

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2017 (17), № 3

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

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

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

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в
журнале «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»
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. 2017

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Башилова, И.В. Добряков,
В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, И.Л. Коломиец,
И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, Е.О. Смирнова,
В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко,
А.М. Щербакова

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой
поддержке Института Гармоничного Развития
и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В.В. Грачев ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ НЕРВНОЙ БУЛИМИИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ АССОЦИИРОВАННО С ДИСТИМИЕЙ, У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	4
А.С. Рахимкулова, В.А. Розанов НЕКОТОРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТРАКТОВКА.....	13
Е.В. Куфтяк ДЕТИ С ДЕФИЦИТАМИ РАЗВИТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ.....	25
В.С. Собкин, Т.А. Лыкова ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У СТУДЕНТОВ-АКТЕРОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ В ТЕАТРАЛЬНОМ КОЛЛЕДЖЕ.....	34
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	

Н.Ю. Кожушко ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА МОЗГ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	42
Е.О. Смирнова, И.А. Рябкова МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СЮЖЕТНОЙ ИГРЫ ДОШКОЛЬНИКОВ.....	52
С.А. Воскресенская, М.В. Иванов ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	61
И.В. Пестова, Е.В. Милюткина, А.Л. Громогласов ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЙ ПОДХОД КАК ЧАСТЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПТСР.....	71

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

М. Ю. Герасимчук ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СРЕДОВОГО ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	78
Т.В. Уласень КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ КАК МАРКЕРЫ ДИЗАДАПТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ВОСПИТАННИКОВ СОЦИОЗАЩИНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	83
И.В. Борисова, Е.С. Ермакова ЗАЩИТНОЕ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ИЗ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ.....	87

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

В.В. Пушина МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	93
А.Н. Яковлев, В.И. Витчинкина, Н.В. Пашкевич, М.И. Коростин, Д.В. Пажитных, А.А. Ткачев ПОДВЕРЖЕННОСТЬ МИКРОСОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	101

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

М.Г. Соколова, В.Л. Кокоренко, О.А. Никишина, А.В. Гавриченко ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КЕЙС ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА.....	109
В.И. Брутман НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА ПРОДОЛЖЕНИЯ РОДА И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ЛЕКЦИЯ).....	117

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

ЮБИЛЕЙ.....	124
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	126

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

V.V. Grachev

BULIMIA NERVOSA ASSOCIATED WITH DYSTHYMIA IN ADOLESCENT GIRLS:
CLINICAL MANIFESTATIONS, COURSE AND OUTCOME..... 4

A.S. Rakhimkulova, V.A. Rozanov

SOME MANIFESTATIONS OF RISKY BEHAVIOR AMONG CITY ADOLESCENCE:
BIO-PSYCHO-SOCIAL INTERPRETATION..... 13

E.V. Kuftyak

CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES: PECULIARITIES
OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND COPING BEHAVIOR..... 25

V.S. Sobkin, T.A. Lykova

THE FEATURES OF PERSONALITY CHANGES AMONG STUDENTS ON DIFFERENT
STAGES OF LEARNING IN DRAMA COLLEGE..... 34

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

N.Yu. Kozhushko

THE USE OF LOCAL BRAIN STIMULATION BY THE CHILDREN WITH MENTAL
DISORDERS..... 42

E.O. Smirnova, I.A. Ryabkova

THE METHOD OF DIAGNOSTICS OF THE SUBJECT GAME OF PRESCHOOL CHILDREN..... 52

S.A. Voskresenskaya, M.V. Ivanov

PATHOLOGICAL FORMS OF PLAY ACTIVITY AS A DIAGNOSTIC MARKER
OF MENTAL ILLNESS IN EARLY CHILDHOOD..... 61

I.V. Pestova, E.V. Milyutina, A.L. Gromoglasov

SPIRITUAL-MORAL APPROACH AS A PART OF BIOPSYCHOSOCIAL MODEL
OF INTEGRATED HELP CHILD WITH PTSD..... 71

SHORT COMMUNICATIONS

M. Y. Gerasimchuk

THE ROLE OF BIOLOGICAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF AFFECTIVE
PATHOLOGY..... 78

T.V. Ulasen

COPYING-STRATEGIES OF BEHAVIOR AS MARKERS OF DYNADAPTIVE DISPLAYS
IN THE CONTROLLERS OF SOCIAL-SAFETY INSTITUTIONS..... 83

I.V. Borisova, E.S. Ermakova

PROTECTIVE AND COPING-BEHAVIOUR OF YOUNG MEN AND GIRLS FROM FULL
AND INCOMPLETE FAMILIES..... 87

SPECIAL TOPIC

EXPERIMENTAL PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOLS

V.V. Pushina

MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION AS A RISK FACTOR OF CHEMICAL DEPENDENCY..... 93

A.N. Jakovlev, V.I. Vitchinkina, N.V. Pashkevich, M.I. Korostin, A.A. Tkachev

SUSCEPTIBILITY TO MICROSOCIAL FACTORS FOR ADDIKTIVE BEHAVIOR
OF ADOLESCENTS DEPENDING ON THE LEVEL OF GENETIC RISK
OF SUBSTANCE ABUSE..... 101

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

M.G. Sokolova, V.L. Kokorenko, O.A. Nikishina, A.V. Gavrichenko

PSYCHODIAGNOSTIC CASE FOR STUDY AND EVALUATION OF COGNITIVE IMPAIRMENTS
OF CHILDREN AND TEENAGERS ILL WITH DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY..... 109

V. Brutman

VIOLATIONS OF THE INSTINCT OF PROCREATION AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR
OF WOMEN IN CONNECTION WITH PSYCHIC PATHOLOGY..... 117

OFFICIAL MATERIALS, CRITIQUES, INFORMATION

ANNIVERSARY..... 124

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS 126

В.В. Грачев

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ
НЕРВНОЙ БУЛИМИИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ АССОЦИИРОВАННО
С ДИСТИМИЕЙ, У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

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

Резюме. Целью исследования явилось уточнение коморбидных взаимовлияний дистимических состояний и нервной булимии у девушек-подростков, а также анализ особенностей клинической картины, динамики и клинико-социальных исходов НБ, развившейся ассоциированно с дистимией в подростковом периоде. Результаты указывают на крайне неблагоприятные последствия такой ассоциации, в этом случае дистимия, с одной стороны, приобретает затяжное течение и сопровождается частыми эпизодами двойной депрессии, а с другой, является одним из существенных факторов развития и неблагоприятного клинико-социального исхода нервной булимии подросткового возраста с хронификацией расстройств пищевого поведения и значительными нарушениями социального функционирования.

Ключевые слова: нервная булимия, подростковая дистимия, хронические расстройства настроения, расстройства пищевого поведения

Введение. Аффективные нарушения в подростковом возрасте, по данным многочисленных исследований, возникают существенно чаще, чем диагностируются, причем эта проблема, отмечавшаяся в конце прошлого века, сохранилась и в начале нового [22, 29, 32, 33]. Диагностические трудности особенно часто сопряжены с так называемыми «малыми» депрессиям и дистимией, которые у подростков остаются недостаточно исследованными [30, 31].

Значимость изучения дистимии в подростковом возрасте обусловлена отмечающейся рядом исследователей ее устойчивостью к терапии [20, 24] и сопряженностью с более выраженной в сравнении эпизодами «большой» депрессии социальной дезадаптацией в силу затяжного характера гипотимии [24], а также высокой распространенностью разнообразной неаффективной коморбидной психической патологии, которая нередко рассматривается как ее облигатный признак [7, 20, 31]. Одной из наиболее характерных форм последней у девушек-подростков являются расстройства пищевого поведения (РПП) и особенно нервная булимия (НБ). Было показано, что у больных НБ коморбидная дистимия встречается чаще, чем эпизоды «большой» депрессии, и в разы превышает распространенность дистимии в общей популяции [23, 28]. Предполагается, что хронические расстройства настроения могут является существенным фактором развития РПП булимического спектра [4, 23, 28]. В этом контексте обращает на себя внимание тот факт, что в возрасте до 20 лет дистимия встречается у лиц женского пола почти в два раза чаще, чем мужского [30].

Целью настоящего исследования явилось уточнение коморбидных взаимовлияний дистимических состояний и НБ у девушек-подростков, а также анализ особенностей клинической картины, динамики и клинико-социальных исходов НБ, развившейся ассоциированно с дистимией в подростковом периоде.

Материалы и методы. Из общего числа подростков женского пола, страдающих РПП, проконсультированных автором в 2010-2014 гг. амбулаторно и в

детско-подростковых психиатрических стационарах в исследование включались больные, отвечающие одновременно критериям рубрик МКБ-10 F52.0 (НБ) и F30.1 (дистимия). Исключались больные с расстройствами шизофренического спектра.

Всего в исследование включено 35 больных в возрасте от 14,6 до 17,9 лет (средний возраст $15,6 \pm 1,3$ года). Продолжительность НБ к моменту включения в исследование варьировала от 3 до 25 месяцев (средняя — $10,8 \pm 7,3$ мес.). Относительно небольшая длительность заболевания позволяла провести детальный анализ его инициальных этапов.

Контрольная группа, которую составили 30 подростков женского пола, представляла собой рандомизированную выборку больных НБ, проконсультированных автором в 2010-2014 гг. Возраст больных контрольной группы (средний возраст $5,3 \pm 1,1$ года) значимо не отличался от возраста основной (критерий Стьюдента $p=0,37$). Срок катамнестического прослеживания больных как основной, так и контрольной группы составил от 3 до 7 лет.

Для оценки тяжести НБ в исследовании применялась шкала-опросник «тест отношения к еде» (ЕАТ-26), являющаяся одним из наиболее используемых во всем мире инструментов изучения РПП [15, 21, 25], а также частота приступов перекармливания-очищения в неделю, рекомендованная DSM-5 [16]. Для психометрической оценки выраженности гипотимии использовалась шкала депрессии Бека, валидность которой для верификации аффективных нарушений у больных с РПП была показана в ряде работ [1, 4, 10, 17]. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat [2].

Результаты. Во всех случаях развитие хронической гипотимии по времени возникновения значительно, на 1,5-3,5 года, опережало манифестацию РПП. Анализ особенностей возникновения, развития и коморбидных взаимовлияний аффективной патологии и НБ позволил выделить 2 основные группы обследуемых.

Первую группу составили 18 (51%) больных, у которых в генезе хронических нарушений настроения основную роль играли наследственно-конституциональные факторы, а состояние можно было определить как конституционально-депрессивный вариант группы циклоидных личностей, выделенный П.Б. Ганнушкиным [3], или депрессивный темперамент, описанный Н. Akiskal и G. Mallaya [14]. У родственников 1-2-й степени родства 12 (67%) больных 1-й группы в течение жизни были выявлены расстройства аффективного спектра. В семейном анамнезе 9 (50%) больных обнаружили лица с тревожно-фобическими расстройствами, а 3 (11%) — алкогольной зависимостью. У 6 (33%) больных в анамнезе обнаружили депрессивные эпизоды, в 2 (6%) случаях рекуррентные, у 6 (33%) - гипертимный темперамент, у 6 (33%) — дистимия, у 2 (11%) — дисфорический (раздражительный) темперамент в понимании Н. Akiskal [36]. Преморбидная личность большинства 14 (78%) больных определялась сочетанием находящихся в различных соотношениях психастенических и истерических радикалов, у 2 (11%) — психастенических и шизоидных, у 1 (5,5%) — истероидных и шизоидных и еще у 1 (5,5%) — эпилептоидных и истероидных. Во всех случаях выраженность характерологических особенностей не выходила за рамки явной акцентуации характера [8]. Для больных этой группы были характерны отмечавшиеся нередко с раннего детства и становившиеся с возрастом все более заметными аутохтонные, соматогенные и психогенные перепады аффективного тонуса в сторону пониженного, что позволяло предполагать у них наличие тимопатического диатеза [12].

У 6 (33%) больных отчетливые дистимические проявления обнаруживались уже в младших классах школы. Как отметила одна из больных в возрасте 15 лет:

«Сколько себя помню, с 6-7 лет, настроение почти всегда было грустно-уныло-злое». Однако в большинстве случаев (у 12 больных - 67%) хроническая гипотимия становилась заметна в начале пубертатного периода, проявляясь постепенно развившимся у жизнерадостных детей преобладанием пессимистического взгляда на жизнь, мыслями о бессмысленности бытия, снижением социальной активности и интереса к деятельности, ангедонией, раздражительностью, периодами грусти.

Хорошо известно, что в подростковом периоде тело особенно значимо для самооценки, самовосприятия, формирования самоидентичности и является характерным направлением, через которое выражается психологический дистресс [5, 18, 26], поэтому неудивительно, что присущие гипотимии идеи недовольства собой легко принимали форму дисморфофобических переживаний с устойчивым неприятием своей фигуры и формированием сначала компенсаторного, а позднее сверхценного стремления к худобе. Возникновению идей недовольства своей внешностью часто способствовали психогенные факторы в виде нередко даже однократных, произнесенных вскользь замечаний о недостатках фигуры или о значимости стройности для достижения успеха в жизни. Сочетание возрастных и психогенных факторов определенным образом направляло идеаторные пессимистические построения больных.

Во всех случаях развитию собственно НБ предшествовал анорексический этап, представленный атипичной симптоматикой анорексического спектра, которая проявлялась в возрасте 13,2-14,8 лет (средний возраст $13,6 \pm 0,6$ лет). Продолжительность анорексического этапа варьировала от 9,5 до 20 мес., составляя в среднем $14,3 \pm 3,4$ мес. Уже в начальном периоде заболевания у большинства больных отмечались эпизоды переедания, сопровождавшиеся компенсаторным поведением.

Возраст манифестации собственно НБ приходился на 14,2-16,7 лет (средний возраст $15,1 \pm 0,8$ лет). Развитие НБ сопровождалась углублением гипотимии с нарастанием выраженности адинамических, дисфорических и истероформных проявлений, чему способствовал тяжелый дистресс, связанный с необходимостью постоянно сопротивляться повышенному аппетиту, осознанием неспособности контролировать процесс питания, реализовать сверхценную идею обретения идеальной фигуры и связанным с этим ощущением фрустрации, глобальной неудачи в жизни и бессилия; депрессивные идеи самоуничтожения и недовольства собой принимали вид самообвинений в безволии, перееданиях и очистительном поведении. Таким образом, наследственно-конституциональные факторы формирования аффективной патологии усиливались психогенными влияниями.

В 6 (33%) случаях нарастающая гипотимия достигала уровня депрессивного эпизода, причем в 2 (11%) — среднетяжелого, у этих больных обнаруживалось преобладание тоскливого аффекта с эндогенным суточным ритмом и витализацией. Депрессивные состояния расценивались как двойная депрессия, определяющаяся в литературе депрессивным состоянием уровня «большой» депрессии, развившимся на фоне предшествующей дистимии [11, 16].

Тяжесть НБ статистически значимо положительно коррелировала с показателями выраженности негативного аффекта по шкале Бека. Значения коэффициента корреляции Пирсона составили $r=0,906$ ($p=0,0005$) и $r=0,895$ ($p=0,0003$) соответственно.

Катамнестическое прослеживание показало, что у всех больных в течение всего срока наблюдения сохранялись явления дистимии, а 13 (72%) постоянно или почти постоянно принимали антидепрессивную терапию. У 9 (50%) больных РПП сохраняли клиническую значимость, однако НБ трансформировалась в атипичную симптоматику булимического спектра. У других 9 (50%) больных клинические проявления РПП сгладились, но депрессивные дисморфофобические идеи и мысли о необходимо-

сти коррекции фигуры сохраняли актуальность, усиливаясь в периоды ухудшения настроения, хотя никогда не сопровождалась их реализацией. Статистически значимые корреляции продолжительности срока катмнеза и наличия РПП отсутствовали.

В сравнении с контрольной группой клинико-социальный исход НБ у больных 1-й группы оказался значимо худшим: число больных с сохраняющимися РПП в 1-й группе статистически достоверно ($p=0,0004$) превышало аналогичный показатель в контрольной, составляя 9 (50%) и 9 (30%) соответственно. На момент последнего катмнестического исследования у больных отмечались значимые положительные корреляции выраженности гипотимии и тяжести атипичных РПП булимического спектра и, оценивавшихся с использованием шкалы депрессии Бека и «теста отношение к еде» (ЕАТ-26) (коэффициент корреляции Пирсона; $r=0,832$ ($p=0,0001$)). Частота эпизодов/переедания очищения не использовалась, так как рекомендована для оценки тяжести типичной НБ. Полное выздоровление с отсутствием РПП и аффективной патологии невозможно было констатировать ни в одном случае.

Больные основной группы испытывали значительные трудности социального функционирования: хотя они вполне успешно окончили школу, а многие поступили ВУЗы. 6 (33%) больных на момент последнего осмотра нигде не работали и не учились. В контрольной группе число таких больных составило 4 (15%).

Вторая группа включала 17 (49%) больных, у которых в генезе дистимии преобладали психогенные влияния.

В семейном анамнезе у родственников 1-2-й степени родства различные формы расстройств аффективного спектра в течение жизни были выявлены в 7 (41%) случаях (в 3 (17%) — депрессивные эпизоды, в 2 (12%) — дистимия, в обоих случаях с эпизодами двойной депрессии, в 2 (12%) — гипертимный темперамент), т. е. значительно реже, чем в 1-й группе. В то же время тревожно-фобические расстройства и алкогольная зависимость обнаруживались заметно чаще и составили 11 (65%) и 6 (35%) соответственно (однако различия между группами не достигли уровня статистической значимости).

Преморбидная личность больных определялась сочетанием выраженных в той или иной степени истерических радикалов с иными, характерологическими особенностями: в 10 (59%) случаях психастеническими, в 3 (17%) эпилептоидными, в 2 (12%) ананкастными и еще в 2 (12%) шизоидными. Во всех случаях выраженность характерологических радикалов не выходила за рамки акцентуации характера [8].

Хотя у части больных отмечались аутохтонные, соматогенные и психогенные перепады аффективного тонуса, более характерными и наблюдавшимися у всех оказались невропатические проявления, нейротизм, склонность к преходящим астеническим реакциям в ответ на воздействие физических (в первую очередь, метеорологических) либо психотравмирующих факторов, что позволяло рассматривать больных в рамках невропатического диатеза.

Дистимия и ассоциированные РПП возникали на фоне длительно существующих психотравмирующих ситуаций, имеющих специфические черты, способствующие формированию последних. Выделено два основных типа ситуаций. 1-й имел место у девочек с избыточным (даже незначительно) весом тела, подвергшихся насмешкам сверстников, резкой критике родных, постоянным сравнениям со стройной фигурой родственников женского пола (в первую очередь, матери, комплименты фигуре которой постоянно делали окружающие), находящихся в обстановке болезненного стремления матери к диетам и поддержанию низкого веса, а также негативным ятрогенным воздействиям в виде грубых замечаний врачей. 2-й тип был связан с занятиями балетом, танцами или артистическими видами спорта,

пробыванием в обстановке «культы» стройности, грациозности и низкого веса. В этих случаях, даже при отсутствии избыточного веса, в результате постоянной, часто безжалостной критики педагогов формировались устойчивое недовольство своей фигурой и сверхценное отношение к необходимости ограничения приема пищи.

Хроническая «специфическая» психотравмирующая ситуация у лиц с чертами психопатологического диатеза приводила, с одной стороны, к усилению невротического реагирования и развитию хронической гипотимии, а с другой, к устойчивому недовольству своей фигурой, формированию зависимости самооценки и настроения от массы тела и количества съеденного, сверхценному отношению к необходимости ограничения приема пищи. Постепенно роль субъективного фактора хронической психической травматизации приобретало восприятие своей фигуры как излишне полной, способной вызывать только насмешки и критику, определяющей негативное отношение окружающих к личности в целом, обуславливающей неприятие социальной средой, а также сулящей неудачи во взрослой жизни. Последнее сводилось к утверждению: «если останусь полной, ничего не добьюсь в жизни, буду неудачницей, а это самое страшное».

Уже в младшем школьном возрасте гипотимия сочеталась с дисморфофобическими переживаниями и субклиническими РПП в виде попыток ограничения приема пищи со срывами с перееданием сладкого. К 12-13 годам такие попытки становились продолжительными, регулярными и составляли сущность затяжного анорексического этапа, длительность которого составляла от 12 до 28 месяцев (средняя — $20,4 \pm 6,3$ мес.), значительно превышая продолжительность анорексического этапа у больных с преобладанием в генезе дистимии конституциональных факторов ($p=0,0012$).

Собственно НБ, отвечающая критериям МКБ-10, манифестировала в возрасте 14,4-16,5 лет (средний возраст $15,0 \pm 0,8$ лет) и сопровождалась значительным углублением расстройств настроения. Эпизоды двойной депрессии отмечались в 11 (65%) случаев, а в 9 (53%) — достигали средней тяжести. В структуре аффекта на первый план выступали тоска и тревога, часто с витализацией и эндогенным суточным ритмом. Тяжесть симптоматики НБ значимо положительно коррелировала с показателями негативного аффекта по шкале Бека. При использовании опросника «тест отношения к еде» (ЕАТ-26) и частоты эпизодов переедания-очищения в неделю значения коэффициента корреляции Пирсона составили $r=0,891$ ($p=0,0001$) и $r=0,854$ ($p=0,0004$) соответственно.

Как и в 1-й группе, катамнестическое проследивание показало отсутствие полного выздоровления у всех (100%) больных и сохраняющиеся хронические расстройства настроения в виде дистимии, которые в 14 (82%) случаев сочетались с атипичными РПП спектра НБ. При этом даже у больных, освободившихся от клинически значимых РПП, сохранялись дисморфофобические переживания и элементы избегающего поведения. Во 2-й группе процент больных с сохраняющимися РПП был значимо выше в сравнении как с контрольной, составляя 82% и 31% ($p=0,001$) соответственно, так и с 1-й группой — 82% и 50% соответственно ($p=0,005$). На момент последнего катамнестического обследования отмечались значимые положительные корреляции выраженности гипотимии и РПП, оценивавшиеся с использованием теста (ЕАТ-26) и шкалы депрессии Бека (значение коэффициента корреляции Пирсона составило $r=0,901$ ($p=0,0002$)). Нарушения социального функционирования были более выраженными, чем в 1-й группе: 9 (53%) нигде не учились и не работали.

Обсуждение. Полученные результаты указывают на крайне неблагоприятные последствия ассоциации дистимии и НБ, манифестировавшей в подростковом возрасте. В этой ситуации дистимия, с одной стороны, приобретает затяжное течение и

сопровождается частыми эпизодами двойной депрессии, а с другой, является одним из существенных факторов развития и неблагоприятного клинико-социального исхода НБ подросткового возраста. Ассоциация этих двух форм психической патологии приводит к значительным нарушениям социального функционирования.

Психологический дистресс, сопровождающийся устойчивым негативным аффектом, нередко отмечается исследователями у девушек, в последствии развивших НБ [13, 20]. Авторы подчеркивают существенную роль негативных комментариев фигуры и веса девушек-подростков в формировании НБ [34]. Однако, по-видимому, одним из факторов определяющих развитие РПП, которые даже в ситуации дистресса и критики развиваются далеко не у всех девушек, является наличие особенностей «почвы» в виде, с одной стороны, психопатологического диатеза с преобладанием невротических и тимопатических радикалов, а с другой, хронической гипотимии.

Обращает на себя внимание определенный параллелизм развития РПП и хронической гипотимии при некотором опережении оформления клинической картины последней. С самых ранних этапов формирования дистимии появляются ассоциированные с расстройствами настроения дисморфофобические переживания недовольства своей фигурой, идеи снижения массы тела, достижения высшей степени стройности, сопровождающиеся сначала эпизодическими субклиническими РПП, затем симптоматикой атипичной НА и, наконец, развернутой клинической картиной НБ. На всех этапах, даже в периоде предшествующих анорексической стадии субклинических расстройств, отмечаются эпизоды переедания и элементы компенсаторного поведения. Можно говорить об «амальгамировании» двух форм психической патологии с формированием более широкого аффективно-поведенческого симптомокомплекса, причем гипотимия способствует развитию и поддерживает РПП, а НБ, сопровождающаяся постоянным дистрессом, в свою очередь является значимым фактором углубления и хронификации гипотимии с образованием патологического замкнутого круга. Спаянность этих форм патологии подтверждается также статистически значимыми положительными корреляциями выраженности сниженного настроения и булимической симптоматики на различных этапах заболевания. Исходя из полученных данных особенно значимой для достижения благоприятного клинико-социального исхода НБ подросткового возраста представляется терапия и достижение ремиссии коморбидной хронической дистимии.

Как отечественные, так и зарубежные авторы отмечают высокую распространенность сглаженных аффективных расстройств у подростков и их недостаточно активную терапию [6, 9, 27, 32, 33]. Причем аффективные нарушения в виде устойчивой гипотимии часто расцениваются родителями, а нередко и врачами как «естественные» эмоциональные особенности пубертатного криза, не требующие внимания и лечения. Примечательно, что до манифестации НБ, несмотря на наличие дистимии, ни одна больная не получала адекватной психиатрической помощи.

Полученные данные указывают на необходимость серьезного отношения к подростковой гипотимии и ее активной психофармакологической и психосоциальной терапии, что может явиться одним из существенных аспектов профилактики РПП. Принципиальная возможность снижения вероятности развития РПП путем превентивного лечения антидепрессантами в группе высокого риска развития НБ была показана С.В. Taylor и соавт. [35].

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюхин А.Е., Онегина Е.Ю. Валидность шкал оценки депрессии у больных с нарушениями пищевого поведения // Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005. С. 116-117.

2. Гайдышев И.П. Программное обеспечение анализа данных AtteStat. Руководство пользователя. Версия 13. 2012. URL: <http://биостатистика.pf/files/13.pdf>. (Дата обращения 01.06.2017).

3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933. 124 с.

4. Грачев В.В. Аффективная патология у больных нервной булимией подросткового возраста // Журн. неврол. психиатр. им С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 3. С. 16-21. doi: 10.17116/jnevro20171173116-21.

5. Грачев В.В., Шевченко Ю.С., Левковская О.Б. Несуицидальные самоповреждения у подростков с расстройствами пищевого поведения (аналитический обзор) // Психическое здоровье. 2017. № 3. С. 62-69.

6. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной подростковой популяции // Росс. психиатр. журнал. 1999. № 3. С. 37-40.

7. Колюцкая Е.В. Дистимические депрессии (Психопатология, типологическая дифференциация, терапия): Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1993. 19 с.

8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.

9. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Иванова Е.И. Депрессивные расстройства подростковом возрасте и особенности их терапии // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 2. 23-28.

10. Онегина Е.Ю. Клинические варианты и динамика аффективных нарушений при НА и нервной булимии: Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 2010. 25 с.

11. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М.: Берег, 2001. 160 с.

12. Шевченко Ю.С. Природа и проявления психопатологического диатеза // Детская и подростковая психиатрия (Клинические лекции для профессионалов) / Под ред. Ю.С.Шевченко. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - С. 34-59.

REFERENCES

1. Brjuhin A.E., Onegina E.Ju. Validnost' shkal ocenki depressii u bol'nyh s narushenijami pishheвого povedenija // Materialy XIV s#ezda psi-hiatrov Rossii. M., 2005. S. 116-117.

2. Gajdyshev I.P. Programmnoe obespechenie analiza dannyh AtteStat. Rukovodstvo pol'zovatelja. Versija 13. 2012. URL: <http://biostatistika.rf/files/13.pdf>. (Data obrashhenija 01.06.2017).

3. Gannushkin P.B. Klinika psihopatij: ih statika, dinamika, sistema-tika. M.: Sever, 1933. 124 s.

4. Grachev V.V. Affektivnaja patologija u bol'nyh nervnoj bulimiey podrostkovogo vozrasta // Zhurn. nevrol. psihiatr. im S.S. Korsakova. 2017. T. 117. № 3. S. 16-21. doi: 10.17116/jnevro20171173116-21.

5. Grachev V.V., Shevchenko Ju.S., Levkovskaja O.B. Nesuicidal'nye samopovrezhdenija u podrostkov s rasstrojstvami pishheвого povedenija (analiti-cheskij obzor) // Psihicheskoe zdorov'e. 2017. № 3. S. 62-69.

6. Iovchuk N.M., Batygina G.Z. Depressii v shkol'noj podrostkovej po-puljaciji // Ross. psihiatr. zhurnal. 1999. № 3. S. 37-40.

7. Koljuckaja E.V. Distimicheskie depressii (Psihopatologija, tipologi-cheskaja diferenciacija, terapija): Avtoref. dis. kand. med. nauk. M., 1993. 19 s.

8. Lichko A.E. Podrostkovaja psihiatrija. 2-e izd. L.: Medicina, 1985. 416 s.

9. Mazaeva N.A., Kravchenko N.E., Ivanova E.I. Depressivnye rasstrojstva podrostkovom vozraste i osobennosti ih terapii // Sovremennaja tera-pija psihicheskikh rasstrojstv. 2008. № 2. 23-28.

10. Onegina E.Ju. Klinicheskie varianty i dinamika affektivnyh naru-shenij pri NA i nervnoj bulimii: Avtoref. dis. kand. psihol. nauk. M., 2010. 25 s.

-
11. Smulevich A.B. *Depressii v obshhemedicinskoj praktike*. M.: Bereg, 2001. 160 s.
 12. Shevchenko Ju.S. *Priroda i pojavlenija psihopatologicheskogo diateza*. / *Detskaja i podrostkovaja psihiatrija (Klinicheskie lekcii dlja professionalov)*. Pod red. Ju.S. Shevchenko. - M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2011. - S. 34-59.
 13. Adambegan M., Wagner G., Nader I.W., Fernandez-Aranda F., Treasure J., Karwautz A. Internalizing and externalizing behaviour problems in childhood contribute to the development of anorexia and bulimia nervosa—a study comparing sister pairs // *Eur Eat Disord Rev*. 2012. Vol. 20. № 2. P. 116-120. doi: 10.1002/erv.1152.
 14. Akiskal H.S., Mallaya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications // *Psychopharmacology Bulletin*. 1987. Vol. 23. P. 68-73.
 15. Anderson D.A. Assessment of eating disorders review and recommendations for clinical use / D.A. Anderson, J.D. Lundgren, J.R. Shapiro, C.A. Paulosky // *Behav Modif*. 2004. Vol. 28. № 6. P. 763-782. doi: 10.1177/0145445503259851
 16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2013.
 17. Carter J.C., Blackmore E., Sutandar-Pinnock K., Woodside D.B. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis // *Psychol Med*. 2004. Vol. 34. P. 671-679.
 18. Cash T.F., Pruzinsky T. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002. 121 p.
 19. Corcos M., Flament M.F., Giraud M.J., Paterniti S., Ledoux S., Atger F., Jeammet P. Early psychopathological signs in bulimia nervosa. A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000. Vol. 9. № 2. P. 115-121.
 20. Emslie G.J., Mayes T., Porta G., Vitiello B., Clarke G., Wagner K.D., Asarnow J.R., Spirito A., Birmaher B., Ryan N., Kennard B., DeBar L., McCracken J., Strober M., Onorato M., Zelazny J., Keller M., Iyengar S., Brent D. Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes // *Am J Psychiatry*. 2010. Vol. 167. № 7. 782-791. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09040552.
 21. Garner D.M. *The Eating Disorder Inventory-3 Professional Manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources Inc., 2004. 27 p.
 22. Glaser K. Psychopathologic patterns in depressed adolescents // *Am J Psychother*. 1981. Vol. 35, № 3. P. 368-382.
 23. Hoste R.R., Labuschagne Z., Le Grange D. Adolescent bulimia nervosa // *Current Psychiatry Reports*. 2012. Vol. 14. № 4. P. 391-397. doi: 10.1007/s11920-012-0280-0.
 24. Klein D.N., Shankman S.A., Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression // *Am J Psychiatry*. 2006. Vol. 163. № 5. P. 872-880.
 25. Lee S. Screening Chinese patients with eating disorders using the Eating Attitudes Test in Hong Kong / S. Lee, K. Kwok, C. Liao, T. Leung // *Int J Eat Disord*. – 2002. Vol. 32. P. 91-97. doi: 10.1002/eat.10064.
 26. Markey C.N. Invited commentary: why body image is important to adolescent development // *Journal of Youth & Adolescence*. 2010. Vol. 39. P. 1387-1391. doi: 10.1007/s10964-010-9510-0.
 27. O'Connor B.C., Lewandowski R.E., Rodriguez S., Tinoco A., Gardner W., Hoagwood K., Scholle S.H. Usual care for adolescent depression from symptom identification through treatment initiation // *JAMA Pediatr*. 2016. Vol. 170. № 4. P. 373-380. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4158.
 28. Perez M., Joiner TE Jr., Lewinsohn P.M. Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? // *International Journal of Eating*
-

Disorders. 2004. Vol. 36. № 1. P. 55-61. doi:10.1002/eat.20020.

29 Puig-Antich J., Kaufman J., Ryan N.D., Williamson D.E., Dahl R.E., Lukens E., Todak G., Ambrosini P., Rabinovich H., Nelson B. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993. Vol. 32. № 2. P. 244-253. doi: 10.1097/00004583-199303000-00003.

30 Salk R.H., Petersen J.L., Abramson L.Y., Hyde J.S. The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity // J Affect Disord. 2016. Vol. 205. P. 28-35. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.071.

31 Sansone R.A., Sansone L.A. Dysthymic disorder: Forlorn and Overlooked? Psychiatry (Edgemont). 2009. Vol. 6. № 5. P. 46-50.

32 Santiago S. Treating teen depression in primary care // Pediatr Ann. 2015. Vol. 44. № 11. P. 466-470. doi: 10.3928/00904481-20151112-03.

33 Sund A.M., Larsson B., Wichstrøm L. Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway // Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2011. Vol. 5. P. 28. doi: 10.1186/1753-2000-5-28.

34 Taylor C.B., Bryson S., Celio Doyle A.A., Luce K.H., Cuning D., Abascal L.B., Rockwell R., Field A.E., Striegel-Moore R., Winzelberg A.J., Wilfley D.E. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders // Pediatrics. 2006. Vol. 118. № 2. P 731-738.

35 Taylor C.B., Kass A.E., Trockel M., Cuning D., Weisman H., Bailey J., Sinton M., Aspen V., Schecthman K., Jacobi C., Wilfley D.E. Reducing eating disorder onset in a very high risk sample with significant comorbid depression: A randomized controlled trial // J Consult Clin Psychol. 2016. Vol. 84. № 5. P 402-414. doi: 10.1037/ccp0000077.

36 Vázquez G.H., Tondo L., Mazarini L., Gonda X. Affective temperaments in general population: a review and combined analysis from national studies // J Affect Disord. 2012. Vol. 139. № 1. P 18-22. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.032.

V.V. Grachev

**BULIMIA NERVOSA ASSOCIATED WITH DYSTHYMIA
IN ADOLESCENT GIRLS: CLINICAL MANIFESTATIONS,
COURSE AND OUTCOME**

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. The purpose of this study was to clarify the comorbid interactions of dysthymia and bulimia nervosa in teenage girls, as well as an analysis of the clinical manifestation, course, and outcomes of BN, which was associated with dysthymia in the adolescent period. The results indicate the extremely unfavorable consequences of such an association, in this case dysthymia on the one hand acquires a protracted course and is accompanied by frequent episodes of double depression, and on the other it is one of the essential factors of the development and adverse clinical and social outcome of adolescent bulimia nervosa with the chronicization of eating disorders and significant violations of social functioning.

Keywords: bulimia nervosa, adolescent dysthymia, chronic mood disorders, eating disorders.

**НЕКОТОРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТРАКТОВКА**
Одесский национальный университет им. И.И.Мечникова, институт ин-
новационного и последипломного образования (Одесса, Украина).

Резюме. Исследование свидетельствует о значительной распространенности (более 50%) различных форм рискового поведения и об их заметном преобладании среди юношей. В то же время сочетание всех форм рискового поведения у одной личности встречается достаточно редко (1%-3% в зависимости от пола). Максимум рисковогй активности наблюдается в возрасте 14-15 лет, при переходе в группу 16-18 лет эта активно резко ослабевает. Полученные данные трактуются с позиций роли биологических, психологических и социальных факторов, вызывающих и влияющих на рисковое поведение в их совокупности.

Ключевые слова: рисковое поведение подростков, взаимосвязь рисковогй и суицидального поведения, подростки и риск.

Введение. Подростковый возраст –период стремительного трансформирующего физического, психологического, социокультурного и когнитивного развития. В этот же период, несмотря на бóльшую (по сравнению с детьми) физическую силу, выносливость, скорость, сопротивляемость болезням, более развитые когнитивные навыки и навыки принятия решений, уровень смертности среди современных подростков увеличивается на 200%. Основные причины смертности среди подростков – смерть от несчастного случая, убийство и самоубийство – связаны со сложностью регуляции собственного поведения и контроля за эмоциями и обусловленной этим высокой склонностью к риску [6, 32].

