4. Ivanov L.B. Prikladnaya komp`yuternaya e`lektroe`nczefalografiya. M.: Antidor. 2000. 256 s.

5. Kolesnikova, L.I., Koroleva N.V., Bugun O.V. i dr. Vzaimodejstvie polusharij golovnogo mozga u detej s vegetativnoj disfunkcziej sinusovogo uzla // Byulleten` e`ksperimental`noj biologii i medicziny`. 2009. T. 148, # 9. S. 262-265. EDN MUEJBD.

6. Koshhavczev A.G., Grechany`j S.V. Interpretacziya e`lektroe`nczefalografii u detej rannego vozrasta // E`pilepsiya i paroksizmal`ny`e sostoyaniya. 2020. 12 (1). S. 9-25. Https://doi.org/10.17749/2077-8333.2020.12.1.9-25

7. Kushnir S.M., Antonova L.K. Klinicheskie i funkczional`ny`e osobennosti vegetativnoj disfunkczii u podrostkov s disgarmonichny`m fizicheskim razvitiem // Tverskoj mediczinskij zhurnal. 2022. # 3. S. 36-39. EDN QVLWCB.

8. Pinker S. Luchshee v nas: Pochemu nasiliya v mire stalo men`she / per. s angl. M.: Al`pina non-fikshen, 2021. 952 s.

9. Popova N.M., Garipova Ch.A., Semenova A.V. Aktual`nost` i znachimost` sindroma vegetativnoj disfunkczii u detej i podrostkov v praktike vracha-pediatra // Aviczenna. 2019. # 36. S. 4-9. EDN FGZLIX.

10. Spichak I.V., Kukhtina O.S. Mediko-soczial`ny`j portret podrostka s sindromom vegetativnoj disfunkczii // Farmaczevticheskoe obrazovanie, nauka i praktika: gorizonty` razvitiya: Mat-ly` Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem, posvyashhennoj 50-letiyu farmaczevticheskogo fakul`teta KGMU, Kursk, 20–21 oktyabrya 2016 g. / Pod red. V.A. Lazarenko, I.L. Drozdovoj, I.V. Zubkovoj, O.O. Kurilovoj. Kursk: Kurskij gosudarstvenny`j mediczinskij universitet, 2016. S. 216-218. EDN YKHCMT.

11. Timofeev E.V. Reeva S.V., Zemczovskij E`.V. Rasprostranennost`

priznakov vegetativnoj disfunkczii u licz molodogo vozrasta i ikh svyaz` s nasledstvenny`mi narusheniyami soedinitel`noj tkani // Mediczina: teoriya i praktika. 2019. T. 4, # 4. S. 21-29. EDN FIAREH.

12. Farber D., Dubrovinskaya N. Strukturno-funkczional`noe sozrevanie mozga rebenka // Fiziologiya rosta i razvitiya detej i podrostkov (teoreticheskie i klinicheskie voprosy`) / Pod red. A.A. Baranova, L.A. Shheplyaginoj. M., 2000. S. 5-28.

13. Farber D. Funkczional`noe sozrevanie mozga v rannem ontogeneze. M.: Prosveshhenie. 1969. 280 s.

14. Firsova L.D., Polyakova V.V. Vegetativnaya disfunkcziya u gastroe`nterologicheskikh paczientov: voprosy` diagnoza i lecheniya // E`ffektivnaya farmakoterapiya. 2022. T. 18, # 42. S. 70-75. DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-42-70-75. EDN BWYBOL.

15. Khoroshikh A.O., Yazova E.A. Kachestvo zhizni u podrostkov s sindromom vegetativnoj disfunkczii // Molodezhny`j innovaczionny`j vestnik. 2022. T. 11, # S1. S. 317-321. EDN ZCMRGK.

16. Akrofi K., Baker M., O'Boyle M., Schiffer R. Clustering and modeling of EEG coherence features of Alzheimer's and mild cognitive impairment patients // Conf. Proc. IEEE Eng. Med. Biol. Soc. 2008. P.1092-1095. [QxMD MEDLINE Link].

17. Ellingson R. Ontogenesis of sleep in the human. Experimental studies of human sleep. Eds G. Lairy, P. Salzarulo. Amsterdam: Elsevier, North Holland, 1975. 129 p.

A.G. Koshchavtsev, A.N. Golod

QUANTITATIVE EEG IN ADOLESCENTS WITH VEGETATIVE DYSFUNCTION SYNDROME

Pediatric Medical University (Saint-Petersburg).

Summary. Surveyed 100 adolescents (56 boys and 44 girls) with vegetative dysfunction syndrome aged from 13 to 17 years (average age 15.56±1.36 years). The results of spectral analysis of the EEG indicate a tendency towards the predominance of the low-frequency alpha range, which may indicate a slight delay in the development of bioelectrical activity of the cortical-subcortical formations of the brain in adolescents with vegetative dysfunction syndrome. A distinctive characteristic of the results of coherent EEG analysis for patients with vegetative dysfunction syndrome is the greater severity of coherent hyperintegrations.

Keywords: EEG, spectral analysis, coherence analysis, vegetative dysfunction syndrome.

УДК 616.89-008.441.44

Р.В. Бисалиев

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ-ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Образовательное частное учреждение высшего образования «Московская международная академия» (Москва).

Резюме. **Цель**: провести теоретический анализ по проблеме суицидального поведения у детей и подростков, страдающих соматическими расстройствами. **Материал и методы**. Проведен анализ 29 источников. Анализировались материалы, которые касались взаимосвязи между суицидальным поведением и соматической патологией у детей и подростков. **Результаты**. Установлено, что не сформированы теоретико-методологическая основа, концептуальные подходы и принципы понимания феномена суицидального поведения в структуре соматических расстройств педиатрических пациентов. **Заключение**. Решение проблем соматической патологии и суицидального поведения у детей и подростков позволит улучшить медико-социальный прогноз и качество их жизни.

***Ключевые слова*:** суицид, соматические заболевания, дети, подростки, профилактика.

Актуальность. Общепринятым считается рассматривать детскую смертность в результате соматических заболеваний, а также смертности от суицида как индикаторы социального благополучия общества и отражающие уровень оказания медицинской помощи детскому населению. Приводятся статистические данные, в которых отражена больничная смертность детей в возрасте 0-17 лет за период 2015–2020 гг. Установлены неблагоприятные тенденции в летальности детей в стационарах от болезней мочеполовой системы (рост на 44,4%), нервной системы (на 24,9%), эндокринной системы (на 16,9%) и врожденных аномалий (на 16,8%). При этом в качестве основных причин смерти детей от врожденных аномалий фигурировали пороки развития системы кровообращения (43,5%), органов пищеварения (6,4%) и нервной системы (5,3%); злокачественных новообразований (92,1%) [11].

Что касается показателей суицидальной смертности, то ее удельный вес в возрасте 15-29 лет составляет 8,5% всех смертей, являясь в мире второй по значимости причиной смертности (после дорожно-транспортных происшествий) [6]. В Бурятии отмечаются высокие показатели детской смертности, которые выше, чем по стране и варьируют от 6% до 22,7%. Однако предельно высоким остается удельный вес детей, умерших от так называемых немедицинских причин: суициды (от 14,1% до 30,8%), транспортные травмы (от 5,5% до 22,5%), механические асфиксии (от 9,9% до 26,4%), утопления (от 10,9% до 23%), отравления угарным газом (от 5,4% до 15,5%) [2]. Иными словами, речь идет как о прямых, так и скрытых формах самоубийства.

Помимо завершенных суицидов остаются высокие показатели по суици-

дальным мыслям и попыткам среди детей и подростков, между которыми имеются взаимовлияния и взаимозависимости. До 81,1% подростков реализуют суицидальные попытки в течение 12 месяцев после первичного возникновения мыслей о самоубийстве. В то же время количество попыток суицида среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось на 13% (с 3253 до 3675 случаев), а число повторных случаев – на 92,6% (со 188 до 362 случаев) [25]. Распространенные в подростковом возрасте несуицидальные самоповреждения являются существенным фактором риска для актуализации и проявления различных форм суицидального поведения (СП) [15].

Весомым фактором риска для появления суицидальных мыслей, совершения попытки и завершенного самоубийства в подростковом возрасте является наличие соматического заболевания. Показательно исследование, в котором оценивалась связь реализации попыток самоубийства с соматическими заболеваниями. Когортное исследование было проведено с участием 169 806 девушек в возрасте до 20 лет в период с 1989 по 2019 гг. в Квебеке, Канада. Из них 8086 представителей женского пола, госпитализированных с попытками самоубийства, были сопоставимы по возрасту и полу со 161 720 обследуемых, не предпринимавших попыток самоубийства. Все были госпитализированы по поводу заболеваний: аллергические расстройства, аутоиммунные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, рак, и смерть от непсихиатрических причин. По сравнению с контрольной группой, девочки–подростки с суицидальными попытками имели больший риск госпитализации по поводу инфекции и аллергических заболеваний. Обнаруженные взаимосвязи между СП и заболеваниями наблюдались независимо от возраста девушек на момент попытки самоубийства, однако они были выражены у девушек как с повторными попытками, так и в течение первых пяти лет после попытки самоубийства [26].

Тяжелые соматические заболевания как причина завершенных суицидов у подростков в 2020 г. в Казахстане (страна, в которой уровень суицида является одним из самых высоких в мире) зафиксированы на уровне 0,9% [12]. Весьма высокие значения по завершенным суицидам приводятся другими авторами. Так, например, лица в возрасте до 20 лет, умершие в результате самоубийства, в 76,6% случаев испытывали проблемы с физическим здоровьем, требующим медицинской помощи. Частыми были дерматологические проблемы (11%) и респираторные заболевания (10%). Мы солидарны с мнением авторов указанного выше исследования, утверждающих, что в настоящее время количество исследований в этой области сравнительно невелико, оценка и коррекция суицидального поведения пациентов соматических стационаров может иметь значительный медико-социальный эффект [7]. Зачастую используются попытки самоубийства, приводящие к смерти детей и подростков, включающие удушение, например, через повешение, а также нанесение самому себе огнестрельных ранений. К сожалению, летальность достигает 90%. Также следует отметить, что более половины суицидентов-подростков (54%) не имеют ранее существовавшего психиатрического диагноза [28]. В другом крупном исследовании с выборкой 600 стационарных соматических пациентов (59,2% девушки; средний возраст 15,2±2,84 года) выявлено, что скрининг на риск самоубийства оказался положительным (13,5%), из них 39,5% обнаруживали отрицательный результат

скрининга на депрессию, и более половины (45 из 81) не дали положительных ответов в вопросах относительно суицидальных мыслей или по мыслям причинении себе вреда и завершенного самоубийства [17].