Такое поведение свойственно не только человеку как виду, оно встречается и у других животных. Результаты исследований на грызунах и мартышкообразных обезьянах показали, что животные в «подростковом» возрасте, также как и люди, больше и чаще взаимодействуют со своими сверстниками, чем с родителями, проявляют рисковое поведение и стремятся к новым ощущениям. Это позволяет рассматривать поведение подростка как универсальное и имеющее определенную эволюционную ценность, а не только как обусловленное гормональными и индивидуальными психосоциальными особенностями индивида [20, 21]. Существенная часть поведения подростка – рисковое поведение – весьма многогранный феномен, который исследователи пытались объяснить доминированием различных факторов – биологических, психологических или социальных. Традиционно склонность подростков к риску объясняли гормональными изменениями, связанными с началом полового созревания. В последнее время благодаря применению техник нейровизуализации появился ряд убедительных доказательств того, что развитие и созревание важнейших мозговых структур в этом периоде жизни идет нелинейно. В частности, зоны, ответственные за эмоции, отличаются ранним созреванием, в то время как префронтальная кора отстает. Отсюда проистекают, как полагают многие, такие характеристики подростков, как неэффективность при принятии решений и склонность к импульсивным действиям [4, 15, 20]. Ряд исследователей, в частности, подчеркивает важность изменений, происходящих в системе дофаминергической передачи вентральной области покрышки. Эта область тесно связана с формированием в подростковом возрасте таких механизмов, как мотивация, ожидание награды и подкрепляющее поведение, которые играют

огромную роль не только в процессе целеполагания и научения чему-либо, но и в возросшей потребности налаживания взаимоотношений с противоположным полом. Эти же механизмы задействованы в экспериментировании с психоактивными веществами и формировании чувства юмора у подростков [2].

Хотя биологические механизмы важны в формировании рискованного поведения подростков, их роль проявляется в основном при влиянии социальных и психологических факторов [17]. С психологической точки зрения, подростковый возраст – период формирования личностной самоидентификации. Единственный способ пройти подростковый кризис и избежать формирования того, что Э. Эриксон называл «спутанной идентичностью», это ответить себе на вопрос «Кто Я?» в применении к различным жизненным ситуациям и социальным ролям. Часто подростковые импульсивность и эмоциональная нестабильность объясняются экспериментированием с различными новыми и непривычными ролями, необходимостью делать сложный выбор подходящей роли, формировать самооценку. Положительная самооценка при ее безусловно позитивной роли должна быть реалистичной, поскольку молодые лица с положительно завышенной самооценкой и обусловленными этим положительными иллюзиями, как свидетельствуют исследования, оказываются более склонными к совершению рискованных и необдуманных действий [1, 22, 33].

Было также обнаружено, что мыслительные операции в этом возрасте зависят от эмоциональной значимости ситуации для подростка. Подросток уже имеет развитые исполнительские функции высокого порядка, среди которых умение планировать, принимать решения, адекватно выбирать метод реализации всех функций из широкой базы возможных сценариев. Тем не менее, подросток сильно зависит от эмоционального контекста и социального окружения в момент принятия решения [9, 10, 12, 22, 25].

Все перечисленные факторы, укладывающиеся в биопсихосоциальный подход, были нами недавно более подробно проанализированы в обзоре [11]. В настоящей работе нами представлены и проанализированы некоторые характеристики рискованного поведения городских подростков с учетом заявленного комплексного подхода. Следует отметить, что число подростков, вовлеченных в различные формы рискованного и девиантного поведения, включая суицидальное поведение, растет во всех странах мира независимо от экономического развития и особенностей культуры [13, 18]. В нашей культурной среде исследования, направленные на выявление распространенности различных проявлений рискованного поведения среди подростков еще редки, что и послужило обоснованием для данной работы.

Методика. В работе использована методология крупнейшего международного проекта SEYLE, направленного на выявление особенностей психического здоровья европейских городских подростков и превенцию суицидов среди них [34]. После согласования с управлением образования и администрацией города, при содействии и помощи школьных психологов и родительских комитетов школ нами было проведено исследование, в котором приняли участие учащиеся средних школ (общеобразовательных, специализированных, лицеев и гимназий) г. Одессы в возрасте от 12 до 18 лет. В основе процедуры исследования лежит опросник, содержащий 116 развернутых вопросов на базе 9 признанных шкал, а именно:

- Глобальное Медицинское Исследование Учеников – шкала, позволяющая определить жизненный стиль и склонность к рискованному поведению испытуемых, сформированность привычек здорового образа жизни и вредных для здоровья;
- Шкала САН, определяющая субъективное ощущение самочувствия, активность, настроение, уровень эмоционального состояния;

- Шкала Депрессии Бека, для определения симптомов депрессии;
- Суицидальная Шкала Пайкеля, которая определяет наличие суицидальных мыслей и суицидального поведения;
- Шкала Умышленных Самоповреждающих Действий, определяющая самоповреждающее поведение;
- Опросник Сильных сторон и Трудностей для информации о просоциальном поведении, особенности коммуникации и построения отношений со сверстниками и взрослыми, о гиперактивности и/или дефиците внимания, эмоциональных симптомах и иных проблемах;
- Рисковое поведение (злоупотребление психоактивными веществами, рискованное вождение и езда с пьяным водителем, насилие и физическая агрессия и др.);
- Опросник Янга, определяющий интернет-зависимость подростков, а также сформированные привычки в использовании Интернетом;
- Вопросы из Европейского исследования ценностей, которые определяют ценности испытуемого, отношение к религии, семье, женитьбе, работе, дружбе;
- Специальные вопросы, составленные для проекта SEYLE, касающиеся увлечений, хобби, копинга, стрессовых жизненных ситуаций, травм, дискриминации, психического здоровья подростков, алкоголизма и наркомании, а также отношения к своему будущему.

Данный опросник был переведен и адаптирован к культурным условиям нашей страны. В исследовании принял участие 601 подросток. Участники исследования распределились по полу и возрасту следующим образом (рис. 1)



Рисунок 1. Половозрастная структура обследованной выборки.

Склонность к рисковому поведению в использованном инструменте определялась с помощью следующих вопросов (с вариантами ответов «нет, никогда», «да, иногда», «да, часто», «да, постоянно»):

- В течение последних 12 месяцев ездили ли вы с водителем, который управлял транспортным средством в нетрезвом состоянии?

- В течение последних 12 месяцев катались ли вы на роликовых коньках или скейтборде по проезжей части и без шлема?

- В течение последних 12 месяцев катались ли вы по проезжей части, между машинами или зацепившись сзади за автобус или другое транспортное средство?

- В течение последних 12 месяцев ходили ли вы в опасные места, например, в ночное время суток или в районы/улицы, где с вами может случиться что-то плохое?

В данной статье мы рассмотрим особенности рискового поведения городских школьников в зависимости от пола и возраста.

Результаты и обсуждение. На первом этапе мы проанализировали частоту всех положительных ответов на вопросы, ассоциируемых с риском. Анализ данных показал, что при таком подходе большая часть опрошенных подростков (57%) проявляет склонность к риску, и только 43% участников вообще не отметили склонности к рисковому поведению. Как и ожидалось, мальчики чаще, чем девочки, склонны предпринимать рискованные действия, а подростки в возрасте 12-13 лет идут на риск чаще, чем подростки в возрасте 14-18 лет.



Рисунок 2. Общая склонность к риску среди городских подростков.

То, что большинство подростков проявляет тот или иной риск, можно трактовать как своеобразную норму для наиболее активной части этой возрастной группы, возможно, основу более раннего формирования будущей независимости и самостоятельности.

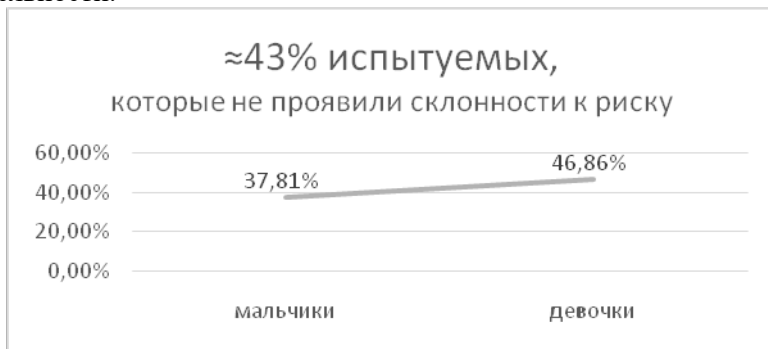


Рисунок 3. Распределение по полу участников исследования, не проявивших склонности к риску.

Эти выводы совпадают с наблюдениями за поведением животных, достигших периода полового созревания, и подчеркивает эволюционную значимость готовности особи рисковать для достижения большей свободы и независимости от соплеменников и обстоятельств, достижения большей власти (например, захват территории) и репродуктивного успеха [1, 31]. В то же время нам представлялось важным выявить границы позитивного и потенциально опасного рискованного поведения.

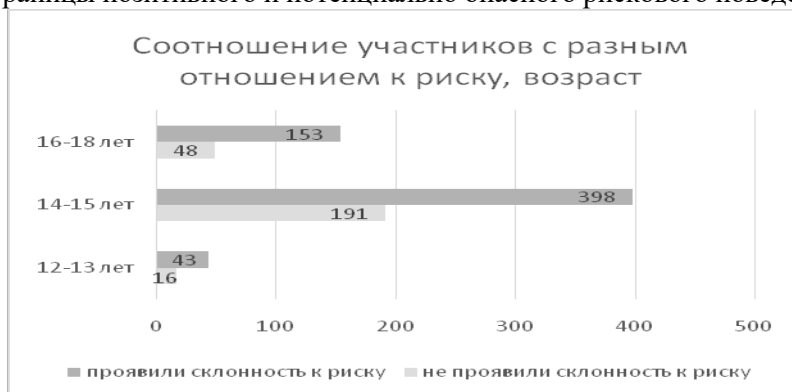


Рисунок 4. Соотношение участников, проявивших и не проявивших склонности к риску, распределение по возрасту.

В связи с этим дополнительного внимания заслуживает группа подростков, которые дали положительный ответ на все вопросы, связанные с проявлением рискованного поведения. Как видно из рис. 5 и 6, эта группа весьма немногочисленна (на уровне 1%-3%), но именно эта группа может быть группой повышенного риска. Известно, что рискованное и девиантное поведение имеют тенденцию кластеризоваться, т. е. проявляться в сочетании друг с другом, становясь к концу подросткового периода относительно стабильной чертой личности.

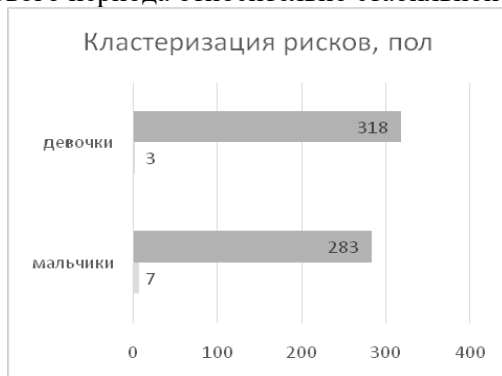


Рисунок 5. Кластеризация рискованного поведения в зависимости от пола испытуемых.

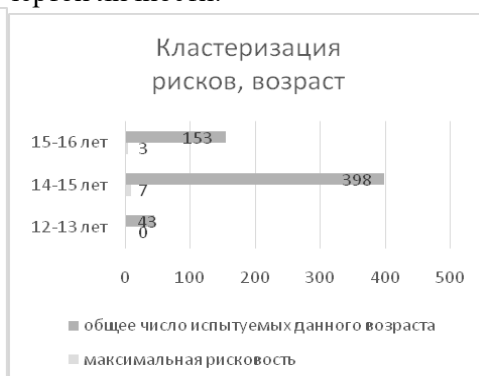


Рисунок 6. Кластеризация рискованного поведения в зависимости от возраста испытуемых.

Эти подростки в два раза чаще – мальчики, и их поведение становится более заметным в возрастной группе 14-15 лет (рис. 5, 6).

Если говорить о всех проявлениях риска, включая самые легкие, то по всем без исключения типам рискованного поведения мальчики стабильно имеют более высокие показатели, чем девочки, что можно видеть на рис. 7. Это особенно выражено по такому показателю, как езда, зацепившись за транспорт («зацепинг»).

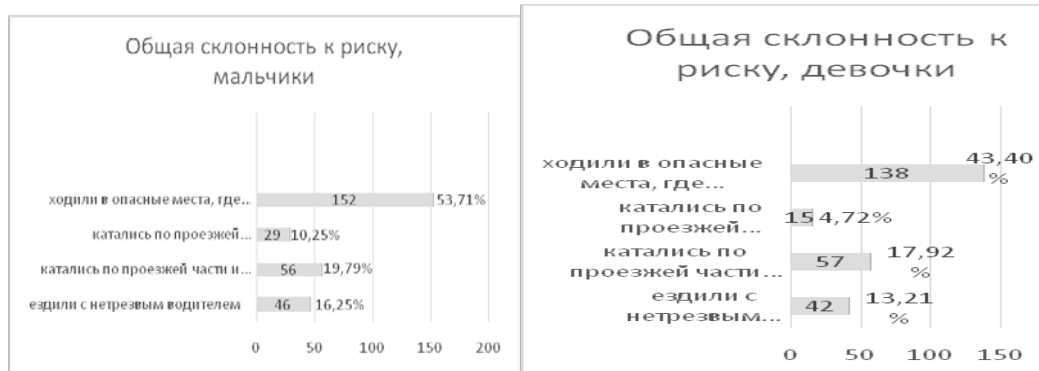


Рисунок 7. Склонность участников исследования к риску в зависимости от пола.

Гендерные различия, с биологической точки зрения, можно объяснить, например, большей развитостью у мужчин тех областей мозга, которые характеризуются высокой плотностью рецепторов половых стероидов (рецепторы андрогенов, эстрогенов и прогестерона), или различными сроками созревания серого и белого вещества в коре, что связано с контролем поведения [23, 24, 28].

Психологические различия между мужчинами и женщинами также объясняют большую склонность мужчин к риску. Классическая теория поиска новых ощущений Цукермана утверждает, что поиск новых ощущений как черта личности присущ и мужчинам и женщинам. Однако, если говорить о генерализированной тенденции к поиску ранее не изведанных интенсивных переживаний и готовности подвергнуть себя физическому риску ради подобного чувственного опыта, то среди мужчин это выражено заметно больше, чем среди женщин [6, 7, 19, 26, 28].

Помимо этого мальчики чаще, чем девочки, склонны к положительным иллюзиям и переоценке исхода ситуации в свою пользу на основании завышенной самооценки. Это один из самых распространенных механизмов вовлеченности подростков в рискованное поведение: с одной стороны, они достаточно трезво могут оценить возможные последствия своего поступка, но с другой стороны, иллюзия «Это может случиться с кем-то, но не со мной» всегда позволяет подростку найти оправдание своим действиям. Примечательно, что при положительном закреплении данного механизма в подростковом возрасте (т. е. когда при такого рода действиях подростку действительно удалось избежать негативных последствий), он становится более-менее устойчивой когницией уже взрослой личности любого пола и может привести к гораздо более трагичным последствиям [3, 30, 33].

Также мальчикам чаще, чем девочкам, свойственны ментальные установки, связанные с пренебрежительным отношением к здоровью («Переживать об этом – не по-мужски»), которые тоже служат основой для рискованного поведения. Это подтверждается тем, что подростки, чаще пренебрегающие своим здоровьем и безопасностью, склонны к совершению рискованных и девиантных действий [6, 15, 20].

На распространенность склонности к рискованному поведению среди мальчиков безусловно влияют и социальные факторы. Традиционно считается, что девочки гораздо больше подвержены влиянию социальной группы и более конформны в своем поведении и принятии решений, и, следовательно, социальные факторы обычно сдерживают их рискованное поведение. С другой стороны, мальчики вынуждены бороться за получение более высокого статуса в своей социальной группе, гарантирующего большую успешность как личную, так и социальную, что может

объяснять более высокую склонность мальчиков-подростков к риску. Рисковое поведение мальчика-подростка в принципе является здоровой тенденцией: заявить о своем праве считаться полноценным, хоть и новоявленным, членом своей социальной группы, не зависящим от своей семьи. Такой подход может объяснить разницу поведения мальчиков и девочек в присутствии сверстников. Так, девочки меняют свои паттерны поведения на более рискованные, если в группе присутствуют мальчики, и не меняют своего поведения, если группа состоит только из девочек. В то же время мальчики меняют паттерны своего поведения в присутствии как других мальчиков, так и девочек [8, 9, 16, 23].

Наши данные также показывают, что различное восприятие риска и отношение к нему у подростков обусловлено не только полом, но и разницей в возрасте в этот период (рис. 8). Максимум рискованной активности наблюдается в возрасте 14-15 лет, причем при переходе в старшую группу (16-18 лет) эта активность резко ослабевает.



Рисунок 8. Склонность к рискованным действиям на разных этапах подросткового возраста.

Объяснение данного феномена наиболее логично с позиций дифференциального созревания коры и компонентов лимбической системы [20, 21]. Очевидно, мы наблюдаем эффект когнитивного развития подростка по сравнению с ребенком, интеллектуальные возможности и уровень самосознания поднимаются на новый уровень. По мере созревания мозговых структур к 14-15 годам подросток становится способен абстрактно мыслить предложениями и устанавливать логические связи между ними, а не только внутри них, расширяется круг областей знаний и компетенций, в которых он в состоянии применять формально-логические операции [10, 24, 26]. Когнитивное развитие подростка стимулирует и постепенную независимость его от собственных представлений и ощущений, которые все меньше теперь влияют на его суждения, хотя на этом этапе самосознание подростка все еще служит главным образом для удовлетворения его целей в самовыражении и самоутверждении. Ряд исследователей отмечает также зависимость между началом и успешностью перехода подростка к формально-логическому мышлению от социального окружения, в котором он находится, и его эмоционального состояния [9, 22].

Указанные особенности психосоциального развития определяют и разницу в восприятии подростками различных возрастов ситуаций как рискованных и, соответственно, характер алгоритмов принятия решений поведения в данных ситуациях. На предоставленных диаграммах видно, что рискованные действия в эмоционально нейтральных ситуациях все-таки более свойственны младшим подросткам и по мере взросления подростка его неоправданная рискованная активность имеет тенденцию к снижению.

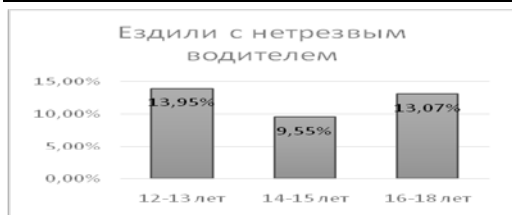


Рисунок 9. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев ездили ли вы с водителем, который управлял транспортным средством в нетрезвом состоянии?»



Рисунок 10. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев катались ли вы на роликовых коньках или скейтборде по проезжей части и без шлема?»



Рисунок 11. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев катались ли вы по проезжей части, между машинами, или зацепившись сзади за автобус или другое транспортное средство?»

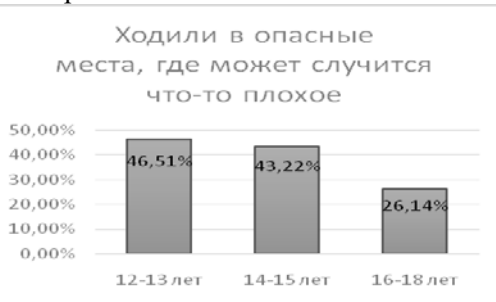


Рисунок 12. Положительные результаты ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев ходили ли вы в опасные места, например, в ночное время суток или в районы / улицы, где с вами может случиться что-то плохое?»

Некоторые из предложенных испытуемым вопросов не могут быть восприняты как «истинно рискованные» ввиду особенностей культуры нашей страны, например, использование шлема при катании на роликах или скейте. Тем не менее, можно проследить, что процент подростков, выбирающих даже такие рискованные действия, имеет тенденцию к снижению по мере взросления. Особенно это касается езды, зацепившись за транспорт. Это совпадает с выводами D. Paulsen, который наблюдал процесс принятия решений в рискованных ситуациях детьми, подростками и взрослыми. В эмоционально нейтральных ситуациях наиболее высокие показатели по принятию рискованных решений демонстрировали не подростки, как считалось долгое время, а дети доподросткового возраста, причем с увеличением рискового уровня задачи увеличивался и уровень вовлеченности детей в рискованные импульсивные решения, в то время как уровень вовлеченности в рискованные решения подростков и взрослых снижался. Аналогичные выводы были сделаны и в исследованиях S. Burnett, и I. Levin [19, 25, 27].

Подобные наблюдения еще раз подчеркивают необходимость различать склонность к риску как проявление импульсивности при принятии решений и склонность к риску как черту личности. В то время как импульсивность линейно регрессирует по мере взросления ребенка, т. к. больше связана с развитием способности к когнитивному контролю и биологически обусловлена особенностями развития префронтальной коры, склонность к риску как личностная особенность является более-менее стабильной чертой и действительно усиливается в подростковый период, т. к. напрямую зависит от процессов, происходящих в лимбических

субкортикальных системах (особенно области миндалины) [21, 32].

Особого внимания заслуживают результаты ответа на вопрос о езде с нетрезвым водителем, которые не соответствуют паттерну снижения с возрастом, а наоборот более высоки для старших подростков. Можно предположить, что если старший подросток (биологически и психологически почти взрослый человек) не воспринимает данную ситуацию как опасную или рисковую, это само по себе является достаточно серьезной проблемой. Можно попытаться объяснить поведение, при котором потребление алкоголя не рассматривается как угрожающее здоровью или как явление, способное повлечь серьезные последствия как для самого потребляющего, так и для его окружения (включая вождение автомобиля в нетрезвом виде), как культурно обусловленный феномен. В то же время, вне зависимости от культуры, в современном обществе можно наблюдать тенденцию «омоложения» как алкоголизма, так и других форм употребления психоактивных веществ, что можно рассматривать в контексте ухудшения психического здоровья в целом [5, 6, 32]. Мы полагаем, что более точное объяснение причин такого рода поведения будет получено после анализа ответов на те вопросы исследования, которые касаются привычек употребления психоактивных веществ.

Выводы. Подростковый возраст является сложным периодом как для самого подростка, так и для его окружения. Серьезные изменения на биологическом уровне не ограничиваются традиционно рассматриваемыми аспектами полового созревания ребенка в этот период, они затрагивают глубокие перестройки и настройки мозговых структур, что влияет на особенности когнитивного и эмоционального развития подростка. Несоответствие уровней развития отдельных отделов мозга и недостаточное владение навыками саморегуляции создает биологически обусловленные предпосылки для принятия неэффективных решений в сложных ситуациях, в которые попадают подростки, в частности неоправданный риск или агрессивное/аутоагрессивное поведение.

Влияние социального окружения на поведение подростков заключается в том, что оно может как усиливать, так и ослаблять воздействие биологических факторов и, соответственно, способствовать выработке как более продуктивного, так и более деструктивного паттерна поведения подростка. Задача превентивных стратегий, на наш взгляд как раз и заключается в том, чтобы, учитывая биологические особенности подростков, прежде всего мальчиков, использовать социальные факторы защитного характера, чтобы предотвратить принятие подростками неоптимальных решений на данном этапе развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астанина Н.Б. Теоретический анализ факторов противоправного поведения подростков // *Коррекционная педагогика*. – 2009. – № 3 (33). – С. 70-77.
2. Барский В.И., Аксенова М.Г., Козлова О.Б., Кириллов А.В., Демин А.А., Ильиных Л.М. Ассоциация полиморфизмов генов дофамина (DRD2) и серотониновой (HTR2A) систем с личностными характеристиками подростков // *Гигиена и санитария*. — 2010. – № 6. – С. 47-50.
3. Волкова Л.А. Причины криминально-агрессивного поведения подростков // *Среднее профессиональное образование*. – 2009. – № 8. – С. 70-72.
4. Евдокимов А.Г. Физиологические критерии склонности к рискованному поведению у лиц молодого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Волгоград, 2010. – 21 с.
5. Колесова Л.С. Профилактика рискованного поведения подростков // *Педагогика*. – 2005. – № 8. – С. 50-60.

6. Копытов А.В. Взаимосвязь поиска ощущений и склонности к риску у подростков и молодых людей мужского пола с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2012. – № 12. – С. 52-57.

7. Маркова А.И. Рискованное поведение подростков-старшеклассников // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – № 4. – С. 47-53.

8. Марцинковская Т.Д. Информационное пространство как фактор социализации современных подростков // Мир психологии. – 2010. – № 3. – С. 90-102.

9. Миронова М.С., Сетко Н.П. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков // Здравоохранение РФ. – 2011. – № 1. – С. 56 с.

10. Пиаже Ж.. Избранные психологические труды. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 680 с.

11. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. – 2013. – Т.4 (11), № 2. – С. 8-24.

12. Рождественская Н.А., Мамонова А.М. Формирование у подростков конструктивных стратегий поведения в конфликтных ситуациях // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 2010. – № 1. – С. 110-116.

13. Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – №1(28). – С. 53-61.

14. Савкина Т.О., Слободская Е.Р. Структура поведения подростков за компьютером: связи с личностными особенностями // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 39. – С. 97-103.

15. Чубаровский В.В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков // Гигиена и санитария. – 2009. – № 2. – С. 63-66.

16. Чубаровский В.В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков: проблемы, пути решения, технологии // Школа здоровья. – 2009. – № 3. – С. 26-30.

REFERENCES

1. Astanina N.B. Teoreticheskiy analiz faktorov protivopravnogo povedeniya podrostkov // Korrekcionnaya pedagogika. – 2009. – № 3 (33). – S. 70-77.

2. Barskiy V.I., Aksenova M.G., Kozlova O.B., Kirillov A.V., Demin A.A., P'inyh L.M. Assotsiatsiya polimorfizmov genov dofaminovoy (DRD2) i serotoninovoy (HTR2A) sistem s lichnostnymi harakteristikami podrostkov // Gigiena i sanitariya. — 2010. – № 6. – S. 47-50.

3. Volkova L.A. Prichiny kriminal'no-agressivnogo povedeniya podrostkov // Srednee professional'noe obrazovanie. – 2009. – № 8. – S. 70-72.

4. Evdokimov A.G. Fiziologicheskie kriterii sklonnosti k riskovannomu povedeniju u lic molodogo vozrasta: Avtoref. dis. kand. med. nauk. – Volgo-grad, 2010. – 21 s.

5. Kolesova L.S. Profilaktika riskovannogo povedeniya podrostkov // Pedagogika. – 2005. – № 8. – S. 50-60.

6. Kopytov A.V. Vzaimosvjaz' poiska oshhushhenij i sklonnosti k risku u podrostkov i molodyh ljudej muzhskogo pola s alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2012. – № 12. – S. 52-57.

7. Markova A.I. Riskovannoe povedenie podrostkov-starsheklassnikov // Obshchestvennoe zdorov'e i profilaktika zabolevanij. – 2007. – № 4. – S. 47-53.

8. Marcinkovskaja T.D. Informacionnoe prostranstvo kak faktor socializacii sovremennyh podrostkov // Mir psihologii. – 2010. – № 3. – S. 90-102.

9. Mironova M.S., Setko N.P. Rol' sem'i v formirovanii povedencheskih faktorov

riska sredi podrostkov // Zdravoohranenie RF. – 2011. – № 1. – 56 s.

10. Piazhe Zh.. Izbrannye psihologicheskie trudy. – M.: Mezhdunarodnaja pedagogicheskaja akademija, 1994. – 680 s.

11. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. Suicidal'nost' i sklonnost' k risku u podrostkov: biopsihosocial'nyj sintez // Suicidologija. – 2013. – T.4 (11), № 2. – S. 8-24.

12. Rozhdestvenskaja N.A., Mamonova A.M. Formirovanie u podrostkov konstruktivnyh strategij povedenija v konfliktnyh situacijah // Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14, Psihologija. – 2010. – № 1. – S. 110-116.

13. Rozanov V.A., Valiev V.V., Zaharov S.E., Zhuzhulenko P.N., Krivda G.F. Suidy i suicidal'nye popytki sredi detej i podrostkov v g. Odesse v 2002-2010 gg. // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. – 2012. – №1(28). – S. 53-61.

14. Savkina T.O., Slobodskaja E.R. Struktura povedenija podrostkov za komp'jutrom: svjazi s lichnostnymi osobennostjami // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. – 2011. – № 39. – S. 97-103.

15. Chubarovskij V.V. Pervichnaja profilaktika riskovyh form povedenija podrostkov // Gigiena i sanitarija. – 2009. – № 2. – S. 63-66.

16. Chubarovskij V.V. Pervichnaja profilaktika riskovyh form povedenija podrostkov: problemy, puti reshenija, tehnologii // Shkola zdorov'ja. – 2009. – № 3. – S. 26-30.

17. Arnett J.J. Adolescent Storm and Stress, Reconsidered // American Psychologist. – 1999. – V. 54(5). – P. 317-326.

18. Brown P. Choosing to die – a growing epidemic among the young // Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (12). – P. 1175-1177.

19. Burnett S., Bault N., Coricelli G., Blakemore S.-J. Adolescents' heightened risk-seeking in a probabilistic gambling task // Cognitive Development. – 2010. – V. 25 (2). – P. 183-196.

20. Casey B.J., Jones R.M., Todd A.H. The adolescent brain. // Annals of the New York Academy of Science. – 2008. – V. 1124. – P. 111-126.

21. Casey B.J., Duhoux S., Cohen M.M. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? // Neuron. – 2010. – V.67(5). – P. 749-60.

22. Gerrard M, Gibbons F.X., Benthin A.C., Hessling R.M., A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: what you do shapes what you think, and vice versa // Health Psychology. – 1996. – V. 15(5). – P. 344-354.

23. Giedd J.N., Raznahan A., Mills K.L., Lenroot R.K. Review: magnetic resonance imaging of male/female differences in human adolescent brain anatomy. // Biology of Sex Differences. – 2012. – V. 3. – P. 19.

24. Gogtay N., Giedd J.N., Lusk L. et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. // Proceedings of the National Academy of Science USA. – 2004. – V. 101(21). – P. 8174-8179.

25. Levin I., Hart S., Weller J., Harshman L. Stability of choices in a risky decision-making task: a 3-year longitudinal study with children and adults // Journal of Behavioral Decision Making. – 2007. – V. 20. – P. 241-252.

26. Martin C., Kelly T., Rayens M., Brogli B., Brenzel A., Smith W., et al. Sensation seeking, puberty and nicotine, alcohol and marijuana use in adolescence // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2002. – V. 41. – P. 1495-1502.

27. Paulsen D.J., Platt M.L., Huettel S.A., Brannon E.M. Decision-Making Under Risk in Children, Adolescents, and Young Adults // Frontiers in Psychology. – 2011. – V. 2. – P. 72.

28. Ranking J., Lane D., Gibbons F., Gerrard M. Adolescent self-consciousness:

Longitudinal age changes and gender differences in two cohorts // Journal of Research on Adolescence. – 2004. – V.14. – P. 1-21.

29. Reyna V.F., Farley F. Risk and rationality in adolescent decision-making: Implications for theory, practice, and public policy // Psychological Science in the Public Interest. – 2006. – V. 7. – P. 1-44.

30. Smith, Gabie E.; Gerrard, Meg; Gibbons, Frederick X. Self-esteem and the relation between risk behavior and perceptions of vulnerability to unplanned pregnancy in college women. Health Psychology. – March 1997. –Vol. 16(2). – P. 137-146.

31. Spear L.P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2000. – V. 24 (4). – P. 417-463.

32. Steinberg Laurence, A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. // DevelopmentReview. – March 2008. – V. 28(1). – P. 78-106.

33. Taylor, Shelley E.; Kemeny, Margaret E.; Reed, Geoffrey M.; Bower, Julienne E.; Gruenewald, Tara L., Psychological resources, positive illusions, and health. American Psychologist. – January 2000. – Vol. 55(1). – P. 99-109.

34. Wasserman D., Carli V., Wasserman C. et al., Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. – 2010; BMC Public Health. – V. 10. – P. 192.

A.S. Rakhimkulova, V.A. Rozanov

**SOME MANIFESTATIONS OF RISKY BEHAVIOR AMONG CITY
ADOLESCENCE: BIO-PSYCHO-SOCIAL INTERPRETATION**

Odessa National University after Mechnikov I.I., Institute of Innovative and Postdiploma Education (Odessa, Ukraine).

Summary. Current study (601 persons 12-18 years old) testifies that different signs of risky behavior have high prevalence (more than 50%) among modern adolescents. On the other hand combination of all studied form of risky behavior in one personality is quite rare (1-3% depending on gender). Risky behavior is mostly prominent in the age group 14-15 years while in age group 16-18 years prevalence falls. The results obtained are discussed from the point of view of biological, psychological and social factors that determine and influence the risky behavior.

Keywords: adolescent risky behavior, risky behavior among adolescent youth, interconnection of risky and suicidal behavior.

**ДЕТИ С ДЕФИЦИТАМИ РАЗВИТИЯ:
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ¹**
Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова (Кострома).

Резюме. В статье рассматривается точка зрения на механизмы психологической защиты и копинг-стратегии как на единый адаптационный процесс. На эмпирическом материале показано преобладание тревожного типа защитного поведения у дошкольников с нарушениями зрения, ориентации на стратегии, связанные с переживаниями в одиночестве и пассивным отвлечением у младших школьников с аутистическими чертами личности. Раскрыта зависимость механизмов психологических защит от степени аутизации у детей с детским аутизмом. В статье отмечается, что действие психологической защиты и стратегий совладания стимулируется в большей степени особенностями психического развития (структурой дефекта), нежели средовыми условиями.

Ключевые слова: адаптационный процесс, механизмы психологической защиты, копинг-поведение, дети с ограниченными возможностями, нарушения зрения, детский аутизм

В настоящее время при изучении поведения личности в кризисной ситуации распространен подход с позиции анализа защитных механизмов и стратегий копинг-поведения (совладания) как двух взаимосвязанных механизмов адаптационного процесса [18, 19]. В связи с вышесказанным известно понятие «адаптационный процесс» (*adaptational process*) [16]. Объединение психологических защит и копинг-стратегий в единый процесс обосновано тем, что они способствуют удовлетворению индивидуальной потребности в адаптации к реальности. В рамках данного аспекта психологические защиты рассматриваются как бессознательные механизмы, которые меняют подлинное восприятие реальности, ограждая человека от излишней тревожности, вызванной либо восприятием беспокоящего внешнего события, либо присутствием внутреннего разрушительного психологического состояния. Копинги в данном аспекте понимаются как явные и скрытые сознательные действия, предпринимаемые для сокращения или устранения психологического дистресса и стрессовых состояний [17]. Таким образом, механизмы психологической защиты и копинг-стратегии включены в процесс, отражающий адаптивные реакции индивида [3, 5, 6, 18].

В рамках психоаналитически ориентированного направления трактовка психологической защиты приближается к пониманию преодоления как стиля жизни. По мнению G.E. Vaillant, механизмы защиты, включающие альтруизм, супрессию, антиципацию и юмор, относятся к зрелому адаптивному стилю, предполагающему благополучное разрешение конфликтов [20]. По мере взросления зрелые механизмы защиты используются чаще, что подтверждает произвольный характер и сознательный выбор типа реагирования на конфликт. Известны данные о том, что использование инфантильных защитных механизмов, не соответствовавших этапу развития человека, указывает на наличие психопатологии [15]. На основе большого эмпирического материала И.М. Никольская предлагает рассматривать психологическую защиту и копинг-поведение в рамках защитной системы человека [9]. Автор выделяет четыре уровня развития защитной системы: соматовегетативный, психомоторный, уровень психологической защиты и уровень совладающего пове-

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ (проект № 16-36-00038)

дения. Эти уровни последовательно формируются в процессе онтогенеза и одновременно функционируют в период взрослости.

В проведенном нами исследовании связей между переменными психологических защит и копинг-стратегий членов семьи в условиях динамических кризисов нормативного и ненормативного характера выявлено, что недостаток в репертуаре совладания активных проблемно-ориентированных стратегий соотносится с выраженным уровнем напряженности психологических защит [4]. Одним из важных результатов исследования является вывод о том, что совладание является более стабильным механизмом регуляции поведения. Несколько более обособленные от преобразующих стратегий совладания психологические защиты в большей мере связаны со стратегиями, ориентированными на эмоции.

Подводя итог, отметим, что классические и современные психологические подходы ориентированы на поиск единых механизмов человеческой адаптации, выделение общей направленности защитных и совладающих стратегий на разрешение субъективно сложной ситуации.

Изучение адаптивных механизмов детей с дефицитами в развитии имеет как научное, так и практическое значение. Особенности личностного, эмоционального и социального развития подобного ребенка ограничивают его возможности адекватно действовать в трудных условиях и понимать ситуационный контекст [6]. В связи с этим напряженность механизмов психологической защиты и выбор копинг-стратегий может выступать и признаком дизадаптации личности, и маркером специфики развития ребенка. Это показывает важность формирования и укрепления адаптивных механизмов в коррекционно-развивающей работе психолога.

Цель настоящего исследования – изучить адаптационные механизмы у детей с дефицитами в развитии.

Первая серия исследования проведена с участием детей дошкольного возраста. Основную группу составили дети с нарушениями зрения ($n=15$) из полных, благополучных семей. По степени снижения зрения дети относились к группе слабовидящих, страдающих сходящимся и расходящимся косоглазием, дальностью, миопией слабой степени, астигматизмом. Все дети имели сохранные интеллектуальные возможности, а нарушение зрительного анализатора выступало первичным дефектом. С помощью методики «Несуществующее животное» были отобраны дети с нарушениями зрения ($n=10$), у которых отмечались признаки тревожности, эмоциональной лабильности и агрессивных проявлений.

В контрольную группу вошли дети дошкольного возраста с сохранным зрением из благополучных семей ($n=19$). На основе методики «Несуществующее животное» были отобраны дети с сохранным зрением ($n=14$) у которых негативных эмоциональных проявлений по рисунку установлено не было.

В исследовании использовались: проективная методика «Несуществующее животное» для выявления защитных реакций детей [2]; методика «Кинотеатр», направленная на изучение отношения детей к семье (родителям, прародителям, сиблингам), окружающим (сверстникам, воспитателям) и разным видам деятельности [11]; методика «Паровозик» для оценки психического состояния [11]; проективный рисунок «Моя семья» [2].

Вследствие ограниченности сенсорной системы и недостатка информации об окружающем мире дети с нарушениями зрения имеют специфические особенности, обусловленные своеобразным ходом психического развития и социальной адаптации к условиям жизнедеятельности. Постоянное преодоление трудностей и стрессоров (от бытовых до межличностных), переживаемых как опасных, связаны с ограниченными

психическими и социальными возможностями детей. Именно защитное поведение как любая реакция, которым человек научился, способно защитить внутреннее «Я» от фрустрации, конфликтов и ситуаций, которые переживаются как опасные.

В рамках исследования личностных особенностей детей, оценки их психического состояния, отношения к себе и окружающим как признаков (симптомов) защитного поведения были получены следующие результаты.

Исследование эмоционального благополучия испытуемых по методике «Паровозик»: позитивное психическое состояние было выявлено у 70% дошкольников с нарушением зрения и 92,5% испытуемых контрольной группы; у 30% испытуемых основной группы и 7,5% контрольной выявлено негативное психическое состояние. Отметим, что существенных различий ($\varphi^*_{эмп}=1.497$, $p<0.1$) в эмоциональном благополучии между обеими группами не наблюдается.

В рисунках детей были обнаружены признаки тревожности, проявляющиеся в неуверенности, волнении, например, сильным нажимом на карандаш, черканьем, увеличенным размером фигур. Преобладающие в цветовой гамме фиолетовый, черный и красный цвета указывали на депрессивную симптоматику и негативный настрой по отношению к окружающему. В рисунках также отмечались агрессивные проявления (изображения с выступами, выростами, острыми углами). Выявленные проявления на уровне действий и эмоций указывают на присутствие у детей защитного поведения, что позволяет им ослаблять эмоциональное напряжение. Так, по мнению Р.М. Грановской, внешне психологические защиты обнаруживают себя в поведении детей через неуверенность в себе, робость, немотивированные эмоции, недоверчивость и страх [9].

Подобный стиль реагирования на трудности обнаружился и в отношениях с окружающими (родителями, бабушками/дедушками, сверстниками), и в отношении к определенным видам деятельности (рис. 1). В отношениях с отцом дошкольники с нарушениями зрения по сравнению со сверстниками менее привязаны к отцу ($\varphi^*_{эмп}=2,005$, $p<0,05$). Так, в общении с бабушками и дедушками дети первой группы более нейтральны или даже безразличны, не проявляют теплого отношения по сравнению со сверстниками ($\varphi^*_{эмп}=2,915$, $p<0.01$). В отношении сверстников у них отмечались трудности взаимодействия и нежелание совместной деятельности ($\varphi^*_{эмп}=2,005$, $p<0.05$). Оказалось, что слабовидящие дети менее, чем дети с типичным развитием, предпочитают изобразительную деятельность, а в игровой деятельности предпочитают играть в одиночестве или игру «рядом» ($\varphi^*_{эмп}=2,194$, $p<0.05$)

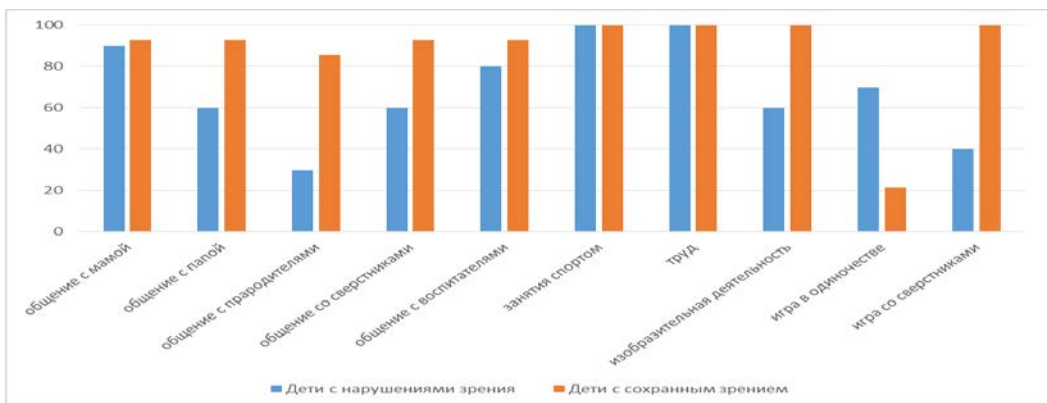


Рисунок 1. Положительное эмоциональное отношение детей к себе, окружающим и деятельности (методика «Кинотеатр»)

Обнаруженные тенденции можно связать с трудностями, которые они вынуждены преодолевать при овладении навыками рисования, и сложностями взаимодействия со сверстниками. Выявленные особенности указывают на наличие тревожности, неуверенности и беспокойства у детей в отношениях с окружающим. Они оказываются более слабыми по отношению к окружающим, менее общительны, замкнуты и осторожны в контактах с людьми. Известно, что нарушение зрения оказывает значимое влияние на развитие всей психики ребенка включая и его поведение, однако следует также отметить влияние семейных отношений на поведение детей.

По данным рисунка «Моя семья» установлено, что для детей первой группы значимо общение как с родителями, так и сиблингами: их фигуры в рисунках одного размера. Это может свидетельствовать о повышенной значимости внутрисемейного общения, ввиду того что общение в социуме ограничено [2, 13]. По параметру «психологическая дистанция» в рисунках детей самой близкой фигурой была мать: дети рисовали себя с ней рядом. Обнаруженные тенденции могут свидетельствовать о тенденции к симбиотической связи, которая часто встречается в семьях, воспитывающих детей с дефицитами в развитии [12]. Подобная симбиотическая зависимость может приводить к проявлениям инфантильности, желанию оставаться маленьким, неспособности преодолевать трудности.

Дети с сохранным зрением демонстрировали агрессивный тип поведения. В этой группе не было обнаружено депрессивных тенденций, тревожности, эмоциональной лабильности. Цветовая гамма (использовались зеленый, красный, оранжевый цвета) в рисунках указывала на позитивный настрой по отношению к окружающим. Хотя в рисунках присутствовали элементы агрессии (колючки, иголки, наросты), из рассказов детей следовало, что проявление агрессии следует понимать как реакцию, имеющую активный, а не разрушительный характер [1].

В отношениях с окружающими взрослыми и детьми дети второй группы чувствуют себя комфортно. Бабушкам/дедушкам сопереживают («настроение жалостливое, переживаю за них», «люблю помогать») и с радостью ждут встречи с ними. В отношениях со сверстниками проявляют общительность, доброжелательность и настроены на взаимодействие. В отношении к разным видам деятельности (музыкальная, спортивная, трудовая) дети положительно настроены, но в беседе отдавали предпочтение игре. В семейных отношениях наиболее значимой фигурой для них является отец (он преобладает по линейным размерам фигур).

Таким образом, у детей с нарушением зрения на фоне эмоционального благополучия преобладает тревожный тип защитного поведения, что проявляется в таких эмоциональных и поведенческих реакциях, как негативное психическое состояние с депрессивной симптоматикой и проявлением тревожности, преобладание уединения, низкая активность, тенденция к симбиотической связи с матерью. У детей с сохранным зрением проявляется агрессивный (активный) тип защитного поведения. Однако, агрессия не носит разрушительного характера, а выражается в активности и желании отстаивать свою позицию. Дети, склонные к агрессивному типу поведения уверены в себе, склонны к защите себя, способны вступать в конфронтацию со взрослыми.

Вторая серия была посвящена исследованию особенностей совладающего поведения и психологических защит у школьников с аутистическими чертами личности и детским ранним аутизмом.

В рамках исследования детей с аутистическими чертами личности всего было обследовано 75 младших школьников (средний возраст 8,4 г.), обучавшихся в общеобразовательной школе. С использованием многофакторного личностного опросника Р. Кеттелла (детский вариант) была сформирована группа детей (23 ребенка, из них

15 девочек, 8 мальчиков), имеющие низкие значения (менее 4) фактора А. Дети с низкой оценкой по этому фактору отличаются обособленностью, отчужденностью, уединенностью, что может трактоваться как проявление аутистических черт личности. В контрольную группу вошли младшие школьники ($n=21$) со средней оценкой фактора А. Стратегии совладающего поведения детей оценивались с помощью опросника «Опросник копинг-стратегий для младших школьников» (N.M. Rayan-Wenger, 1990), адаптированного И.М. Никольской, Р.М. Грановской [9].

В группу школьников, имеющих диагноз «детский аутизм», вошли дети от 7 до 17 лет ($n=16$). Разновозрастная группа обусловлена трудностями подбора однородной выборки.

С учетом клинико-психологической классификации детского аутизма О.С. Никольской двое детей имели первую степень аутизма (средний возраст=8), во вторую группу вошли 7 детей (средний возраст=11,1), третью – 7 (средний возраст =9,5) С использованием методики «Карта оценки детских защитных механизмов», разработанной на основе методики К. Перри и Р. Плутчика (модификация Е.В. Чумаковой, 1999), изучены особенности механизмов психологической защиты. Для каждого ребенка были получены сведения о наличии/отсутствии психологических защитных механизмов на основании экспертных оценок психолога, волонтера, дефектолога или родителя. На каждого ребенка было дано от 2 до 4 экспертных оценок, на основе которых были получены сводные оценки.

Рассмотрим особенности копинг-поведения младших школьников с аутистическими чертами. Обнаружено, что они достоверно чаще, чем их сверстники без выраженных черт личности, выбирают следующие стратегии совладания: остаюсь сам по себе, один ($\varphi=3,48$, $p\leq 0,001$); плачу, грущу ($\varphi=1,86$, $p\leq 0,03$); обнимаю, прижимаю, глажу ($\varphi=1,41$, $p\leq 0,08$); говорю сам с собой ($\varphi=1,86$, $p\leq 0,03$); стараюсь расслабиться, оставаться спокойным ($\varphi=1,41$, $p\leq 0,08$); смотрю ТВ, слушаю музыку ($\varphi=1,41$, $p\leq 0,08$). Дети с типичным развитием предпочитают следующие стратегии копинг-поведения: делаю что-то подобное ($\varphi=2,03$, $p\leq 0,02$); рисую, пишу, читаю ($\varphi=1,99$, $p\leq 0,02$); прошу прощения, говорю правду ($\varphi=1,67$, $p\leq 0,04$); гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде ($\varphi=1,86$, $p\leq 0,03$). Установлено, что стратегии совладания, связанные с проявлением внутренней и внешней агрессии, а также аффекта и интеллектуализации выбираются реже обеими группами детей: кусаю ногти или ломаю суставы пальцев; схожу с ума; борюсь или дерусь с кем-нибудь; бью, ломаю, швыряю вещи; думаю об этом.

В ходе исследования детям с аутистическими чертами предлагалось высказаться о том, что они еще могут делать в стрессовой ситуации. Дети указывали следующие способы реагирования: запираюсь в своей комнате и думаю, как мне поступить; читаю, пишу или ухожу в свою комнату и запираюсь на замок; закрываюсь в комнате и плачу; стараюсь уснуть; остаюсь одна; стараюсь понять, делаю это. Как можно увидеть, указанные способы либо основаны на погружении в собственный внутренний мир, уход от общения с окружающими и сосредоточение на неприятных переживаниях, либо подразумевают отвлечение при помощи деятельности.

Таким образом, совладающее поведение детей с аутистическими чертами личности отличается ориентацией на стратегии, связанные с переживаниями в одиночестве, уходом от конструктивного взаимодействия с окружением, пассивным отвлечением.

Представим результаты исследования механизмов психологических защит у детей и подростков с диагнозом детский аутизм (табл. 1). Дети, входящие в первую группу по степени аутизации чаще используют *отрицание* и *регрессию*. Это свидетельствует о необъективном отношении детей к ситуации и себе, а также

указывает на их зависимость от окружающих людей вследствие нарушений эмоциональной сферы и социального взаимодействия.

Таблица 1.

Индексы напряженности механизмов психологической защиты в группах аутистического дизонтогенеза (средние значения по группе)

	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Формирование реакции
Первая группа	4,75*	3	6,1*	0,65	0,28	1,75	0,62	0,47
Вторая группа	3,9	5,3*	3,08	3,9*	3,6	1,02	2,9	2,9
Третья группа	2,75	4,5	2,7	3	4,6*	1,5	0,87	1,6

Среди механизмов психологической защиты у аутичных детей второй группы отмечалось частое использование *компенсации*, *проекции* и *вытеснения*. Данные результаты позволяют заключить, что дети этой группы используют более широкий набор способов защитного поведения, по сравнению с детьми первой группы аутизма.

У аутичных детей третьей группы отмечается выраженность использования *вытеснения* и *проекции*. Это означает, что у детей с третьей группой РДА оказываются сформированы элементарные представления о требованиях окружающих и присутствует желание соответствовать им из-за ощущения своей зависимости от взрослых.

Полученные нами данные соотносятся с данными О.С. Никольской, Е.Р. Баянковой, М.М. Либлинг о преобладании определенных реакций во взаимодействии детей с РДА с окружающим миром и людьми [10]. Для детей первой группы РДА характерно специфическое реагирование в качестве ухода или пассивного уклонения. К типичному типу реакции детей второй группы авторы отнесли активное отвержение, неприятие. Дети третьей группы преимущественно используют реакции компенсаторного и гиперкомпенсаторного типа.

При анализе силы выраженности психологических механизмов в структуре защиты личности в работе А.Н. Михайлова, В.С. Ротенберга: при сравнении больных и здоровых указывалось, что уровень большинства механизмов защиты выше у больных (отрицание, регрессия, проекция, замещение, формирование реакции) [8].

В последующем анализе были выделены две возрастные группы детей – младшие школьники и подростки (табл. 2).

Таблица 2.

Индексы напряженности механизмов психологической защиты в разновозрастных группах школьников с РДА (средние значения по группе)

	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Формирование реакции
Младшие школьники	3,65	4,8	4,3*	2,2	4,2*	1,36	1,6	1,3
Подростки	3,5	4,2	2,6	3,8*	2,8	1,4	1,9	2,4

Так, младшие школьники с РДА используют следующие механизмы: *вытеснение, регрессия, проекция*. А у подростков с РДА выражено использование психологических защит по типу *вытеснение, компенсация и формирование реакции*. Полученные нами данные косвенно подтверждаются в работе А.Н. Михайлова, В.С. Ротенберга. Так, игнорирование определенных компонентов реальности, по мнению авторов, предотвращает развитие фрустрирующей напряженности, а не наоборот. Следовательно, необходимость в более изощренных психологических защитах отпадает и формирование системы защиты личности искажается. В этой связи заслуживает внимания тот факт, что становление психологических защит в детстве происходит вследствие конфликта Я с реальностью [14]. Исходя из этих предположений, мы считаем, что именно характер восприятия детьми с РДА реальности оказывает влияние на особенности их психологической защиты.

Рассматривая механизм *проекция* как один из выраженных у аутичных детей, следует отметить, что, по мнению В. Менинжера [7], он является дизадаптивным по своей природе, ведет к нарушению приспособления индивида к окружающей среде и в совокупности с использованием *конверсии и уничтожением сделанного* свидетельствует о наличии болезни.

Однако механизм *проекция* у аутичных детей выражен не в полной мере. Такая разновидность *проекции* как идентификация у детей с РДА не отмечается, т. к. в процессе идентификации осуществляется воспроизведение поведения, мыслей, чувств другого человека через их переживание, что обеспечивает индивиду состояние единения, сочувствия и эмпатии по отношению к окружающим, которые оказываются недоступны для аутичных детей. В поведении таких детей можно наблюдать в основном, свойственные для этого механизма (*проекции*) проявления враждебности и ревности. Враждебность в поведении детей с РДА, относящаяся к механизму *проекция*, также как и невозмутимость при виде несчастья, – один из вариантов механизма *вытеснения*. Это свидетельствует об особенностях нарушения эмоционально-волевой сферы, что в совокупности с несвойственным возрасту инфантильным поведением и игнорированием реальности может предопределять невыраженность в структуре защитной системы личности механизма *формирование реакции*. Механизм *формирование реакции* свидетельствует о том, что в конфликт между «Я» и окружающей реальностью начинает вмешиваться также внутренний конфликт, вызванный тревогой из-за ощущения ребенком собственной агрессивности или сексуальности. Однако детьми с тяжелой степенью аутизации с большим трудом усваиваются нормы общества, поэтому проявления неприемлемого для других детей поведения могут не вызывать у них беспокойности и, как следствие, конфликта между «Оно» и «Я».

Таким образом, интерпретация полученных данных приводит нас к следующим выводам:

Во-первых, становление системы психологических защит личности детей с РДА отстает от возрастных норм. Так, примитивные защитные механизмы надолго закрепляются в поведении.

Во-вторых, дети первой, второй и третьей групп РДА используют при конфликтах примитивные защитные механизмы, способствующие усугублению дизадаптации личности.

В-третьих, преобладание механизмов защит зависит от нарушения эмоционального развития, его выраженности в большей степени, чем от реального возраста ребенка с РДА.

Итак, результаты исследований раскрывают влияние ограниченных возможностей ребенка на специфику становления психологических защитных механизмов.

мов и стратегий совладания, что ограничивает достижение ребенком эмоциональной зрелости и успешной адаптации в окружающей среде. Так, действие психологической защиты и стратегий совладания стимулируется в большей степени особенностями психического развития (дизонтогенетическими вариантами развития).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1999. – 352 с.
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с.
3. Куфтяк Е.В. Защитное поведение возвращенных детей-сирот // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика» – № 3. – 2012. – С. 209–212.
4. Куфтяк Е.В. Совладание и психологические защиты супругов в период динамических кризисов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1 (24). – С. 11 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.05.2016).
5. Куфтяк Е.В., Муратова А.А. Динамика совладания и психологических защит в sibлинговой подсистеме // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика» – 2013. – № 3. – Т. 19 – С. 150–152.
6. Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. – 2015. – Том 4. – № 4. – С. 50-60.
7. Менинжер В., Лиф М. Вы и психоанализ. – СПб.: Академический проект, 1998. – 192 с.
8. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. – 1990. – № 5. – С.106 – 111.
9. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – 507 с.
10. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2007. – 143 с.
11. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. – М.: ПЕР СЭ, 2004. – 176 с.
12. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с.
13. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М.: «Полиграф сервис», 2000. – 250 с.
14. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 68 с.

REFERENCES

1. Bjeron R., Richardson D. Agressija. – SPb.: Piter, 1999. – 352 s.
2. Venger A.L. Psihologicheskie risunochnye testy. - M.: VLADOS-PRESS, 2003. – 160 s.
3. Kuftjak E.V. Zashhitnoe povedenie vozvrashhennyh detej-sirot // Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. Serija «Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika» – № 3. – 2012. – S. 209–212.
4. Kuftjak E.V. Sovladanie i psihologicheskie zashhity suprugov v period dinamičeskih krizisov // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2014. – N 1 (24). – С. 11 [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 10.05.2016).

5. Kuftjak E.V., Muratova A.A. Dinamika sovladanija i psihologicheskikh zashhit v siblingovoj podsisteme // Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. Serija «Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika» –2013. – № 3. – T. 19 – S. 150–152.
6. Kuftjak E.V., Samohvalova A.G. Osobennosti adaptivnogo povedenija detej v situacii shkol'nyh i kommunikativnyh trudnostej [Elektronnyj resurs] // Klinicheskaja i special'naja psihologija. – 2015. – Tom 4. – № 4. – C. 50-60.
7. Meninzher V., Lif M. Vy i psihoanaliz. – SPb.: Akademicheskij proekt, 1998. – 192 s.
8. Mihajlov A.N., Rotenberg V.S. Osobennosti psihologicheskoy zashhity v norme i pri somaticheskikh zabolevanijah // Voprosy psihologii. – 1990. – № 5. – S.106 – 111.
9. Nikol'skaja I.M., Granovskaja R.M. Psihologicheskaja zashhita u detej. – SPb.: Rech', 2000. – 507 s.
10. Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Autichnyj rebenok. Puti pomoshhi. – M.: Terevinf, 2007. – 143 s.
11. Prohorov A.O. Metodiki diagnostiki i izmerenija psihicheskikh sostojanij lichnosti. – M.: PER SJE, 2004. – 176 s.
12. Seligman M., Darling R. Obychnye sem'i, osobye deti. – M.: Terevinf, 2007. – 368 s.
13. Solnceva L.I. Tiflopsihologija detstva. – M.: «Poligraf servis», 2000. – 250 s.
14. Frejd A. Psihologija «Ja» i zashhitnye mehanizmy. – M.: Pedagogika-Press, 1993. – 68 s.
15. Cramer P. Defense Mechanisms: 40 Years of Empirical Research // Journal of Personality Assessment. – 2015. Vol. 97(2). – P. 114–122.
16. Cramer P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? // Journal of Personality. – 1998. – Vol. 66(6). – P. 919-94.
17. Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies // Journal of Personality and Social Psychology. – 1987. – Vol. 52. – P. 946-955
18. Kramer U. Coping and defence mechanisms: What's the difference? - Second act // Psychology and Psychotherapy: Theory. Research and Practice. – 2010. – Vol. 83. – P. 207-221
19. Kuftyak E. Interrelation of psychological defense mechanisms and coping strategies as a criterion of human adaptability // Abstract book of the 2nd World Conference on Health Sciences. Izmir, Turkey 30 April–02 May, 2015. – Izmir, 2015. – P.12.
20. Vaillant G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology // American Psychologist. – 2000. – Vol. 55. – P. 89-98.

E.V. Kuftyak

CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES: PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND COPING BEHAVIOR

Nekrasov Kostroma State University (Kostroma).

Summary. The article describes the point of view on psychological protection mechanisms and coping-strategies as integrated process of adaptation. Imperical material shows prevalence of anxiety type protection behavior in pre-schoolers with visual disorders, orientations on strategies related to loneliness experience and passive distraction in young schoolers with autistic features. Dependence of psychological protection mechanisms on the level of autization in children with childhood autism was revealed. The article highlights that the effect of psychological protection and coping strategies is rather encouraged by characteristics of psychological development (the defect structure) than the environmental conditions.

Keywords: psychological defense, coping behavior, disabled children, visually impaired children, early children's autism.

В.С. Собкин, Т.А. Лыкова

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У СТУДЕНТОВ-АКТЕРОВ
НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ В ТЕАТРАЛЬНОМ КОЛЛЕДЖЕ²**
ФГБНУ «Институт управления образованием Российской академии об-
разования» (Москва).

Резюме. Представлены результаты лонгитюдного исследования личностных особенностей студентов-актеров. Рассматриваются изменения выраженности личностных характеристик студентов, происходящие в течение четырех лет обучения в театральном колледже. Обсуждаются результаты структурного анализа, направленного на выявление связей между личностными характеристиками на разных этапах обучения.

Ключевые слова: актерская одаренность, профессиональный отбор, факторный анализ, личностные особенности, психология актера.

Статья продолжает цикл наших исследований, посвященных изучению социально-психологических особенностей студентов в процессе освоения актерской профессии [6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 16]. Исследование проводится с использованием широкого набора тестовых методик, в том числе теста Кеттелла 16 PF [15], теста темперамента Айзенка [1], фрустрационного теста С. Розенцвейга [14], методики для диагностики эмоционального интеллекта MSCEIT 2.0 [3; 4], социометрии и авторской анкеты для изучения художественных предпочтений. В наших предыдущих работах были рассмотрены такие аспекты, как особенности отбора в театральные колледжи в контексте изучения личностных характеристик, педагогические критерии оценки успешности студентов [9; 11; 12], специфика реакций учащихся на фрустрирующие ситуации и их взаимосвязь с личностными особенностями [7; 10], характеристики социометрического статуса в учебной группе студентов-актеров [16] и др.

Одной из задач реализуемого исследования является изучение личностных изменений студентов на протяжении всего времени обучения. Актуальность этой темы обусловлена, в первую очередь, уникальной учебной ситуацией, в которой происходит освоение актерской профессии. Исследование проводится на материале опроса абитуриентов и студентов ГБОУ СПО г. Москвы «Московский театральный колледж при ГБУК г. Москвы «Московский театр под руководством О.П. Табакова», который имеет ряд специфических особенностей, связанных с организацией учебного процесса [5; 13].

Во-первых, ситуация приема в театральные колледжи предполагает прохождение жесткого конкурсного отбора, где на одно место претендуют более 100 человек, отбираемых педагогами в ходе предварительных прослушиваний. Драматична и сама ситуация последнего отборочного этапа, где из 150 претендентов необходимо отобрать лишь 24 человека.

Вторым важным моментом является возраст студентов. В колледж принимаются подростки после окончания 9-го класса, соответственно средний возраст абитуриентов составляет примерно 15 лет, что на 2-3 года меньше, чем в традиционных актерских вузах. Подобная ситуация ранней профессионализации, на наш взгляд, во многом определяет специфику траектории дальнейшего личностного и профессионального становления.

Третий момент касается особенностей обучения студентов в колледже, где специальное внимание уделяется дисциплинам профессионального цикла, а также ори-

² Авторы благодарят О.П. Табакова за поддержку данного исследовательского проекта.

ентации студентов на групповую совместную работу. Отметим, что многие абитуриенты приходят в колледж после занятий в самодеятельных театрах и кружках, где они могли ярко демонстрировать свои таланты и личностные особенности. Ситуация же обучения в колледже предполагает достаточно резкую смену бытовых условий (совместное проживание в здании колледжа, где также проводятся занятия и спектакли) и необходимость адаптироваться к новому коллективу, городу (доля москвичей среди студентов является весьма небольшой) и условиям жизни. Сопутствующий этому стресс, как правило, проходит в течение первого года обучения в колледже.

Перечисленные особенности позволяют говорить о том, что в данном случае мы имеем дело с уникальной образовательной ситуацией, требующей специального изучения. Поскольку данное исследование построено как лонгитюдное и проводится нами с 2010 г. по настоящее время, мы имеем возможность не только проследить динамику изменений особенностей личности студентов в течение всего времени обучения, определив, таким образом, общий вектор личностных трансформаций учащихся, но и сделать предположение о направлениях педагогического воздействия. В настоящей статье будут представлены результаты анализа данных по тесту Кеттелла 16 PF, полученных при обследовании студентов первых, вторых, третьих и четвертых курсов. Специальное внимание будет уделено сопоставлению структурных изменений, касающихся взаимосвязей личностных характеристик студентов-актеров. Таким образом, статья состоит из двух разделов. В первом будут представлены результаты сопоставления личностных особенностей студентов-актеров в течение обучения; второй раздел будет посвящен структурному анализу динамики личностных характеристик студентов в процессе освоения актерской профессии.

Выборка. Выборка в период с 2010 г. по 2015 г. составила 142 человека (97 мальчиков, 45 девочек) на первом курсе, 79 человек (49 мальчиков, 30 девочек) на втором курсе, 63 человека (38 мальчиков и 25 девочек) на третьем курсе и 47 человек (27 мальчиков и 20 девочек) на четвертом курсе. Средний возраст студентов на первом курсе составляет 15,5 лет, на момент окончания – 19,5 лет.

1. Сопоставление личностных особенностей студентов-актеров в течение обучения в театральном колледже. Для выявления динамики личностных особенностей студентов были сопоставлены средние суммарные профили по тесту Кеттелла на всех этапах обучения в театральном колледже – начиная с приемных экзаменов, далее на первом, втором, третьем и четвертом курсах. Подобное рассмотрение полученных данных позволит выделить общие тенденции, прослеживающиеся на протяжении всего процесса обучения студентов-актеров (табл. 1).

Анализ приведенных в табл. 1 данных позволяет говорить о следующих тенденциях личностных изменений у студентов в течение обучения в театральном колледже: от этапа приемных экзаменов (фактически начала первого курса) к концу четвертого курса последовательно снижаются значения по шкалам А (общительность) и Н (смелость); при этом показатели шкал L (подозрительность), О (тревожность), Q2 (нонконформизм) и Q4 (напряженность) возрастают. Рассмотренным выделенным тенденциям более подробно.

На наш взгляд, перечисленные шкалы следует анализировать комплексно. Так, шкалы А (общительность), Н (смелость) и Q2 (конформизм) показали свою дифференцирующую силу при сопоставлении личностных профилей студентов-актеров с данными контрольной группы [9; 10; 11; 12]. Перечисленные характеристики входят во вторичный фактор, выделенный Кеттеллом – FII (экстраверсия). Высокие значения по этому фактору свойственны социально контактными, активным людям, способным успешно устанавливать и поддерживать межличностные связи [15]. Та-

ким образом, в процессе обучения в театральном колледже у студентов отмечается *снижение* общей экстравертированной (внешней) направленности, хотя значения фиксирующих ее факторов А (общительность), Н (смелость) и Q2 (конформизм) в конце четвертого курса по-прежнему позволяют говорить о достаточной выраженности перечисленных качеств.

Таблица 1.

Средние суммарные личностные профили студентов-актеров по тесту Кеттелла на разных этапах обучения в театральном колледже (баллы в стенах)

	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Прием N=142	7,65	7,20	6,37	7,11	5,92	5,30	8,26	8,75	5,64	5,99	3,61	5,08	7,37	3,56	6,39	4,90
конец 1 кур- са N=142	7,19	7,18	5,85	6,82	5,54	5,31	7,63	8,63	6,18	5,73	3,85	6,04	6,74	3,43	5,97	5,86
конец 2 кур- са N=79	6,91	7,52	5,46	7,11	5,48	5,38	7,27	8,65	6,62	5,78	3,89	6,68	6,90	3,94	5,62	6,34
конец 3 кур- са N=63	6,64	7,69	5,72	7,24	5,43	5,40	7,40	8,60	6,86	5,81	3,40	6,62	7,50	4,34	5,90	6,40
конец 4 кур- са N=47	6,24	7,98	6,02	7,32	5,85	5,56	7,44	8,66	6,71	5,88	3,54	6,15	7,02	4,27	5,83	6,27

С нашей точки зрения, подобная тенденция (снижение экстравертированности) может быть вызвана рядом причин. С одной стороны, это взросление студентов и их переход на новый возрастной этап (ранняя юность), что способствует некоторому сглаживанию ранее выраженных акцентуаций³. С другой стороны, накладывают отпечаток особенности обучения в театральном колледже, которое предполагает постоянное совместное проживание, работу и взаимодействие. Снижение экстраверсии может быть связано с нарастающей усталостью студентов от постоянного нахождения в ситуациях межличностного взаимодействия, потребностью в автономном личном пространстве. И, наконец, если рассматривать данную тенденцию с точки зрения особенностей актерской деятельности, то можно предположить, что личностные изменения отражают особенности решения студентами сценических задач. Если на начальном этапе в качестве основных личностных качеств студенты использовали эмоциональную открытость, общительность, смелость, опирались на групповую поддержку, то к концу обучения значимость перечисленных характеристик для профессиональной успешности снизилась, уступив место другим личностным качествам.

Другой выделенный нами комплекс объединяет такие шкалы, как L (подозрительность), O (тревожность) и Q4 (напряженность). В отношении всех перечисленных шкал отмечается, напротив, рост средних значений от первого к четвертому курсу.

³ Здесь и далее пересчет полученных данных для студентов 4 курса с учетом возрастной нормы не оказал влияния на отмеченные тенденции.

Объединение нами этих шкал в особый комплекс связано с тем, что они входят во вторичный фактор теста Кеттелла F1 (тревожность), высокие значения по которому фиксируют тревогу в ее обычном понимании, как ситуационную, так и личностную. Таким образом, на протяжении всего обучения в театральном колледже у студентов последовательно *возрастают* напряженность, подозрительность, неудовлетворенность собой и своими достижениями. Как и в предыдущем случае, важно отметить, что средние значения по шкалам L (подозрительность), O (тревожность) и Q4 (напряженность) лежат в пределах нормы и не могут быть интерпретированы как выраженные акцентуации. Вместе с тем рост средних значений по указанным показателям дает основания говорить о том, что, с одной стороны, в течение обучения студенты-актеры сталкиваются с большим количеством стрессовых ситуаций, в том числе связанных с критикой и внешней оценкой (со стороны педагогов и сокурсников), межличностными и творческими конфликтами и другими обстоятельствами, способствующими росту тревожности и напряженности. С другой стороны, увеличение показателей по шкалам L, O и Q4, с точки зрения освоения актерской профессии, может быть рассмотрено и как позитивная тенденция, фиксирующая стремление к достижению наилучших результатов, поскольку чувство неудовлетворенности своими достижениями (шкала O), ощущение конкурентной борьбы (шкала L) и достаточно высокий уровень общей энергии студентов (Q4) могут способствовать совершенствованию навыков и умений в освоении профессиональной актерской деятельности.

2. *Структурный анализ динамики личностных характеристик студентов-актеров в течение обучения.* Обратимся далее к структурному анализу личностных трансформаций, происходящих со студентами в течение обучения в театральном колледже. Это позволит выяснить, как взаимосвязаны те или иные личностные параметры, проанализировать структурные особенности этих взаимосвязей. С этой целью нами был проведен факторный анализ шкал теста Кеттелла на этапе приемных экзаменов и далее в конце каждого года обучения. Отметим, что для анализа были отобраны профили только успешных (продолживших обучение) студентов-актеров.

Было сформировано 5 исходных матриц данных, объединивших значения шкал теста Кеттелла в начале и конце каждого этапа обучения. В столбцах располагались шкалы теста Кеттелла, в строках – фамилии студентов; ячейка матрицы (пересечение столбца и строки) фиксировала значение по шкале для каждого студента.

В табл. 2 кратко представлено содержание выделенных факторов для каждого этапа обучения.

Таблица 2.

Содержание выделенных факторов на разных этапах обучения (где знак / разделяет положительный и отрицательный полюса фактора)

	<i>вступительные экзамены (N=97)</i>	<i>1 курс (N=97)</i>	<i>2 курс (N=79)</i>	<i>3 курс (N=63)</i>	<i>4 курс (N=47)</i>
<i>F1</i>	L O Q4 / C Q3	L O Q4 / C H	L O Q4 / C	L O Q4 / C Q3	L O Q4 / C Q1
<i>F2</i>	B F M / G N	Q1 M / G Q3	Q1 M / G Q3	M / G N	G Q3
<i>F3</i>	E Q1	E N	E F H	E F H	E F H
<i>F4</i>	A H / Q2	A I	A I / Q2	A I / Q2	A I B
<i>F5</i>	I	F/Q2	B	B / F	M Q2 / N
<i>F6</i>		B M / C			

Анализ приведенных в табл. 2 результатов позволил выделить ряд инвариантных факторов, структуры которых практически не меняются в процессе обуче-

ния. Рассмотрим их более подробно.

Первый инвариантный фактор включает такие характеристики, как подозрительность (L), тревожность (O), напряженность (Q4), на отрицательном полюсе находится эмоциональная устойчивость (C). Задаваемая указанными факторами оппозиция может быть обозначена как «тревожность—эмоциональная стабильность». Структура данного фактора практически полностью совпадает с вторичным фактором теста Кеттелла FI «тревожность». Отметим, что этот же комплекс качеств был выявлен при анализе динамики личностных характеристик студентов-актеров в течение первого года обучения как свойственный успешным студентам. Повторимся, вторичный фактор FI «тревожность» описывает тревогу в ее обычном понимании, которая, в том числе, трактуется и как недовольство собой; при очень высоких значениях она может снижать продуктивность деятельности вплоть до ее блокировки. Отрицательный же полюс стабильно представлен одной характеристикой C (эмоциональная устойчивость). Ее более широкое описание включает такие качества, как спокойствие, ориентация на реальность, работоспособность. Отметим, что на разных этапах обучения с этим фактором коррелируют такие характеристики, как Q3 (самоконтроль) на этапе приема в колледж и на третьем курсе, Н (смелость) в конце первого курса и Q1 (радикализм) в конце четвертого курса, при этом факторы Н и Q3 также входят во вторичный фактор FI «тревожность».

Другой инвариантный фактор включает шкалы А (открытость) и I (эмоциональная чувствительность). Как видно из табл. 2, совокупность шкал А (общительность) и I (чувствительность), обозначенная нами как «эмоциональная открытость», формируется по итогам обучения на первом курсе и в дальнейшем стабильно присутствует в личностной структуре студентов на всех этапах обучения. Этот фактор, на наш взгляд, фиксирует яркую, живую эмоциональность, свойственную актерски одаренным людям. При этом он объединяет две важные характеристики, отличающие студентов-актеров от контрольной группы: готовность к эмоциональному личностному контакту и открытость к проявлению сопереживания, сочувствия.