Цель: провести теоретический анализ и обобщить новые данные отечественных и зарубежных исследований по проблеме суицидального поведения у детей и подростков, страдающих соматическими расстройствами.

Материал и методы. Настоящий анализ литературных данных проводился в соответствии с поставленной целью исследования: поиск высококачественных систематических обзоров, касающихся распространенности суицидального поведения у детей-пациентов соматического профиля в сравнительном аспекте, то есть с общими популяционными показателями суицидальной активности. Для более тщательного и корректного отбора материала мы следовали рекомендациям по составлению обзоров и мета-анализов, однако с акцентом на соответствие методологии касательно проведения литературных обзоров, чтобы обеспечить точное представление результатов. Рекомендации включают основные положения: непредвзятость, полнота представленных результатов других авторов, четкое формулирование темы, проблемы, вопроса, описание всех источников информации, описание процесса отбора исследований, описание характеристик, по которым были извлечены данные (например, объем исследования, период наблюдения), цитирование или ссылки на источники, создание общей интерпретации результатов в контексте других фактических данных, описание источников финансирования обзора и другой поддержки (например, предоставление данных) и роли спонсоров систематического обзора [18].

Проведен анализ 29 источников отечественных и зарубежных авторов. Мы исключили дублирующие материалы (13 источников) во время обработки данных после прочтения названия и аннотации каждой статьи. Поиск осуществлялся в специальных медицинских ресурсах, а именно: RusMed, Medline, PubMed, и Web of Science. Кроме того, были задействованы электронные библиотеки, такие как eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и Библиотека диссертаций и авторефератов России dslib.net.

Во время изучения литературы ключевое слово «суицид» появилось в качестве термина, который обычно использовался для обозначения изучаемой проблемы. В дальнейшем это привело нас к принятию формулы поиска: «суицид и неинфекционные заболевания», «суицид и соматическое заболевание», «суицид и дети», «суицид и подростки». Мы не ограничивали поиск по базам данных датой публикации, хотя акцент был на публикациях за последние пять лет, то есть с 2020 г.

Результаты и их обсуждение. Суицидальная активность в структуре соматических болезней остается весьма высокой и колеблется в широких пределах: от 1,9 до 90% [4]. Например, проблема суицида среди детей и подростков стала наиболее заметной в период пандемии новой коронавирусной инфекции [3].

Подростковые суицидальные попытки могут быть связаны с манифестацией сердечно-сосудистых заболеваний. Психосоматические соотношения при сердечно-сосудистой патологии стали рассматриваться у детей и подростков в связи с высокой частотой психовегетативных расстройств в детско-подростковом возрасте, так как значения варьируют от 20,5% до 80%, и распространенностью психосоматических расстройств у этой категории населения (90%), не исключающих

сердечно-сосудистые нарушения [1]. Обследовав 7 298 002 человек (3 640 632 мужчины и 3 657 370 женщин) в возрасте ≤15 лет, проживавших в Дании в 1980-2016 гг., авторы установили, что превышение частоты самоубийств отмечалось при следующих заболеваниях: сердечная недостаточность, кардиомиопатия, острый инфаркт миокарда, остановка сердца с успешной реанимацией, фибрилляция и трепетание предсердий, стенокардия и желудочковая тахикардия. При этом максимальные значения по риску самоубийства выявлены в течение первых шести месяцев после постановки указанных выше диагнозов [21].

Активно ведутся исследования по установлению связи между респираторными вирусными инфекциями и риском суицида. В зарубежных исследованиях приводятся сведения о преобладании членовредительства и самоубийств у подростков с новой коронавирусной инфекцией [24]. Более того, выявлена ассоциация наличия антител против вирусов гриппа А и В и штамма коронавируса (H Cov-NL63), тяжести заболевания (95% от общего количества пациентов – подростки, госпитализированные в стационар) с попытками самоубийства в анамнезе [25]. В Новосибирской области ретроспективное обследование 113 подростков, перенесших COVID-19 в возрасте от 11 до 14 лет (78 девочек, 35 мальчиков), средний возраст 12±2 года, показало наличие суицидальных попыток в анамнезе. В течение шести месяцев после перенесенной инфекции возникали суицидальные мысли и тенденции, где 32% подростков описывали, что мысли о нежелании жить возникали импульсивно на фоне относительного благополучия, сопровождались выраженной интенсивностью, преимущественно в вечернее время [8]. Психологическая и соматическая уязвимость подростков подтверждается данными статистики, иллюстрирующими более высокие показатели самоубийств у них (49%), чем у взрослых (37%) в период пандемии COVID-19 [27].

У подростков-суицидентов определен ряд психосоматических нарушений пищеварения (абдоминальные дисфункции): ощущения подташнивания по утрам; отсутствие аппетита по утрам и повышенный аппетит вечером или ночью; психогенные запоры (снижение перистальтики кишечника) и другие проблемы с пищеварением [13]. В этом контексте внушительным в отношении доказательной базы являются исследования с участием 1 047 755 детей, подростков и взрослых с воспалительными заболеваниями кишечника. Общая распространенность суицидальных мыслей у этих пациентов составила 17,3%. Одновременно наблюдалась связь с повышенным риском суицидальных попыток и смертей от самоубийств по сравнению с контрольной группой (лица без заболеваний кишечника). Наибольший риск представляли пациенты с болезнью Крона. Особенностью было и то, что кратковременность течения заболеваний кишечника корреспондировала с высоким риском самоубийства [29]. К сожалению, авторами не исследовались особенности течения болезни Крона, сочетанной с суицидальным поведением, в зависимости от возраста. Можно предположить, что причины, мотивы и симптоматика суицидального поведения у детей будет отличной от взрослой когорты.

Ретроспективное когортное исследование 31641 пациента (подростков), страдающего болезнями кожи, показало, что распространенность суицидальных мыслей у них составляла от 0,45% (псориаз) до 67% (дисморфическое расстройство тела), тогда как распространенность суицидальных попыток колебалась от 0,08% (псориаз) до 21,9% (акне). Суицидальный риск при заболеваниях кожи

среди детей и подростков является сложным и мультифакторным. И, что особенно важно, риск суицида сохраняет свою остроту вне зависимости от наличия или отсутствия депрессии [14].

Несмотря на характерную особенность психогенных реакций в виде полиморфизма, синдромальной незавершенности, незначительной глубины симптоматики при онкопатологии у детей и подростков, грубые поведенческие девиации чаще проявляются гетеро- и аутоагрессией, гневливостью и тоскливо-злобным настроением [9]. В исследовании, проведенным в США, участниками которого были 166 онкологических больных (57,8% опухолей головного мозга, 31,3% лейкозов, 10,8% других видов рака) в возрасте от 6 до 23 лет, суицидальные мысли фиксировались у 17,5% [25]. В этом случае включение взрослой когорты людей от 18 лет в группу детей и подростков, снижает возможность определения клинико-психопатологических особенностей СП в группе больных (дети и подростки). Для изучения уровня самоубийств среди детей, перенесших рак, и оценки факторов, связанных с более высоким риском самоубийства, в США был проведен обзор данных программы эпиднадзора, эпидемиологии и конечных результатов за период с 1975 по 2016 гг. Были зарегистрированы выжившие с диагнозом рак в детском возрасте. В результате установлено, что на 567 233 человеко-года было совершено 40 самоубийств, что дает уровень самоубийств 7,1 на 100 000 человеко-лет. По сравнению с пациентами с диагнозом рака в возрасте от 10 до 14 лет выжившие с диагнозом рака в возрасте от 0 до 4 лет имели более низкий риск самоубийства. Фактор риска суицида составил 0,16 для острого лимфоцитарного лейкоза, 0,15 - узловой лимфомы Ходжкина, 0,14 - рака головного мозга и 0,09 - рака почек. Следует отметить, что большинство самоубийств произошло в возрасте после 15 лет. Самоубийства были проблемой для выживших, особенно тех, у кого был рак щитовидной железы [16].

Суицидальное поведение ассоциируется с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и туберкулезом, тем более что эти два заболевания зачастую являются коморбидными друг другу. Например, в Ботсване при обследовании детей в возрасте 12-19 лет в количестве 490 человек обнаружено, что повышенный риск самоубийства был у 18,9% подростков с ВИЧ-инфекцией [19]. Тогда как в Уганде распространенность суицидального поведения составила 10,7% и 2,8% среди подростков, живущих с ВИЧ и СПИДом соответственно [23].

Что касается туберкулеза, то в специальной литературе имеются описания клинических случаев (пациенты в возрасте 14-17 лет) самоотравления изониазидом. В целом такие случаи суицидальных передозировок среди подростков весьма редки [22]. К сожалению, следует констатировать, что работ по изучению суицидального поведения у ВИЧ-инфицированных детей и больных детей онкологическими заболеваниями и туберкулезом недостаточно, особенно за последние пять лет. Хотя имеются единичные работы по суицидальному поведению в связи с туберкулезом у взрослых [20]. Вероятно, это объясняется трудностями диагностики детских ВИЧ-инфекции, онкологических заболеваний и туберкулеза как на уровне поликлинического звена лечебно-профилактических учреждений, так и на уровне диспансеров, хотя продолжается совершенствование диагностических технологий [5, 10]. Соответственно, методы диагностики, терапии и профилактики суицидального поведения у ВИЧ-инфицированных,

онкологических пациентов и больных туберкулезом требуют своего дальнейшего изучения и внедрения в практическую деятельность медицинских учреждений. Нет сомнений, решение проблем ВИЧ-инфекции, онкологической патологии, туберкулеза и суицидального поведения у детей и подростков позволит улучшить медико-социальный прогноз и качество их жизни.

Таким образом, на основе теоретического анализа проблемы суицидального поведения детей-пациентов соматического профиля сделаны следующие **выводы**:

1) имеется существенный пробел исследований по суицидальному поведению у детей и подростков-пациентов соматического профиля;

2) не сформированы теоретико-методологическая основа, концептуальные подходы и принципы понимания феномена суицидального поведения в структуре соматических расстройств педиатрических пациентов;

3) нет единых стандартов ведения данной группы больных, а также единой точки зрения в вопросах терминологии и методов диагностики суицидального поведения при соматических заболеваниях;

4) дискуссионными, а точнее неизученными остаются вопросы в отношении клинико-психологических, клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей суицидального поведения у детей и подростков-пациентов соматического профиля.