Обратим внимание на изменения, которые касаются шкалы Q2 (нонконформизм). Высокие значения по данной шкале характеризуют самостоятельную и независимую личность, тогда как низкие указывают на стремление к групповому принятию решений, конформизм, готовность к коллективной работе. Как видно из табл. 2, в конце первого курса склонность к групповому взаимодействию и совместному принятию решений (низкие значения шкалы Q2) связаны с такими личностными проявлениями, как восторженность, жизнерадостность, беспечность (высокие значения шкалы F – экспрессивность). В конце второго и третьего курсов шкала Q2 (нонконформизм) противопоставлена комплексу шкал А (общительность) и I (чувствительность), обозначенному нами как «эмоциональная открытость».

На наш взгляд, подобная трансформация связана как с особенностями организации учебного процесса в колледже, так и с внутригрупповой динамикой в студенческой группе. Так, на первом курсе для успешного коллективного взаимодействия особенно значимыми оказываются позитивные эмоциональные проявления личности, жизнерадостность и беспечность (шкала F). Этот этап, с точки зрения внутригрупповых отношений, предполагает формирование единого коллектива, сплоченность и объединение студентов. В течение обучения на втором и третьем курсах студенты преимущественно заняты в работе над небольшими отрывками в мини-группах под руководством режиссеров-педагогов (второй курс) и постановкой дипломных спектаклей (третий курс). В этом контексте взаимосвязь таких качеств, как приверженность группе и конформизм, (шкала Q2) с эмоцио-

нальной открытостью (шкалы А и I) свидетельствует об особой значимости эмоциональной чувствительности, эмпатии и открытости в этот период обучения.

Третий инвариантный комплекс шкал теста Кеттелла связан с лидерскими качествами и выделен для второго, третьего и четвертого курсов. Заметим, что от начала обучения к концу первого года отмечается динамика в отношении лидерских качеств от радикального лидерства (шкалы Е и Q1) к дипломатическому (шкалы Е и N). Далее, в течение второго года обучения, формируется инвариантный комплекс характеристик, включающий шкалы Е (доминантность), F (экспрессивность) и Н (смелость). С учетом величины значений этих шкал по среднему профилю теста Кеттелла мы можем сделать вывод о том, что к концу второго года обучения формируется особый комплекс личностных характеристик, обеспечивающий возможности эмоционального лидерства и активность в социальном взаимодействии. Данную совокупность качеств можно рассматривать как показатель готовности студентов-актеров к существованию в конкурентной среде.

Особый интерес, с нашей точки зрения, представляет интерпретация второго и третьего инвариантных комплексов в контексте вторичных факторов, выделенных Кеттеллом [15]. В частности, шкалы А (открытость), Е (доминантность), F (экспрессивность), Н (смелость) и Q2 (нонконформизм) объединены Кеттеллом во вторичный фактор FII (интроверсия-экстраверсия). При этом, как видно из представленных результатов, у студентов-актеров в процессе обучения достаточно четко выделяется противопоставление эмоциональной чувствительности и открытости (шкалы А и I) и группы свойств, описывающих готовность к риску, лидерские качества и оптимизм (шкалы Е, F, Н).

Помимо перечисленных выше инвариантных комплексов личностных характеристик обращает на себя внимание еще одна достаточно устойчивая оппозиция, сохраняющаяся практически в течение всего периода обучения в колледже. Это относится к шкалам G (моральная нормативность) и М (мечтательность). Другими словами, стремление соответствовать принятым правилам и нормам, ответственность (шкала G) противопоставляются развитому воображению, склонности к абстрактному мышлению погруженности во внутренние иллюзии (шкала М).

Таким образом, на протяжении всего обучения в театральном колледже отмечается наличие двух противоположных моделей регуляции поведения. Одна из них предполагает активную генерацию творческих, смелых проектов, что, в свою очередь, связано с низкой моральной нормативностью и снижением самоконтроля. Другая ориентирована на следование принятым правилам, сдержанность и самоконтроль. При этом ей соответствуют снижение радикализма и реалистичности, ориентация на особенности конкретной ситуации.

Завершая статью, обозначим осиновые *выводы*:

1. Анализ динамики личностных особенностей студентов-актеров в течение всего периода обучения показал, что от первого к четвертому курсу отмечаются две основные тенденции. Первая свидетельствует о последовательном снижении значений шкал, характеризующих экстравертивные установки личности (открытость, смелость, конформизм), вторая указывает на рост общей тревожности студентов (возрастают напряженность, подозрительность, неудовлетворенность своими достижениями).

2. Сопоставление структурных изменений взаимосвязей личностных характеристик студентов-актеров в течение второго, третьего и четвертого годов обучения позволило выделить три инвариантных комплекса характеристик, описывающих структурные особенности личности начинающего актера: тревожность, эмоциональная открытость, эмоциональное лидерство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Личностный опросник EPI (методика Г. Айзенка) / Альманах психологических тестов – М., 1995. – С.217-224.
2. Практическая психодиагностика. Учебное пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2001. – 672 с.
3. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0): Руководство. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 176 с.
4. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: русско-язычная адаптация теста Мэйера-Сэловея-Карузо (MSCEIT v.2.0) // Психологические исследования: электрон. наун. журн. 2009. № 6(8). –[Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.psystudy.ru> (дата обращения 14.01.2017).
5. Смелянский А.М., Табаков О.П. Моя настоящая жизнь. — Эксмо-Пресс, 2000. — 493 с.
6. Собкин В.С. Опыт исследования личностных характеристик студента-актера // Психолого-педагогические аспекты обучения студентов творческих вузов. - М., 1984. – С. 22-37.
7. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Взаимосвязь способов поведения в ситуациях фрустрации и личностных особенностей (на материале обследования студентов театрального колледжа) // Социальная психология и общество. - 2014. – Т. 5. – № 4. – С. 62–74.
8. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и личностных особенностей (по материалам обследования студентов театрального колледжа) // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 2(18). – С. 56-65.
9. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Личностные особенности при профессиональном отборе студентов-актеров: гендерный аспект // Национальный психологический журнал. – 2014. – № 3. – С. 74-83
10. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Опыт психологического обследования студентов-актеров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2015. — № 1. — С. 74-84.
11. Собкин В.С., Лыкова Т.А. Психотехники развития одаренности в театральной педагогике // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, – № 40. – С. 7.
12. Собкин В.С., Феофанова Т.А. Личностные особенности студентов-актеров разных поколений: инвариантность и изменчивость // Вопросы психологии. – 2012. – № 4. – С. 32-47.
13. Табаков О.П., Родионова И.В. Парадокс об актёре. — М.: Центрполиграф, 1999. — 377 с.
14. Ясюкова Л.А. Фрустрационный тест С. Розенцвейга: метод. руководство. – СПб.: ИМАТОН, 2007. – 128 с.

REFERENCES

1. Lichnostnyj oprosnik EPI (metodika G. Ajzenka) / Al'manah psihologicheskikh testov – М., 1995. – S.217-224.
2. Prakticheskaja psihodiagnostika. Uchebnoe posobie / pod red. D.Ja. Rajgorodskogo. – Samara: Bahrah-M, 2001. – 672 s.
3. Sergienko E.A., Vetrova I.I. Test Dzh. Mjejera, P. Sjeloveja, D. Karuzo «Jemocional'nyj intellekt» (MSCEIT v. 2.0): Rukovodstvo. - М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2010. 176 s.
4. Sergienko E.A., Vetrova I.I. Jemocional'nyj intellekt: russkojazychnaja adaptacija testa Mjejera-Sjeloveja-Karuzo (MSCEIT v.2.0) // Psihologicheskie issledovanija: je-

lektron. naun. zhurn. 2009. № 6(8). –[Jelektronnyj resurs] – Rezhim dostupa: <http://www.psystudy.ru> (data obrashhenija 14.01.2017).

5. Smeljanskij A.M., Tabakov O.P. Moja nastojashhaja zhizn'. — Jeksmo-Press, 2000. — 493 s.

6. Sobkin V.S. Opyt issledovanija lichnostnyh harakteristik studenta-aktera // Psihologo-pedagogicheskie aspekty obuchenija studentov tvorcheskih vuzov. - M., 1984. – S. 22-37.

7. Sobkin V.S., Lykova T.A. Vzaimosvjaz' sposobov povedenija v situacijah frustracii i lichnostnyh osobennostej (na materiale obsledovanija studentov teatral'nogo kolledzha) // Social'naja psihologija i obshhestvo. - 2014. – T. 5. – № 4. – S. 62–74.

8. Sobkin V.S., Lykova T.A. Vzaimosvjaz' jemocional'nogo intellekta i lichnostnyh osobennostej (po materialam obsledovanija studentov teatral'nogo kolledzha) // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. – 2015. – № 2(18). – S. 56-65.

9. Sobkin V.S., Lykova T.A. Lichnostnye osobennosti pri professio-nal'nom otbore studentov-akterov: gendernyj aspekt // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. – 2014. – № 3. – S. 74-83

10. Sobkin V.S., Lykova T.A. Opyt psihologicheskogo obsledovanija studentov-akterov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2015. - № 1. - S. 74-84.

11. Sobkin V.S., Lykova T.A. Psihotehniki razvitija odarenosti v teatral'noj pedagogike // Psihologicheskie issledovanija. – 2015. – T. 8, – № 40. – S. 7.

12. Sobkin V.S., Feofanova T.A. Lichnostnye osobennosti studentov-akterov raznyh pokolenij: invariantnost' i izmenchivost' // Voprosy psihologii. – 2012. – № 4. – S. 32-47.

13. Tabakov O.P., Rodionova I.V. Paradoks ob aktjore. — M.: Centrpoligraf, 1999. — 377 s.

14. Jasjukova L.A. Frustracionnyj test S. Rozencvejga: metod. rukovodstvo. – SPb.: IMATON, 2007. – 128 s.

15. Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoaka M.M. Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). Champaign IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1970.

16. Sobkin V.S., Lykova T.A. Sociometric status of Theatre College students and its relation to their personal characteristics and educational activities // Psychology in Russia: State of the Art. – 2015. – Volume 8, Issue 4. – p.130-141.

V.S. Sobkin, T.A. Lykova

**THE FEATURES OF PERSONALITY CHANGES AMONG STUDENTS
ON DIFFERENT STAGES OF LEARNING IN DRAMA COLLEGE**

The Federal State Budget Scientific Institution «Institute of Education Management of the Russian Academy of Education» (Moscow)

Summary. Presents the results of a longitudinal study of the personality characteristics of students actors. Discusses changes in the severity of the personal characteristics of students occurring over the four years of study in theatrical College. Discusses the results of the structural analysis aimed at the identification of linkages between personal characteristics at different stages of learning.

Keywords: acting talent, professional selection, factor analysis, personality traits, psychology of the actor

Н.Ю. Кожушко**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА МОЗГ
У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ****ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье приведены данные многолетних исследований мозговых механизмов нарушений развития высших психических функций и речи у детей (перинатального генеза) с использованием локального воздействия - транскраниальной микрополяризации. Показаны различия эффективности стимуляции при отставании психоречевого развития в зависимости от выбора структурно-функциональной мишени мозга (речевых центров Брока и Вернике, поля 8 левого полушария).

Ключевые слова: нарушения психического развития у детей, речевые расстройства, транскраниальные микрополяризации.

Негативная статистика прироста в дошкольных и школьных образовательных учреждениях числа детей с проблемами развития высших психических функций (ВПФ) и речи повышает актуальность исследований мозговых механизмов снижения обучаемости детей, в том числе в связи с отдаленными последствиями перинатального поражения центральной нервной системы [2, 7, 20, 21]. Из этого неизбежно вытекает необходимость поиска щадящих, эффективных способов повышения способности к обучению у отстающих детей.

В отечественной медицине в случаях неэффективности традиционных методов стимулирования нарушенных психических функций (фармакотерапии, остеопатии, логокоррекции и др.) уже более 20 лет используется метод транскраниальных микрополяризаций - ТКМП. Вопрос о механизмах реализации эффектов при транскраниальных воздействиях у человека через кожу головы и кости черепа остается открытым [26, 29]. На сегодняшний день можно говорить уже о целом классе воздействий, отличающихся по длительности отдельного сеанса и целого курса, расположению стимулирующих электродов на поверхности кожи головы, интервалам между сеансами и курсами ТКМП, полушарным акцентам [8, 9, 14, 22 и др.]. Новизна используемых нами схем ТКМП (патенты РФ № 2180245, 2248227, 2402973) обусловлена выбором левой гемисферы как основной мишени и отходом от принципа выбора ведущей руки и других критериев проведения ТКМП, когда электроды располагают, как правило, на субдоминантном полушарии (правом у правшей [14, 22, 24]). Данная смена позволила существенно сократить время появления положительных эффектов ТКМП в отношении речевых и иных ВПФ и повысить процент результативности однократного применения ТКМП в проекциях речевых центров левого полушария.

Курсовые эффекты ТКМП в отношении ВПФ у детей с нарушениями психического развития были описаны нами ранее [88, 9 16]. У детей с задержкой психического развития, речевыми расстройствами существенные изменения в развитии отстающих функций при проведении коррекционно-развивающих занятий без ТКМП наблюдали только спустя полгода от начала занятий - по сравнению с детьми, которые проходили курс ТКМП [18].

Однако, на первых этапах исследований дифференцировать влияние отдель-

ных сеансов ТКМП на психические процессы было довольно сложно. В связи с этим была поставлена цель сравнить психологические эффекты ТКМП вблизи проекций так называемых «моторных» и «сенсорных» центров речи у детей с отставанием в психическом развитии, т. е. оценить особенности функциональной «ответственности» определенной области коры больших полушарий в онтогенезе, нарушенном вследствие перинатального поражения ЦНС.

Методика и результаты. Для уменьшения влияния на состояние ВПФ медикаментозной стимулирующей терапии, эффектов предыдущих воздействий ТКМП, естественной возрастной динамики развития и т. п. факторов были отобраны материалы наблюдений только после первого сеанса ТКМП у детей, которые ранее такие курсы не проходили, исключались также сочетания с другими видами воздействий, время воздействия ТКМП было ограничено 20 мин, речевые зоны выбирались только в пределах левого полушария.

Результаты первого сеанса ТКМП были проанализированы у 401 ребенка в возрасте от 2 до 10 лет. Все обследованные дети имели той или иной степени выраженности отставание в развитии речи (импрессивной и/или экспрессивной), как правило, в сочетании с нарушениями мелкой моторики, а также функций внимания, мыслительных операций, коммуникативных навыков и др. как отдаленными последствиями перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза (по МКБ-10, F83, F80.1, F80.2, F81.0, F81.1, F81.3 и др.). У 214 детей первый сеанс был проведен вблизи корковой проекции зоны Вернике (поле 42 по Бродману), у 66 детей - зоны Брока (поля 44, 45). Исследование эффектов ТКМП с данных областей, традиционно связываемых с механизмами речи, было дополнено данными ТКМП вблизи проекции поля 8 двигательной коры, имеющего отношение к манипулированию с предметами под контролем зрения [12]. Значительная роль двигательной деятельности, особенно ручной моторики, для развития речи у ребенка была отмечена еще М.М. Кольцовой [10]. Первая ТКМП вблизи проекции п.8 была проведена у 121 ребенка. Распределение детей по возрастным группам приведено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение обследованных детей по возрасту

Возрастные подгруппы (Область первой ТКМП)	2-4 года	5-6 лет	7-10 лет
Зона Вернике (N= 214)	101	72	41
Зона Брока (N=66)	32	21	13
Поле 8 (N =121)	68	28	25

Анализ данных МРТ–сканера Philips Achieva 3T перед ТКМП позволяет считать, что расположение электродов анатомически соответствовало проекциям вышеуказанных речевых центров и поля 8 [8]. Из-за отсутствия этической возможности делать ТКМП в контрольной группе (для сравнения эффектов ТКМП у здоровых и отстающих детей) мы делаем определенное количество допущений при проведении исследования, связывая по времени события, наступающие после проведения одного сеанса ТКМП. На данном этапе анализ носит преимущественно феноменологический характер.

ТКМП проводились с помощью серийного аппарата «ЭЛФОР-проф» (рег. удостоверение Минздрава РФ № 29/06060701/2742-01). Использовались электро-

ды из токопроводной резины (площадь около 3 кв. см). Они устанавливались на кожные покровы головы через 6-8 слоев фланелевой прокладки, увлажненной водопроводной водой. Длительность сеанса ТКМП 20 мин, интервал между сеансами от 2 дней до 1 недели (по самочувствию детей). Продолжительность одного курса ТКМП в дошкольном возрасте - от 3 до 6 сеансов, значения тока варьировали в пределах 60–130 микроампер (мкА), в школьном возрасте курс от 5 до 8 сеансов, ток 100–200 мкА. Electroды фиксировались на голове с помощью ЭЭГ-шлема (сетки из тонкой силиконовой трубки). Выбор места наложения анода производился в соответствии с анатомическими проекциями зон Брока, Вернике и поля 8 левого полушария. Катод располагался либо на сосцевидном отростке, либо на затылочной кости рядом с затылочным отверстием левого полушария.

Особенности обследуемого контингента детей - расторможенное поведение, неадекватные эмоциональные реакции, неусидчивость, утомляемость, нарушение коммуникативных функций и т. п. – создают целый ряд ограничений при нейропсихологическом тестировании ВПФ (восприятия, внимания, памяти, мышления [19]). Учитывая недостаточную полноту данных первичного психолого-логопедического обследования отстающего ребенка, в качестве дополнительной информации были включены также наблюдения родителей в привычной обстановке, где легче заметить даже небольшие перемены в поведении детей на коротком временном отрезке между сеансами. К числу оцениваемых параметров были отнесены: общий уровень активности ребенка (деятельность в течение дня); продолжительность засыпания и крепость сна; работоспособность (время занятий без утомления); эмоциональная активность (изменение баланса положительных и отрицательных эмоций, эмоциональный отклик при чтении, просмотре мультфильмов, частота капризов на запреты); развитие игровой деятельности (переход к сюжетной игре, использование фигурок людей), увеличение количества используемых элементов в пазлах; изменение познавательной активности (появление/рост желания увидеть, узнать что-то новое, появление/увеличение числа вопросов); изменение импрессивной и экспрессивной речи: рост пассивного и активного словаря, качества речи, улучшение реакции на обращенную речь; изменения поведения (более спокойное или с преобладанием возбуждения); изменения общей и мелкой моторики (освоение спортивных снарядов, увеличение скорости и ловкости движения, улучшение навыков рисования, лепки) и др. После одного сеанса ТКМП изменения у детей могли быть по одному признаку или по нескольким. Частота этих изменений в период между первым и вторым сеансом (от 1 до 7 дней) суммировалась по группе детей с каждой зоны отдельно (Брока, Вернике или поля 8).

Как показали полученные данные, негативные реакции на первый сеанс ТКМП были отмечены у 18%-19% детей, чаще проявлялись капризами, нарушениями сна, но носили преходящий характер и исчезали, как правило, на следующий день после воздействия.

Вызванные позитивные изменения после первого сеанса вблизи проекции зоны Брока были описаны у 46% детей, зоны Вернике - у 76.8% детей, поля 8 - у 33% детей. Динамика нередко отмечалась по нескольким функциям одновременно, могли быть отдельные комбинации позитивных и негативных результатов. Так, например, в дневнике наблюдений могло быть записано, что «дочь стала болтлива, более активна, появилось больше новых слов, простой диалог». Девочка начала слушать, как мама читает сказки, появились ролевые игры; ребенок начал танцевать, пытается рисовать. В другом случае родители могли отмечать, что ночью после ТКМП ребенок спал беспокойно, но через два дня сам начал листать

книжки, рассматривать картинки, повторять за взрослыми слова.

При проведении первой ТКМП вблизи проекции зоны Вернике при опросе чаще всего (в 30%–40% случаев) были отмечены изменения эмоционального состояния и экспрессивной речи: более «живая» реакция на внешние воздействия, более разнообразные эмоции с преобладанием положительных, пополнение активного словаря, облегчение повторения незнакомых слов и т. п. (рис. 1). В 15%–20% положительные сдвиги касались познавательного интереса, общего уровня активности, крупной и мелкой моторики. Улучшение сна, навыков коммуникации, игровой деятельности и др. отмечали менее, чем в 10% случаев.

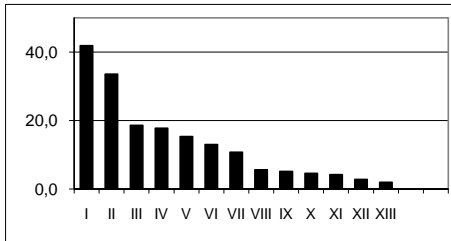


Рисунок. 1. Вызванные позитивные изменения ВПФ (по убывающей) после первого сеанса первого курса ТКМП вблизи проекции зоны Вернике. *Условные обозначения:* по оси ординат – частота обнаружения позитивных изменений в группе детей после первой ТКМП (в %); по оси абсцисс – оцениваемые параметры (по убыванию эффекта): I – эмоциональная сфера; II – экспрессивная речь; III – моторика; IV – познавательная активность; V – общий уровень активности; VI – поведение; VII – сон; VIII – коммуникация; IX – игра, подражательная деятельность; X – мышление; XI – импрессивная речь; XII – чтение, просмотр мультфильмов; XIII – бытовые навыки.

При первом воздействии вблизи проекции зоны Брока максимум позитивных изменений не превышал 20% и приходился на характеристики экспрессивной речи (рис. 2). Положительные сдвиги в отношении общей активности, эмоциональных реакций отмечены в 7%–9% случаев, и менее чем в 5% случаев позитивная динамика касалась познавательной активности, поведения и др.

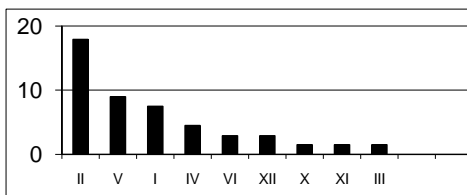


Рисунок. 2. Вызванные позитивные изменения ВПФ (по убывающей) после первого сеанса первого курса ТКМП вблизи проекции зоны Брока. Условные обозначения – см. рис. 1.

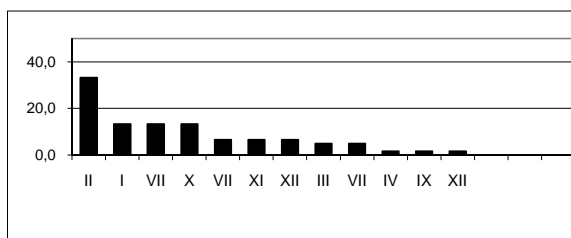


Рисунок. 3. Вызванные позитивные изменения ВПФ после первого сеанса первого курса ТКМП вблизи проекции поля 8 (по убывающей). Условные обозначения - см. рис. 1.

Первый сеанс ТКМП в проекции поля 8 вызывал положительную динамику в отношении экспрессивной речи в 33% случаев, заметно реже (у 13% детей) влиял на эмоциональное состояние, сон, мыслительные процессы (рис. 3).

Сравнение эффектов первых ТКМП в разных возрастных группах показало, что позитивные изменения после первого сеанса вблизи зоны Вернике чаще выявляются в группах 2-4 и 5-6 лет (более 63% детей - рис. 4). У младших школьников это число снижалось до 48.8%. В случае зоны Брока положительный эффект был выше у детей в возрасте 5-6 лет (52.3%), а в группах 2-4 лет и у младших школьников снижался соответственно до 37.5% и до 23.1%. При ТКМП поля 8 позитивные изменения несколько чаще наблюдались в младших подгруппах.

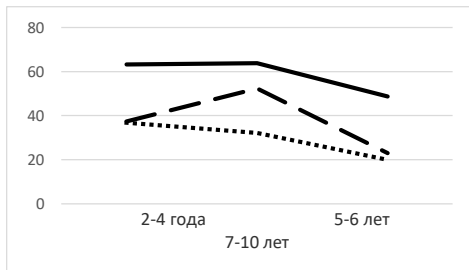


Рисунок. 4. Возрастные особенности позитивных психологических эффектов первого сеанса ТКМП вблизи проекции зоны Вернике (сплошная линия), зоны Брока (длинный пунктир), поля 8 (короткий пунктир). Условные обозначения: по оси абсцисс - возраст детей в подгруппе; по оси ординат – частота появления позитивных изменений в группе (в %).

Обсуждение. Как уже упоминалось, новизна используемых нами схем ТКМП была обусловлена выбором основных мишеней воздействия в левой гемисфере. Еще Э.Г. Симерницкой [19] при анализе нарушений речевых функций, возникших вследствие органического поражения мозга, было отмечено, что левое полушарие у детей имеет больше возможностей для смягчения и компенсации речевых расстройств, чем у взрослых больных. Возможно, находит свое подтверждение гипотеза межполушарного взаимодействия по принципу «часть–целое»: правое полу-

шарие регулирует часть психических процессов, а левое – всю их целостность, в том числе и деятельность правого полушария [11]. При интерпретации данных, конечно, приходится иметь в виду утверждение Дж. Х. Джексона о том, что «локализовать поражение, ответственное за нарушение речи, и локализовать речевые функции - это совершенно разные вещи» (цит. по [25]). Механизмы «выпадения» уже сформированной функции (вследствие травм головы, опухолей мозга и т. п.) и недостаточное развитие речевого центра под влиянием факторов гипоксии/ишемии пре – или перинатального генеза могут значительно различаться. Затрудняет трактовку полученных данных и известная неравномерность (гетерохронность) развития корковых полей, а также разная степень повреждения/недоразвития тех или иных структур мозга. Вопрос о том, повреждение какого полушария более негативно сказывается на последующем развитии ребенка, также является предметом многолетних дискуссий [6, 11, 28]. Есть данные, что нарушения становления языковой системы у детей в раннем возрасте могут быть связаны не с повреждением какой-либо определенной структуры мозга, а носить преимущественно функциональный характер [1, 8]. Возможность получения системных поведенческих эффектов всего лишь после одного сеанса ТКМП является этому косвенным подтверждением.

Полученные нами данные демонстрируют определенное преобладание роли первой ТКМП вблизи зоны Вернике у детей с нарушениями психоречевого развития по сравнению с эффектами ТКМП в зоне Брока - даже в отношении экспрессивной речи. Выраженность эффектов выше при ТКМП в области Вернике почти вдвое, перечень описанных психологических изменений здесь также более разнообразен. Поэтому в схемах коррекции данное воздействие занимает особое место как у дошкольников, так и у младших школьников, поскольку позволяет получить в короткие сроки системные изменения в поведении и обучении.

Еще в 1998 г. появились данные о том, что у взрослых пациентов при перерыве связей зоны Вернике с другими ассоциативными полями (при сохранности самой зоны) не только затрудняется восприятие речи, но и нарушается способность переводить мысли в слова [27]. Зона Вернике рассматривалась в этом контексте не столько как жестко сконцентрированный центр, в котором сосредоточены нейрофизиологические процессы, обеспечивающие речевую функцию, а как «нейрональные ворота», где конвергируют импульсы от разнообразных сенсорных и ассоциативных полей. Особую роль зоны Вернике выделял еще К. Прибрам [30] при оценке выпадения ВПФ у нейрохирургических пациентов.

Обращают на себя внимание и возрастные различия при получении эффектов ТКМП. Это особенно важно в связи с наличием критических, сенситивных периодов развития ВПФ (моторных функций, речи, мышления и др. – [4]). Неожиданным оказался более низкий процент обнаружения положительных изменений экспрессивной речи при ТКМП в проекции зоны Брока в группе детей 2-4 лет, когда активно начинается процесс «говорения». Данная область при ТКМП в этом возрасте оказалась в сходном положении с эффектами ТКМП поля 8. Эффективность ТКМП во всех возрастных подгруппах вновь оказались выше у зоны Вернике.

Но есть фактор, объединяющий ТКМП всех трех зон: это положительные изменения по неспецифической, активационной составляющей («блок регуляции тонуса и бодрствования», по терминологии А.Р. Лурия) – повышение общего уровня активности ребенка, удлинение периода активных занятий, двигательной деятельности без признаков утомления). Без повышения так называемого «витального тонуса» при нарушениях психического развития у детей движение в сто-

рону нормального онтогенеза весьма затруднительно, учитывая также нарушения мозгового метаболизма при перинатальной патологии ЦНС.

При интерпретации полученных данных в известной мере мы вынуждены находиться в рамках модели бихевиоризма: есть некое контролируемое воздействие на мозг и наступающее после него изменение в психической деятельности ребенка. Однако можно сослаться на экспериментальные работы, предшествовавшие внедрению метода ТКМП в клинику.

По данным В.С. Русинова [15], слабый постоянный ток является наиболее адекватным из искусственных раздражителей для создания очага возбуждения в силу сходства характера и механизма своего влияния к длительным потенциалам в ЦНС. Были выявлены дистантные ЭЭГ-реакции одновременно во многих образованиях мозга, значительно удаленных от фокуса микрополяризации, что рассматривалось в пользу селективно-системного действия локальной микрополяризации [5]. Экспериментальные работы с вживленными электродами [3] показали, что микрополяризация является универсальным методом воздействия на процессы следообразования. Электронно-микроскопические данные продемонстрировали, что вызванные изменения уровня функциональной активности мозга сопровождаются рядом изменений ультраструктуры сначала глии, затем тел нейронов и синапсов. Есть данные, что с разных участков неокортекса можно активировать или подавлять отдельные глубокие структуры и тем самым регулировать общее функциональное состояние мозга, поскольку микрополяризация усиливает и стабилизирует наличное функциональное состояние или текущий нейродинамический процесс, превращая их в доминантные [23]. Часть описанных изменений была подтверждена современными методами нейровизуализации [26].

В таком контексте мы можем предполагать, что ТКМП у детей с нарушениями психического развития может служить своеобразным активатором имеющихся мозговых «закладок» тех или иных функций, поскольку 20-минутное воздействие вряд ли может их сформировать (как показали наши данные, быстро изменяются и довольно сложные функции – сложить пазл без опоры на картинку, начать читать не по слогам и др.). При значительном повреждении заложенных биологических программ развития реакция на воздействие ТКМП имеет более продолжительный латентный период от момента воздействия (от 2-3 недель до 2-3 мес). И здесь речь идет не об активации, включении в работу сохранной функции/процесса, а о стимулировании функциональной активности незрелых структур мозга, образования новых связей взамен поврежденных. Предполагаем, что по такому сценарию идет динамика при тяжелой умственной отсталости.

И, как показали наши данные, важным оказывается не только сам факт воздействия, но и то, с какой зоны начинается курс ТКМП, т. е. можно обсуждать по мере накопления данных и иерархию компенсаторных реакций при нарушениях ВПФ и речи перинатального генеза. Важным представляется в перспективе и исследование динамики развития отдельных ВПФ ребенка под влиянием ТКМП в зависимости от особенностей ведущего дефекта – моторного, сенсорного и др.

В любом случае несложный инструмент воздействия, описанный в данной работе, в практическом плане дает возможность специалистам, работающим с отстающими детьми, в короткие сроки наблюдать за изменениями в поведении ребенка под влиянием ТКМП, отслеживать динамику восстановления, развития ВПФ, нарушенных вследствие перинатальной патологии ЦНС. В теоретическом плане ТКМП могут быть использованы и как способ изучения особенностей мозговой деятельности при нарушениях психоречевого развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.Ш. Детские языковые синдромы (алалии, детские афазии, синдром Ландау-Клеффнера) // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2007, Т.107, №.8. - С. 70-75.
2. Безруких М.М. Трудности обучения в начальной школе. – М.: «Астрель», 2004. – 350 с.
3. Вартамян Г.А., Гальдинов Г.В., Акимова И.М. Организация и модуляция процессов памяти. – Л.: Медицина. 1981 – 208 с.
4. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций.– М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. - 241 с.
5. Данилов И.В. Некоторые новые данные по проблеме памяти // Проблемы физиологии и патологии высшей нервной деятельности. - Л., 1974. - С. 39-56.
6. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. - М.: БИНОМ, 2013, изд. 2 - 304 с.
7. Заваденко Н.Н., Немкова С.А. Нарушения развития и когнитивные дисфункции у детей с заболеваниями нервной системы.- М.: РНИМУ МЗ РФ, 2016. - 300 с.
8. Кожушко Н.Ю., Кропотов Ю.Д., Матвеев Ю.К. и др. Структурно-функциональные особенности мозга детей с нарушениями психического развития и возможности направленного физиологического воздействия // Физиология человека. – 2014, Т. 40, № 4. - С. 36-43.
9. Кожушко Н.Ю., Шайтор В.М., Пономарева Е.А. и др. Опыт применения транскраниальных микрополяризаций в комплексной терапии раннего детского аутизма //Журн. неврол. психиат. им. С.С. Корсакова. – 2007, Т. 107, № 10. - С. 47-51.
10. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М: Педагогика. 1973. - 142 с.
11. Леутин В.П., Николаева Е.И. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность. – СПб.: Речь, 2005. – 368 с.
12. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – СПб.: Питер, 2008. - 624 с.
13. Микрополяризации у детей с нарушениями психического развития, или как поднять планку ограниченных возможностей / под ред. Н.Ю. Кожушко. – СПб.: КАРО, 2011. - 336 с.
14. Пинчук Д.Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология.– СПб.: Человек, 2007. - 496 с.
15. Русинов В.С. Доминанта. – М.: Медицина, 1969. – 231 с.
16. Семиволос В.И., Кожушко Н.Ю., Хоменко Ю.Г. Исследование динамики социально-психологической адаптации детей с расстройствами аутистического спектра в процессе коррекционных мероприятий // Детская и подростковая реабилитация. – 2013, № 1(20). - С. 30-36.
17. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 351 с.
18. Соколов А.Н. Психологические аспекты коррекционно-развивающих занятий в ходе сеансов транскраниальных микрополяризаций у детей с задержкой психического развития: - автореф. дисс...канд. псих. наук. - СПб., 2005. – 22 с.
19. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 2-е, испр. и доп. - М.: Когито-центр, 1998. - 128 с.
20. Чутко Л.С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога. – СПб. 2005. - 192 с.
21. Шалимов В.Ф. Школьная адаптация детей с пограничными психическими расстройствами // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2007, Т. 107, № 7. - С. 24-29.

22. Шелякин А.М., Преображенская И.Г., Богданов О.В. Микрополяризационная терапия в детской неврологии.– М.: Медкнига. 2008. - 118 с.

23. Шклярчук С.П. Регуляция функционального состояния головного мозга с помощью транскраниальной микрополяризации.- автореф. дис.... канд. мед. наук. – Л. 1982. – 25 с.

REFERENCES

1. Aleksandrova N.Sh. Detskie jazykovye sindromy (alalii, detskie afazii, sindrom Landau-Kleffnera) // Zhurn. nevrol. i psihiat. im. S.S. Korsakova. – 2007, T.107, №8. - S. 70-75.

2. Bezrukih M.M. Trudnosti obucheniya v nachal'noj shkole. – М.: «Astrel'», 2004. – 350 s.

3. Vartanjan G.A., Gal'dinov G.V., Akimova I.M. Organizacija i moduljacija processov pamjati. – L.: Medicina. 1981 – 208 с.

4. Vygotskij L.S. Razvitie vysshih psihicheskikh funkcij.– М.: Izd-vo APN RSFSR, 1960. - 241 s.

5. Danilov I.V. Nekotorye novye dannye po probleme pamjati // Problemy fiziologii i patologii vysshej nervnoj dejatel'nosti. - L., 1974. - S. 39-56.

6. Dobrohotova T.A. Nejropsihiatrija. - М.: BINOM, 2013, izd. 2 - 304 s.

7. Zavadenko N.N., Nemkova S.A. Narusheniya razvitiya i kognitivnye dis-funkcii u detej s zabojevanijami nervnoj sistemy.- М.: RNIMU MZ RF, 2016. - 300 s.

8. Kozhushko N.Ju., Kropotov Ju.D., Matveev Ju.K. i dr. Strukturno-funkcional'nye osobennosti mozga detej s narushenijami psihicheskogo razvitiya i vozmozhnosti napravlenno go fiziologicheskogo vozdejstvija // Fiziologija cheloveka. – 2014, T. 40, № 4. - S. 36-43.

9. Kozhushko N.Ju., Shajtor V.M., Ponomareva E.A. i dr. Opyt primeneniya transkranial'nyh mikropoljarizacij v kompleksnoj terapii rannego detskogo autizma //Zhurn. nevrol. psihiat. im. S.S. Korsakova. – 2007, T. 107, № 10. - S. 47-51.

10. Kol'cova M.M. Dvigatel'naja aktivnost' i razvitie funkcij mozga re-benka. – М: Pedagogika. 1973. - 142 s.

11. Leutin V.P., Nikolaeva E.I. Funkcional'naja asimmetrija mozga: mify i dejstvitel'nost'. – SPb.: Rech', 2005. – 368 s.

12. Lurija A.R. Vysshie korkovye funkcii cheloveka. – SPb.: Piter, 2008. - 624 s.

13. Mikropoljarizacii u detej s narushenijami psihicheskogo razvitiya, ili kak podnjat' planku ogranichenennyh vozmozhnostej / pod red. N.Ju. Kozhushko. – SPb.: KARO, 2011. - 336 s.

14. Pinchuk D.Ju. Transkranial'nye mikropoljarizacii golovno go mozga: klinika, fiziologija.– SPb.: Chelovek, 2007. - 496 s.

15. Rusinov V.S. Dominanta. – М.: Medicina, 1969. – 231 s.

16. Semivolos V.I., Kozhushko N.Ju., Homenko Ju.G. Issledovanie dinamiki social'no-psihologicheskoy adaptacii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v processe korrekcionnyh meroprijatij // Detskaja i podrostkovaja rehabilitacija. – 2013, № 1(20). - S. 30-36.