Данный обзор не претендует на полноту изложения проблемы, так как для этого требуется проведение глубоких и масштабных исследований с большим количеством соматических пациентов, применение унифицированных методов диагностики и обработки информации в отношении клинических проявлений суицидального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Аффективные нарушения и сердечно-сосудистые расстройства в детско-подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020;20(2):12-9.

2. Банзарова Л.П., Будаев Б.С., Кицул И.С. Статистика смертности детского населения Республики Бурятия // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021;4:325-337. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-325-337

3. Басова А.Я., Бебчук М.А., Устинова Н.В. и др. Компетентность врачей-педиатров в вопросах профилактики, определения риска или выявления суицидального поведения у детей: одномоментное опросное исследование // Вопросы современной педиатрии. 2021;20(3):234–241. DOI: https://doi.org/10.15690/vsp.v21i3.2430

4. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение в структуре болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания // Психическое здоровье. 2024;19(3):66-79. DOI: https:// doi.org/10. 25557/2074-014X.2024.03.66-79

5. Волкова А.Р., Вахитов Х.М., Кумирова Э.В. Детские злокачественные новообразования и их учет: мировые и отечественные тенденции // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2020;7(3):64-69.

6. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Козлов К.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков: современные концепции // Вопросы психического здоровья подростков. 2022;22(2):80–92.

7. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Сычугов Е.М. Роль клинических и соци-

альных факторов риска в возникновении и развитии суицидального поведения у подростков и лиц молодого возраста // Суицидология. 2022;13(2):74-91. DOI: doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-74-91

8. Климова И.Ю., Овчинников А.А., Фунтиков А.С. и др. Суицидальное поведение подростков в период пандемии новой коронавирусной инфекции // Сибирский медицинский вестник. 2023;7(2):54–59. DOI: 10.31549/2541-8289-2023-7-2-54-59

9. Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Психические расстройства в онкопедиатрической практике, их диагностика и курация // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021;21(3):47-52.

10. Мякишева Т.В, Авдеева Т.Г. Трудности диагностики и оценка эффективности лечения туберкулезной инфекции легочной и абдоминальной локализации у детей // Смоленский медицинский альманах. 2020;(2):132-136.

11. Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Причины больничной летальности среди детей // Российский педиатрический журнал. 2022;25(3):177-185. DOI: https:// doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-3-177-185

12. Тынышбаева А.А., Шаймерденов А.Х. Суицид среди несовершеннолетних: социально-психологические причины и меры профилактики // Вестник Академии правоохранительных органов при Генеральной прокуратуре Республики Казахстан. 2020(4):110-118.

13. Храмов Е.В. Психологические и психосоматические факторы риска суицидального поведения подростков // Современная зарубежная психология. 2020;9(1):68-75. DOI:10.17759/jmfp.2020090107

REFERENCES

1. Antropov Yu.F. Affektivny`e narusheniya i serdechno-sosudisty`e rasstrojstva v detsko-podrostkovom vozraste // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020;20(2):12-9.

2. Banzarova L.P., Budaev B.S., Kiczul I.S. Statistika smertnosti det-skogo naseleniya Respubliki Buryatiya // Sovremenny`e problemy` zdravookhraneniya i mediczinskoj statistiki. 2021;4:325-337. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-325-337

3. Basova A.Ya., Bebchuk M.A., Ustinova N.V. i dr. Kompetentnost` vrachej-pediatrov v voprosakh profilaktiki, opredeleniya riska ili vy`yavleniya suiczidal`nogo povedeniya u detej: odnomomentnoe oprosnoe issledovanie // Voprosy` sovremennoj pediatrii. 2021;20(3):234–241. DOI: https://doi.org/10.15 690/vsp.v21i3.2430

4. Bisaliev R.V. Suiczidal`noe povedenie v strukture boleznej sistemy` krovoobrashheniya i boleznej organov dy`khaniya // Psikhicheskoe zdorov`e. 2024;19 (3):66-79. DOI: https:// doi.org/10. 25557/2074-014X.2024.03.66-79

5. Volkova A.R., Vakhitov Kh.M., Kumirova E`.V. Detskie zlokachestvenny`e novoobrazovaniya i ikh uchet: mirovy`e i otechestvenny`e tendenczii // Rossijskij zhurnal detskoj gematologii i onkologii. 2020;7(3):64-69.

6. Davidovskij S.V., Igumnov S.A., Kozlov K.S. Nesuiczidal`noe samopovrezhdayushhee povedenie u podrostkov: sovremenny`e konczepczii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya podrostkov. 2022;22(2):80–92.

7. Kasimova L.N., Svyatogor M.V., Sy`chugov E.M. Rol` klinicheskikh i soczial`ny`kh faktorov riska v vozniknovenii i razvitii suiczidal`nogo povedeniya u podrostkov i licz molodogo vozrasta // Suiczidologiya. 2022;13(2):74-91. DOI:

doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-74-91

8. Klimova I.Yu., Ovchinnikov A.A., Funtikov A.S. i dr. Suiczidal`noe povedenie podrostkov v period pandemii novoj koronavirusnoj infekczii // Sibirskij mediczinskij vestnik. 2023;7(2):54–59. DOI: 10.31549/2541-8289-2023-7-2-54-59

9. Kravchenko N.E., Suetina O.A. Psikhicheskie rasstrojstva v onkopediatricheskoj praktike, ikh diagnostika i kuracziya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2021;21(3):47-52.

10. Myakisheva T.V, Avdeeva T.G. Trudnosti diagnostiki i oczenka e`ffektivnosti lecheniya tuberkuleznoj infekczii legochnoj i abdominal`noj lokalizaczii u detej // Smolenskij mediczinskij al`manakh. 2020;(2):132-136.

11. Terleczkaya R.N., Zelinskaya D.I. Prichiny` bol`nichnoj letal`nosti sredi detej // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2022;25(3):177-185. DOI: https:// doi.org/10.46563/1560-9561-2022-25-3-177-185

12. Ty`ny`shbaeva A.A., Shajmerdenov A.Kh. Suiczid sredi nesovershennoletnikh: soczial`no-psikhologicheskie prichiny` i mery` profilaktiki // Vest-nik Akademii pravookhranitel`ny`kh organov pri General`noj prokurature Respubliki Kazakhstan. 2020(4):110-118.

13. Khramov E.V. Psikhologicheskie i psikhosomaticheskie faktory` riska suiczidal`nogo povedeniya podrostkov // Sovremennaya zarubezhnaya psikholo-giya. 2020;9(1):68-75. DOI:10.17759/jmfp.2020090107

14. Barlow R., Payyazhi G., Hogan S. et al. Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic skin disorders: a systematic review // Acta dermato-venereologica. 2023;103. URL: https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/ view/1502 Assessed: 30.04.2024.

15. Farooq S., Tunmore J., Wajid Ali M. et al. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review // Psychiatry Research. 2021;306:114228. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114228.

16. Fu X.L., Wu H., Qian Y. et al. Incidence of suicide mortality among childhood cancer survivors: a population-based retrospective study // Psychiatry research. 2021;304:114-119. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114119.

17. Horowitz L.M., Mournet A.M., Lanzillo E. et al. Screening pediatric medical patients for suicide risk: is depression screening enough? // Journal of Adolescent Health. 2021;68(6):1183-1188. DOI:https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.0

18. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., et al. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement // Open Medicine. 2009;3(3): 123 – 130. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.005

19. Olashore A.A., Paruk S., Tshume O. et al. Depression and suicidal behavior among adolescents living with HIV in Botswana: a cross-sectional study // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2022;16(1):62. DOI: https://doi.org /10.118 6/s13034-022-00492-9

20. Patwal R., Sachdeva A., Bhaskarapillai B. et al. Prevalence of suicidal ideations and suicide attempts in patients with tuberculosis: A systematic review and meta-analysis // Journal of psychosomatic research. 2023;167:111171.

21. Petersen B.D., Stenager E., Mogensen C.B. et al. The association between heart diseases and suicide: a nationwide cohort study // Journal of Internal Medicine. (2020);287(5):558-568. DOI: 10.1111/joim.13025.

22. Polat E., Senel S. Suicide attempt with isoniazid in adolescents receiving tuberculous prophylaxis: three cases // Paediatrics and international child health. 2021;41(3):228-30. DOI: 10.1080/20469047.2021.1946651.

23. Rukundo G.Z., Mpango R.S., Ssembajjwe W. et al. Prevalence and risk factors for youth suicidality among perinatally infected youths living with HIV/AIDS in Uganda: the CHAKA study // Child and adolescent psychiatry and mental health. 2020;4:1-9.

24. Serrano C.C., Dolci G.F. Suicide prevention and suicidal behavior // Gaceta Médica de México. 2021;157(5):547- 552. DOI: 10.24875/GMM.M21000611.

25. Sharkey C.M., Hardy K.K., Gioia A. et al. Suicidal ideation and executive functioning in pediatric cancer // Psycho-Oncology. 2022;31(5):745-52.

Sher L. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide // Sleep Medicine. 2020;70:124. DOI: 10.1016/j.sleep.2020.04.019.

26. Soullane S., Chadi N., Low N. et al. Relationship between suicide attempt and medical morbidity in adolescent girls // Journal of psychiatric research. 2022;155(1):42-48. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.08.002

27. Tanaka T., Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan // Nature human behaviour. 2021;5(2):229-38.

28. Theodorou C.M., Yamashiro K.J., Stokes S.C. et al. Pediatric suicide by violent means: a cry for help and a call for action // International Journal of Epidemiology. 2022;9**(**13). URL: https://doi.org/10.1186/s40621-022-00378-6 Assessed: 30.04. 2024.

29. Xiong Q., Fuyou Tang , Yilin Li et al. Association of inflammatory bowel disease with suicidal ideation, suicide attempts, and suicide: A systematic review and meta-analysis // Journal of Psychosomatic Research. 2022. . URL: https://pubmed. ncbi .nlm.nih.gov/35872532 Accessed: 02.05.2024.

R.V. Bisaliev

SUICIDAL BEHAVIOR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS-PATIENTS WITH SOMATIC DISORDERS

Private educational institution of higher education «Moscow International Academy» (Moscow).

***Summary*. The purpose of the study**: to conduct a theoretical analysis on the problem of suicidal behavior in children and adolescents suffering from somatic disorders. **Material and methods**. The analysis of 29 sources was carried out. The materials dealing with the relationship between suicidal behavior and somatic pathology in children and adolescents were analyzed. **Results**. It is established that the theoretical and methodological basis, conceptual approaches and principles of understanding the phenomenon of suicidal behavior in the structure of somatic disorders of pediatric patients have not been formed. **Conclusion**. Solving the problems of somatic pathology and suicidal behavior in children and adolescents will improve their medical and social prognosis and quality of life.

Keywords: suicide, somatic diseases, children, adolescents, prevention.

УДК 159.9

И.Н. Рахманина[1, 2, 3], Т.Ю. Овсянникова[1, 2, 3], Н.К. Булатова[1]

ОПЫТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С СЕЛЕКТИВНЫМ МУТИЗМОМ

[1]ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», [2]Астраханский государственный университет, [3]Астраханский государственный медицинский университет (Астрахань).

Резюме. В статье представлен опыт работы педагога–психолога с детьми с селективным мутизмом на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «коррекция и развитие». Описаны психологические особенности детей с селективным мутизмом и представлен перечень методик, позволяющих эффективно помочь ребенку преодолеть коммуникативные трудности.

Ключевые слова: селективный мутизм, ЗПР, тревога, агрессия, негативизм, игры с песком, эбру–терапия, метафорические карты, игры с кинезиологическими мячиками, дыхательные техники.

В последние годы увеличилось количество обращений за психолого-педагогической помощью родителей детей, которые, с их слов, престали разговорить с окружающими из-за сильного стеснения. Проблема, как правило, развивается постепенно. Родители начинают обращать внимание, что ребенок перестает разговаривать за пределами дома. Воспитатели в детском саду, что ребенок не говорит, не отвечает на вопросы, ведет себя отстранено. Учителя жалуются, что ребенок не отвечает на устных предметах, не общается с учителями и одноклассниками. По мере нарастания проблемы круг общения с ребенком сводится до нескольких человек, а большинство людей воспринимают ребенка, как ребенка с нарушением речи или с когнитивными нарушениям.

Селективный мутизм (СМ) – это расстройство, характеризующееся постоянной неспособностью говорить в определенных условиях (например, школа, социальные ситуации), несмотря на сохраненную способность нормально говорить в других ситуациях (например, дома). Некоторые дети могут легко разговаривать со сверстниками, но не с учителями или взрослыми. Другие могут чувствовать себя комфортно, разговаривая только с членами семьи, и замыкаются с родственниками или знакомыми. Дети могут общаться один на один с учителями, но напрягаются, если их слышит кто-то еще. Бывают случаи, когда ребенок общается с одним из родителей, братьями и сестрами.

Ребенок с СМ может внезапно замереть с застывшим выражением лица, если с ними начать говорить, задать вопрос. Ребенок явно нервничает и беспокоится в такой ситуации. У него может быть тревожное избегающее поведение, сенсорная чувствительность или вспышки гнева. Дети, страдающие СМ, могут полагаться на другие формы общения, такие как жесты, мимика или шепот. Иногда дети шевелят губами, но беззвучно, как будто говорят, но звука нет.

СМ у детей в большинстве случаев развивается в возрасте от 2 до 9 лет, и прежде всего связан с невротическим расстройством. Подтолкнуть к формиро-

ванию этого нарушения способны различные психологические факторы. Большую роль играют эмоционально-личностные особенности самого ребенка. Развитию психогенной немоты способствуют тревожность, застенчивость, ранимость, робость, впечатлительность, молчаливость, равнодушие, подавленная агрессия, тенденция к уединению.

СМ часто возникает при ЗПР, дефектах развития речи. Трудности артикуляции, неуверенность в умственных способностях делают ребенка замкнутым, провоцируют немоту. Ситуационная немота выявляется у детей с лабильным типом нервной системы, органическими повреждениями мозга (черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями, гематомами, опухолями).

СМ может возникнуть у ребенка как результат дисгармоничных отношений с застенчивыми, неуверенными родителями (родителем), имеющими высокий уровень социальной тревоги или депрессивные расстройства, склонными открыто выражать агрессию по отношению к членам семьи. Воспитание основывается на гиперопеке, тотальном контроле жизни ребенка.

Как и для любого невротического расстройства, в развитии СМ у детей большую роль играет психотравмирующий фактор. Любое событие, произведшее на ребенка яркое негативное впечатление, может запустить патологическую реакцию. Хотя для каждого маленького мутиста такие факторы различны.

Примеры из практики:

1.Девочка, 8 лет*, младший ребенок в полной многодетной семье, посещала детский сад с 3 лет, играла с детьми, была очень застенчива, при малейшей тревоге переходила на шепот, с воспитателями говорила шепотом, в утренниках участвовала с детьми, но индивидуально отказывалась читать стишки. При поступлении в 1 класс в 7 лет на уроках сохраняла гробовое молчание, попытки учителя наладить общение с ней не увенчались успехом. Девочка перестала общаться и с одноклассниками, с которыми была знакома с детского сада, от нее перестали слышать даже шепот. Письменные работы выполняет хорошо, на прямые вопросы кивает головой - «да», «нет», постоянно улыбается при этом, в глаза смотрит. В столовой не кушает. В еде избирательна. Родители обратились за помощью в конце 1 класса, когда поняли, что за весь год ребенок не адаптировался и вызывает недовольство авторитарного учителя, от этого еще больше замыкается, отказывается идти в школу.*

2..Мальчик, 4 года*, единственный ребенок в полной семье. С детства ребенок стеснительный, общался только с близкими, с детьми, которых хорошо знал, при незнакомых замыкался. Детский сад не посещал, так как было расстройство пищевого поведения - ел только протертую пищу, не жевал. С ними проживают бабушка и дедушка, которые занимаются с мальчиком, пока родители на работе. Родители обратились с просьбой помочь наладить общение с сыном, который уже месяц с ними не разговаривает. После обычной воспитательной беседы, по мнению матери, ребенок перестал с ней разговаривать, как- будто обиделся, перестал разговаривать со всеми в семье, кроме деда, с которым постоянно играл, гулял, был близок. На площадке с детьми также играл, разговаривал. Если подходила мама, сразу замолкал.*

3. Мальчик, 7 лет, *младший ребенок в полной семье. Очень стеснительный, ранимый, тревожный. Долго привыкает к людям, разговаривает в семье. С несколькими одноклассниками на переменах и с учителем говорит шепотом наедине. Общается не со всеми родственниками. Может с одной бабушкой общаться, а с другой нет. Объяснить не может, как выбирает людей. Улыбчивый, в глаза смотрит мельком, отводит глаза.*

Во многих случаях таких детей называют «застенчивыми», предлагают им заниматься отдельно и делать только письменные задания, не отвечать публично. С одной стороны, это помогает ребенку уменьшить тревогу, но с другой - поддерживает «порочный круг». Ребенок знает, что ему не нужно разговаривать, чтобы получить хорошую оценку или одобрение, и даже не пытается начать говорить. Таких детей перестают и к доске вызывать, чтобы не ставить их в неловкое положение. Но также надо осознавать, что тактика принуждения к речевому общению, применяемая многими родителями, только увеличивает тревогу и приводит к еще большей замкнутости ребенка.

Когда ребенок, который длительно молчал, начинает говорить, его хвалят, делают ему комплименты. Педагоги ошибочно считают, что таким образом позитивно воздействуют на ребенка, поощряя его говорить больше. На самом деле такое внимание чаще действует на ребенка угнетающе, усиливая дискомфорт и тревогу.

В целом дети с СМ боятся делать ошибки, негативно реагируют на малейшие замечания, исправление ошибки и не любят быть в центре внимания. Их «решение» – немота и иногда старания быть невидимыми – становится частью проблемы. Очень болезненно реагируют, боятся реакции людей. Эмоциональные реакции одноклассников провоцируют тревогу, замыкая порочный круг сохранения мутизма.

С целью понимания неосознаваемых причин поведения ребенка с СМ можно применять проективные методики.

Так, например, в работе с детьми с СМ мы используем: проективную методику Д. Лампена (модификация Л.П. Пономаренко) «Барашек в бутылке» (Т.П. Репнова) - информативная диагностическая методика, дающая возможность понять уровень психологического комфорта ребенка в семье.

Проективная методика «Моя семья» позволяет понять место ребенка в семье. Часто школьная застенчивость, робость сменяется домашней агрессией, непослушанием, упрямством, истериками, страхами. Отмечается патологическая привязанность к матери, трудности сепарации. Характер воспитания, которого придерживаются в семье по отношению к ребенку, оказывает влияние на возникновение СМ. В ряде случаев дети, страдающие мутизмом, имели тесную связь с матерью, воспитывались в атмосфере гиперопеки. С другой стороны, риск приобрести патологию возникает в неблагоприятной семейной обстановке с конфликтами и агрессией.

Другой типичной мутической моделью воспитания становится «кумир семьи». Среди черт характера, встречающихся у такого ребенка, – эгоистичность, эгоцентризм, завышенная самооценка. В этом случае СМ развивается как протест на нежелательное общение и может быть одним из проявлений истерического невроза. Малыш так заявляет о недостойном или нежелательном для него обращении, выражает нехватку внимания.

Изучению эмоциональной сферы ребенка с СМ смогут помочь такие методики, как:

«Вулкан» (И. Вшивкова). Изображение вулкана и его описание символически отражают эмоциональность ребенка. Изображение вулкана (гора, возвышенность) характеризует уровень эмоциональности. В первую очередь интерпретируем размер вулкана.

Методика А.И. Захарова «Мои страхи» направлена на выявление страхов у детей.

Одной из важных задач терапии является установление контакта с ребенком с СМ.

На первых занятиях очень помогают наладить контакт с ребенком Метафорические ассоциативные карты (МАК). Даже если ребенок еще не разговаривает с психологом, он способен выбрать те карты, которые ему нравятся. МАК – это набор картинок величиной с игральную карту или открытку, изображающих людей, их взаимодействия, жизненные ситуации, пейзажи, животных, предметы быта, абстрактные картины. Некоторые наборы карт совмещают картинку с надписью, другие включают отдельно карты с картинками и карты со словами. Это проективная психологическая методика: важен не заложенный изначально исследователями смысл, а душевный отклик ребенка на картинку. В одной и той же картинке разные люди увидят совершенно разные феномены, в ответ на стимул вынесут всякий свое внутреннее содержание актуальных переживаний. Ценность применения карт состоит в том, что с их помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства: любовь, ненависть, обиду, злость, радость и т. д. Методика базируется на убеждении, что внутреннее «Я» человека отражается в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру. Часто дети выбирают картинки с природой.