17. Simernickaja Je.G. Mozg cheloveka i psihicheskie processy v ontogeneze. – М.: Izd-vo MGU, 1985. – 351 s.

18. Sokolov A.N. Psihologicheskie aspekty korrekcionno-razvivajushhih zanjatij v hode seansov transkranial'nyh mikropoljarizacij u detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya: - avtoref. diss....kand. psih. nauk. - SPb., 2005. – 22 s.

19. Cvetkova L.S. Metodika nejropsihologicheskoy diagnostiki detej. Izd. 2-e, ispr. i dop. – М.: Kogito-centr, 1998. - 128 s.

20. Chutko L.S. Shkol'naja dezadaptacija v klinicheskoj praktike detskogo nevrologa. – SPb. 2005. - 192 s.
21. Shalimov V.F. Shkol'naja adaptacija detej s pograničnymi psihicheskimy rasstrojstvami // Zhurn. nevrolog. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2007, T. 107, № 7. - S. 24-29.
22. Sheljakin A.M., Preobrazhenskaja I.G., Bogdanov O.V. Mikropoljarizacionnaja terapija v detskoj nevrologii.– M.: Medkniga. 2008. - 118 s.
23. Shkljaruk S.P. Reguljacija funkcional'nogo sostojanija golovnogogo mozga s pomoshh'ju transkranal'noj mikropoljarizacii.- avtoref. dis.... kand. med. nauk. – L. 1982. – 25 s.
24. Amatachaya A., Jensen M.P., Patjanasontorn N. et al. The short-term effects of transcranial direct current stimulation on electroencephalography in children with autism: a randomized crossover controlled trial // Behav. Neurol. 2015. Vol.9. № 28. P. 631-641.
25. (Bloom E., Lazerson A., Hofstadter L.) Блум Ф., Лейзерсон А., Хефстедтер Л. Мозг, разум и поведение. – М.: «Мир». 1988 -248 с.
26. Lang N., Siebner H.R., Ward N.S. et al. How does transcranial DC stimulation of the primary motor cortex alter regional neuronal activity in the human brain? // Eur. J. of Neuroscience. 2005. Vol. 22. PP. 495-504.
27. Mesulam M. From sensation to cognition // Brain. 1998. V.121. PP.1013-1020.
28. Meltzoff A.N., Kuhl P.K., Movellan J., Sejnovski T.J. Foundation for a new science of learning //Science. 2009. V.325. № 5. PP.284-290.
29. Miranda P.C., Lomarev M., Hallett M. Modeling the current distribution during transcranial direct current stimulation // Clin. Neurophys., 2006. Vol.117 (7). PP.1623-1629.
30. (Pribram K.H.) Прибрам К. Языки мозга. – М.: Прогресс. 1975. – 464 с.

N.Yu. Kozhushko

**THE USE OF LOCAL BRAIN STIMULATION
BY THE CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS**

N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain, Russian Academy of Sciences (St. Petersburg).

Summary. We were examine the tDCS effects after one procedure (20 min) in children with psychic abnormalities of perinatal origin. It was found different positive effects of stimulation near Wernicke' and Broca' areas, area 8 (Brodmann) of left hemisphere. The data obtained may be indicate the prevalence of Wernicke' area for maximal tDCS effects (optimization of mental processes, impressive and expressive speech, motor function, attention and other).

Keywords: mental disorders by children, tDCS (transcranial direct current stimulation), perinatal pathology

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СЮЖЕТНОЙ ИГРЫ ДОШКОЛЬНИКОВ

Центр психолого-педагогической экспертизы игр и игрушек МГППУ (Москва).

Резюме. В статье предлагается оригинальный метод выявления уровня развития игры дошкольника. Метод основан на концепции Л.С. Выготского, согласно которой главной характеристикой игры является расхождение реальной и воображаемой ситуации, замещение воображаемых предметов и событий реальными. В соответствии с этим в качестве главного показателя игры выступает уровень игровых замещений (предметных, позиционных и ситуационных). В качестве других важнейших показателей игры предлагаются взаимодействие детей (организующее и внутри игровое) и темы игры (образный ряд, моделируемый ребенком). В статье представлены шкалы для измерения данных показателей, процедура проведения диагностики и форма фиксации ее результатов.

Ключевые слова: игра, игровые замещения, предметное замещение, позиционное замещение, ситуационное замещение, организующее взаимодействие, внутри игровое взаимодействие, тема игры.

В дошкольной педагогике постоянно подчеркивается значение игры как необходимого источника новообразований дошкольного возраста. Именно в игре наиболее эффективно формируются воображение, произвольность, общение, самосознание, творческая активность и другие важнейшие качества личности. Однако, для того чтобы игра выполняла свою ведущую роль и действительно стала средством развития ценных личностных качеств, сама игра должна иметь определенный уровень развития, соответствующий возрасту. Исследования, показали, что игра может задавать зону ближайшего развития, т. е. быть ведущей деятельностью, только в случае своего полноценного развития. У дошкольников с низким уровнем развития игры остаются неразвитыми произвольность, самоорганизация и мотивационная сфера личности [4, 5]. Из этого вытекает задача выявления уровня развития игры как предиктора общего развития детей.

Однако анализ и оценка сюжетно-ролевой игры представляют серьезную трудность. Сложность анализа игры обусловлена ее спецификой, ее опробующим характером, отсутствием сколько-нибудь ясного результата. Что можно считать «хорошей» игрой и на каких основаниях можно «построить» такую оценку. С одной стороны, «главным» в игре можно считать логическое построение и развернутость сюжета, с другой - эмоциональную вовлеченность в роль и воображаемую ситуацию.

Мы исходили из того, что при оценке уровня развития игры нужно опираться прежде всего на ее сущностные, ключевые характеристики. Поэтому важно выделить специфические особенности игры, отличающие ее от всякой другой деятельности.

Характеристика игры и показатели ее развития. Согласно Л.С. Выготскому, главной отличительной характеристикой сюжетной игры является *расхождение реальной и мнимой ситуации*. В такой игре дети как бы оперируют смыслами одних вещей посредством других: одни действия или предметы, становятся *заместителями* других. Это замещение осуществляется посредством слова, т. е. переименования одного предмета или персонажа в другой, которое ребенок придумывает самостоятельно. Это новое название является продуктом его мысли. По словам Л.С. Выготского, ребенок в игре начинает действовать «не от вещи, а от мысли», не в реальной, а в мыслимой, воображаемой ситуации [1]. Например,

он действует с палочкой «как будто» это ножик, или градусник, или самолетик. При этом его действия идут не от самой палочки, а от того, какой образ он вложил в свою палочку и как он ее назвал.

Сюжетная игра не обязательно должна быть ролевой. Изображаться может не только роль (т. е. действие другого человека или животного), но и событие, действие или даже предмет (как будто я чайник) [3]. Но во всех случаях это изображение своим действием чего-то другого. При этом ребенок отчетливо осознает, что он действует «понарошку», что он только показывает что-то или кого-то. Таким образом, в развитой сюжетной игре удерживаются сразу две позиции - автора и зрителя: ребенок, изображая, встает по отношению к собственной активности в позицию зрителя, он как бы смотрит на себя со стороны, а, значит, осознает себя, что является проявлением самосознания и важнейшей предпосылкой его развития.

Важно подчеркнуть, что это одновременное удержание реальной и воображаемой ситуации. Утрата одного из этих двух планов (реального или воображаемого) говорит об отсутствии мнимой ситуации и, следовательно, игры. Таким образом, именно *создание мнимой, воображаемой ситуации с опорой на реальную является главным специфическим признаком сюжетной игры*, определяющим ее отличие от любой другой деятельности [5].

При этом сюжетная игра быть свободной, самостоятельной, эмоционально насыщенной деятельностью детей. Разыгрывание запланированных воспитателем сценариев или прямое руководство взрослым игровыми действиями не является игрой и не имеет развивающего эффекта. Изобразительное действие всегда вбирает в себя личные переживания и личные смыслы самого ребенка – он играет в то, что для него наиболее важно и значимо.

Таким образом, мы вслед за Л.С. Выготским, понимаем игру как деятельность по созданию, развитию и воплощению собственных идей, т. е. деятельность, посредством которой ребенок овладевает способностью к замыслу [1, 2]. Замысел всегда связан с удержанием некоторого идеального образа, который опирается на реальный план. Если в раннем возрасте замысел буквально слит с желанием ребенка, то в дошкольном приобретает самостоятельность (что не означает потерю связи с желаниями). Следует подчеркнуть, что игра ребенка не имеет никакого практического результата, это действие с образами и представлениями, что кардинально отличается от любых целенаправленных форм активности. Изображающее действие как специфически игровое создает идею, образ продукта, а не реальный продукт.

В отечественной психологии и педагогике такое действие традиционно называется замещением. «Замещение» не является «заменой», поскольку замена служит другим целям – получить то же или максимально близкое к заменяемому качество, в то время как замещение требует особых, других функций. Игровое замещение «изображает» реальность, а не «создает» ее. Заместителем может быть только тот предмет, который позволяет воспроизвести рисунок действия, изобразить его. Например, карандаш в игре может стать ножом, градусником, ружьем, но не может стать кастрюлей или одеялом, поскольку с ним нельзя осуществлять соответствующие действия.

Соответственно готовность к замещению (действие «как будто», «понарошку») является ключевой характеристикой сюжетной игры. Поэтому в диагностике игры она должна занимать центральное место.

Замещение в игре может происходить на разном уровне.

Наиболее простым вариантом замещения является *предметное замещение*, т. е. использование одного предмета в качестве другого. Оно становится доступ-

ным уже в раннем возрасте. Например, ребенок действует с коробочкой «как буд-то» это машинка, или столик. При этом его действия идут не от самой коробочки, а от того, что он придумал, от того, какой образ в нее вложил.

Другой распространенный вариант замещения - замещение своего Я другой позицией, игровое перевоплощение, принятие характерных жестов, интонаций, действий. Возникновение и развитие ролевой позиции подробно описано в монографии Д.Б. Эльконина «Психология игры» [6]. Однако позиция ребенка в игре не может быть сведена к роли. Позиция ребенка в игре может быть и режиссерской, когда дети разыгрывают сюжеты с игрушками, и реальной, когда они проигрывают какое-либо событие «от своего имени» (**Мы** прилетели в космос, или **мы** попали в джунгли). Поэтому лучше использовать термин не ролевое, а «*позиционное замещение*» [3].

Создаваться и замещаться могут не только предметы и роли, но и целостные ситуации. *Ситуационное замещение* — создание мнимой ситуации, моделирующей реальную. Ситуационное замещение может быть разной степени сложности: от простых обрывочных действий (купание, кормление и пр.) до разветвленного структурированного сюжета (путешествие, волшебное царство, переезд и пр.). У младших детей, фрагментарность действия обусловлена сложностями абстрагирования и недостаточно развитым вербальным мышлением. В развитой игре происходит обозначение и смысловая дифференциация пространства («здесь лес, а там дом»). В игре младших дошкольников пространственное замещение, как правило, отсутствует (ребенку не важно, где именно происходит кормление или купание). Наделение смыслом пространства обычно возможно только к 5 годам, когда дети начинают конструировать и разделять пространство на нужные по сюжету зоны и удерживают при этом целостную игровую ситуацию.

Помимо замещения, важнейшим показателем игры является **взаимодействие детей**, которое в сюжетной игре разворачивается на двух уровнях – внешнем (организация игры) и внутри игровом (с игровых позиций).

Взаимодействие, организующее игру, включают предложения, совместное планирование, споры, согласование игровых действий и пр. С точки зрения совместной игры, способность выстроить и согласовать ее с партнером является чрезвычайно важной. Игра является главным содержанием общения дошкольников, и ее совместность является важным показателем ее продуктивности.

Внутри игровое взаимодействие представляет собой ролевой диалог, совместные действия и взаимодействия, обусловленные сюжетом или ролями. Чаще всего этот вид взаимодействия выступает в качестве «ролевого» общения. Однако, как отмечалось выше, часто дети играют как бы от реальной позиции. Например, мальчики «плывут на корабле, попадают в бурю, громко обсуждают планы спасения», не обозначая свои роли, но явно общаясь внутри игрового сюжета. Здесь безусловно присутствует общение в рамках сюжета, но это общение не имеет ролевого характера. Поэтому мы предположили, что целесообразно говорить не только о ролевом, но о внутри игровом взаимодействии.

Еще один важный показатель, качественно характеризующий конкретную игру, – образный ряд, к которому ребенок обращается в игре, условная область действительности, которую ребенок изображает, т. е. **тема** игры. Тема игры отражает те образы, которые существуют в сознании ребенка и волнуют его. Поэтому их важно учитывать при диагностике игры, хотя они скорее отражают качественные особенности игры конкретных детей, чем уровни ее развития. Тема не обязательно жестко связана с сюжетом – она может не воплощаться в развернутом

сюжете, а существовать только в предмете (например, волшебная палочка, посуда, пистолет) или в роли (фея, повар, преступник). Темы не обязательно разворачиваются в сюжет и не всегда связаны общей игрой. Наблюдения показывают, что в одной игре могут быть полицейские и приведения, мамы и феи. Способность развить сюжет на определенную тему весьма условно связана с возрастом. Младшие дошкольники чаще всего играют в обыденные, повседневные сюжеты, и их образный ряд связан с бытовыми предметами и событиями. Около 5 лет дети уже способны воспроизводить необычные события в своих играх, какие-то особенные случаи (крушение самолета, смерть, извержение вулкана) и наполнять такую игру своим субъективным содержанием. Дети старшего дошкольного возраста и младшие школьники уже не только интересуются фантастическими или волшебными темами, но и развивают волшебные сюжеты.

Итак, предлагаемая диагностика предполагает три блока оценки: 1) уровень замещения (предметное, позиционное, ситуационное); 2) взаимодействие (организующее и внутри игровое); 3) темы игры (бытовые, приключенческие, волшебные).

Количественные значения показателей игры. Данные показатели оцениваются в условных баллах по 4-балльной шкале - от 0 (полное отсутствие) до 3 (яркая степень выраженности того или иного показателя). Остановимся подробнее на количественных значениях каждого показателя игры, поясняя их конкретными примерами из наших наблюдений.

1. Замещение. Как отмечалось выше, игровое замещение является ключевой характеристикой игры и может осуществляться на трех уровнях: предметном, ролевом и ситуационном.

Предметное замещение, т. е. использование одних предметов вместо других, оценивается по следующей шкале:

0 — предметное замещение отсутствует

1 — функциональное использование предметов, т. е. ребенок пользуется только реалистическими игрушками или использует предметы в соответствии с их прямым назначением (пример: на стуле сидят, палочки выступают в качестве палочек и т. д.),

2 — использование заместителей на основе их сходства с предметом (пример: палочка похожа на градусник, шишка — на дерево, синяя лента — на реку),

3 — конструирование игровых предметов (пример: из палки и тесьмы делается удочка, из стаканчика и прищепок — ракета, из тканей и лент — костюм).

Позиционное замещение — замещение позиции своего Я оценивалось следующим образом:

0 — игровая позиция (как и игра) отсутствует,

1 — реальная игровая позиция (игровое действие разыгрывается от первого лица - «Я» или «Мы»),

2 — ролевая позиция (Я - разбойник, мама, фея, заяц),

3 — режиссерская позиция (игрушки выполняют ролевые функции, а ребенок стоит «над» ситуацией, в позиции режиссера). Эта позиция предполагает удержание нескольких ролей, поэтому оценивается максимально высоко.

Ситуационное замещение — создание мнимой ситуации разного уровня сложности. Ситуационное замещение оценивалось следующим образом:

0 — нет мнимого пространственного и действенного плана,

1 — фрагментарные действия (кормление, одевание),

2 — цепочка игровых действий (пример: ребенок «спрятал сокровища» / «сторожит» их / «отошел по делам» / «сокровища пытаются украсть», он «пы-

тается помешать» и т. п.),

3 — логически связный, разветвленный сюжет или система правил.

2. Взаимодействие.

Взаимодействие, организующее игру, — обсуждения, совместное планирование, споры и пр. Оценка организующего взаимодействия проводится по следующей условной шкале:

0 — нет попыток к взаимной организации общей игры,

1 — взаимодействие на уровне «пустых» предложений, которые не реализуются в игре (все предложения, адресованные партнеру, остаются на уровне идей — ребенок не пытается воплотить их),

2 — организация, когда один ребенок предлагает игру, а второй соглашается; такие игры легко распадаются в случае «конфликта» (дети не умеют договориться),

3 — организация двух и более разных идей, в том числе изначально противоречивых; в таких играх дети способны объединять самые неподходящие друг другу идеи в общий сюжет (пример: одна девочка хочет играть в Фей Винкс, а вторая — в дочки-матери. В результате придумывают сюжет, который устраивает обеих: мама уложила дочку спать и ушла / дочка уснула / к ней прилетели феи и она превратилась в Фею).

Внутри игровое взаимодействие — ролевой диалог, совместные действия и взаимодействия, обусловленные сюжетом или ролью. Для оценки этого параметра были введены следующие градации:

0 — внутри игровое взаимодействие отсутствует,

1 — общий сюжет, но параллельная игра (пример: мальчики играют в роботов, при этом их действия почти синхронны),

2 — случайный кратковременный контакт, не имеющий продолжения или развития (пример: мальчик берет палку и выставляет ее вперед, как шпагу, второй мальчик тут же хватается другую палку, и они несколько секунд «фехтуют»),

3 — содержательный контакт, обусловленный сюжетом игры или ролями; это может быть спланированный диалог, но значительно чаще — спонтанное взаимодействие, обусловленное общей игровой договоренностью.

3. Игровые темы отражают тот ряд образов, к которым ребенок обращается в игре. Оценка игровых тем осуществляется с точки зрения близости образов игры к реальному опыту детей и к их жизненным ситуациям. Темы игры оцениваются следующим образом:

0 — отсутствие темы,

1 — образы обыденной реальности, в том числе бытовые и профессиональные темы (например, дочки-матери, бабушка, посуда; магазин, продавец, весы),

2 — образы событий, выходящих за границы обыденного, в т. ч. особенные приключения, природные явления, связанные с рисками и опасностью (например, преступления; похищение, кляп, спасение; буря: пострадавшие, сломанные деревья и пр.),

3 — волшебные и фантастические образы (например, сонное царство, спящая красавица, веретено; параллельный мир, инопланетяне, корабль со сверхсветовой скоростью).

Процедура выявления уровня игры. В отечественной педагогической практике организатором игры обычно выступает взрослый, который предлагает замысел, подсказывает игровые действия, руководит детьми и пр. При диагностике важно выявить уровень **самостоятельной, самостоятельной игры детей**, свободной от руководящих действий взрослого. Взрослый может организовывать иг-

ру не только прямо, но и косвенно – создавая предметную среду детей. Игрушки, в особенности образные, как правило, предлагают, а иногда и навязывают детям определенные образы, что ориентируют на определенные темы и действия и помогают их удержать. В этом смысле, игрушки можно рассматривать как способ косвенного руководства игрой детей.

Мы исходили из того, что способность играть проявляется прежде всего в *самостоятельной* активности детей, свободной от директивных идей взрослых или образов, воплощенных в игрушках. Поэтому диагностическая ситуация не предусматривает активного участия взрослого и организующей роли игрушек. Предметная среда в игровой комнате состоит преимущественно из полифункциональных предметов. Полифункциональный материал подбирается таким образом, чтобы с его помощью можно было создать любой тип игрушек. Например, куклу можно сделать из валика, ткани и ленты или просто заместить ее палочкой; вместо дома можно использовать коробку или сделать домик из больших кусков ткани и прищепок. Ниже представлен примерный перечень рекомендуемых материалов.

- 1) *ткани – большие куски и маленькие лоскутки разной фактуры, шерсть для валяния, клубки ниток,*
- 2) *валик из ткани размером около 10см в диаметре и 30 см в длину,*
- 3) *прищепки, прихватка для штора с крупными петлями и кисточкой,*
- 4) *веревки, ленточки, тесемки, резинки,*
- 5) *бревнышки и палки,*
- 6) *деревянные кольца (как в игре «Кольцеброс»),*
- 7) *вкладыши-стаканчики (круглые, простые – без цифр, рисунков и пр.),*
- 8) *ракушки, каштаны, шишки разных форм и размеров, камешки цветные, стекляшки с обработанными краями (как для аквариума),*
- 9) *корзина около 30 см в диаметре,*
- 10) *большие картонные коробки (соразмерные ребенку) и стенки от них, чтобы использовать их как ширму,*
- 11) *маленькие коробки разной формы, картонные и жестяные,*
- 12) *бумага белая гладкая, жатая цветная, фольга от конфет – золотистая, серебристая, красная.*

Данные материалы располагаются в зоне доступа детей – на столах, скамейках, стульях и пр. В комнату, оснащенную данными материалами, приглашаются 2-4 ребенка дошкольного возраста (от 4 до 7 лет). Диагност предлагает детям поиграть с этими материалами, пока он будет занят своими делами, и предупреждает, что если что-то понадобится – он всегда поможет. После этого взрослый демонстрирует занятость, например, делает вид, что пишет или считает.

Диагностика представляет собой не включенное наблюдение, взрослый на протяжении всего обследования сохраняет нейтралитет. В случае, если дети просят его помочь (например, сконструировать что-то или одеться), он, естественно, помогает.

Предварительные наблюдения показали, что замысел игры и согласование темы происходит только после 15-20 мин. пребывания детей в игровой комнате. Этот факт показывает, что для разворачивания игры детям необходимо достаточно продолжительное, непрерывное время. В связи с этим длительность наблюдения за одной подгруппой детей должно быть от 40 минут и больше.

Ниже представлен протокол для регистрации наблюдений за игрой, который включает условные балльные оценки отдельных показателей игры.

Таблица 1.

Протокол наблюдения за игрой

Фамилия, имя		Возраст	Дата наблюдения			
№ п/п	Баллы /Параметры оценки игры	0	1	2	3	
1	<i>Предметное замещение</i>	Нет	Функциональное использование предметов	Использование предметов по сходству	Конструирование своих замещений (предметов)	
2	<i>Пространственное замещение</i>	Нет	Функциональное использование пространства	Организация места игры	Смысловое разделение на зоны	
3	<i>Позиционное замещение</i>	Нет	Реальная позиция	Ролевая позиция	Режиссерская позиция	
4	<i>Ситуационное замещение</i>	Нет	Фрагментарное действие	«Цепочка» действий	Структурированный сюжет	
5	<i>Организующее взаимодействие</i>	Нет	«Пустые» предложения	Отдельные предложения	Реализованная и согласованная идея	Реализация 2-х и более разных идей
6	<i>Внутриигровое взаимодействие</i>	Нет	Параллельная игра в идентичных позициях	случайный контакт	Содержательное взаимодействие	Закономерный контакт
7	<i>Темы игры</i>	Нет	Обыденные	Приключенческие	Волшебные	

Фиксация результатов диагностики игры. Поскольку игра протекает чрезвычайно динамично, в течение часа дети успевают поиграть во множество разных игр, показать всевозможные способы построения игры (например, побывать и в ролевой, и в режиссерской позиции; высказать идеи на разных уровнях и с разной степенью развернутости). В этой связи фиксируется самый высокий уровень оценки каждого параметра. Например, ребенок использует несколько предметозаместителей по сходству (2 балла), и только 1 раз сам создает нужный для игры предмет – в таком случае уровень его предметного замещения оценивается в 3 балла. Аналогично относительно всех параметров: ставится самый высокий балл, даже если данный тип игры не был преобладающим в процессе игры ребенка.

При оценке общего уровня игры обобщаются (а не суммируются) значения всех показателей. Высокий уровень развития игры предполагает наличие не менее трех максимальных оценок (3 б.) из семи возможных. Данная диагностика позволяет выявить не только уровень развития игры, но и ее качественные характеристики у каждого ребенка (своеобразный профиль). Например, высокий уровень игры может достигаться за счет высоких оценок предметных или позиционных замещений, или за счет хорошего организующего или внутри игрового взаимодействия. В случае, если преобладающие оценки предложенных показателей колеблются в интервале 0-1, можно констатировать низкий уровень сюжетной игры, если преобладает оценки 0 баллов, можно констатировать полное отсутствие игры.

В табл. 2 приведены примеры протоколов диагностики двух детей 5-5,5 лет с высоким уровнем игры.

Примеры протоколов диагностики. Игровой профиль

№ п/п	Дети /Параметры оценки игры	Таня П.	Варя К.
1	Предметное замещение	3	2
2	Позиционное замещение	3	3
3	Ситуационное замещение	3	2
5	Организирующее взаимодействие	1	3
6	Внутриигровое взаимодействие	2	3
7	Тема игры	3	3

Как можно видеть, высокий уровень игры у этих детей достигается за счет разных показателей. Если у Тани все виды замещения (предметное, позиционное и ситуационное) находятся на высоком уровне, то у Вари К. предметное и ситуационное замещение выражены средне, но хорошо представлено взаимодействие с партнерами – как организующее, так и внутриигровое. Данные варианты отражают индивидуальные особенности детей и качественное своеобразие их игры.

Сюжетная игра детей тесно связана с их индивидуальным внутренним миром. Дети всегда проигрывают то, что их волнует, и делают это в соответствии с их возможностями и интересами. Проигрывая волнующие события (как радостные, так и драматичные), дети осознают и глубже проживают их. Поэтому игру можно рассматривать как естественное психотерапевтическое средство и как индикатор психологического состояния ребенка. Но реализовываться данные функции могут только в случае своего полноценного развития.

Как показало наше исследование, в настоящее время у подавляющего большинства московских дошкольников сюжетная игра не достигает высокого уровня, а следовательно не становится ведущей деятельностью. В этой связи очевидна необходимость создания условий для формирования должного уровня развития игры в детских учреждениях. Среди этих условий главными представляются следующие:

- ✓ позиция воспитателя - поддерживающая и стимулирующая свободную игру,
- ✓ предоставление достаточного времени (не менее 2 часов в день) и пространства для свободной игры детей,
- ✓ создание адекватной предметной игровой среды, включающей свободные материалы.

В ходе наблюдения выяснилось, что жестко структурированное пространство («фиксированные уголки для сюжетной игры»), обилие реалистических игрушек, наличие закрытых игрушек (например механические кассы, выбивающие чеки, или головы-манекены с волосами) стимулировали детей к однообразным действиям и манипуляциям, делали игру более примитивной и менее творческой. В тех группах, где игровое пространство было менее фиксированным, где детям разрешали использовать в игре мебель (полки, стулья, столы и пр.) сюжетная игра была более развитой. Можно полагать, что благоприятные предметные условия для сюжетной игры способствуют ее разворачиванию.

Еще один важный фактор, влияющий на игру, – *позиция воспитателя*. В большинстве обследованных групп эта позиция была директивной или отстраненной, т. е. воспитатели занимались заполнением документации и практически не обращали внимания на детей, реагируя только на их крики и обращения. В тех группах, где отмечалась директивная позиция (воспитатели ограничивали активность детей, часто делали замечания), зафиксирован самый низкий уровень игры. Позиция воспитателя, поддерживающая игру, в обследованных группах не наблюдалась ни разу.

В качестве главной причины обычно называют недостаток времени на игру.

Действительно, как показали наши наблюдения, в большинстве детских садов режим дня перегружен различными занятиями, а на свободную игру остается примерно 30-40 мин. в день. Однако и этот час дети, по наблюдениям педагогов, не могут содержательно и спокойно играть – они возятся, дерутся, толкаются. Поэтому воспитатели стремятся заполнить свободное время детей спокойными занятиями или прибегают к дисциплинарным воздействиям.

Но важно подчеркнуть, что те качества, которые должны сформироваться в дошкольном детстве (воображение, образное мышление, инициативность, эмоциональная отзывчивость, отношения со сверстниками, произвольность и пр.) складываются прежде всего в игре. Как показано в многочисленных исследованиях отечественных психологов, эти качества формируются не на занятиях, а в специфичной для дошкольников самостоятельной игре. Бедность и примитивность игры пагубным образом отражаются на произвольности детей, на их способности к самоорганизации, на общении и пр. Именно игра создает оптимальные условия для развития самых разных сторон психики и личности ребенка, в том числе и для готовности к школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. М. 2004.
2. Рябкова И.О. Построение игрового замысла в свободной игре дошкольников. Вопросы психологии. 2016. № 5.
3. Смирнова Е.О., Рябкова И.А. Структура и варианты сюжетной игры дошкольника. Психологическая наука и образование. 2010. № 3.
4. Смирнова Е.О., Гударева О.В. Сюжетно-ролевая игра современных дошкольников. Вопросы психологии. 2005. № 4.
5. Смирнова Е.О., Рябкова И.А. Психология и педагогика игры. М. ЮРАЙТ. 2017.
6. Эльконин Д.Б. Психология игры. М. 1978.

REFERENCES

1. Vygotskij L.S. Psihologija razvitija rebenka. M. 2004.
2. Rjabkova I.O. Postroenie igrovogo zamysla v svobodnoj igre doshko-l'nikov. Voprosy psihologii. 2016. № 5.
3. Smirnova E.O., Rjabkova I.A. Struktura i varianty sjuzhetnoj igry doshkol'nika. Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2010. № 3.
4. Smirnova E.O., Gudareva O.V. Sjuzhetno-rolevaja igra sovremennyh doshkol'nikov. Voprosy psihologii. 2005. № 4.
5. Smirnova E.O., Rjabkova I.A. Psihologija i pedagogika igry. M. JuRAJT. 2017.
6. Jel'konin D.B. Psihologija igry. M. 1978.

E.O. Smirnova, I.A. Ryabkova

THE METHOD OF DIAGNOSTICS OF THE SUBJECT GAME OF PRESCHOOL CHILDREN

**Center of Psychological and Pedagogical Examination of Games and Toys,
MSPPU (Moscow).**

Summary. In article the original method of identification of the level of development of a game of the preschool child is offered. The method is based on L.S. Vygotsky's concept according to which the main characteristic of a game is the divergence of the real and imagined situation, replacement of the imagined objects and events real. According to it the level of game replacements acts as the main indicator of a game (subject, position and situational). As other major indicators of a game are offered interaction of children (organizing and in-game) and game subjects (the figurative row modelled by the child). Scales for measurement of these indicators, the procedure of performing diagnostics and a form of fixing of her results are presented in article.

Keywords: game, game replacements, subject replacement, position replacement, the situational replacement organizing interaction, in-game interaction, a game subject

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В настоящем исследовании были изучены дети с расстройствами аутистического спектра различного генеза, дети с задержкой и отставанием психического развития и группа детей из условий психической депривации (материнская, слуховая, зрительная и двигательная недостаточность). Обнаружен ряд особенностей и отличий в игровых действиях в группе детей с процессуальными расстройствами от игры детей с ранним детским аутизмом и другими сравниваемыми группами. Данное исследование направлено на поиск клинико-психологических критериев ранней диагностики нарушений психического развития по особенностям игровых действий у детей раннего и дошкольного возраста. В статье представлен диагностический инструмент – карта оценки игровой деятельности у детей раннего и младшего дошкольного возраста.

Ключевые слова: игра, игровая деятельность, аутизм, ранняя диагностика, детская психиатрия.

Еще в XVIII веке Жан Жак Руссо подметил: чтобы понять ребенка, надо понаблюдать за его игрой [17]. Игра представляет собой своеобразную, независимую форму поведения, лежащую в основе значительного периода жизни человека и особенно периода раннего детства. Игра является языком для ребенка [23]. Особенности игровой деятельности в рамках психической патологии описаны лишь в отдельных работах и ретроспективно - по анамнезу болезни и у детей старше 5-6 лет.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы следующие нозологические формы расстройства развития детей раннего возраста:

1. ранний детский аутизм без умственной отсталости (F 84.0) – 50 детей;
2. атипичный аутизм, детская шизофрения (F84.02) – 50 детей;
3. умственная отсталость, тотальная, необратимая (F70) – 20 детей;
4. задержка психоречевого развития, тотальная обратимая задержка развития (F83) – 20 детей;
5. дети с шизотипическим диатезом – 20 детей;
6. дети, воспитанные в различных видах депривации:
 - социальной, материнской депривации – 20 (дом малютки);
 - слуховой депривации – 5 детей;
 - зрительной депривации – 5 детей;
 - двигательной депривации – 5 детей.

Критериями включения в исследование были наличие у детей раннего и дошкольного возраста аутистических расстройств (F84.0, детский аутизм, F84.02, аутизм вследствие других причин или атипичный аутизм). Включены случаи F84.11 (аутизм с умственной отсталостью) и F84.12 (аутизм без умственной отсталости), где удавалось установить уровень интеллектуального развития. В число обследованных входили случаи ранней детской шизофрении (F20.8243 – шизофрения детский тип с симптомами дефекта и неполной ремиссией).

В группу детей с шизотипическим диатезом вошли дети с отклонениями в социальной коммуникации, эмоциональном развитии, наличием стереотипных интересов к особым играм, с развитым интеллектом.

В группу с задержкой психоречевого развития (F83) вошли дети, развивающиеся с запаздыванием развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения), эмоциональной незрелостью, неравномерностью развития отдельных психических функций; характер нарушений функциональный, обратимый характер нарушений.

В группу с умственной отсталостью (F70), вошли дети с тотальным необратимым нарушением умственного развития.

В группу с различными видами депривации вошли дети с недостатком сенсорных побудителей и социальных мотивов, лишаящие контактов, живых ощущений и впечатлений.

Критерием исключения было наличие других психических расстройств.

Методы: клинический, параклинический и экспериментально-психологический. Применялись клинические и психологические диагностические схемы, используемые для определения уровня психического развития детей раннего возраста, – «ГНОМ» (график нервно-психического обследования малыша [11], протокол клинического [20], анкета по выявлению отклонений психологического (психического) развития у детей раннего возраста [7].

Результаты исследования и их обсуждение. Игровая деятельность зарождается еще в возрасте 2-3 мес. жизни ребенка и до 7-8 мес. носит предметно-манипулятивный характер. К возрасту 7-8 мес. младенец начинает познавать функции игрушки, вслед за этим игра приобретает соответствие содержанию игрового предмета. К 1,5 года в игре появляются элементы смысла и сюжета. Важно отметить, что игровые действия формируются по подражанию действиям взрослых. К 3-4 годам игра переходит на качественно новый уровень – ролевой (игра в «доктора», «учителя», «продавца» и т.д.). При этом происходит замещение одного игрового предмета другим с осознанием свершаемого действия «как бы». Согласно Л.С. Выготскому предмет (игрушка) должен опосредовать формирование у ребенка общения с родителями и сверстниками [3, 4].

Рассматривая игру как один из основных видов деятельности детей раннего возраста, мы разработали диагностическую карту-опросник № 1, в которой отражена игровая деятельность в норме и патологии развития у детей. Она включает основные признаки нормативной игры, игры детей при состоянии риска психических нарушений и собственно психической патологии, т. е. карта-схема дает возможность выявить три группы психического состояния обследуемых детей.

Описание и интерпретация результатов. Диагностическая карта включает 7 разделов по 3-5 параметров в каждом. Карта помогает определить ту или иную группу (степень) психического состояния (здоровье, риск и патология).

Нормативные показатели:

7-10 баллов (группа здоровья) – игра гармоничная, соответствующая возрастным нормативам.

11-17 баллов (группа риска психических нарушений) – дети с особенностями игровой деятельности, близкими к нарушениям, но невыраженным и легко обратимыми при коррекции.

18-24 балла (группа психической патологии) – включаются выраженные отклонения игровой деятельности: вычурность, хаотичность, переслаивание, отставание от возрастного уровня и другие признаки.

Таблица 1.

Карта оценки игровой деятельности у детей в раннем и младшем дошкольном возрасте

Характеристика игровой деятельности	баллы
1. Адаптация к ситуации игровой деятельности	
- адаптация к игре по возрасту	1
- адаптация возможна только при создании определенных условиях	2
- адаптация невозможна	3
2. Побуждение к игровой деятельности	
- самостоятельное активное включение в игру	1
- включение в игру при побуждении со стороны взрослого	2
- нет побуждения к игре	3
3. Устойчивость мотивации игровой деятельности	
- интерес к игре устойчивый	1
- интерес к игре избирательный, только в определенных условиях и к стереотипным игровым действиям	2
- быстрая утрата интереса к игре, пресыщение	3
- игра бесплановая хаотичная непоследовательная, неуправляемая	4
4. Эмоциональное сопровождение игры	
- ребенок адекватно реагирует на игровую ситуацию	1
- игра эмоционально невыразительная, нет реакции на новую игрушку	2
- отрицательная реакция на новую игрушку, страх, негативизм к ней	3
- игра с чрезмерным возбуждением, импульсивна	4
- игра с неадекватными, вычурными эмоциональными реакциями	5
5. Усвоение правил игры	
-ребенок правила игры усваивает	1
- правила игры понимает, но не соблюдает	2
- не понимает правил игры, но действует по подражанию	3
- не усваивает правила игры	4
6. Оценка уровня развития игровой деятельности	
- игра соответствует возрасту	1
- уровень развития игры снижен, не соответствует норме	2
- уровень игры не равномерен имеются элементы ранних форм	3
7. Социальные взаимодействия	
- хорошо играет с детьми	1
- контакт избирательный	2
- нет контакта с детьми (игра в одиночестве)	3
Итоговая сумма баллов:	

В данном обследовании мы рассматриваем основные психические расстройства раннего детства, преобладание того или иного патогномичного симптома нарушенной игры. Можно делать выводы о наличии у ребенка того или иного психического расстройства. Далее проследим динамику игровой деятельности у детей анализируемых групп.