Многие дети с мутизмом с удовольствием выполняют, и им помогают дыхательные упражнения. Существует немало дыхательных техник и практик, чтобы найти внутреннее равновесие, избавиться от беспокойства и прийти в себя. Цель — увеличить концентрацию углекислого газа в организме. Может показаться странным, но он обладает успокаивающим эффектом. Также дополнительная концентрация на дыхании и изменение привычного «шаблона» активирует префронтальную часть коры головного мозга. Она, в свою очередь, снижает активность центра, отвечающего за страх. При этом ощущение нехватки воздуха не должно быть сильным и вызывать существенный дискомфорт. Углекислый газ —природный седатив, поэтому, увеличивая его количество в теле, мы сразу же успокаиваемся.

При этом упражнении возникает чувство нехватки воздуха — это абсолютно нормально: так происходит, потому что повысилась концентрация углекислого газа. А еще может стать жарко или тепло в груди или в конечностях. Нужно чередовать обычное дыхание с задержками.

- 10 секунд дышать в обычном режиме.
- Выдохнуть и задержать дыхание на пять секунд.
- Снова дышать 10 секунд, как обычно.
- Затем опять выдохнуть и задержать дыхание на пять секунд

Игры для мышечного расслабления. Подвижная игра - одна из существенных потребностей ребенка с мутизмом для снятия напряжения мышечной системы, выхода накопленной энергии. Подвижная игра способствует эмоциональному контакту. Это и боулинг, кольцеброс, настольный баскетбол и др.

Массажный коврик для ног – то, что поможет расслабиться. Массаж положительно влияет на общее состояние человека, ведь при стимуляции отдельных точек на теле улучшается кровообращение, работа мозга и мышц. Тренировка тактильного и зрительного, слухового восприятия в играх, умения слушать и выполнять инструкции, расширение активного и пассивного словарного запаса. На первом этапе ребенок выполняет простые понятные упражнения - шаги, прыжки, потом подключается дыхание, затем - счет в голос с движениями рук и ног одновременно.

Игры с кинезиологическими мячами формируют ощущение и восприятие, так как имеют различную текстуру, размер и цвет. Играть с ними на занятии – для детей одно удовольствие. Активно применяем при отстукивании ритма стихов, басен. Развивается тактильная чувствительность, зрительное и слуховое восприятие, мелкая моторика. Игры с мячами помогают автоматизировать процесс говорения, ребенок сосредоточен, чтобы не уронить мяч, мышцы рук и ног в активном движении, напряжение артикуляционного аппарата снижается, в это время проговаривается счет, стихи, одновременно с отстукиванием.

Игры с песком могут стать хорошим «посредником» для установления контакта с ребенком с мутизмом. Удивительная способность песка забирать негативные эмоции и успокаивать нервную систему была подмечена давно. Игры с песком снимают мышечное и эмоциональное напряжение. Песочная терапия эффективна в коррекции страхов, тревожности, замкнутости, агрессии, гиперактивности.

Высокую эффективность в работе с детьми с СМ показала интерактивная песочница. Интерактивная песочница представляет собой емкость, заполненную натуральным песком и создающую проекции в результате реакции на изменения ландшафта. Программное обеспечение, интегрированное в оборудование, формирует интересные эффекты, имитирующие природные явления. Особенно нравится детям играть в программах «Вулкан», «Топология», «Ручей» и др.

Эбру — это старинная восточная графическая техника рисования на воде, позволяющая получить красочный оттиск с поверхности воды. Эбру- это прекрасный метод релаксации.

Включение игровой терапии в коррекционный процесс позволяет ребенку в процессе занятия приобрести новый социальный опыт и именно в ролевой игре дети с СМ начинают говорить за героя.

Сказкотерапия относится к универсальным методам, выполняющим множество функций. Одна из них – приобретение навыков коммуникации, формирование понимания о существовании в социуме, помощь в избавлении от фобий, понимание жизненных ценностей, умение прощать, помогать, различать добро и зло, усвоение знаний о правилах поведения. Сказки - это инструмент развития всех необходимых навыков у детей. Лучшие произведения- «Курочка Ряба», «Колобок», «Репка», «Теремок» с яркими картинками, несложными предложениями - способны вызвать желание заговорить за героев сказки.

Лепка из пластилина - благотворное влияние на нервную систему. Для детей с мутизмом использовалась техника размазывания пластилина с усилием пальцем по трафарету. В тот момент, когда напряжение перенаправлено, ребенок начинает говорить, отвечать сначала односложно на простые вопросы психолога, через некоторое время даже что-то рассказывать.

Лепка из полимерной глины. Полимерная глина хороша тем, что она белая, из нее можно вылепить все, что угодно и покрасить в нужные цвета. Мы лепим предметы быта, кукол, мебель, посуду, природу. В отличие от воздушного пластилина, ее можно красить акварелью в любой цвет, смыть, если не нравится, снова покрасить. Когда игрушки застывают, с ними можно играть.

Гончарный круг - один из главных инструментов, с помощью которого кусок глины постепенно превращается в изящное изделие, не только красивое, но и функциональное. Можно сделать горшочек, вазочку, салатницу, тарелку. Лепка на гончарном круге никого не оставляет равнодушным. Ребенок получает удивительное ощущение власти над глиной, от силы нажима его рук зависит, что в итоге получится из бесформенного куска глины. Происходит перенаправление напряжения на руки. В этот момент часто ребенок с мутизмом даже способен сказать, что хочет вылепить, ответить на вопросы по происходящему действию.

Сухое и мокрое валяние. Шерсть – очень послушный и податливый материал, детям справиться с ней гораздо легче, чем, например, с пластилином или глиной. Все знают, что в песочнице дети могут возиться часами. Вот и с шерстью примерно так же. Дети работают сосредоточенно и серьезно, они успокаиваются, умиротворяются, многие даже лучше спят.

Театр теней для ребенка - это мощнейшее средство развития у детей эмпатии (способности различать эмоции других людей по интонации, мимике, жестам). Чувство власти, контроля ситуации, уверенность в себе получает ребенок, уменьшая, увеличивая, разрушая тени на экране. Таинственность и необычность зрелища захватывают ребенка, переносят в совершенно особый, увлекательный мир, где все необыкновенно и все возможно. Дети быстро поддаются эмоциональному воздействию, активно включаются в театрализованное действо, живо реагируя на происходящее.

В целом же такая игра - это разыгрывание детьми в лицах сказок, рассказов и других произведений под руководством психолога либо самостоятельно. Театрализованная деятельность имеет способность оказывать положительное влияние на детей через персонажей.

Стимуляция мозга микрофоном Forbrain — специализированными наушниками. Особенность в том, что они с помощью микрофона улавливают речь, и потом, в преобразованном виде, перенаправляют эти сигналы не в уши, а в слуховые косточки, расположенные рядом с ушами. Ребенок слышит свой голос в откорректированном виде. Forbrain идеально подходит для детей с мутизмом.

В процессе занятий одним из эффективных приемов работы с детьми явились игры с диктофоном. На диктофон записываем, как ребенок читает или пересказывает, потом прослушиваем, усиливая звук, но не всем детям нравится свой голос.

Ребенок с СМ, пугаясь и замолкая, очень часто встречается с более при-

стальным вниманием к себе со стороны окружающих. Его все спрашивают: «Чего ты молчишь?», «Почему ты не говоришь?», «Ничего страшного не происходит!». Его могут воспринимать как человека, который ведет себя плохо или делает все это нарочно. Мама одного мальчика с мутизмом рассказала, как повела сына на кружок по шахматам. Предварительно вместе с психологом готовили мальчика, как он придет, поздоровается, ответит на стандартные вопросы тренера. Все проходило по плану, пока его не посадили в пару с девочкой играть в партию шахмат, так как они уже умели играть. Девочка пыталась с ним говорить, но он молчал, тогда она стала под столом его пинать, он не реагировал, только убирал подальше ноги. На следующее занятие мальчик отказался идти.

И один раз испугавшись, ребенок начинает менять ситуацию вокруг себя таким образом, что эти социальные ситуации становятся в его глазах еще более опасными, он попадает в замкнутый цикл тревоги. То есть от обсуждения с человеком того, что, собственно, он испытывает в эти моменты; от попыток найти те самые ошибки логики, когда он воспринимает те или иные ситуации как опасные; от построения вместе с ним схем замкнутых кругов, которые он создает своим охранительным поведением, защищаясь, замолкая, сдерживая себя — до так называемой экспозиции, при которой человека медленно, очень безопасно погружают как раз в те ситуации, в которых он беспокоится, для того чтобы он получал ощущение, что на самом деле он может эту ситуацию контролировать. Например, проводим такие специальные тренинги, когда ребенок с СМ вместе с психологом идет просто поздороваться в соседний кабинет. Постепенно, спокойно, медленно вводятся другие специалисты. Ребенок начинает отвечать на вопросы. На протяжении всего периода погружения, экспозиции к тревожащей ситуации ребенку оказывается положительное внимание — его хвалят, поощряют и помогают ему получить спокойный, безопасный опыт.

При тяжелом течении расстройства присутствие определенных лиц настолько напрягает, тревожит ребенка, что он полностью замирает, избегает тактильных контактов, не смотрит в глаза, старается спрятать голову, поджать ноги. Ребенок, который только что разговаривал в кабинете с психологом, мгновенно замолкает, услышав даже шорох за дверью.

Одним из важных аспектов работы с детьми с СМ является работа с семьей. Появление в семье «особого» ребенка всегда влечет за собой родительский кризис. Воспитание ребенка с СМ требует от близких много душевных и физических сил, и необходимо научиться их сохранять, восстанавливать, распределять. Поэтому важным в сопровождении таких семей является разработка основных стратегий помощи им. Говоря о проблемах коррекционной помощи детям с мутизмом, не следует забывать о том, что решать их можно только параллельно с оказанием помощи их родителям. Особенно важны постоянная эмоциональная поддержка близких в их стремлении двигаться вперед вместе с ребенком. Создавать дома максимально положительную обстановку. Доброта, внимание и готовность всегда выслушать ребенка дадут ему понимание, что к его трудностям относятся с пониманием, готовностью помочь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власова А.О., Овсянникова Т.Ю., Рахманина И.Н. Влияние родительского отношения на процесс социализации ребенка с ОВЗ // Микрореабилитационный центр - новый формат оказания поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития: Сб. ст. Всероссийской науч.-практ. конф., Астрахань, 28–29 сентября 2022 г. Астрахань: Астраханский государственный университет, 2022. С. 12-18. EDN YFORSR.

2. Овсянникова Т.Ю., Власова А.О., Булатова Н.К., Колесникова Е.А. Опыт проведения бинарных психологических консультаций для родителей в рамках проекта социально-психологического сопровождения «Экспериментариум для родителей» // Педагогическая теория и практика: сохраняя прошлое, создаем будущее: Сб. мат-лов IV Международной науч.-практ. конф., Астрахань, 21 апреля 2022 г. / Составители Н.У. Ремизова, Б.В. Рыкова. Астрахань: Астраханский государственный университет, 2022. С. 194-197. – EDN HUBPGD.

REFERENCES

1. Vlasova A.O., Ovsyannikova T.Yu., Rakhmanina I.N. Vliyanie roditel`skogo otnosheniya na proczess soczializaczii rebenka s OVZ // Mikroreabilitaczionny`j czentr - novy`j format okazaniya podderzhki sem`yam, vospity`vayushhim detej s razlichny`mi osobennostyami razvitiya: Sb. st. Vserossijskoj nauch.-prakt. konf., Astrakhan`, 28–29 sentyabrya 2022 g. Astrakhan`: Astrakhanskij gosudarstvenny`j universitet, 2022. S. 12-18. EDN YFORSR.

2. Ovsyannikova T.Yu., Vlasova A.O., Bulatova N.K., Kolesnikova E.A. Opy`t provedeniya binarny`kh psikhologicheskikh konsul`taczij dlya roditelej v ramkakh proekta soczial`no-psikhologicheskogo soprovozhdeniya «E`ksperimentarium dlya roditelej» // Pedagogicheskaya teoriya i praktika: sokhranyaya proshloe, sozdaem budushhee: Sb. mat-lov IV Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., Astrakhan`, 21 aprelya 2022 g. / Sostaviteli N.U. Remizova, B.V. Ry`kova. Astrakhan`: Astrakhanskij gosudarstvenny`j universitet, 2022. S. 194-197. – EDN HUBPGD.

I.N. Rachmanina[1, 2, 3], T.Y. Ovsyannikova[1, 2, 3], N.K. Bulatova[1]

EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CORRECTIONAL WORK WITH CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM

[1]Scientific and Practical Center for Children's Rehabilitation «Correction and Development», [2]Astrakhan State University, [3]Astrakhan State Medical University (Astrakhan).

Summary. The article presents the experience of a teacher – psychologist working with children with selective mutism on the basis of the State Educational Institution of JSC "Scientific and Practical Center for Rehabilitation of Children "Correction and Development". The psychological characteristics of children with selective mutism are described and a list of techniques that can effectively help a child overcome communication difficulties is presented.

Keywords: selective mutism, ZPR, anxiety, aggression, negativism, sand games, ebru therapy, metaphorical cards, games with kinesiological balls, breathing techniques.

УДК 159.98+376:616.896

А.И. Тащёва[1], М.Р. Арпентьева[2], М.А. Спиженкова[3], С.В. Гриднева[1], С.В. Коптяева[4]

КОМПОНЕНТЫ ИНКЛЮЗИВНОГО КОУЧИНГА ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ Г. АСПЕРГЕРА

[1]Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону), [2]Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации (Москва), [3]Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, [4]Калужская областная детская библиотека (Калуга).

Резюме. Теоретическое и эмпирическое изучение вопросов инклюзии учеников с синдромом Г. Аспергера в образовательную среду школы и вуза дает возможность разработать рекомендации по оптимизации инклюзивного образования и инклюзивного коучинга, составляющего основное содержание психолого-педагогического сопровождения инклюзии в образовании. Инклюзивный коучинг включает долгосрочную, многокомпонентную и многоуровневую коррекционно-развивающую поддержку учащихся и обучающихся с синдромом Аспергера. Он значительно повышает результативность образования и качество учебного и социального функционирования человека.

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

Введение. Проблема психолого-педагогического сопровождения интеграции школьников и студентов с синдромом Г. Аспергера – одна из наиболее актуальных в современной практике инклюзивного образования, нуждающаяся в тщательной, интегративной теоретической и эмпирической разработке, объединяющей коррекционно-профилактические и развивающие задачи. Результативный процесс сопровождения может быть организован как инклюзивный коучинг - долгосрочная, многокомпонентная и многоуровневая коррекционно-развивающая поддержка учащихся и обучающихся с синдромом Г. Аспергера. Инклюзивный коучинг для школьников и студентов с ОВЗ - разработка и реализация долгосрочного междисциплинарного проекта сопровождения развития, абилитации и реабилитации учащихся и обучающихся, а также работы с иными субъектами и стейкхолдерами образования.

Цель исследования – анализ путей совершенствования психолого-педагогического сопровождения интеграции школьников и студентов с синдромом Г. Аспергера в инклюзивном образовании.

Материалы и методы исследования. Данное исследование обобщает материалы научно-исследовательской и коррекционно-развивающей работы авторов в области психолого-педагогического сопровождения школьников и студентов с синдромом Аспергера в Калуге и Ростове-на-Дону. Программы сопровождения были разработаны на базе академических служб психологического сопровождения образования ЮФУ и КГУ им. К.Э. Циолковского. Программы

были реализованы при участии сотрудников университета и студентов - членов студенческой научно-образовательной лаборатории АПП ЮФУ и студенческого научного общества ИП КГУ им. К.Э. Циолковского [2, 3, 13, 14].

Данные программы включали комплекс наиболее часто и результативно применяемых методов работы с учениками с данным синдромом: 1) методы бихевиоральной терапии - модификацию «прикладного бихевиорального анализа» (applied behavior analysis, метод прикладного анализа поведения), а также методы сенсорного диалога/интеграции, 2) бихевиорально ориентированный тренинг (отработки сложных социальных и учебных навыков); 3) метод консультативных бесед (с учеником, его родителями и педагогами). Занятия происходили еженедельно. При этом в работе со школьниками доля «технологических» аспектов взаимодействия тьютора и подопечных (обучение базовым навыкам и подтверждение успешности) была более значительна (использовались методики поведенческой терапии и сенсорной интеграции). А в работе со студентами приоритетными являлись методы тренинга и консультативной беседы Поведенческая терапия и тренинг опираются на представление о том, что человек повторяет то, что ему нравится, особенно если каждый мелкий шаг понятен, приятен и ведет к желанному результату**.** Сенсорная интеграция опирается на представление о том, что важная часть проблем человека связана с дисгармониями / некоординированностью / неравновесием в организме и среде его существования, проявляющимися как конфликтность и неприятие в отношениях, небезопасность и непонятность среды, неадекватность реакций и трудности приспособления/адаптации к ней и ее изменениям. Помимо сенсорной интеграции (сенсорного диалога или «разгрузки» в сенсорной комнате) и поведенческих тренировок, осуществлялся цикл консультативно-развивающих и коррекционно-диагностических встреч (бесед и тренингов отдельных социальных навыков) с психологами/психотерапевтами и дефектологами, проводились консультативно направленные коррекционно-развивающие беседы учеников с психологами и тьюторами, в рамках которых прорабатывались наиболее сложные социальные ситуации, с которыми сталкиваются ученики (рис. № 1).

Рисунок № 1. Обобщенная схема инклюзивного коучинга.

Технология взаимодействия коучей с коллегами включала: 1) разовые консультационно-диагностические встречи, связанные с необходимость решения текущих вопросов и проблем; 2) междисциплинарные сессии, связанные с обсуждением общего проекта (содержания и этапов) инклюзивного коучинга, текущих успехов и вариантов реализации проектов коучинга, рефлексии / оценки результатов коучинга.

В 2015-2022 гг. было обследовано и включено в программы психолого-педагогического сопровождения 9 школьников в возрасте 7-12 лет и 6 студентов в возрасте 17-20 лет с синдромом Аспергера (8 человек в Калуге и 7 в Ростове на Дону, в том числе 12 мальчиков /юношей и 3 девочки).

Метод исследования – теоретико-эмпирический анализ условий успешности психолого-педагогического сопровождения интеграции школьников и студентов с синдромом Г. Аспергера в инклюзивном образовании. Эмпирическая часть исследования включала систему методов наблюдения, беседы и качественного анализа процессов и результатов применяемых программ психолого-педагогического сопровождения интеграции школьников и студентов с синдромом Г. Аспергера в инклюзивном образовании. Беседы с учениками, педагогами и родителями учеников выполняли при этом две функции: были включены в процессы сопровождения и выполняли функцию методов сбора данных о процессах и их результатах. Поскольку число респондентов было небольшим, основным методом анализа собранных эмпирических данных вступил их качественный анализ.

Результаты исследования. В ходе реализованных нами программ все ученики получили важную для их развития в образовательной среде и в целом поддержку. Особенно заметные положительные результат зафиксировали родители и педагоги студентов, однако, и поведение школьников с синдромом Аспергера стало более свободным, адекватным, уравновешенным.

Задачи исследования были в целом решены: были решены коррекционные задачи, ученики пережили состояния удовольствия и вознаграждения, получили подтверждение своим успехам, особенно в процессе применения методик прикладного анализа поведения; были реализованы задачи саморегуляции, произошло обогащение внешней среды и уравновешивание внутренней, особенно здесь ученикам, по мнению всех опрошенных и по мнению наблюдателей, помогли занятия по сенсорной интеграции; немаловажными стали и развивающие задачи, решение которых было связано с развитием и актуализацией стремлений и способностей и которым было посвящено множество бесед и тренингов сложных компетенций.

Суммировать результаты разработки и осуществления программ психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования можно следующим образом:

1) Инклюзивный коучинг в образовании должен представлять собой систему мер профилактики и коррекции нарушений, трудностей, конфликтов и проблем в отношениях субъектов образования, а также в их отдельном и совместном функционировании и развитии индивидов и групп.

2) Необходимо организовать процесс психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования как процесс высокоспециализированного

и высокоперсонифицированного и персонализированного инклюзивного коучинга с элементами тренинга, посредничества, консультирования. Коучинг требует от специалистов высокоразвитой культуры и опыта решения собственных проблем развития и функционирования, которого можно достичь в процессе постоянной работы над собой, рефлексии при участии иных участников психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования, включая супервизоров и руководителей коучинга [3, 4].

3) Необходимо нацеливать коучинг в инклюзивном образовании, как и всю систему психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования на формирование и совершенствование самопонимания и взаимопонимания субъектов образования в контексте постановки и решения, рефлексии и пересмотра задач обучения и воспитания и развития.

4) Применять в работе с учащимися и обучающимися с расстройствами аутистического спектра (РАС), в том числе синдромом Аспергера, методы бихевиоральной терапии и сенсорного диалога [1, 8], сохранять ориентацию проектов психолого-педагогического сопровождения на развитие субъектов образования, в том числе и особенно самих учеников с синдромом Аспергера. Организовывать коучинг в контексте модели поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина [5], в том числе в контексте решения задачи формирования и развития готовности и способности к ответственному поведению и отношениям, к диалогу и управлению собой в диалоге, к заботе учащихся и обучающихся с синдромом Аспергера не только о себе, но и о других людях.