В исследуемой группе детей с расстройствами аутистического спектра в

младенческом периоде обращает на себя внимание эмоциональная тусклость: они не отвечают «комплексом оживления» на обращение к ним близких людей, ребенок может давать «комплекс оживления» на неодушевленные предметы, да и сам «комплекс оживления» зачастую носит редуцированный характер: двигательная активность без эмоциональных реакций и гуления.

Дети с большим интересом относятся к игре с собственным телом (разглядывание пальцев рук, ног), чем игре с игрушками. Важно отметить, что дети-аутисты надолго застревают на этом этапе возрастного развития игры. В ряде случаев игра со своим телом может сосуществовать с появлением сюжетной и ролевой игры, игровая деятельность ребенка-аутиста однообразна, часто не носит никакого смысла, непродуктивна и направлена на стереотипное повторение физического свойства предмета (пересыпание, кручение, верчение, перекладывание предметов, постукивание). Имеют место атавистические формы познания мира, такие как обнюхивание, облизывание, сосание предметов. Игровые действия с ними они повторяют неоднократно для воспроизведения раз полученного сенсорного эффекта, детей привлекают слабо выраженные второстепенные (латентные) свойства предмета. В.В. Ковалев, отмечает, что дети-аутисты в раннем и дошкольном возрасте могут часами повторять непродуктивные действия, отдаленно напоминающие игру [8]. В наших наблюдениях отмечено, что и в более старшем возрасте у большинства детей может сохраняться тот же тип игровой деятельности. Дети испытывают повышенный интерес к тем же неигровым предметам (например, водопроводные краны, комнатные двери и двери шкафов и др.). Могут подолгу вертеть найденную на прогулке веточку, бумажку, тряпочку и, придя домой, не дают их удалить, встречая каждую такую попытку бурными реакциями протеста. Такая сверхувлеченность игрой, по-видимому, является выражением особого вида психической патологии – «одержимости». В происхождении этой стереотипии игровых действий очевидна роль патологии влечений, близкой к нарушениям инстинктов. Стремление к таким формам игры можно расценивать как эволюционный рудимент сверхценных образований [2]. Некоторые дети вместо игры много ползают, ходят, подпрыгивают, крутятся. Эти действия также носят стереотипный характер. Вся игровая деятельность ребенка-аутиста однообразна и всепоглощающа. У таких детей не формируется ориентировочная исследовательская деятельность, они испытывают проблемы с имитацией и подражанием. Любая попытка изменить игру, предложить совместную игру, что-то новое вызывает у ребенка негативизм, недовольство и еще большую обособленность [1, 16]. У детей-аутистов нет естественной способности в должном объеме познать мир, в их игре нет внутренней логики и смысла, а отсюда не формируется и символическая игра. Они протестуют даже при замене предмета точной копией его. Г.В. Козловская и В.М. Башина понимают эти особенности игры как проявление «феномена тождества», характерного для болезненного состояния детей из группы РАС [1, 10].

Как уже было показано в работах Г.В. Козловской и соавт. [10, 13], у детей-аутистов отмечено длительное сосуществование манипулятивной игры с более высокими онтогенетическими этапами развития игровой деятельности. Этот момент трактуется как «феномен переслаивания» в рамках шизотипического диатеза [10]. Некоторые дети-аутисты конструируют, собирают мозаики, пазлы, нередко делая это очень искусно, но непродуктивно, без творческого компонента, поскольку повторяют одно и то же, зачастую заученное действие, не расширяя репертуар поведения.

В наших наблюдениях игра часто была молчалива и не сопровождалась само-

говорением, в других же случаях, когда во время игры отмечалось речевое сопровождение, оно было автономно и не связано с темой игры. Для детей-аутистов характерна «игра-упорядочивание»; ребенок, не обращая внимания на характеристики предмета (размер, форму, цвет, функцию), выстраивает их в ряд, горизонтально или строит пирамиду вверх до бесконечности, бесцельно до момента разрушения постройки и может повторять это вновь и вновь [2]. По-видимому, эти стереотипные действия можно объяснить углублением ухода в себя, которое сопровождается полным отрешением от окружающего с элементами суженого сознания. Следует отметить, что игрушки не провоцируют ребенка на активную продуктивную деятельность по осваиванию окружающего пространства, не развивая коммуникативные навыки [2].

При нормативном развитии у детей раннего возраста происходит качественное изменение общения с взрослыми. Непосредственное эмоциональное общение по типу «ребенок–взрослый» сменяется опосредованным «ребенок –действия с предметом–взрослый», тем самым, по мнению детского психолога М.И. Лисиной, появляется совместная деятельность, опосредствованная манипуляцией с предметами (игрушками) [14].

В ряде случаев ребенка-аутиста удавалось научить действовать с предметами и игрушками в соответствии с заложенным в них смыслом (функциями), но его не привлекали эти действия, ему больше нравилось получение в процессе манипуляции с игрушками разнообразных сенсорных эффектов (шуршание, стук, отдельные музыкальные звуки и т. п.). Интересно и то, что предоставляемая исследователем кукла не вызвала у ребенка-аутиста позитивных эмоций и не воспринималась как образ человека. Ребенок мог одевать, раздевать куклу, в то же время действовал с ней как с неодушевленным предметом, держа ее вниз головой, волоча за ноги по полу, и не испытывал при этом эмоционального резонанса в ответ на причинение кукле «боли». Также ребенок-аутист мог пытаться поступить и с живыми объектами – залезать на голову незнакомому человеку или, например, тащить за голову либо хвост домашнее животное. Эти особенности составляют симптом «протодиакриза», или неразличения живого и неживого [12]. В возрасте 3-4 лет у детей-аутистов не формировалось сюжетно-ролевой игры, и без специальной организации ее развитие было крайне затруднено [6].

Важно отметить, что ребенку-аутисту в возрасте 2-3 лет игровое взаимодействие с другими детьми оказывалось недоступно. У детей-аутистов выявлялись и любимые игры, в этих играх они могли часами непродуктивно манипулировать предметами, цель, логика и смысл производимых ими действий оставались непонятными для окружающих. В этой игре был только один участник, сам ребенок. У некоторых детей-аутистов выявлялись игры-фантазии: ребенок мог перевоплощаться в других людей, животных и даже неодушевленные предметы, например, замки, растения, кафельную плитку, зонтик. Такая игра продолжалась длительно и не носила коммуникативный характер.

Другой характер игры наблюдался у детей из группы шизофрении. Она была беспорядочна, бессмысленна, переходила на протопатический уровень реагирования [1]. В наших наблюдениях дети в дошкольном возрасте снова, как в младенчестве, облизывали и обнюхивали предметы, трогали их, играли с неигровыми предметами, носили их во рту или обеих руках, не выпуская, брали их с собой на прогулку, в кроватку. Могли однообразно разматывать туалетную бумагу, рвать ее на части или вырывать страницы из книжек, разбрасывая их. Часто наблюдались моторные стереотипии в виде хореоподобных движений пальцев рук, дети как бы

играли с пальцами, разглядывая их или стереотипно постукивая ими по.

У детей с ранней детской шизофренией в наших наблюдениях на первое место выходили страхи, в частности, дети начинали бояться своих игрушек, при этом игра теряла творческий характер, исчезала связь с реальной окружающей их действительностью, ее моделирование и имитирование, она приобретала черты однонаправленной и стереотипной деятельности. Дети с шизофренией в период психопатологического обострения процесса, как и дети с аутизмом, начинали играть с неигровыми предметами как с живыми, разговаривая с ними, при этом нарастали отрыв от реальности, замкнутость, прогрессировали аутистические тенденции с фантазиями, отмечалось стремление играть в «одиночку». По миновании острого периода процессуального приступа игра возвращалась к относительно возрастным нормативам.

Особенности игровой деятельности в условиях депривации. Депривация это лишение, это ситуация ограничения или отсутствие необходимой стимуляции среды (сенсорной, эмоциональной, информационной, двигательной и др.). Результатом является так называемой психическая депривация, проявляющееся определенной психической симптоматикой (Козловская Г.В., Проселкова М.О., Матвеев В.Ф. и др.) [9, 12, 15].

Так, при эмоциональной депривации игровая деятельность также носит стереотипный характер, игра манипулятивная, дети длительное время фиксируются на однотипных действиях, часто малоподвижны, безучастны, проявляют слабый интерес к игрушкам и сверстникам. Ребенок может долго сидеть, не выпуская игрушку из рук. Все этапы игры задерживаются, если взрослый не принимает участия в развитии ребенка, полноценной игровой деятельности не формируется вовсе. Игра такого ребенка напоминает игру ребенка-аутиста. Г.В. Козловская, М.О. Проселкова, назвали это состояние депривационным парааутизмом [13]. В отличие от истинного аутизма парааутизм является обратимым. При своевременном начале коррекционной работы в возрасте до 3 лет проявления парааутизма редуцируются.

Игровая деятельность у детей со зрительной депривацией (слепых) имеет ряд особенностей. В работе Л.И. Скребицкого [19], отмечено, что слепые дети совершают предметно-манипулятивные действия с игрушками, но не без помощи взрослого. В противном случае игра слепого не развивается. В спонтанной игре слепой ребенок выбирает игрушку и стереотипно ею действует. Игрушки для слепого ребенка не служат символами, заменами реальных предметов, напротив, они используются только конкретно. По мнению Л.С. Выготского слепой ребенок без помощи взрослого играть не начинает [3].

У детей с двигательной депривацией динамику формирования игровой деятельности изучала Н.В. Симонова [18]. Игра у ребенка с ДЦП формируется с нарушением первого этапа – предметно-манипуляционной игры. Целенаправленная предметная деятельность может полностью отсутствовать. В возрасте 4-5 лет игровая деятельность дошкольников носит подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, речевое сопровождение игровых действий не выражено или отсутствует вовсе, сюжетно-ролевой игры не возникает вообще. Имеют место одиночные или игры – «рядом». Дети с ДЦП обнаруживают также большую потребность в помощи взрослого.

Игровая деятельность у детей со слуховой депривацией без специального обучения не развивается. Длительное время игры носят предметный характер, и даже в старшем дошкольном возрасте не становятся подлинной сюжетно-ролевой игрой. Дети многократно повторяют одни и те же действия, которые ранее были

продемонстрированы взрослыми, однако они копируют в игре лишь внешнюю сторону поведения, не вникая в суть. Элемент подражания остается в игре длительное время, дети воспроизводят второстепенные, преимущественно предметные детали игры. Дети испытывают трудности в формировании символической игры, не используя при этом воображения. У слабослышащих детей, использующих фразовую речь, уровень игры выше, у них формируется сюжетно-ролевая игра, но уровня игры здоровых детей не достигает, такие дети стремятся в игре отразить те впечатления, которые получают благодаря наблюдениям за окружающим миром, тематика сюжета бедна, преобладает тема быта. Нет игр с правилами, дети предпочитают играть в стороне.

Игровая деятельность у детей с ЗПР значительно отстает в своем развитии от игровой деятельности здоровых детей того же возраста. У таких детей слабо выражена мотивация, дети просто не хотят играть, игровая деятельность примитивна, сюжет однообразный, ребенок предпочитает строительные игры, в игре нет предварительного замысла. Предметы и игрушки для детей с ЗПР не являются опорой в игре. Продолжительность игры небольшая, быстрое переключение на подвижные игры. В процессе групповых игр ребенок занимает зависимую позицию. К 7 годам формируется сюжетно-ролевая игра, при этом ролевое поведение отличается импульсивностью. Дети мало общаются между собой в игре, игровые объединения неустойчивы, часто возникают конфликты, коллективная игра не складывается, дети быстро отвлекаются. Д.Б. Эльконин пришел к выводу, что за любой игровой деятельностью ребенка всегда есть воображаемая ситуация, которая придает смысл игровым действиям [22]. Дети с задержкой психоречевого развития имеют трудности с воображаемой ситуацией. Дети плохо используют предметы-заместители, в одном предмете они выделяют только одну функцию.

Еще более редуцирована **игра у детей с умственной отсталостью**. Г.Е. Сухарева отмечала [21], что дети с умственной отсталостью проявляют слабый интерес к игрушкам и даже не пытаются ими манипулировать. У них замедленное формирование моторики и координации. Все этапы и компоненты детской игры не развиты. Первые предметно-игровые действия появляются у них лишь к середине дошкольного возраста. Возбудимые дети с умственной отсталостью склонны к полемому поведению, у них нет пытливости, любознательности, нет потребности в игре. Дети обследуют предмет, длительное время не обращая внимания на его функциональные свойства, не стремятся получить какой-либо сенсорный эффект. Дети импульсивно хватают предметы и тут же их бросают, они беспрерывно повторяют один и тот же процесс (снимают, одевают одежду куклы, кормят ее и т. д.). Такого ребенка тяжело включить в игру, он лишь манипулирует игрушками, пробуя различное их использование, при этом часто действия бывают неадекватными. Ребенок быстро насыщается, игровое действие не превышает 15 минут. Дети любят новые игрушки, но интерес к ней быстро угасает. Действия с предметами-заместителями недоступны. В процессе игры дети часто действуют с предметами молча, изредка издавая эмоциональные возгласы и произнося слова, обозначающие действия или названия игрушек. Не формируется без специального обучения символической, сюжетно-ролевой, игры с правилами. Игра не организована, хаотична, неустойчива, ребенок быстро меняет темы игр. Ребенок может воспроизвести показанную игру, ничего не внося в нее, в игре нет индивидуальности, самостоятельности, игра неинтересна, в ней нет инициативы и творчества, действия заострены на предметной стороне, нет воображаемой ситуации и действий с воображаемыми предметами. Игра сопровождается простыми эмоциями. У «обученных» умственно отсталых детей игры авто-

матизированы. В коллективной игре объединения кратковременные, дети быстро начинают конфликтовать. В играх со здоровыми детьми выполняют второстепенные роли, творческая игра отсутствует [5].

Заключение. Данные диагностические карты можно применять для диагностики психических расстройств у детей раннего возраста. Диагностическую карту-опросник №1 можно использовать педиатрам, психологам, воспитателям детского сада при первичных профилактических медицинских осмотрах. При выявлении отклонений игровой деятельности возможно использование карты-опросника № 2 для более дифференцированной диагностики. Данное исследование поможет диагностике психических расстройств у детей раннего возраста, тем самым позволит начать лечение ребенка на ранней стадии заболевания, что обеспечит снижение инвалидизации, ускорит социализацию пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутистические расстройства у детей // Психиатрия: руководство для врачей / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, Том 2. – 2012. – С. 822-853.
2. Воскресенская С.А., Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Голубева Н.И., Иванов М.В. Нарушения игровой деятельности у детей с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т. 18. – № 5. – С. 42-47.
3. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психологическом развитии ребенка // Вопросы психологии. – 1966. – № 6. – С. 33-41.
4. Выготский Л.С. Психология развития как феномен культуры / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: Модек, 1996. – 512 с.
5. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. - М.: Просвещение, 1984. – 119 с.
6. Иванов М.В., Романов А.А., Козловская Г.В. Диагностика и коррекция нарушений поведения и эмоций у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в специально организованных игровых ситуациях // Комплексная реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра в системе непрерывного образования. – М., 2015. – С. 26-29.
7. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Тяпкова Н.А. Клинико-психологические подходы к профилактике психических расстройств раннего детского возраста // Психиатрия. – 2015. – № 3 (67). – С. 22-27.
8. Ковалев В.В. Синдромы раннего детского аутизма // Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / Под ред. В.В. Ковалева. – М.: Медицина, 1979. – С. 33-41.
9. Козловская Г.В. К вопросу об особенностях психических нарушений у слепых детей: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – М., 1971. – 26 с.
10. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): Автореферат дис. ... докт. мед. наук. – М., 1995. – 48 с.
11. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». – М.: МГИУ, 2012. – 89 с.
12. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Нарушения психического развития у детей сирот // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 52-56.
13. Козловская Г.В., Проселкова М.О. Парааутизм – психогенная форма

аутизма // Развитие личности. – 2004. – № 3. – С. 73-82.

14. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.

15. Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М. О некоторых закономерностях патологического формирования личности у детей и подростков с врожденной и рано приобретенной глухотой // Ж. невропатол. и психиатр. – 1975. – № 10. – С. 1529-1533.

16. Пухова Т.И. Символическая игра и общее развитие от двух до трех лет. – М.: Высшая школа психологии, 2005. – 141 с.

17. Руссо Ж.-Ж. Эмиль, или о воспитании // История социальной педагогики / Под ред. М.А. Галагузовой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – С. 83-98.

18. Симонова Н.В. Программа воспитания и обучения детей с церебральным параличом (дошкольный возраст). – М.: Просвещение, 1996. – 123 с.

19. Скребницкий А.И. Воспитание и образование слепых и их призрение на Западе. – СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1903. – 1024 с.

20. Способ психопатологической оценки психического состояния детей раннего и дошкольного возраста: пат. 2497453. Рос. Федерация: МПК А61В5/16 / М.А. Калинина, Г.В. Козловская, Г.Н. Шимонова – № 2012129365/14. заявл. 12.07.2012; опубл. 10.11.2013. – 45 с.

21. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.

22. Эльконин Д.Б. Психологические игры. – М.: Владос, 1999. – 360 с.

REFERENCES

1. Bashina V.M. Autisticke rasstrojstva u detej // Psihijatrija: rukovodstvo dlja vrachej / Pod red. A.S. Tiganova. – М.: Medicina, Tom 2. – 2012. – S. 822-853.

2. Voskresenskaja S.A., Kozlovskaja G.V., Simashkova N.V., Golubeva N.I., Ivanov M.V. Narushenija igrovoj dejatel'nosti u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Psihijatrija i psihofarmakoterapija. – 2016. – Т. 18. – № 5. – S. 42-47.

3. Vygotskij L.S. Igra i ee rol' v psihologicheskom razvitii rebenka // Voprosy psihologii. – 1966. – № 6. – S. 33-41.

4. Vygotskij L.S. Psihologija razvitija kak fenomen kul'tury / Pod red. M.G. Jaroshevskogo. – М.: Institut prakticheskoj psihologii, Voronezh: Modek, 1996. – 512 s.

5. Deti s zaderzhkoj psihicheskogo razvitija / Pod red. T.A. Vlasovoj, V.I. Lubovskogo, N.A. Cypinoj. - М.: Prosveshhenie, 1984. – 119 s.

6. Ivanov M.V., Romanov A.A., Kozlovskaja G.V. Diagnostika i korrekciya narushenij povedenija i jemocij u detej doskol'nogo vozrasta s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v special'no organizovannyh igrovyh situacijah // Kompleksnaja rehabilitacija detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v sisteme nepreryvnogo obrazovanija. – М., 2015. – S. 26-29.

7. Ivanov M.V., Simashkova N.V., Kozlovskaja G.V., Tjapkova N.A. Kliniko-psihologicheskie podhody k profilaktike psihicheskikh rasstrojstv rannego detskogo vozrasta // Psihijatrija. – 2015. – № 3 (67). – S. 22-27.

8. Kovalev V.V. Sindromy rannego detskogo autizma // Psihijatrija det-skogo vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej) / Pod red. V.V. Kovaleva. – М.: Medicina, 1979. – S. 33-41.

9. Kozlovskaja G.V. K voprosu ob osobennostjah psihicheskikh narushenij u slepyh detej: Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk. – М., 1971. – 26 s.

10. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta (klinika, jepidemiologija i voprosy abilitacii): Avtoreferat dis. ... dokt. med. nauk. – М., 1995. – 48 s.

11. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Gorjunova A.V. Opredelenie otklonenij v psihicheskom razvitii detej rannego vozrasta: psihodiagnosticheskij test «Gnom». – М.: MGIU, 2012. – 89 s.

12. Kozlovskaja G.V., Proselkova M.E. Narusheniya psicheskogo razvitiya u detej sirot // Zhurnal nevropatologii i psichiatrii. – 1995. – № 5. – S. 52-56.
13. Kozlovskaja G.V., Proselkova M.O. Parautizm – psihogennaja forma autizma // Razvitie lichnosti. – 2004. – № 3. – S. 73-82.
14. Lisina M.I. Problemy ontogeneza obshhenija. – M.: Pedagogika, 1986. – 144 s.
15. Matveev V.F., Bardenshtejn L.M. O nekotoryh zakonomernostyah patologicheskogo formirovaniya lichnosti u detej i podrostkov s vrozhdennoj i rano priobretennoj gluhotoj // Zh. nevropatol. i psichiatr. – 1975. – № 10. – S. 1529-1533.
16. Puhova T.I. Simvolicheskaja igra i obshhee razvitie ot dvuh do treh let. – M.: Vysshaja shkola psihologii, 2005. – 141 s.
17. Russo Zh.-Zh. Jemil', ili o vospitanii // Istorija social'noj pedagogiki / Pod red. M.A. Galaguzovoj. – M.: Gumanit. izd. centr VLADOS, 2000. – S. 83-98.
18. Simonova N.V. Programma vospitanija i obuchenija detej s cerebral'nym paralichom (doshkol'nyj vozrast). – M.: Prosveshhenie, 1996. – 123 s.
19. Skrebickij A.I. Vospitanie i obrazovanie slepyh i ih prizrenie na Zapade. – SPb.: Tipografija M.M. Stasjulevicha, 1903. – 1024 s.
20. Sposob psihopatologicheskoy ocenki psicheskogo sostojanija detej rannego i doshkol'nogo vozrasta: pat. 2497453. Ros. Federacija: MPK A61B5/16 / M.A. Kalinina, G.V. Kozlovskaja, G.N. Shimonova – № 2012129365/14. zajavl. 12.07.2012; opubl. 10.11.2013. – 45 s.
21. Suhareva G.E. Lekcii po psichiatrii detskogo vozrasta. – M.: Medi-cina, 1974. – 320 s.
22. Jel'konin D.B. Psihologicheskie igry. – M.: Vlado, 1999. – 360 s.
23. Landreth G.L. Play therapy: the art of the relationship. – NY.: Routledge; Taylor & Francis Group, 2012. – 442 p.

S.A. Voskresenskaya, M.V. Ivanov

PATHOLOGICAL FORMS OF PLAY ACTIVITY AS A DIAGNOSTIC MARKER OF MENTAL ILLNESS IN EARLY CHILDHOOD

Mental health research center (Moscow).

Summary. In our study we examined children with autism spectrum disorders of various origins, found a number of features and differences in play activities of a group of children with schizophrenia disorders, from play activity of children with early childhood autism and other examined groups. This study is aimed at searching for clinical and psychological criteria of early diagnosis of mental disorder by features of play activity in early childhood and preschool age. The article presents a diagnostic tool – the scheme of evaluation of play activity in children of early and preschool age.

Keywords: play, play activity, autism, early diagnosis, child psychiatry.

И.В. Пестова, Е.В. Милютина, А.Л. Громогласов
ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЙ ПОДХОД
КАК ЧАСТЬ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ
КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПТСР

ГБУ СО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Лад» (Свердловская обл., г. Полевской).

Резюме. Рассматривается проблематика организации комплексной работы с детьми, оказавшимися в состоянии ПТСР. Авторы рассматривают возможность (предпосылки) расширения рамок реабилитационной помощи детям с ПТСР в биопсихосоциальной модели с включением духовно-нравственного подхода.

Ключевые слова: комплексная работа, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), реабилитация, духовно-нравственный подход, система общих принципов, психическое здоровье.

В современном мире тема сохранения физического, социально-психологического здоровья ребенка очень актуальна. В нашей стране разработаны, внедрены и действуют различные программы по профилактике, поддержке и сохранению психического здоровья молодого поколения. Специалисты разных профилей включены в мультидисциплинарные команды и осуществляют реализацию программ по сохранению здоровья нации. Взаимодействие осуществляется в рамках биопсихосоциальной парадигмы, что позволяет в определенной мере охватить основные жизненные аспекты личности. И «роль медицины в этом случае составляет всего 10%-15%. Остальное - за самим ребенком и его окружением.» [6]. Тем не менее, ребенок оказывается недостаточно защищенным в условиях сегодняшних реалий. Современный, развивающийся, наполненный техногенными преобразованиями мир бросает нам каждый день новые вызовы. И мы, взрослые, оказались не готовы к этому сами и тем более не знаем, как сделать безопасным это явление времени для наших детей. Огромное количество внешних раздражителей: информационных, экологических, национальных и других ставит под угрозу защищенность формирующейся психики ребенка. Факторы риска и факторы защиты мы можем обозначить исходя из структуры личности: биологические – все что относится к проявлению внешнего физического Я-образа и физического состояния, здоровья ребенка; социальные – аспекты национальности, статуса семьи, социально-экономической ситуации общества; психологические – особенности восприятия, реагирования ребенком на те или иные жизненные события исходя из семейной модели поведения и личностной чувственной картографии ребенка; духовные – влияние культурных, исторических, традиционно конфессиональных аспектов.

К сожалению, общество, государство, семья, различные программы помощи не способны оградить маленького человека от столкновений с факторами «внезапного» стресса и травмы, и наша задача минимизировать последствия острых ненормативных кризисных ситуаций и восприятия, создать все необходимые условия для благополучного формирования личности ребенка.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это тревожное расстройство, возникающее в результате кратковременных эффектов травмы и длительных (отдаленных) последствий, которые вызывают поведенческие и физиологические нарушения в младенческом, детском и подростковом возрасте. В современной науке также выделена новая диагностическая категория - острое стрессовое расстройство, отражающая тот факт, что травматические события час-

то вызывают острое развитие симптомов, которые могут в дальнейшем сохраняться или претерпевать обратное развитие.

Так, многие психопатологические состояния в подростковом возрасте и у взрослых, такие как кондуктивное расстройство, депрессия и некоторые личностные нарушения, связаны с предшествующей травмой. ПТСР также можно ассоциировать с расстройствами настроения, деструктивным поведением и другими нарушениями в детском возрасте.

Стойко сохраняющееся повторное переживание стрессового события посредством навязчивых мучительных воспоминаний, ночных кошмаров и «проигрывание» болезненной ситуации в играх - типичная реакция в детском возрасте [8]. У детей развитие ПТСР может быть вызвано:

1. Медицинскими вмешательствами
2. Насилием
3. Пренебрежением
4. Катастрофами природными
5. Агрессивными актами, за которыми ребенок наблюдает или принимает участие (военные действия, участие и наблюдение за действиями криминальных группировок, наблюдение за насилием над одним из родителей, похищение)
6. Авариями и несчастными случаями
7. Разводом родителей
8. Смертью объекта любви
9. Переездом
10. Усыновлением [7]

Характер травмы влияет на проявления ПТСР, которые могут актуализироваться спустя много лет после случившегося.

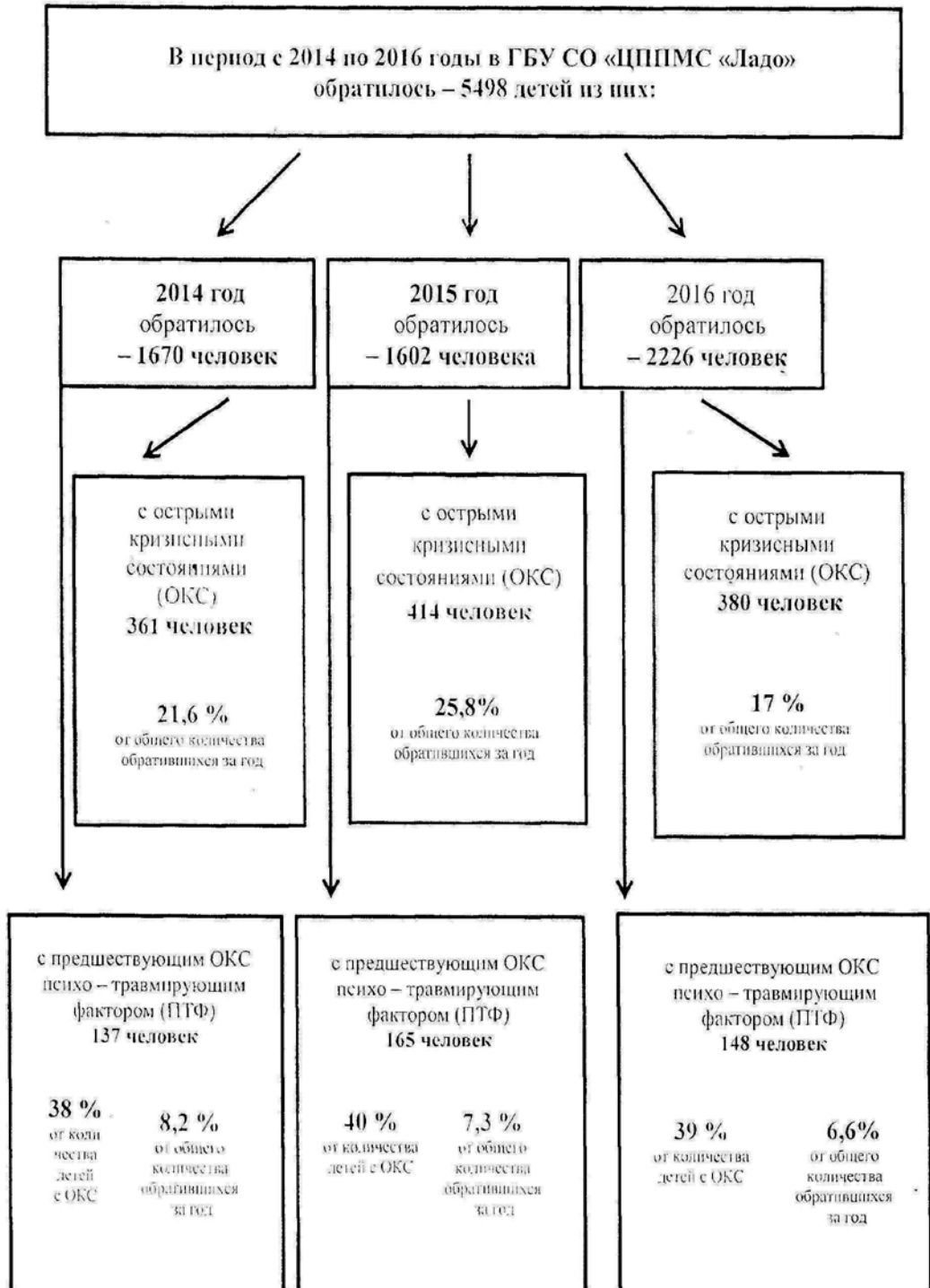
По России нет точных данных, сколько детей страдает ПТСР, а также насколько часто дети подвергаются воздействию критического стресса, который может лечь в основу развития расстройства. В среднем 15%-43% девочек и 14%-43% мальчиков проходят через опыт тяжелой психологической травмы. Но психологическая травма не равна ПТСР. Оно развивается не у всех травмированных. Девочки страдают чаще. Среди них 3%-15% имеют в последствия ПТСР. У мальчиков оно развивается в 1%-6% случаев [7].

Необходимость комплексного подхода к реабилитации детей с ПТСР обусловлена, в первую очередь, сложностью и мультифакторностью ПТСР. Комплексная помощь при ПТСР - это безусловно работа мультидисциплинарной бригады, деятельность которой реализуется в рамках биопсихосоциального подхода. В данном случае это работа реабилитационных психологических центров, кризисных отделений, где есть разнообразные службы помощи и функциональные отделы.

Таким центром, где используется биопсихосоциальная модель помощи, можно назвать ГБУ СО ЦППМСП «ЛАДО». Структура центра, подбор специалистов медицинского, психологического, социального профилей позволяют осуществлять комплексную помощь клиенту с ненормативным кризисным компонентом, в том числе и в состоянии с ПТСР. Данный подход позволяет подобрать каждому из обратившихся или направленных детей индивидуальную программу помощи. Решение о подборе определенной программы и включения в процесс сопровождения клиента необходимого набора специалистов определяет психолого-медико-педагогический консилиум.

Так, если взять данные за последние 3 года (2014, 2015, 2016) деятельности нашего учреждения, то в Центр обратилось 5498 детского населения. Из них с острыми кризисными состояниями (ОКС) и психологическими травмами –

1155 человек, что составляет в общей сложности 21% от числа обратившихся. В рамках работы с этими детьми и семьей, сбора социального анамнеза у 34% от ОКС (7% от общего числа обратившихся) выявлено наличие предшествующих психотравмирующих факторов (ПТФ) в определенном жизненном периоде и заявленной родителями и педагогами проблемы для работы - следствие ПТФ.



С учетом изложенного мы ищем более эффективные подходы в оказании комплексной помощи. На наш взгляд, реабилитация и восстановление детей с ПТСР не могут быть полными без включения в структуру биопсихосоциального подхода духовно-нравственного компонента, являющегося одним из основополагающих факторов, влияющих на формирование личности ребенка. Поскольку общество и семья в силу определенных социальных изменений практически утратили накопленный столетиями потенциал духовности и нравственности, ценностей традиционной культуры, данный компонент может рассматриваться как еще один элемент принятой биопсихосоциальной модели помощи как детям с ПТСР, так и в работе с ненормативными кризисами. Работа в русле духовно-нравственного подхода проводится психологами, социальными педагогами и другими специалистами Центра, включенными в программу сопровождения, и имеет направленность как на ребенка, так и на родителя, семью и социум в целом.

Духовно-нравственный подход мы предлагаем рассмотреть в трех позициях:

1. Время

2. Пространство

3. Опора.

1. Время. У любого события есть свое время. Как бы нам не хотелось сократить время реабилитации, адаптации, социализации тех или иных последствий страдания и время горевания, – тонкая работа души проходит поэтапно и требует своих минут, недель, месяцев и лет.

Так, например, если мы берем терапию горевания, где описаны периоды прохождения горя, или теорию формирования ПТСР, разработанную И.Г. Малкиной-Пых, мы видим, что все исследователи очень деликатно относятся к сфере времени и, соответственно, к человеку, находящемуся во времени, пространстве выхода из сложной жизненной ситуации.

Специалист, работающий с ребенком или с семьей, находящейся в сложной ситуации, должен не только учитывать свое понимание времени и процессов, происходящих в нем, но и донести до клиента саму идею времени как исцеляющего, структурирующего и трансформирующего ресурса, который всегда есть у человека и безусловен в отношении него.

2. Пространство. Ни для кого не секрет, что среда, в нашем случае окружающее, внешнее пространство, оказывает непосредственное влияние на внутреннее состояние или, другими словами, на пространство души человека. Одна из задач специалиста при работе с ребенком, находящимся в состоянии ПТСР, с помощью терапии показать и научить родителей создавать это исцеляющее пространство.

И нам бы хотелось поделиться авторской 5-ступенчатой техникой «5 шагов к ребенку», разработанной доцентом кафедры практической психологии Института психологии ПГПУ Д.О. Смирновым и представленной им на фестивале «Энергия Жизни» в г. Полевской в 2016 г., с адаптацией на клиентов, обращающихся в центр. Техника направлена на создание глубокого взаимодействия родителя (родителей) и ребенка, где центрированная, псевдоэффективная позиция по отношению к ребенку меняется на создание системы общих, «наших» принципов (ценностей) семьи, позитивно меняющих родителя и, как следствие, ребенка. Данная техника помогает специалисту подготовить родителей и дать им ресурс взаимопонимания с ребенком в трудный период его жизни и способствует более осознанному родительству, а также экологичному внутрисемейному взаимодействию. Особенностью техники является то, что родителю (родителям) предлагается пошаговое создание нового детско-родительского пространства.:

Вера - вера в то, во что «верится каждый день», в то, что уже есть в ребенке здесь и сейчас, что им принимается и понимается, что безоговорочно и безусловно воспринимается и ребенком, и родителем.

Зачастую родитель видит своей задачей «всесторонне развить» своего ребенка «запихнув» его во все секции, загрузив по полной программе «для его же блага», при этом делегируя социуму от себя подальше ответственность за развитие ребенка, сохранение и восстановление его психического здоровья (в контексте ПТСР), тем самым не учитывая *сегодняшнего* состояния ребенка, не дав успеть раскрыться в чем-либо одном истинному духу ребенка, и установление определенного дистанцирования с ребенком.

Система Общих (Наших) Принципов – создание таких семейных принципов, ценностей, которые безусловно воспринимаются и родителем, и ребенком, которые базируются на едином стержне того, во что «верится каждый день» всем членам семьи. Мы (я и мой ребенок) верим, что, например, «бегать, заниматься спортом хорошо для здоровья, а совместно это делать еще лучше – для укрепления здоровья ребенка, родителя да и создания ситуации, где целостность всей семьи не в тягость, а в удовольствие». При этом очень важно формировать, развивать у ребенка и зафиксировать возможность выбора индивидуумом своих «общих принципов», отличных от его мышления.

«Телескоп на себя» – если развивается (появляется) конфликтная, кризисная ситуация в отношениях между ребенком и родителем или существуют предпосылки развития ситуации и есть желание рассмотреть недостатки ребенка «под микроскопом», причем вместе с ним, то посмотри сначала на себя со стороны (в том числе и со стороны ребенка), «разверни телескоп на себя», посмотри на свои действия со стороны и почувствуй что и как может чувствовать ребенок в конкретной этой ситуации. Так как ребенок копирует поведенческие паттерны и стратегии родителя, будет правильным и необходимым посмотреть, что ваше дитя копирует или скопирует и воспроизведет в будущем.