5) Важно обеспечивать школьникам и студентам с ОВЗ атмосферу психологической безопасности и творчества, позволяющую формировать и развивать навыки управления и самоуправления, в том числе в контексте выявления рутинных, стереотипных соотношений и ситуаций, которые могут быть и должны быть освоены на пути к более сложным и неоднозначным ситуациям и отношениям.

Рекомендации по организации и осуществлению инклюзивного коучинга. На основе теоретического и эмпирического этапов исследования были разработаны рекомендации по организации и осуществлению инклюзивного коучинга. Сюда вошли следующие рекомендации:

1) Стремиться достичь изменений общего психологического статуса учеников: значительно снижаются уровни общей тревожности и прежней сверхчувствительности, минимизируются страхи выхода из классной комнаты и др., повышаются оптимизм и вера в себя. Эти страхи обычно объясняются консервативностью или страхом новизны [16, 19]. По мере привыкания к школьной/вузовской обстановке, к расписанию, к окружению снижаются тревожность и негативные сенсорные реакции, например, тошноты от запахов, звуков, цветов и т. д. новых мест: нежелание идти в новое место порой так сильно, что одна мысль от этого вызывает эмоцию отвращения, физическим проявлением которого является тошнота как подвид страха, который исполняет функцию самосохранения [12-14]. В результате коучинга должна изменяться система внутренней мотивации: если раньше стимулом посещения и

выполнения заданий служили получаемые различные материальные поощрения, то к концу учебного года оценка педагога и возможность чему-то научиться становятся самодостаточными мотивами к выполнению заданий и посещению лекций, практикумов и т. д.

2) Необходимо осуществлять задачи адаптации участвующих в занятиях школьников и студентов к школе и вузу как пространству и времени обучения: ученики научаются самостоятельно передвигаться по учебной аудитории и свободно ориентироваться в пределах школы и вуза, удовлетворять свои витальные биологические потребности (прием пищи, опорожнение и мочеиспускание, мытье рук и т. д.). Благодаря реализованной нами программе у многих формируются и развиваются учебные компетенции, навыки: учащиеся и обучающиеся с синдромом Аспергера самостоятельно готовятся к учебным занятиям, сохраняют работоспособность и активное внимание в течение стандартного занятия, умеют по собственной инициативе задавать вопросы педагогу и другим взрослым, могут спокойно сидеть за одной партой с другими учениками, не задевая их во время занятия и др. Если в начале учебного года, при ухудшении состояния, многие респонденты испытывали стресс и начинали проявлять протестное или избегающее поведение, то во второй половине года многие могли либо озвучивать свою потребность, либо компенсировать ее (последнее особенно характерно для студентов, чья автономность достигала иногда нормативных показателей). Данный факт, несомненно, свидетельствует о приобретении респондентами важнейших навыков поведения в школе и вузе, а также вне их – навыков регулирования собственного состояния – самому или с посторонней помощью. Благодаря направленному инклюзивному коучингу может быть существенно расширен и список приобретенных и используемых социальных навыков: навыки инициативного приветствия, навыки отклика на переживания других (особенно хорошо чувствуют негативные переживания детей и взрослых, пытаются утешить огорчившегося, обиженного, ударившегося человека), предлагают свою помощь, соблюдают субординацию применительно к взрослым, играют в конструктивные игры и пр. Но наряду с очевидными успехами у многих учащихся и обучающихся, тем не менее, сохранилась устойчивая потребность в индивидуальном подходе к обучению, необходимость котором неоднократно констатирована специалистами [6, 15, 17]. Это связано с рядом моментов, включая «провалы» и «откаты» в развитии таких людей. Так, устав, ученик с синдромом Аспергера может спокойно выйти из аудитории, когда ему это нужно, без разрешения, а в ситуации мелтдауна - попасть в необходимость длительного восстановления к «нормальному» состоянию посредством специальной организованной «облегченной» образовательной программы и иных психотерапевтических и медикаментозных мер. Заметные изменения в психологическом статусе отмечают и специалисты школ и вузов: при этом педагоги описывают обследованных как более сдержанных, спокойных и самостоятельных, отмечают изменения интеракций со сверстниками, развивающуюся способность отвечать на вопросы и предлагать дополнения по теме. Родители отмечают увеличение времени, которое ученики могут провести за занятием, их включенность в межличностные отношения. Психотерапевты отмечают, что отношения с одноклассниками и однокурсниками воспри-

нимаются как более комфортные и желательные. Очевидно, что формированию социальных навыков и в целом условий для возможности развития ребенка в коллективе способствует работа психологов/психотерапевтов и тьюторская работа. В ходе такой работы, опираясь на рекомендации известных исследователей [20] и наш практический опыт, мы сформулировали систему рекомендаций по психолого-педагогическому сопровождению инклюзивного образования детей, подростков, юношей/девушек и молодых людей с синдромом Аспергера:

3) Обеспечивать стабильность и прозрачность требований образовательной среды. Для детей и юношей/девушек с РАС важно, чтобы старшие руководящие взрослые были спокойны, постоянны и предсказуемы в своих требованиях и поведении [15]. В данном случае отсутствующую до сих пор в школах и вузах России систему инклюзии компенсирует профессиональное и заинтересованное отношение классных руководителей/кураторов и иных педагогов. Проявления терпимости, спокойная реакция даже на протестное и иные странные формы поведения учеников с синдромом Аспергера приводят к формированию у них ощущения комфорта и доверительности.

4) Важно формировать и развивать благоприятные отношения со стороны сверстников к ученикам с синдромом Аспергера и к их включению в учебную группу. Имеет смысл объяснить детям наличие некоторых особенностей и необходимости помогать такому ребенку во взаимодействии. Нужно целенаправленно концентрироваться на достоинствах ученика с синдромом Аспергера как человека, как партнера и как учащегося [11], развивать самооценку учеников с синдромом Аспергера и желание позаботится о них у сверстников. В течение учебного года в итоге складываются теплые отношения, возникают совместные игры и участие в общих мероприятиях.

5) Осуществлять системную и планомерную работу междисциплинарной инклюзивной команды. Указанные выше и прочие учебные и социальные навыки респондентов имеют разную степень сформированности, вместе с тем прежде они вообще отсутствовали. Команда психолого-педагогического сопровождения способна разработать, осуществить, отрефлексировать, скорректировать и исследовать результаты реализации реабилитационно-развивающей программы социализации/адаптации ученика к школе и вузу.

6) Вовлекать в коррекционно-развивающую работу семьи учеников. Стабильный и выраженный результат возможен благодаря не только действиям инклюзивной команды специалистов, но и помощи родителей. Важно внимательное отношение родителей и настойчивость в выяснении причин. Другой важный аспект в родительском отношении – это воспитательный момент. Родителям таких детей нужно постоянно учиться взаимодействовать со своим ребенком, учитывать все его особенности, ведь развитие происходит не только на различных занятиях, а в каждую минуту жизни. Кроме того, необходимо сформировать здоровое отношение к синдрому Аспергера. Как и при других формах инвалидности, семьи, где есть такие дети, должны научиться принимать этот факт и не ударяться в крайности [7]. Так, гиперопекающее поведение часто приводит к чувству беспомощности у ребенка, а отвержение и отдаление – к

чувству покинутости и формированию чувства вины [14, 18].

7) Обеспечивать выполнение такого важного требования, как индивидуальный подход к каждому школьнику и студенту; в ситуации контакта со студентом, имеющим РАС, задача несколько усложняется, однако не является совершенно новой. Опираясь на опыт работы со школьниками и студентами, имеющими диагноз «синдром Аспергера», можно выделить ряд моментов оказания психолого-педагогической помощи студенту с ОВЗ [9, 10]:

А. Обучение таких учеников требует направленного информирования учителей и даже учеников, например, с помощью протокола, разработанного TEACCH или протокола «Шестое чувство» К.Грэй [11]. Как и все люди, имеющие РАС, школьник и студент с синдромом Аспергера нуждается в ряде внешних условий, позволяющих ему осуществлять коммуникацию и социальную активность относительно комфортно, - прежде всего понятность, структурированность, привычность образовательной среды. Так, участие такого студента в учебном процессе затруднено в том случае, если в аудитории одновременно говорят несколько человек и эти разговоры – пусть даже тихим шепотом - могут создать дополнительную напряженность и весьма повысить ситуативную тревожность учеников с синдромом Аспергера. Сверстники часто оказываются отзывчивыми, понимая, что не только преподаватель, но и их сверстник нуждается в тишине. Педагогу важно понимать необходимость снижения тревожности и применять правильные средства гармонизации интеракций. Так, снижению тревоги у учащихся с синдромом Аспергера способствует ряд специальных возможностей: во время ответа использовать повторяющиеся формы активности или применять своеобразные стимуляторы – предметы, которыми учащиеся могут манипулировать для снятия тревожности. Этот и иные моменты способствуют соблюдению образовательной дисциплины [10].

Б. Наиболее сложным аспектом адаптации студентов с синдромом Аспергера выступает проживание в общежитии и иные прямые продолжительные и психологически насыщенные контакты со сверстниками и взрослыми вне учебной ситуации: взаимодействие с совместно проживающими студентами; соблюдение требований коменданта к оформлению комнаты; организация времени и места для подготовки к занятиям. Информирование коменданта куратором студенческой группы об особенностях студента предотвращает совокупность проблем для комфортного проживания студента. Например, требования к оформлению помещения могут быть изменены, если студент нуждается в том, чтобы повесить расписание (причем расписание не только занятий и расписание своего дня) так, чтобы ему было удобно к нему обращаться. Кроме того, необходимо информировать и проживающих вместе студентов о том, что представление о «порядке в комнате» может отличаться у проживающего с ними студента с ОВЗ. Одновременное разъяснение о необходимости коммуницировать со своими сожителями, объясняя им особенности своего восприятия, данное студенту с синдромом Аспергера, способствует повышению комфортности всех студентов, живущих в комнате [10]. Ученик с синдромом Аспергера также может сам пояснять другим особенности своего поведения и т.д.

8. Сопровождение школьника и студента с синдромом Г. Аспергера должно

быть постоянным, в течение всего времени обучения, предвидеть все возникающие внезапно трудности, с которыми он не может справиться самостоятельно в силу своих особенностей, невозможно. При этом гибкость подхода в каждом случае способствует повышению эффективности освоения школьником и студентом образовательной программы, а также образовательной среды в целом.

В ходе нашей работы стало понятно, что психологам не всегда удается последовательно и в полной мере реализовывать собственные намеченные планы в связи с временными регрессами («откатами») в отношении уже сформированных и, казалось бы, закрепленных навыков. Чаще всего эти эксцессы (мелтдауны и шатдауны) детерминируются особенностями данного ребенка. Поэтому важно уметь корректировать планы занятий и их психолого-педагогического сопровождения. Совершенно очевидно, что детям с синдром Аспергера слишком многому приходится действительно учиться, даже тем бытовым навыкам и знаниям, которые в норме даются людям «сами по себе», в ходе житейского наблюдения за поведением близких взрослых, сиблингов, а позже – и посторонних людей. Это сложное правило «витальной необходимости в преднамеренном, дозированном, пошаговом обучении» по сути касается абсолютно всех сфер личности имеющего синдром Аспергера. Чем раньше это обучение начнется, тем эффективнее окажется сложная, комплексная, системная, персональная помощь такому ученику, требующая согласованных действий психолога, учителя или воспитателя, педиатра, психиатра, дефектолога и, конечно же, родителей.

Заключение. Получены положительные результаты осуществленной нами работы по сопровождению школьников и студентов с синдромом Г. Аспергера. Предлагаемые нами рекомендации являются прямым отражением базовых принципов реализованных нами программ сопровождения, в ходе которых все школьники и студенты получили важную для них поддержку. Мы убеждены, что работа с «особенными» детьми, подростками, юношами и взрослыми может быть эффективной при обязательном сочетании высокого профессионализма специалистов с индивидуальным подходом к каждому из клиентов, позволяющему действительно открытым добру людям почувствовать и понять мир, своеобразие восприятия этого мира больных синдромом Аспергера. Но работа членов семьи учеников с ОВЗ и специалистов бессмысленна без терпения, терпимости и собственно любви к этим уникальным людям, с «оголенными нервами» и к людям в целом. Постоянная, заинтересованная, целительная поддержка, организованная как процесс инклюзивного коучинга предполагает насыщение инклюзивного образования программами психолого-педагогического сопровождения. Такие программы существенно облегчают процесс обучения и повышают его результативность. В России инклюзивный коучинг для учеников с синдромом Г. Аспергера и учеников с иными нарушениями – пока вопрос будущего: даже активно функционирующие и работоспособные в этом отношении психологические службы есть далеко не в каждом учебном заведении. Однако каждый шаг в этом направлении помогает сделать следующий, особенно если исследователи (практики и теоретики) будут делиться своими успехами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айрис Э.Д. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. М.: Теревинф, 2012. 272 с.

2. Арпентьева М.Р., Степанова Г.А., Демчук А.В., Тащёва, А.И., Булатова, Г.А. Актуальные проблемы психосоциального сопровождения инвалидов в образовательной среде // Современное педагогическое образование, 2018. № 5. 22 с.

3. Арпентьева М.Р., Тащёва А.И., Гриднева С.В. Идея взаимопомощи и инклюзивная культура // Современные подходы в отечественном и зарубежном образовании / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2018. 24 с.

4. Бедрединова С.В., Тащёва А.И. Концепция психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями и их близких // Психолого-педагогические особенности семьи XXI века / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2016. С. 391-403.

5. Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий // Психология как объективная наука. М.: ИПП, Воронеж: НПО Модек, 1998. С. 272-317. URL: http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=107896. (дата обращения 10.02.2023)

6. Гринспен С., Уидер С. На «ты» с аутизмом. М.: Теревинф, 2017. 512 с.

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

8. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге. М.: Теревинф, 2010. 240 с.

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

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

11. Стоукс С. Дети с синдромом Аспергера: характеристика, стили обучения и стратегии помощи; [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С.1. URL: http://www.aspergers.ru/node/173 (дата обращения: 12.02.2023).

12. Тащёва А.И. Концепция психологической реабилитации семей с детьми-инвалидами // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1998. № 3. С.17-23.

13. Тащёва А.И., Воронцов Д.В., Гриднева С.В. Консультативная психология: базовые методические проблемы. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федерального университета, 2016. 342 с.

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

перспективы развития современной школы / Под ред. А.Ю, Нагорновой. Ульяновск: Зебра, 2017. С. 287-297.

15. Уильямс К. Как понять ученика с синдромом Аспергера: руководство для учителей; [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С. 1. URL: http://www.aspergers.ru/node/62 (дата обращения: 10.03.2023).

REFERENCES

1. Ajris E`.D. Rebenok i sensornaya integracziya. Ponimanie skry`ty`kh problem razvitiya. M.: Terevinf, 2012. 272 s.

2. Arpent`eva M.R., Stepanova G.A., Demchuk A.V., Tashhyova, A.I., Bulatova, G.A. Aktual`ny`e problemy` psikhosoczial`nogo soprovozhdeniya invalidov v obrazovatel`noj srede // Sovremennoe pedagogicheskoe obrazovanie, 2018. # 5. 22 s.

3. Arpent`eva M.R., Tashhyova A.I., Gridneva S.V. Ideya vzaimopomoshhi i inklyuzivnaya kul`tura // Sovremenny`e podkhody` v otechestvennom i zarubezhnom obrazovanii / Otv. red. A.Yu. Nagornova. Ul`yanovsk: Zebra, 2018. 24 s.

4. Bedredinova S.V., Tashhyova A.I. Konczepcziya psikhologo-pedagogicheskoj reabilitaczii detej s ogranichenny`mi vozmozhnostyami i ikh blizkikh // Psikhologo-pedagogicheskie osobennosti sem`i XXI veka / Otv. red. A.Yu. Nagornova. Ul`yanovsk: Zebra, 2016. S. 391-403.

5. Gal`perin P.Ya. Psikhologiya my`shleniya i uchenie o poe`tapnom formirovanii umstvenny`kh dejstvij // Psikhologiya kak ob`ektivnaya nauka. M.: IPP, Voronezh: NPO Modek, 1998. S. 272-317. URL: http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=107896. (data obrashheniya 10.02.2023)

6. Grinspen S., Uider S. Na «ty`» s autizmom. M.: Terevinf, 2017. 512 s.

7. Kiselyova O.V. Rol` semejny`kh faktorov v razvitii detej s nervno-psikhicheskimi rasstrojstvami i RAS // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 1. S. 100-111.

8. Kisling U. Sensornaya integracziya v dialoge. M.: Terevinf, 2010. 240 s.

9. Spizhenkova M.A., Arpent`eva M.R. Inklyuziya: psikhologicheskie, pedagogicheskie i soczial`ny`e innovaczii // Vzaimodejstvie pedagogov i speczialistov soczial`noj sfery` s razny`mi kategoriyami naseleniya. IX Mezhdun. socz.-ped. chteniya im. B.I. Livshicza. 22-24 noyabrya 2017 g. Ekaterinburg / Red. I.A. Larionova, M.A. Ivanenko, N.G. Kapustina. Ekaterinburg: Ural`skij GPU, 2018. S.51-55.

10. Spizhenkova M.A., Arpent`eva M.R. Psikhologicheskaya konsul`tativnaya pomoshh` studentam s osoby`mi potrebnostyami // Razvitie inklyuzivnogo vy`sshego obrazovaniya v Sibirskom federal`nom okruge. Sb. trudov I Vseross. nauch.-prakt. konf. 15 dekabrya 2017 g., Chemal. / Otvet. red. D.V. Lapin. Novosibirsk: Novosibirskij GTU, 2018. S. 244-248.

11. Stouks S. Deti s sindromom Aspergera: kharakteristika, stili obucheniya i strategii pomoshhi; [E`lektronny`j resurs] // Organizacziya po issledovaniyu autizma. 2017. S.1. URL: http://www.aspergers.ru/node/173 (data obrashheniya: 12.02.2023).

12. Tashhyova A.I. Konczepcziya psikhologicheskoj reabilitaczii semej s det`mi-invalidami // Vestnik psikhosoczial`noj i korrekczionno-reabilitaczionnoj raboty`. 1998. # 3. S.17-23.

13. Tashhyova A.I., Voronczov D.V., Gridneva S.V. Konsul`tativnaya psikhologiya: bazovy`e metodicheskie problemy`. Rostov-na-Donu: Izd-vo Yuzhnogo federal`nogo universiteta, 2016. 342 s.

14. Tashhyova A.I., Zolotukhina M. O. Osobennosti inklyuzii rebenka s sindromom Aspergera v obshheobrazovatel`nuyu shkolu // Teoriya, praktika i perspektivy` razvitiya sovremennoj shkoly` / Pod red. A.Yu, Nagornovoj. Ul`yanovsk: Zebra, 2017. S. 287-297.

15. Uil`yams K. Kak ponyat` uchenika s sindromom Aspergera: rukovodstvo dlya uchitelej; [E`lektronny`j resurs] // Organizacziya po issledovaniyu autizma. 2017. S. 1. URL: http://www.aspergers.ru/node/62 (data obrashheniya: 10.03.2023).

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

17. Gillberg Ch. A Guide to Asperger Syndrome. New York, Cambrige: Cambrige University Press, 2002. 189 p.

18. Stepanova G.A., Tashcheva A.I., Markova T.A., Shpakovskaya Y.E., Tokar O.V., Bazhenova N. G., Arpentieva M.R., Kirichkova M.E. Value-notional relations of people with persons with disabilities in additional and alternative education // International Journal of Education and Information Technologies, 2019, Vol. 13, P. 65-72.

19. Tavano Al., Pesarin A., Murino V., Cristani M. Automatic Conversational Scene Analysis in Children with Asperger Syndrome // Automatic Conversational Scene Analysis. 2014. Vol. 9 (issue1). P. 1. URL: www.plosone.org (accessed 10.02.2023)

20. Wing L. Asperger syndrome: a clinical account // Psychological Medicine. 2010. Vol. 11. P.115-129.

A.I. Tashcheva[1], M.R. Arpentieva[2], M.A. Spizhenkova[3], S.V. Gridneva[1], S.V. Koptyaeva[4]

COMPONENTS OF THE INCLUSIVE COACHING OF PUPILS AND STUDENTS WITH ASPERGER SYNDROME

[1]Southern Federal University (Rostov-on-Don), [2]Financial University under the Government of the Russian Federation (Moscow), [3]K.E. Tsiolkovskiy Kaluga State University, [4]Kaluga Regional Children's Library (Kaluga).

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

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

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ, присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, 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'е.

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: **УДК,** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям 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 17.06.2024 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