Духовная общность (формируется месяцы и годы) – воссоздание и сохранение доверия. Если рассматривать появление, нарастание непонимания (недопонимания), возникновение конфликтов от недостатка этого, ссор как движения от духовной общности к духовной пропасти, то обязанность родителя, ощутив, обнаружив приближение пропасти, не прыгать в нее с головой, а сначала образно зафиксироваться (остановиться) и сделать шаг назад в «Телескоп» и «Веру» (помогает метафора с альпинистом, остановившимся перед пропастью или препятствием и решившим перед преодолением вернуться на базу, чтобы лучше подготовиться). «Чем ближе я подхожу к ребенку, тем больше я уязвим, тем менее я себя контролирую». Тогда «остановка и возврат на базу» выручают. Научение родителем себя не просто эмоциональному контролю, а с помощью психологического инструментария подъем уровня осознанного родительства на порядок служит своеобразным маркером в детско-родительских отношениях (индикаторный шаг). А также помогает как профилактика развития психосоматических процессов у родителя и со временем копируется как эффективная профилактическая стратегия взаимодействия с ребенком.

Сотворчество - воспроизведение совместных действий. Конструируем недалекое будущее на базе духовной общности, например, совместно формируем день или неделю (не делаем это за ребенка – к вопросу о допущениях - и не оставляем на самотек или на ребенка, а составляем совместно, например, режим дня). Законченный и укрепленный со временем шаг позволяет добавить к бедному по содержанию (как правило) первому пункту техники новые безусловные моменты и ук-

репить (насытить) позицию общих семейных принципов, ценностей.

3. Опора.

а) Важно, чтобы был человек, на которого мог бы опереться ребенок, находящийся в кризисе (родители). Сам сконструированный на предыдущем этапе родитель таким образом становится главным «компонентом» опоры ребенка.

б) Сохранение, усиление роли ценностных ориентиров: ритуалы семьи, сохранение традиций.

в) Так как в этот период (ПТСР) происходит, как правило, потеря жизненной перспективы, очень важно заново научить ребенка желать, затем мечтать, затем находить мотивацию. Причем учить заново желать и пробуждать мотивацию возможно только во 2-й и заключительной фазе временной трансформации ПТСР.

Подводя черту под вышесказанным, хочется отметить, что духовно-нравственная составляющая - это не просто психологический подход, когда как специалисты мы говорим о времени, пространстве, опоре, это когда мы выходим за рамки социально-психологического аспекта взаимодействия с клиентом (ребенком, родителями). Данный подход требует от специалиста наличия собственной духовно-нравственной позиции, осознанности и трепетного отношения к человеку, пришедшему к нему, а не только мастерского владения диагностическим и социально-психологическим инструментарием. Этот подход повышает уровень духовного родительства, где взаимодействие родителя и ребенка выходит за рамки бытийности, норм и ожиданий, формирует более глубокие связи между членами семьи, усиливая личностный ресурс развития ребенка. Также, учитывая, что некоторые жизненные события и истории не могут и не способны найти оправданий, объяснений и понимания, терапевтичным зачастую может стать лишь выход в область духовно-нравственных осмыслений.

Таким образом, включение духовно-нравственного подхода в биопсихосоциальную модель увеличивает возможности и качественно насыщает терапевтическое и реабилитационное воздействие при взаимодействии с детьми, находящимися в ПТСР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью. - М.: Психотерапия, 2007.
2. Кризисная Психология. Курс Лекций. - Минск, 2003.- С. 40-45.
3. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. - М.: Эксмо, 2010. – С 133 -181.
4. Милютина Е.В. Биопсихосоциодуховный подход в реабилитации [Электронный ресурс] <http://www.b17.ru/artikle/53315/>
5. Милютина Е.В. Интегративная модель духовного кризиса [Электронный ресурс] <http://www.b17.ru/artikle/53315/>
6. Кекелидзе З.И. : «У каждого третьего в России - проблемы с психикой» [Электронный ресурс] // ИА «Амител», 10.10.2012 г. // URL: <http://www.amic.ru/news/195461/>.
7. Стилсон Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей [Электронный ресурс] // URL: <https://letidor.ru/psihologiya/a456-posttravmaticheskoe-stressovoe-rastroystvo-u-detey-7372.shtml>.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей [Электронный ресурс]// URL:http://meduniver.com/Medical/Psichology/posttravmaticheskii_stress_u_detei.html

REFERENCES

1. Kozlov V.V. Rabota s krizisnoj lichnost'ju. - M.: Psihoterapija, 2007.
2. Krizisnaja Psihologija. Kurs Lekcij. - Minsk, 2003.- S. 40-45.

-
3. Malkina-Pyh I.G. Psihologicheskaja pomoshh' v krizisnyh situacijah. - M.: Jeksmo, 2010. – S 133 -181.
 4. Miljutina E.V. Biopsihosocioduhovnyj podhod v rehabilitacii [Jelektronnyj resurs] <http://www.b17.ru/artikle/53315/>
 5. Miljutina E.V. Integrativnaja model' duhovnogo krizisa [Jelektronnyj resurs] <http://www.b17.ru/artikle/53315/>
 6. Kekelidze Z.I. : «U kazhdogo tret'ego v Rossii - problemy s psihikoj» [Jelektronnyj resurs] // IA «Amitel», 10.10.2012 g. // URL: <http://www.amic.ru/news/195461/>.
 7. Stilson N. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej [Jelektronnyj resurs] // URL: <https://letidor.ru/psihologiya/a456-posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstrojstvo-u-detey-7372.shtml>.
 8. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej [Jelektronnyj resurs]// URL:http://meduniver.com/Medical/Psichology/posttravmaticheskii_stress_u_detei.html

I.V. Pestova, E.V. Milyutina, A.L. Gromoglasov
SPIRITUAL-MORAL APPROACH
AS A PART OF BIOPSYCHOSOCIAL MODEL
OF INTEGRATED HELP FOR CHILD WITH PTSD
GBU SO «Center for Psycho-Pedagogical, Medical and Social Assistance»
«Lado» (Sverdlovsk Region, Polevskoy town).

Summary. The problems of organization of complex work with children who are in the state of PTSD are considered. The authors consider the possibility (the prerequisites) of expanding the scope of rehabilitation care for children with PTSD in the biopsychosocial model, with the inclusion of a spiritually-moral approach.

Keywords: complex work, posttraumatic stress disorder (PTSD), rehabilitation, spiritual and moral approach, system of general principles, mental health.

М. Ю. Герасимчук

**ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СРЕДОВОГО ФАКТОРОВ
В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ****ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (Москва).**

Резюме. Проанализированы случаи депрессии (n=25) в рамках аффективных (моно- и биполярных) расстройств, дебютировавших в подростковом возрасте [F31, F32]. Паттерн с преимущественной активностью индивидуума (хронотип: 4%/У; 32%/П; 64%/В, опросник Хорна–Остберга (MEQ)) был ассоциирован с более выраженной наследственной отягощенностью по аффективным и другим психическим расстройствам, более ранней манифестацией процесса и выступал в качестве фактора риска развития депрессии в детском и подростковом возрасте.

Ключевые слова: депрессия, подростки, хронотип.

Введение. Психический дизонтогенез может быть обусловлен как патогенными биологическими факторами, несовершенством генетической программы, так и более или менее длительно действующими неблагоприятными микросоциально-психологическими средовыми воздействиями.

Депрессия – биологический феномен, включающий дисрегуляцию нейро-эндокринно-иммунологических процессов с существенным генетическим влиянием [7]. Подчеркивается единство биологических и социальных факторов в возникновении пубертатного криза [3, 6, 10]. G. L. Klerman в связи с ростом численности заболеваний депрессией назвал XX век «веком молодежной меланхолии»; подобная тенденция сохраняется и в настоящее время: у учащихся старших классов депрессивные расстройства выявляются в 19% случаев, представляя сложнейшую проблему ввиду тяжелых социальных последствий [4, 14].

В настоящее время распространено нарушение «гигиены труда», увеличение времени, проводимого за компьютером, в том числе в ночные часы. Смещение режима сна-бодрствования на более позднее время описывается как вечерний хронотип [2]. По данным Randler et al. (n=26,214; 2017) доля лиц с вечерним хронотипом к 1 году жизни не превышает 1%; к совершеннолетию достигая 2%-20% в общей популяции [18]. В ряде исследований предлагается рассматривать вечерний хронотип как отражение нарушения ритмов под действием экзогенных и эндогенных факторов: подобный режим ассоциирован с более низкой успеваемостью в школе/колледже и повышенным риском развития депрессии [17]. Влияние наследственности на дисрегуляцию ритмов изучено недостаточно.

Цель: оценить взаимосвязь наследственности и средовых воздействий на нарушение ритмов как фактора этиологии и патогенеза при манифестации аффективной патологии в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Проанализированы 25 случаев депрессии в рамках аффективных (моно- и биполярных) расстройств, дебютировавших в подростковом возрасте [F31, F32].

Для оценки хронотипа был использован опросник для определения типа суточного ритма Хорна–Остберга (Morningness-Eveningness Questionnaire Self-Assessment Version, MEQ-SA, адаптированная версия Путилов А.А., Даниленко К.В., 2008), состоящий из 19 вопросов, направленных на уточнение пика активно-

сти индивидуума, его интеллектуальной и физической нагрузки [13]. По суммарному балу (от 16 до 86) принято деление на лиц с преимущественной активности в первой половине дня – утренним хронотипом (У); во второй половине дня, с поздними подъемами (около 10. 00-11. 30) и отходом ко сну (около 2. 00-3. 00) – вечерним (В), без различий в течение дня – промежуточным хронотипом (П).

Результаты и обсуждение. Выборка состояла преимущественно из лиц женского пола (56%). Согласно данным зарубежных исследований большинство здоровых людей имеют утренний либо промежуточный хронотип (42,7% (У), 55,1%(П); 2,3%(В), Furusawa M. et al., 2017)[12].

Настоящая выборка больных с манифестацией депрессии в подростковом возрасте характеризовалась значимым преобладанием лиц с вечерним хронотипом (4% (У); 32% (П); 64% (В)). Важно, что утреннее предпочтение (У) рассматривается как фактор, повышающий устойчивость организма («защитный эффект») к рассогласованию ритмов (десинхронозу) [15]. Таким образом, можно предположить, что паттерн суточной активности в преимущественно вечернее время (досуг вплоть до формирования «игровой зависимости» как разновидности аддиктивного поведения) выступает в качестве фактора риска развития депрессии в детском и подростковом возрасте.

В настоящем исследовании оценка роли семейного фактора проводилась с учетом выявления значимости влияния отдельных характеристик на смещение биологических ритмов организма.

Наследственная отягощенность как по аффективным расстройствам (реактивные депрессии, послеродовые депрессии, депрессии позднего возраста, установленный диагноз аффективного заболевания), так и по другим психическим заболеваниям была выше в подгруппе с вечерним хронотипом (82%).

Состав семьи. В 69% случаев в подгруппе с В-типом чаще, чем при У и П-типах, семья представлялась неполной по различным причинам (развод, суицид, лишение родительских прав, прохождение принудительного лечения).

Течение беременности и родов в 16% у В-типов сочеталось с травмами матери в процессе вынашивания, асфиксией плода, обвитием пуповиной, наложением акушерских щипцов и развитием резидуально-органических поражений ЦНС: слабость, утомляемость, гипертензия, вегетососудистая дистония (ВСД) [9].

Влияние генетической предрасположенности на биологические ритмы составляет от 14%-23% до 50% (гены Period, Cryptochrome, CaseinKinase 1δ and 1ε, Circadian Locomotor Output Cycles Kaput Protein, Brainand Muscle ARNT-like Protein, Neuronal Pas Domain Protein) [16]. Отягощенность реализуется и за счет дисгармоничности межперсональных внутрисемейных отношений с искажением способов воспитания, тяжелым эмоциональным климатом, диспсихофобией [8].

Так, одна из больных (В-тип) с 10 лет отмечала эпизоды снижения настроения с безучастностью («чувство скуки, ничего не радовало»), социальной отгороженностью в школьном коллективе продолжительностью до нескольких недель. Тоскливый аффект сочетался с хронобиологическими нарушениями: изменением тяжести состояния в зависимости от времени суток, нарушением сна с поздним засыпанием, пробуждением без чувства выспанности. Мать больной, на протяжении длительного времени страдая депрессиями с выраженной инсомнией, грубыми истероформными реакциями, жалобы дочери игнорировала, вовлекала дочь в сферу своих отношений с сожителем.

Доля неблагоприятных экзогенных факторов была выше среди лиц с В-типом по сравнению с У/П-типами (82% и 67%, соответственно). Вариативность факто-

ров, провоцирующих эпизоды снижения настроения, определялась в том числе и возрастом. Более раннее начало связано с гиперопекой матерью, отсутствием социальных институций в дошкольном периоде, актуальностью психотравмирующих ситуаций в школе (насмешки одноклассников, трудности адаптации, оскорбительное отношение учителя).

Нарушение режима сна-бодрствования, рассогласование биологических и социальных ритмов (socialjetlag) на фоне повышения нагрузок (экзамены, переезд в другой город, начало трудовой деятельности, отдельное от родителей проживание) и асоциального образа жизни, девиантности, протеста против существующих норм (уход из дома), было существенным фактором риска развития эпизода в подростковом возрасте. В свою очередь само заболевание приводило к еще большему рассогласованию ритмов организма. Для меланхолических депрессий были свойственны окончательные ранние пробуждения, умеренные колебания настроения в течение дня. Апатические депрессии сопровождались нерезко выраженной сонливостью. Большинство больных в дебюте отмечало ухудшение состояния, повышенную утомляемость во второй половине дня.

У больных наряду с дисфорией доминировал тревожный аффект с чувством вины из-за несоответствия требованиям родителей, апатический и тоскливый, с повышенным самоанализом («прокручивание мысли о собственной несовершенности и др.) и тесной связью с сексуальной тематикой («не достоин идеальной девушки»). Полиморфизм клинической картины был сопряжен с высоким суицидальным риском: нанесение самопорезов, принятие больших доз лекарственных препаратов.

В.В. Ковалев предлагал рассматривать факторы эмоциональной депривации, нарушение внутрисемейных взаимоотношений как психотравмирующие ситуации [5]. Так, одна из больных (В-тип, MEQ: 37 баллов), в 15 лет использовала в рамках демонстративно-шантажного аутоагрессивного поведения психотропные препараты родителей. Высокую вероятность реализации суицидальных намерений в подростковом и юношеском возрасте связывают с несформированностью «антисуицидального барьера» [1].

Обращение за медицинской помощью отмечалось лишь в 24% (неврологи, психологи, терапевты). Несвоевременное и неадекватное распознавание не только замедляло процесс адаптации, но и неблагоприятно отражалось на дальнейшем течении заболевания.

Приведем следующий клинический пример. Больной (В-тип, MEQ: 41 балл) с наследственной отягощенностью по аффективной патологии в возрасте 2 недель перенес двустороннюю пневмонию, детский сад не посещал, часто – острые респираторно-вирусные инфекции, жалобы на головную боль, в возрасте 5 лет после удара головой проходил лечение в стационаре (сотрясение мозга). С 15 лет стал более скрытным, стеснительным, подвергался насмешкам со стороны одноклассников. После заявления школьного психолога об очень низкой скорости реакции, что станет препятствием для дальнейшей профессиональной деятельности, состояние больного ухудшилось: большую часть времени спал либо просто лежал, жаловался на нехватку сил, слабость, пропускал занятия. Был проконсультирован терапевтом, принимал общеукрепляющую терапию.

Как правило, родные и преподаватели расценивают эти состояния как возрастные изменения, не обращаются к врачам. В таких условиях приобретают особую актуальность многоосевая диагностика и междисциплинарное взаимодействие [11].

Заключение. Наследственные факторы и длительно действующие неблагоприятные микросоциально-психологические воздействия способствуют дисрегу-

ляции ритмов, что в свою очередь, с одной стороны, ведет к предрасположенности к аффективным расстройствам, а с другой – является их следствием. Сочетание биологических и средовых факторов создает неблагоприятную почву для психического развития. В исследовании продемонстрировано, что склонность к вечернему хронотипу ассоциирована с более выраженной наследственной отягощенностью по аффективным и другим психическим расстройствам, более ранней манифестацией процесса. Представляется необходимой интеграция комплексного подхода в профилактическую, диагностическую и лечебную работу с учетом индивидуализированного подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., Комарова Л.Э. Суицидальное поведение в ряду других девиаций у подростков // Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 52-64.
2. Герасимчук М.Ю. Депрессия: перспективы дифференцированной психофармакотерапии // Архив внутренней медицины. – 2016. – № 6 (4). – С. 8-13.
3. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М. : Крон-пресс, 1996. – С. 44 -69.
4. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной подростковой популяции // Росс. психиатр. журнал. – 1999. – № 3. – С. 37-40.
5. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. –М. : Медицина, 1985. – С. 8.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л. : Медицина, 1985. – С. 250.
7. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О., Горобец Л.Н. Атипичная депрессия: от фенотипа к эндофенотипу // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, в. 3. – С. 15.
8. Северный А.А., Баландина Т.А. Возрастные особенности психопатологической феноменологии и комплексной коррекции функциональных психовегетативных расстройств у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005. – № 1. – С. 36-41.
9. Северный А.А. Психическая патология в общепедиатрической клинике (к вопросу о психовегетативном диатезе) // Ж. неврол. и психиатр. – 2013. – Т. 113, № 5, в. 2. – С. 23-28.
10. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. – М. : Медицина, 1959. – 406 с.
11. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Концепция многоуровневой терапии как идеология межпрофессионального взаимодействия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – Т. 13, в. 2. – С. 35-40.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Vrono E.M., Komarova L.Je. Suicidal'noe povedenie v rjadu drugih deviacij u podrostkov // Kompleksnyye issledovanija v suicidologii. - M., 1986. – S. 52-64.
2. Gerasimchuk M.Ju. Depressija: perspektivy differencirovannoj psihofarmakoterapii // Arhiv vnutrennej mediciny. – 2016. – № 6 (4). – S. 8-13.
3. Gur'eva V.A. Psihogennye rasstrojstva u detej i podrostkov. – M. : Kron-press, 1996. – S. 44 -69.
4. Iovchuk N.M., Batygina G.3. Depressii v shkol'noj podrostkovoju populjaccii // Ross. psihiatr. zhurnal. – 1999. – № 3. – S. 37-40.
5. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i po-

drostkov. –M. : Medicina, 1985. – S. 8.

6. Lichko A.E. Podrozkovaja psihijatrija: Rukovodstvo dlja vrachej. – L. : Medicina, 1985. – S. 250.

7. Neznanov N.G., Mazo G.Je., Kibitov A.O., Gorobec. L.N. Atipichnaja depressija: ot fenotipa k jendofenotipu // Social'naja i klinicheskaja psihijatrija. – 2016. – T. 26, v. 3. – S. 15.

8. Severnyj A.A., Balandina T.A. Vozrastnye osobennosti psihopatologicheskoy fenomenologii i kompleksnoj korrekcii funkcional'nyh psihovegetativnyh rassstrojstv u detej i podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2005. – № 1. – S. 36-41.

9. Severnyj A.A. Psihicheskaja patologija v obshhepediatricheskoy klinike (k voprosu o psihovegetativnom diateze) // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2013. – T. 113, № 5, v. 2. – S. 23-28.

10. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. T. 2. – M. : Medicina, 1959. – 406 s.

11. Shevchenko Ju.S., Severnyj A.A. Koncepcija mnogourovnevoj terapii kak ideologija mezhproufessional'nogo vzaimodejstvija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2013. – T. 13, v. 2. – S. 35-40.

12. Furusawa M., Okubo Y., Kuroda R. et al. Relationship between morningness-eveningness typology and cumulative fatigue or depression among Japanese male workers // Ind Health. – 2015. – № 53(4). – P. 361-367.

13. Horne J.A., Ostberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms // Int J Chronobiol. – 1976. – №4(2). – P. 97-110.

14. Klerman GL. Age and clinical depression: today's youth in the twenty-first century // J Gerontol. – 1976. – № 31(3). – P. 318-323.

15. Lee S.J., Park C.S., Kim B.J. et al. Association between morningness and resilience in Korean college students // Chronobiol Int. – 2016. – №33 (10). – P. 1391-1399.

16. Pack A.I., Keenan B.T., Byrne E.M., Gehrman P.R. Genetics and genomic basis of sleep disorders in humans. In: Kryger M.H., Roth T., Dement W.C., eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th ed. St. Louis. – MO: Elsevier; 2016.

17. Rahafar A., Maghsudloo M., Farhangnia S. et al. The role of chronotype, gender, test anxiety, and conscientiousness in academic achievement of high school students // Chronobiol Int. – 2016. – № 33(1). – P. 1-9.

18. Randler C., Faßl C., Kalb N. From lark to owl: developmental changes in morningness-eveningness from new-borns to early adulthood // Sci Rep. – 2017. – № 7. – P. 45874.

M. Y. Gerasimchuk

THE ROLE OF BIOLOGICAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF AFFECTIVE PATHOLOGY

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow).

Summary. 25 patients with adolescent-onset depression were included [F31, F. 32; ICD-10]. Eveningness (4%/M-type; 32%/N-type; 64%/I-type, MEQ) was associated with a more severe family history for affective and other mental disorders, the earlier onset of the process and acted as a risk factor for the development of depression in childhood and adolescence.

Keywords: depression, adolescents, chronotype.

**КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ КАК МАРКЕРЫ
ДИЗАДАПТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ВОСПИТАННИКОВ
СОЦИОЗАЩИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
(Смоленск).**

Аннотация

В работе представлены результаты изучения копинг-стратегий поведения у воспитанников социозащитного учреждения с учетом сравнительного анализа клинических и социально-психологических проявлений травматических переживаний для формирования дифференцированного подхода социально-психологического сопровождения данного контингента. Сделан вывод о необходимости дифференцированного подхода в выборе психокоррекционных мероприятий в зависимости от принадлежности к социальной группе – сироты (истинные и социальные) и подростки, воспитывающиеся в кровных семьях.

Ключевые слова: копинг-стратегии поведения, травматические переживания, алекситимические проявления, воспитанники социозащитного учреждения.

Анализ и обобщение имеющихся научных данных по проблеме междисциплинарного изучения последствий детского депривационного опыта (психологические, психиатрические, социологические аспекты) свидетельствуют о необходимости продолжения исследования мультифакторного влияния хронической травматизации на формирование клинко-психопатологических проявлений и структурных нарушений личности подростков с целью выявления специфических доклинических признаков формирования личностных расстройств, приводящих к социально-психологической дизадаптации. В связи с этим неизбежным становится рассмотрение вопроса о способах преодоления стрессовых ситуаций или о копинг-стратегиях поведения детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации [1].

Проведено выборочное обследование воспитанников социозащитных учреждений 11-18 лет (средний возраст 14 лет), из которого были исключены инвалиды, подростки с диагнозами «умственная отсталость», подростки с нарушениями психологического развития, умеренно выраженными и тяжелыми формами органического поражения головного мозга. Для более точного дифференцированного анализа маркеров дизадаптационных проявлений выделены две идентичные друг другу по возрасту и полу группы: I группа представлена сиротами (истинными и социальными); II группа - подростками, воспитывающимися в кровных семьях, но оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

В обследовании приняли участие воспитанники с первичным поступлением в социозащитное учреждение, что, согласно МКБ-10 (класс XXI: факторы, влияющие на состояние здоровья населения), может быть расценено как новое стрессовое событие у подростков, уже перенесших травматические переживания в условиях депривационного опыта [4].

Цель исследования: изучить копинг-стратегии поведения воспитанников социозащитного учреждения с учетом сравнительного анализа клинических и социально-психологических проявлений травматических переживаний для формирования дифференцированного подхода социально-психологического сопровождения данного контингента.

Использованы следующие методики:

1) полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВПСД) (А.И. Щепина, А.В. Макачук, 2004) [8];

2) методика копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2000) [6].

3) для количественной оценки алекситимии и алекситимических проявлений использована усовершенствованная Торонтская шкала алекситимии TAS-20-R.

Шкала имеет три фактора, отражающих основные компоненты алекситимии: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления (ВОМ) [9].

4) Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ. Вычисления выполнены точным биномиальным методом, применен критерий χ^2 с поправкой Йейтса (Chi-squared with Yates' correction); использованы F-критерий Фишера, критерий Манна-Уитни, выборочный коэффициент ранговой корреляции Спирмена [5].

Результаты. Проведено изучение анамнестических данных, включающих историю жизни и историю заболевания каждого подростка. При этом акцентировано внимание на характере предшествующих поступлению в социозащитное учреждение фактах перенесенного насилия в детстве. Несмотря на разный характер травмирующих событий в каждой группе, полученные результаты свидетельствуют об отсутствии статистически значимых различий выбираемых копинг-стратегий поведения подростков 2-х групп в первом выборе (используемые стратегии).

Вместе с тем обращают на себя внимание некоторые особенности второго выбора копинг-стратегий или эффективных стратегий. Статистически значимыми среди эффективных стратегий у подростков I группы являются превалирование копинг-стратегий варианта «сплю» (как эквивалент «избегания»): $\chi^2=5,581$ с поправкой Йейтса, $p=0,0182 < \alpha=0,05$ и «стараюсь расслабиться и оставаться спокойным» $\chi^2=4,749$ с поправкой Йейтса, $p=0,0293 < \alpha=0,05$. У подростков II группы, напротив, прослеживается тенденция к использованию в качестве более эффективных (снимающих напряжение) стратегий, определяющих «агрессивное и аффективное реагирование».

Особое значение при сложившейся ситуации приобретает исследование личностных детерминант и предикторов выбора стратегий совладающего поведения личности в стрессогенных условиях. В связи этим актуальным представляется изучение алекситимического радикала как одного из конструкторов совладающего со стрессом поведения в ракурсе выбираемых копинг-стратегий.

В результате анализа степени выраженности алекситимических проявлений (общий балл, ТИЧ, ТОЧ, ВОМ) в целом в изучаемой группе воспитанников социозащитных учреждений была выявлена тенденция к превалированию высоких уровней по каждому признаку. В группах сравнения выявлены статистически значимые различия по общему уровню алекситимии ($p=0,000060 / < \alpha=0,05$), в то время как уровни выраженности алекситимических проявлений (ТИЧ, ТОЧ, ВОМ) у подростков I и II групп статистических различий не имеют.

Вместе с тем у подростков II группы по сравнению с сиротами и социальными сиротами определено достоверное превалирование уровня экстернального типа мышления ($p=0,02105 / < \alpha=0,05$). Полученные результаты могут свидетельствовать о более низких уровнях субъективного контроля и способности к прогнозированию при столкновении с новой психотравмирующей ситуацией у данной группы обследованных.

Проанализированы внутригрупповые связи алекситимических проявлений ТИЧ, ТОЧ, ВОМ в каждой группе. Так, в I группе не выявлено взаимовлияющих внутригрупповых корреляционных признаков по шкале алекситимии. Иначе складывается картина внутригрупповых корреляционных связей между признаками (общий балл, ТИЧ, ТОЧ, ВОМ) во второй группе. Выявлена статистически значимая, умеренно выраженная по шкале Чеддока (0,31 – 0,5), отрицательная корреляционная связь между признаками «общий балл по шкале TAS-20-R» и выраженности экстернального типа мышления, что в некоторой степени может быть обусловлено фактом потери поддерживающего фактора в виде семьи на момент поступления в реабилитационный центр и фиксации на фрустрирующей ситуации.

Обсуждение результатов и выводы. Как указывают В.А. Рогачев и И.Н. Конаплева, «концепция копинга сегодня становится одним из центральных положений современной теории стресса, а копинг-поведение рассматривается как стабилизирующий фактор, способствующий адаптации личности к воздействию различных стрессовых ситуаций» [7].

Как видно из полученного материала, несмотря на разный характер депривационного опыта и перенесенных травмирующих событий в целом у воспитанников социозащитных учреждений имеют место одинаковые первые выборы используемых стратегий совладающего поведения с тенденцией к «избеганию» и «стремлению расслабиться и остаться одному».

Анализ вторых выборов совладающего со стрессом поведения (эффективные, снимающие напряжение, стратегии) показывает достоверно чаще встречаемые у подростков выборы стратегий «избегания» и «желания остаться одному», в то время как у подростков II группы, напротив, прослеживается тенденция к использованию в качестве более эффективных (снимающих напряжение) стратегий, определяющих «агрессивное и аффективное реагирование». По всей видимости, речь идет о разных личностных детерминантах, к числу которых можно отнести алекситимические проявления, рассматриваемые, в свою очередь, как конструкт копинг-поведения. Выявленные различия в выборах эффективных стратегий поведения согласуются с полученными результатами оценки алекситимических проявлений – достоверным преобладанием более высоких уровней алекситимии в I группе (стратегии выбора «избегание» и «желание остаться одному») и наличием у подростков II группы умеренно выраженной отрицательной корреляционной связи между общим баллом алекситимии и выраженностью экстернального типа мышления. Последнее обстоятельство может объяснять тенденцию к агрессивному и аффективному реагированию у подростков II группы при условии уменьшения уровня выраженности алекситимии. При этом своеобразии алекситимических проявлений возможно будет определяться следующим комплексом условий: фактом наличия/отсутствия семьи и поддерживающего фактора, характером предшествующего воспитания; возрастом, на который пришелся травматический опыт, состоянием функциональных систем организма.

Значительную роль в возникновении отклоняющегося поведения играет не только социальный фактор (в данном случае принадлежность к группе, особенности межличностных взаимодействий и характер воспитания), функциональное состояние организма ребенка, но и собственно психологические особенности личности, которые при определенных условиях могут способствовать развитию виктимных черт. Полученные нами данные согласуются с результатами Ю.В. Васильковой, которая среди предикторов таких черт выделяет низкую степень саморегуляции и способности к рефлексии, низкий уровень ценностных ориентаций, экстернальность/интернальность (склонность приписывать причины происходящего внешним обстоятельствам или принимать всю ответственность за происходящее на себя) [3].

Как указывает С.В. Ильина, «перенесенный ранее неадекватный опыт межличностного общения не только оказывает исключительно неблагоприятное воздействие на формирующийся образ «Я» и картину мира в целом, но и создает психологический базис для других форм вторжения, в частности физического и сексуального» [2]. Это обстоятельство, в свою очередь, продолжает усиливать виктимные черты, расширяя круг дизадаптивных форм поведения.

Таким образом, анализ травматических переживаний с учетом перенесенной психической травмы в условиях депривационного опыта и реализуемого копинг-поведения, включая алекситимические проявления, в каждом конкретном случае позволит дифференцированно решать вопрос о психокоррекционной помощи подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.Е., Уласень Т.В., Сулимова Н.В., Нивеницин Э.Л. Психиатрические аспекты сиротства с позиций биопсихосоциальной концепции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – № 1. Т.17. – С.36-42
2. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С.65-74.
3. Василькова Ю.В. Лекции по социальной педагогике (на материалах отечественного образования). – М., 1998.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ -10. – М.: Смысл; СПб.: Речь. 2003. – 407 с.

5. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. – М.: ФИЗМАТЛИТ, 2006. – 816 с.

6. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. – 507 с.

7. Рогачев В.А., Коноплева И.Н. Взаимосвязь копинг-стратегий и личностных ресурсов стресс-преодолевающего поведения сотрудников правоохранительных органов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 2(31). – С. 11 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 15.06.2017).

8. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

9. Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., Бэгби Р.М., Старостина Е.Г., Боголюбова О.Н., Смыкало Л.В., Скочилов Р.В., Бобров А.Е. Надежность и факториальная валидность русской версии 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3.

REFERENCES

1. Bobrov A.E., Ulasen' T.V., Sulimova N.V., Nivenicin Je.L. Psihiatricheskie aspekty sirotstva s pozicij biopsihosocial'noj koncepcii // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017. – № 1. Т.17. – S.36-42

2. Пина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Voprosy psihologii. – 1998. – № 6. – S.65-74.

3. Василькова Ю.В. Лекции по социальной педагогике (на материалах отечественного образования). – М., 1998.

4. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vozraste v sootvetstvii s MKB -10. – М.: Смысл; СПб.: Rech'. 2003. – 407 с.

5. Kobzar' A.I. Prikladnaja matematicheskaja statistika. Dlja inzhenerov i nauchnyh rabotnikov. – М.: FIZMATLIT, 2006. – 816 с.

6. Nikol'skaja I.M., Granovskaja P.M. Psihologicheskaja zashhita u detej. – СПб.: Rech', 2000. – 507 с.

7. Rogachev V.A., Konopleva I.N. Vzaimosvjaz' koping-strategij i lichnostnyh resursov stress-preodolevajushhego povedenija sotrudnikov pravooxranitel'nyh organov // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron.nauch. zhurn. – 2015. – N 2(31). – С. 11 [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 15.06.2017).

8. Tarabrina N. V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. – СПб.: Piter, 2001. – 272 с.

9. Tjejlor G.D., Kvilti L.K., Bjegeb R.M., Starostina E.G., Bogoljubova O.N., Smykalo L.V., Skochilov R.V., Bobrov A.E. Nadezhnost' i faktorial'naja validnost' russkoj versii 20-punktovoj Torontskoj shkaly aлекситимии // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2012. – Т. 22, № 3.

T.V. Ulasen

COPYING-STRATEGIES OF BEHAVIOR AS MARKERS OF DYNADAPTIVE DISPLAYS IN THE CONTROLLERS OF SOCIAL-SAFETY INSTITUTIONS

Smolensk State Medical University (Smolensk).

Summary. The paper presents the results of studying coping strategies of behavior in pupils of a socioprotective institution, taking into account the comparative analysis of clinical and socio-psychological manifestations of traumatic experiences for the formation of a differentiated approach to the socio-psychological support of this contingent. It was concluded that there is a need for a differentiated approach to the choice of psycho-corrective measures, depending on whether they belong to a social group - orphans (social and social) and adolescents raised in blood families.

Keywords: coping strategies of behavior, traumatic experiences, alexithymic manifestations, pupils of a socioprotective institution.

И.В. Борисова, Е.С. Ермакова

**ЗАЩИТНОЕ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ИЗ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ**

**Брянский государственный университет имени академика
И.Г. Петровского (Брянск).**

Резюме. Представлены результаты эмпирического исследования защитного и совладающего поведения юношей и девушек из полных и неполных семей. Выявлены достоверные различия в психологической защите между юношами и девушками из полных семей, а также между юношами и девушками из неполных семей. Различий в совладающем поведении юношей и девушек из полных семей не установлено. Юноши из неполных семей значимо реже, чем девушки из неполных семей, используют копинг, ориентированный на избегание, отвлечение и социальное отвлечение.

Ключевые слова: защитное поведение, совладающее поведение, механизмы психологической защиты, стратегии совладающего поведения, юноши и девушки из полных семей, юноши и девушки из неполных семей.

Введение. В настоящее время растет количество неполных семей вследствие развода родителей, внебрачного рождения ребенка, смерти одного из родителей. В большинстве неполных семей отсутствует отец. Неполная семья в настоящее время не является аналогом неблагополучной семьи. Тем не менее, в неполной семье, как у родителей, в одиночку воспитывающих детей, так и у детей возникают дополнительные проблемы [2, 4, 5, 8].

Защитное поведение - это личностное образование, поэтому его нет от рождения, оно формируется при жизни человека, срабатывает бессознательно в трудных стрессовых ситуациях, реализуется через различные механизмы психологической защиты личности, позволяет снять напряжение и сохранить самооценку. Совладающее поведение выполняет те же функции, но в отличие от защитного поведения используется личностью сознательно. В отечественной психологии научный интерес к этим проблемам растет [3, 6, 7, 9, 10]. Мы в своих предыдущих работах изучали совладающее поведение в юношеском возрасте [1] и личностные особенности, формирующиеся в неполных семьях [2].

Цель исследования. Настоящее исследование посвящено изучению защитного и совладающего поведения юношей и девушек из полных и неполных семей. В исследовании приняли участие 39 человек учащихся 10-11 классов общеобразовательной школы, из них 18 юношей и 21 девушка, 21 человек воспитывается в полной и 18 в неполной семье.

В исследовании использовались методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика и методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Достоверность различий между группами осуществлялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Изложение основного материала. Механизмы психологической защиты юношей и девушек из полных семей представлены в табл. 1 и на рис. 1.

Как видно из табл. 1, обнаружены статистически значимые различия по регрессии и проекции между юношами и девушками из полных семей. Юноши из полных семей реже используют регрессию и проекцию в трудных стрессовых ситуациях по сравнению с девушками из полных семей. У юношей из полных семей более выражены компенсация и интеллектуализация по сравнению с девушками из полных семей. Все остальные механизмы психологической защиты более выражены у девушек не-

полных семей, чем у юношей из полных семей. Общая напряженность психологической защиты также выше у девушек. Различия статистически не достоверны.

Таблица 1.

Психологическая защита юношей и девушек из полных семей

Механизмы психологической защиты	Юноши $n_1=11$	Девушки $n_2=10$	Достоверность различий
Отрицание	47,6	49,1	0,705
Подавление	43,2	49,2	0,426
Регрессия	34,4	52,9	0,013*
Компенсация	55,5	51,0	0,654
Проекция	49,0	70,0	0,004*
Замещение	43,4	57,7	0,072
Интеллектуализация	59,1	45,8	0,114
Реактивное образование	45,5	61,0	0,085
Общая напряженность психол. защиты	46,7	57,2	0,099

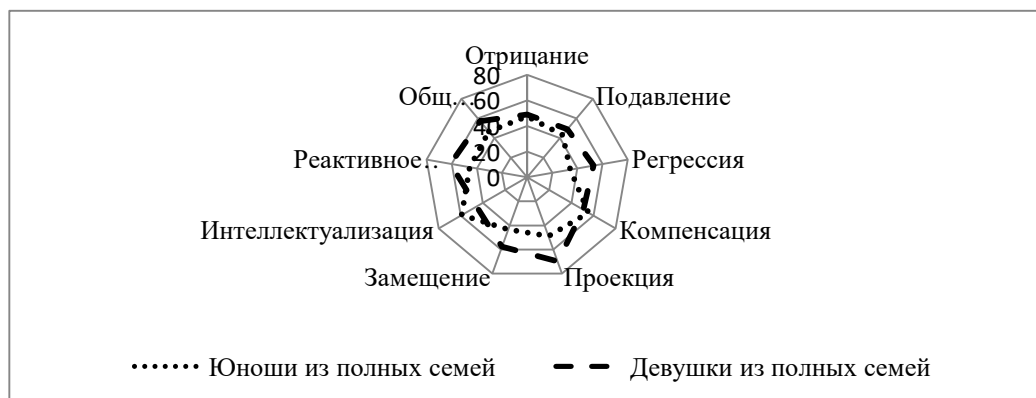


Рисунок 1. Психологическая защита юношей и девушек из полных семей.

Типы психологической защиты юношей и девушек из неполных семей представлены в табл. 2 и на рис. 2.

Таблица 2.

Психологическая защита юношей и девушек из неполных семей

Типы психологической защиты	Юноши $n_1=7$	Девушки $n_2=11$	Достоверность различий
Отрицание	38,5	49,7	0,285
Подавление	59,5	42,4	0,056
Регрессия	22,4	45,2	0,011*
Компенсация	41,4	52,7	0,375
Проекция	58,2	61,5	0,659
Замещение	38,8	35,7	0,596
Интеллектуализация	50,0	54,5	0,659
Реактивное образование	45,7	58,2	0,375
Общая напряженность психол. защиты	43,9	50,1	0,179

Как видно из табл. 2, обнаружены статистически значимые различия по регрессии между юношами и девушками из неполных семей. Юноши из неполных семей реже используют регрессию в трудных стрессовых ситуациях по сравнению с девушками из неполных семей. У юношей из неполных семей более выражены подавление и замещение, чем у девушек из неполных семей. Все остальные механизмы психологической защиты более выражены у девушек, чем у юношей. Различия статистически не достоверны.

Мы предполагали, что различий в механизмах психологической защиты между юношами и девушками из неполных семей будет больше, чем между юношами и девушками из полных семей. Так как считается, что на юношей воспитание в неполной семье оказывает более негативное влияние, чем на девушек. Полученные результаты могут быть связаны, с одной стороны, с тем, что в исследовании приняло участие небольшое количество юношей и девушек из неполных семей, а с другой стороны, эти юноши и девушки по защитным механизмам может быть действительно похожи между собой.



Рисунок. 2. Психологическая защита юношей и девушек из неполных семей.

Стратегии совладающего поведения юношей и девушек из полных семей представлены в табл. 3 и на рис. 3.

Таблица 3

Совладающее поведение юношей и девушек из полных семей

Стратегии совладающего поведения	Юноши n ₁ =11	Девушки n ₂ =10	Достоверность различий
Проблемно-ориентированный копинг	54,6	47,0	0,099
Эмоционально-ориентированный копинг	41,5	45,9	0,387
Копинг ориентированный на избегание	44,9	51,2	0,282
Отвлечение	21,4	24,9	0,282
Социальное отвлечение	16,0	15,9	0,756

Как видно из табл. 3, из всех видов копиинга юноши из полных семей чаще используют проблемно-ориентированный копинг и реже эмоционально-ориентированный копинг, а девушки из полных семей чаще копинг, ориентированный на избегание и реже эмоционально-ориентированный копинг.

Юноши из полных семей чаще используют проблемно-ориентированный копинг и реже эмоционально-ориентированный копинг, копинг, ориентированный на избегание и отвлечение по сравнению с девочками из полных семей. Социальное отвлечение в обеих группах испытуемых выражено приблизительно одинаково. Статистически значимых различий не зафиксировано.

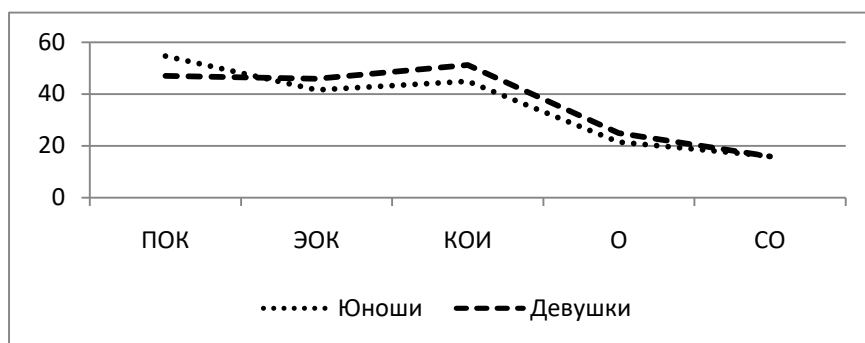


Рисунок. 3. Совладающее поведение юношей и девушек из полных семей.
Примечание: ПОК – проблемно-ориентированный копинг, ЭОК – эмоционально ориентированный копинг, КОИ – копинг ориентированный на избегание, О – отвлечение, СО – социальное отвлечение.

Типы совладающего поведения юношей и девушек из неполных семей представлены в табл. 4 и на рис. 4.

Таблица 4

Совладающее поведение юношей и девушек из неполных семей

Типы совладающего поведения	Юноши n ₁ =7	Девушки n ₂ =11	Достоверность различий
Проблемно-ориентированный копинг	55,1	54,9	0,860
Эмоционально-ориентированный копинг	38,0	41,6	0,659
Копинг ориентированный на избегание	35,6	52,5	0,015*
Отвлечение	15,9	24,9	0,006*
Социальное отвлечение	12,0	17,7	0,044*

*Различия статистически достоверны

Как видно из табл. 4, проблемно-ориентированный копинг выражен у юношей и девушек из неполных семей примерно одинаково, эмоционально-ориентированный копинг чаще используют девушки. Статистическая достоверность различий не выявлена.

Между стратегиями совладающего поведения юношей и девушек из неполных семей обнаружены статистически значимые различия по копингу, ориентированному на избегание, отвлечению и социальному отвлечению. Девушки из неполных семей используют данные виды копинга значительно чаще, чем юноши. Хотя избегание не всегда является эффективным способом совладания с трудностями, есть ситуации, в которых только эта стратегия способна помочь человеку пережить трудную стрессовую ситуацию.

Выводы. Обнаружены статистически значимые различия в защитном и совладающем поведении юношей и девушек из полных и неполных семей. Установлено, что регрессия и проекция значимо выше у девушек из полных семей, чем у юношей из полных семей. Регрессия значимо выше девочек из неполных семей, чем у мальчиков из полных семей.

У юношей из полных семей более выражены компенсация и интеллектуализация по сравнению с девушками из полных семей. У юношей из неполных семей более выражены подавление и замещение, чем у девушек из неполных семей. Значит, юноши из полных семей в трудных и стрессовых ситуациях чаще используют конструктивные механизмы психологической защиты по сравнению с девушками из полных семей. Юноши из неполных семей чаще используют неконструктивные механизмы психологической защиты по сравнению с девушками из неполных семей.

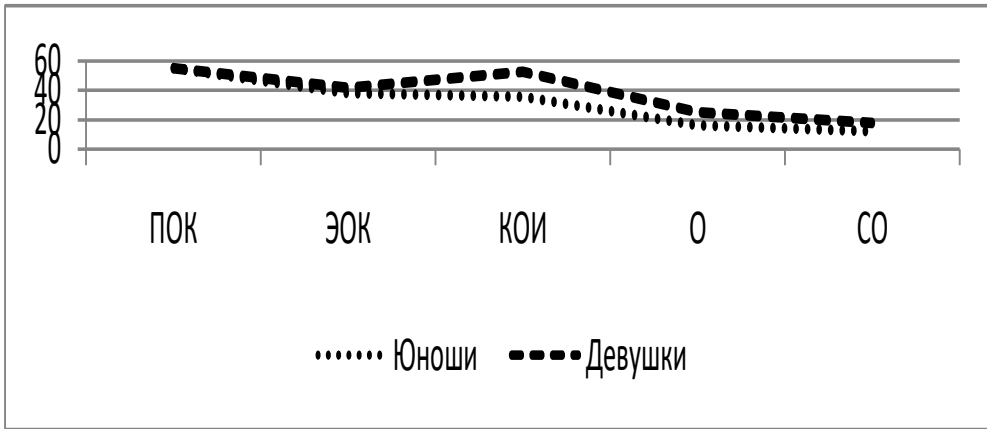


Рисунок 3. Совладающее поведение юношей и девушек из неполных семей. Обозначения те же.

Юноши из полных семей чаще используют проблемно-ориентированный копинг и реже эмоционально-ориентированный копинг и копинг, направленный на избегание по сравнению с девушками из полных семей. Статистическая достоверность различий не выявлена.

Проблемно-ориентированный копинг выражен у юношей и девушек из неполных семей примерно одинаково, эмоционально-ориентированный копинг чаще используют девушки, но статистическая достоверность различий не выявлена. Юноши из неполных семей значимо реже, чем девушки из неполных семей используют копинг, ориентированный на избегание, отвлечение и социальное отвлечение. Таким образом, у девушек из неполных семей совладающее поведение в трудных стрессовых ситуациях более выражено, чем у юношей из неполных семей.

Полученные результаты исследования могут быть использованы в коррекционной работе с юношами и девушками из полных и неполных семей для развития эффективных способов поведения в трудных стрессовых ситуациях. В психологической помощи более всего нуждаются юноши из неполных семей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова И.В. и др. Особенности совладающего поведения студентов факультета физической культуры с разными уровнями тревожности // Ученые записки имени Лесгафта. – 2011. – № 10(80). – С. 42-45.
2. Борисова И.В., Фролова А.Г. Особенности коммуникативно-характерологических тенденций личности подростков из неполных семей // Научное обозрение: гуманитарные исследования. – 2015. – № 12. – С. 87-92.
3. Грановская Р.М., Никольская И.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
4. Зуев К.Б. Психологические особенности подростков из неполных семей // Вестник Томского государственного университета. - 2009. № 324.
5. Иванченко, В.А. Социально-психологические особенности детей из неполных семей // Известия Саратовского университета. - 2010. Т.10. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – № 2. – С. 69-72.
6. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – СПб., 2010. – 48 с.
7. Крюкова Т.Л., Гущина Т.В. Культура, стресс и копинг: социокультурная контекстуализация исследований совладающего поведения. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2015. – 236 с.

8. Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте.- Прага; Авиценум, 2004.

9. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. – Мытищи: Изд-во «Талант», 1996. – 144 с.

10. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы. – М.: Институт психологии РАН, 2008. – С. 21–54.

REFERENCES

1. Borisova I.V. i dr. Osobnosti sovladajushhego povedenija studentov fakul'teta fizicheskoj kul'tury s raznymi urovnjami trevozhnosti // Uchenye zapiski imeni Lesgaf-ta. – 2011. – № 10(80). – S. 42-45.

2. Borisova I.V., Frolova A.G. Osobnosti kommunikativno-harakterologicheskikh tendencij lichnosti podroستkov iz nepolnyh semej // Nauchnoe obozrenie: gumanitarnye issledovanija. – 2015. – № 12. – S. 87-92.

3. Granovskaja R.M., Nikol'skaja I.M. Psihologicheskaja zashhita u detej. – SPb.: Rech', 2010. – 352 s.

4. Zuev K.B. Psihologicheskie osobnosti podroستkov iz nepolnyh semej // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. - 2009. № 324.

5. Ivanchenko, V.A. Social'no-psihologicheskie osobnosti detej iz nepolnyh semej // Izvestija Saratovskogo universiteta. - 2010. T.10. Ser. Filosofija. Psihologija. Pedagogika. – № 2. – S. 69-72.

6. Isaeva E.R. Sovladajushhee so stressom i zashhitnoe povedenie lichnosti pri rastrojstvah psihicheskoj adaptacii razlichnogo geneza: Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. – SPb., 2010. – 48 s.

7. Krjukova T.L., Gushhina T.V. Kul'tura, stress i koping: sociokul'turnaja kontekstualizacija issledovanij sovladajushhego povedenija. – Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2015. – 236 s.

8. Langmejer I., Matejcek Z. Psihicheskaja deprivacija v detskom vozraste.- Pra-ga; Avicenum, 2004.

9. Romanova E.S., Grebennikov L.R. Mehanizmy psihologicheskoi zashhity: genezis, funkcionirovanie, diagnostika. – Mytishhi: Izd-vo «Talent», 1996. – 144 s.

10. Jaltonskij V.M., Sirota N.A. Psihologija sovladajushhego povedenija: razvitie, dostizhenija, problemy, perspektivy / Pod red. A.L. Zhuravleva, T.L. Krjukovoj, E.A. Sergienko // Sovladajushhee povedenie: sovremennoe sostojanie i perspektivy. – M.: Institut psihologii RAN, 2008. – S. 21–54.

I.V. Borisova, E.S. Ermakova

PROTECTIVE AND COPING-BEHAVIOUR OF YOUNG MEN AND GIRLS FROM FULL AND INCOMPLETE FAMILIES

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

Summary. The article presents the results of an empirical study of the protective and coping behavior of boys and girls from complete and incomplete families. Reliable differences in psychological protection between young men and women from full families, as well as between boys and girls from single-parent families, have been revealed. Differences in the coping behavior of boys and girls from complete families are not established. Young people from incomplete families are significantly less likely than girls from single-parent families use coping focused on avoidance, distraction and social distraction.

Keywords: protective behavior, coping behavior, mechanisms of psychological defense, coping strategies, young men and women from complete families, boys and girls from single-parent families.

В.В. Пушина

**МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ
КАК ФАКТОР РИСКА ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ****Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
Национальный исследовательский университет, ГБУЗ НО «Наркологическая больница» (Нижний Новгород).**

Резюме. Статья посвящена описанию развития, этиологии, симптомов и типов минимальной мозговой дисфункции у детей. В статье представлены исследования типов минимальной мозговой дисфункции у дошкольников, младших школьников и подростков, употребляющих курительные смеси, а также взрослых мужчин с синдромом зависимости от алкоголя.

Ключевые слова: минимальная мозговая дисфункция (ММД), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), типы минимальной мозговой дисфункции (ММД), курительные смеси, синдром зависимости от алкоголя.

По данным различных исследователей, в настоящее время растет число детей с проблемами в психическом развитии [1, 2, 3]. Результаты обследования детей в Нижнем Новгороде показали, что различные психические отклонения имеют 60% из них [9]. Наибольшую группу составляют дети с легкими нарушениями в созревании и функционировании мозга [4, 10].

Легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы (ЦНС), чаще всего резидуально-органической природы, называют минимальными мозговыми дисфункциям (ММД). ММД - наиболее распространенная форма нервно-психических нарушений в детском возрасте, частота встречаемости которой среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 5%-20% [10]. ММД рассматривается как последствие ранних локальных повреждений головного мозга, выражающихся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. Общее интеллектуальное развитие у детей с ММД может находиться на уровне нормы, но при этом они испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов коры больших полушарий головного мозга у детей с ММД отмечаются нарушения двигательного и речевого развития, трудности в формировании навыков письма, чтения и счета.

Опыт показывает, что наиболее распространенным вариантом ММД у детей является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). В раннем возрасте, уже на первых месяцах жизни, для таких детей характерен синдром гиперактивности. Они беспокойны, у них отмечаются беспричинный крик, избыточная двигательная активность, вегетативные реакции в виде покраснения, усиленная потливость, тахикардия, учащение дыхания, повышение мышечного тонуса, тремор подбородка, рук, нарушения сна, трудности с кормлением и желудочно-кишечные нарушения. Дети плохо берут грудь, беспокойны во время приема пищи, у них имеется предрасположенность к срыгиванию. На первом году жизни у некоторых есть отставание темпа психомоторного развития. В возрасте от года до

трех лет дети с ММД повышено возбудимы, беспокойны, с частыми нарушениями сна и аппетита, слабой прибавкой массы тела. Для них характерно некоторое отставание в психоречевом и двигательном развитии. К трем годам у детей с ММД отмечаются моторная неловкость, повышенная утомляемость, отвлекаемость, двигательная гиперактивность и расторможенность, импульсивность, упрямство и негативизм, нередко наблюдается задержка в формировании навыков опрятности, может четко выявляться речевое недоразвитие. У многих детей слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук, они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки.

Обычно усиление симптомов ММД происходит к началу посещения детского сада или школы. Неспособность ЦНС справляться с требованиями, предъявляемыми ребенку в новых условиях увеличения психических и физических нагрузок, может приводить к нарушениям поведения в виде упрямства, непослушания, негативизма, а также невротическим расстройствам и задержке развития речи.

Выраженность проявлений ММД часто совпадает с критическими периодами психоречевого развития. Первый период приходится на возраст 1-2 лет, когда идет интенсивное развитие корковых речевых зон и активное формирование навыков речи; второй - на возраст 3 лет, когда у ребенка увеличивается запас активно используемых слов, совершенствуется фразовая речь, активно развиваются память и внимание; третий критический период относится к возрасту 6-7 лет, когда начинают формироваться навыки письма и чтения.

У детей с ММД 6-7 лет может проявляться целый комплекс симптомов нарушения поведения: повышенная возбудимость, непоседливость, разбросанность, расторможенность влечений, чувство вины и другие отрицательные переживания. Данные дети как будто «без тормозов», они ни секунды не могут усидеть на месте, постоянно отвлекаются, мешают другим, легко переключаются с одного занятия на другое, не доводя начатое дело до конца. Они дают обещания, что будут вести себя хорошо, но быстро о них забывают. Для них характерен ослабленный инстинкт самосохранения, который проявляется в частых падениях, травмах, ушибах ребенка. Эти проявления у детей с ММД обусловлены общей слабостью тормозных систем мозга, сдерживающих начал вследствие врожденной, генетически обусловленной неразвитости лобных отделов головного мозга, ответственных за функции контроля, волевого сосредоточения и критики. Органической церебральной почвой ММД в большом числе случаев может быть и хронический алкоголизм родителей, оказывающий повреждающее воздействие на эмбриональную стадию внутриутробного развития. Совместные генетические и церебрально-органические изменения мозга, описанные выше, способствуют формированию особенностей характера и поведения этих детей.

Можно видеть, что если в дошкольном возрасте среди детей с ММД преобладают гипертормозимость, двигательная расторможенность или, наоборот, медлительность, а также моторная неловкость, рассеянность, отвлекаемость, непоседливость, повышенная утомляемость, импульсивность, то у школьников на первый план выступают трудности в обучении и нарушения поведения. Детям с ММД также свойственны слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, неуверенность в себе, заниженная самооценка. У них могут наблюдаться социальные фобии, отдельные страхи, вспыльчивость. В подростковом возрасте у ряда детей с ММД нарастают нарушения поведения, агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость, появляются случаи употребле-

нию алкоголя и наркотиков.

Таким образом, усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию ММД. При этом основными симптомами являются:

- повышенная умственная утомляемость, сниженная работоспособность;
- отвлекаемость, неустойчивость, трудности концентрации, отсутствие распределения, проблемы с переключением внимания;
- снижение объема оперативной памяти, трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную;
- неполная сформированность зрительно-моторной координации;
- затруднения в запоминании нового материала;
- изменения временной протяженности рабочих и релаксационных циклов в деятельности мозга;
- плохая переносимость шума, яркого света, жары и духоты;
- укачивание в транспорте с появлением головокружения, тошноты и рвоты;
- возможны головные боли.

Этиологическую основу ММД составляют факторы, подразделяющиеся по времени воздействия на пренатальные (внутриутробные), натальные (повреждения в процессе родов) и постнатальные (осложнения первых лет жизни ребенка). Причины, влияющие на возникновение пренатальных поражений ЦНС: соматические заболевания матери с явлениями хронической интоксикации; острые инфекционные заболевания или обострение хронических очагов инфекции в организме матери в период беременности; нарушение питания и общая незрелость беременной женщины; наследственные заболевания и нарушения обмена веществ; патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и пр.); вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка; внутриутробные инфекции; интоксикации; употребление беременной алкогольных напитков, курение; действие различных видов излучения; генетическая обусловленность.

Причины, влияющие на возникновение натальных поражений ЦНС: патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности и пр.) и травмы при применении родового пособия; длительный безводный период; отсутствие или слабая выраженность схваток и неизбежная в этих случаях стимуляция родовой деятельности; недостаточное раскрытие родовых путей; стремительные роды; применение ручных родовспомогательных приемов; кесарево сечение; обвитие плода пуповиной; большая масса тела и размеры плода; недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни;

Причины, влияющие на возникновение постнатальных поражений ЦНС: нейроинфекции; сотрясения, сильные ушибы и травмы головного и спинного мозга; заболевания, сопровождающиеся высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств; операции под наркозом.

Поражения головного мозга перинатального периода условно можно разделить на гипоксически-ишемические, возникающие вследствие недостатка поступления кислорода в организм плода или его утилизации во время беременности (хроническая внутриутробная гипоксия плода) или родов (острая гипоксия плода, асфиксия); травматические, чаще всего обусловленные травматическим повреждением головки плода в момент родов; смешанные гипоксически-травматические поражения ЦНС.

По данным некоторых специалистов, на развитие ММД влияет и генетический фактор; так, у 57% родителей, чьи дети страдают ММД, в детстве наблюдались такие же симптомы [5, 6].

Усилить проявления ММД могут неблагоприятные семейные факторы: неподготовленность к семейной жизни; напряженность и частые конфликты в семье; предубежденность и нетерпимость родителей по отношению к детям [8]. Низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем в семье, использование физических методов наказания также негативно влияют на проявления ММД [6].

Два основных типа ММД, астеничный и гиперактивный (реактивный), легко выделяемы по поведенческим признакам. Более легкими формами нарушений, трудно отличимыми от нормы по внешнему поведению, являются три типа ММД: ригидный, активный, субнормальный [10].

Астенический тип у детей проявляется:

- повышенной утомляемостью, истощаемостью, которая может быть характерна только для их интеллектуальной деятельности. Такие дети довольно быстро «выключаются» на уроках, смотрят отсутствующим взглядом «в никуда», могут не реагировать на замечания. Напряженная умственная деятельность их быстро утомляет и «выключает», что приводит к неравномерной работоспособности в течение урока;

- снижением объема кратковременной и оперативной памяти, затруднением перехода информации в долговременную память, что может привести к ее ослаблению;

- неустойчивостью произвольного внимания, слабой концентрацией, низким распределением и замедленной переключаемостью. Два дела одновременно такие дети делать не могут, например, писать и слушать объяснение учителя. Они или не слышат учителя, или напишут не то, что требуется, если вообще что-то могут написать, т. к., не успевая следить за речью, перестают понимать смысл сообщения;

- бедностью образной сферы представлений, малым установлением ассоциативных связей с внутренним опытом, в результате чего дети часто выглядят необычными, кажутся задумчивыми, уходят в себя, дают странные, нестандартные ответы;

- эмоциональной инертностью и «вялостью», положительные эмоции вызывают на данных детей возбуждение, а отрицательные – психическое истощение.

Реактивный тип у детей проявляется:

1. двигательной расторможенностью, вынужденной неуправляемой реактивностью, сочетающейся с повышенной возбудимостью, автоматической переключаемостью деятельности и утомляемостью;

2. откликаемостью на любые внешние раздражители без переключаемости внимания и самонастройки, поэтому быстро сменяющая друг друга деятельность осуществляется некачественно, фрагментарно;

3. «полевым» поведением, которое направляется окружающими вещами, предметами и людьми;

4. отсутствием сдерживающего фактора в проявлении неуправляемого поведения; попытки сдерживать реактивного ребенка приводит к его действию по принципу отпущенной пружины;

5. порождением агрессии в связи с отсутствием сочувствия и понимания, раздражительностью, осуждением и неприязнью со стороны окружающих;

6. периодическим «отключением» и быстрым утомлением, в связи с чем не могут сохраняться восприимчивость и умственная работоспособность к концу учебного дня, несмотря на двигательную активность в течении всего дня;

7. неустойчивостью внимания;

8. бурными эмоциональными реакциями, оказывающими сильное влияние на деятельность детей до полной ее дезорганизации, но быстро проходящими. Они могут сочетаться с неглубокими внутренними переживаниями.

Ригидный тип у детей проявляется:

- замедленностью действий, речи, реакций, медленным темпом; ригидные дети с большей задержкой отвечают на вопросы;
- высокой утомляемостью, периодическими «выключениями» и восстановлением интеллектуальной работоспособности;
- медленной вработываемостью и плохой переключаемостью;
- нейродинамической и эмоциональной инертностью со склонностью к эмоциональным «застреваниям» с глубокими переживаниями.

Активный тип у детей проявляется:

- быстрой утомляемостью, неспособностью произвольно регулировать свою работоспособность, поэтому такие дети могут активно включиться в деятельность, но работать недолго, не доводя дело до конца, несмотря ни на какие упреки и контроль со стороны взрослых;
- низким объемом оперативных процессов памяти и внимания, что приводит к неравномерной успеваемости в школе.

Субнормальный тип у детей проявляется;

- повышенной утомляемостью;
- снижением объема оперативной памяти, произвольного внимания;
- незначительным «отключением», но с сохранностью работоспособности;
- пробелами в знаниях.

Распространенность выделенных типов в популяции детей с ММД примерно следующая: астеничный – 15%, реактивный – 25%, ригидный – 20%, активный – 10%, субнормальный – 30% [10].

Нормализация работы мозга зависит, в первую очередь, от общего состояния здоровья. Нередко в латентной и ослабленной форме отдельные проявления ММД, чаще астенического и реактивного типа, остаются на всю жизнь. Работа мозга у детей ригидного типа даже без лечения часто полностью нормализуется к 6-7 классу (иногда раньше), активного типа – к 7-8 классу, а субнормального типа, как наиболее благополучного и близкого в норме, – к 3-5 классу.

Следует отметить, что не всегда удастся однозначно отнести обследуемого ребенка к какому-либо одному из типов ММД. Дети с мозговой дисфункцией – это полиморфная группа. Их общее свойство - наличие малых неврологических признаков, которые обычно сочетаются с проявлениями психического дизонтогенеза как в интеллектуальной, так и в эмоционально-волевой сфере, часто в виде задержки психического развития.

Существуют несколько вариантов прогноза ММД.

- У 25%-50% детей, когда они становятся подростками и взрослыми, симптомы со временем исчезают.
- У 50% и более детей симптомы различной степени остаются, но без признаков развития психопатологии. У таких людей наблюдаются проблемы в повседневной жизни, выражено чувство «нетерпеливости и неутомности», импульсивность, социальная неадекватность, чувство низкой самооценки, большая частота несчастных случаев, разводов, перемены мест работы.
- У ряда детей во взрослом состоянии могут быть тяжелые осложнения в виде личностных или антисоциальных изменений, алкоголизма и даже психических

расстройств.

Цель настоящего исследования - определение типов профилей ММД у детей, подростков и взрослых.

Всего обследованы 70 детей в возрасте от 6,5 лет до 10 лет с диагнозом «ММД»; 30 подростков (средний возраст 16,1 лет), употребляющих курительные смеси; 15 подростков в возрасте 16-17 лет, не употребляющих психоактивные вещества, но имеющих низкую успеваемость в школе; 40 взрослых мужчин (средний возраст 30,5 лет) с синдромом зависимости от алкоголя.

Методики исследования: тест Тулуз-Пьерона [10], анализ медицинской документации.

Результаты исследования. Анализ профилей ММД у детей 6-10 лет в целом выявил в 65% реактивный тип, в 20% – астеничный, в 15% – субнормальный. По данным анамнеза, во время беременности и родов у матерей детей с ММД были следующие нарушения: токсикоз (15%); угроза выкидыша (18%); преждевременное отхождение вод (14 %); амниотомия (25%); стимуляция родов (32%); кесарево сечение (25%). В 25% имела место гипоксия, в 10% - обвитие пуповиной. На момент психологического обследования у 10% детей наблюдалась задержка психического развития, у 90% - повышенный уровень страхов.

Средние показатели точности выполнения теста Тулуз-Пьерона детьми 6-6,5 лет соответствовали уровню патологии ($K=0,87$), скорость выполнения — возрастной норме ($V=29,5$). Профили ММД у дошкольников в 86% случаев соответствовали реактивному и в 14% - субнормальному типам.

Среднее значение выполнения теста Тулуз-Пьерона первоклассниками соответствовало уровню патологии ($K=0,85$), скорость выполнения - возрастной норме ($V=23,1$). Профили ММД у первоклассников в 65% случаев соответствовали реактивному, в 14% - астеничному, в 21% - субнормальному типам.

В группе учащихся 2-го класса точность выполнения теста Тулуз-Пьерона соответствовала уровню патологии ($K=0,90$), среднее значение скорости - слабому уровню ($V=27,7$). Результаты профилей ММД у второклассников в 70% случаев соответствовали реактивному, в 18% - субнормальному, в 12% - астеничному типам.

Среднее значение точности выполнения теста Тулуз-Пьерона по группе учащихся 3-4-го класса ($K=0,90$) соответствовали слабому уровню, скорости выполнения ($V=32,1$) - возрастной норме. Результаты профилей ММД данных учащихся в 65% случаев соответствовали реактивному и в 35% - астеническому типам. Субнормального типа ММД у обучающихся в 3-4 классах не отмечалось, так как к этому возрасту работа мозга при данном профиле, как наиболее благополучном и близком к норме, нередко даже без лечения полностью нормализуется.

Исследование подростков, употребляющих курительные смеси, в 100% наблюдений выявило ММД по реактивному типу. Средние значения точности ($K=0,91$) и скорости ($V=31,46$) выполнения теста Тулуз-Пьерона у них соответствовали слабому уровню.

Результаты исследования подростков, не употребляющих психоактивные вещества, но плохо успевающих в общеобразовательной школе, показали, что в 80% случаев у них выявляется реактивный профиль ММД, в 20% - астеничный. Средние значения точности ($K=0,91$) и скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона ($V=46,1$) у них соответствовало слабому уровню.

Анализ анамнеза зависимых от алкоголя взрослых мужчин в 90% случаев показал наличие перинатальных нарушений в виде угрозы выкидыша, обвития пуповиной, стимуляции родов, гипоксии, перинатальной энцефалопатии. Результаты

выполнения данными мужчинами теста Тулуз-Пьерона, показали, что в 57% у них имеется типологический астеничный профиль ММД и в 43% – реактивный. Среднее значение скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона ($V=41,7$) соответствовало слабому уровню, точность выполнения ($K=0,95$) – средней возрастной норме.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод о том, что реактивный и астеничный типы ММД могут оставаться в подростковом и взрослом возрасте, обуславливая нарушение процессов адаптации и являясь фактором риска правонарушений, развития влечения к алкоголю и наркотическим веществам.

Выводы:

- У дошкольников и учащихся первых классов ММД в большей степени проявляется в нарушении точности выполнения заданий, произвольной концентрации внимания. Для дошкольников больше характерны реактивный и субнормальный профили ММД, для первоклассников – реактивный, астеничный и субнормальный типы.

- У детей на втором году обучения в школе отмечается нарушение точности и устойчивости внимания во времени, характерны реактивный, астеничный и субнормальный профили ММД.

- Для учащихся 3-4 классов с ММД характерна слабая концентрация внимания с возрастными нормативами устойчивости скорости во времени, реактивный и астеничный типы.

- Для подростков, употребляющих курительные смеси, характерны проявления ММД по реактивному типу. Для мужчин, зависимых от алкоголя, характерны проявления астеничного и реактивного типа ММД. Проявления реактивного и астеничного типов ММД могут оставаться в подростковом и взрослом состоянии, способствовать нарушению процессов адаптации и выступать фактором риска формированию влечения к алкоголю и наркотическим веществам.

Рекомендации. Исходя из результатов исследования, усилия специалистов медико-психологического профиля должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию ММД, прежде всего у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Для решения данной задачи необходимо реализовать единство семьи и образовательного учреждения в создании положительного эмоционального климата, окружающего ребенка. Психологическая помощь детям с ММД может быть основана на программе психологической коррекции детей с СДВГ [2], а также на программе нейропсихологического развития и коррекции детей с СДВГ [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Академия, 2002. — 480 с.
2. Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (с учетом их половых различий). Программа, методические рекомендации. – М.: УЦ «Перспектива», 2009. – 44 с.
3. Дети с СГВД: причины, диагностика, комплексная помощь: Учебное пособие / Под ред. М.М. Безруких. – М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2009. – 248 с.
4. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). – СПб.: ООО «ЭЛСИ-СПб», 2005. – 320 с.
5. Максимова А. Гиперактивность и дефицит внимания у детей. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 224 с.
6. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с.
7. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагно-

стика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 128 с.

8. Сулова Г.А. Научное обоснование организации медицинской помощи детям с нарушениями психосоциального развития (на примере ММД) / Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 2001. – 39 с.

9. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 9. – С. 4–8.

10. Ясюкова Л.Я. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство. – СПб.: ИМАТОН, 2000. – 96 с.

REFERENCES

1. Vlasova T.A., Pevzner M.S. O detjah s otklonenijami v razvitii. – М.: Akademiya, 2002. — 480 s.

2. Gabdrakipova V.I., Jeydemiller Je.G. Psihologicheskaja korrakcija detej s sindromom deficita vnimanija i giperaktivnost'ju (s uchetom ih polovyh razlichij). Programma, metodicheskie rekomendacii. – М.: UC «Perspektiva», 2009. – 44 s.

3. Deti s SGVD: prichiny, diagnostika, kompleksnaja pomoshh': Uchebnoe posobie / Pod red. M.M. Bezrukih. – М.: MPSI; Voronezh: NPO «MODJeK», 2009. – 248 s.

4. Lohov M.I., Fesenko Ju.A. Plohoj horoshij rebenok. (Problemy razvitija, narushenija povedenija, vnimanija, pis'ma i rechi). – SPb.: ООО «JeLSI-SPb», 2005. – 320 s.

5. Maksimova A. Giperaktivnost' i deficit vnimanija u detej. – Rostov n/D.: Feniks, 2006. – 224 s.

6. Monina G.B., Ljutova-Roberts E.K., Chutko L.S. Giperaktivnye deti: psihologo-pedagogicheskaja pomoshh'. – SPb.: Rech', 2007. – 186 s.

7. Sirotnjuk A.L. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju. Diagnostika, korrakcija i prakticheskie rekomendacii roditeljam i pedagogam. – М.: TC Sfera, 2002. – 128 s.

8. Cuslova G.A. Nauchnoe obosnovanie organizacii medicinskoj pomoshhi detjam s narushenijami psihosocial'nogo razvitija (na primere MMD) / Avto-ref. dis. d-ra med. nauk. – SPb., 2001. – 39 s.

9. Haleckaja O.V., Troshin V.M. Minimal'naja disfunkcija mozga v detskom vozraste // Zh. неврол. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1998. – № 9. – С. 4–8.

10. Jasjukova L.Ja. Optimizacija obuchenija i razvitija detej s MMD. Diagnostika i kompensacija minimal'nyh mozgovykh disfunkcij. Metodicheskoe rukovodstvo. – SPb.: ИМАТОН, 2000. – 96 с.

V.V. Pushina

MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION AS A RISK FACTOR OF CHEMICAL DEPENDENCY

Nizhny Novgorod State University named N.I. Lobachevskyy, National Research University, GBUZ BUT «Narcological hospital» (Nizhny Novgorod).

Summary. The article describes the development, etiology, symptoms, and types of minimal brain dysfunction in children. The article presents studies of types of minimal brain dysfunction in preschool children, younger schoolboys and teenagers who use Smoking mixes, and also adult men with the syndrome of dependence on alcohol.

Keywords: minimal brain dysfunction (MBD), attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), types of minimal brain dysfunction (MBD), Smoking blends, syndrome of dependence on alcohol.

А.Н. Яковлев, В.И. Витчинкина, Н.В. Пашкевич, М.И. Коростин,
Д.В. Пажитных, А.А. Ткачев

**ПОДВЕРЖЕННОСТЬ МИКРОСОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ АДДИКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ
ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер» (Липецк).**

Резюме: Проведено определение генетического риска формирования химической зависимости по генопрофилю из 5 локусов дофаминергической системы (4 локуса генов дофаминовых рецепторов 2 и 4 типов, ген тирозингидроксилазы) и исследование микросоциальных проблем по опроснику «Оценка риска и возможностей» (русскоязычный вариант опросника Assessing Risk and Need in Youthful Offenders – RNA) у 48 подростков, из которых 23 (47,9%) вели трезвый образ жизни, а у 25 чел (52,1%) диагностировано употребление ПАВ с вредными последствиями (злоупотребление). Установлено, что у подростков с высоким генетическим риском злоупотребление ПАВ возникает при меньшей интенсивности негативных микросоциальных факторов. Рекомендовано использование генотипирования для уточнения направленности профилактических мер для подростков.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, подростки, генетический риск, дофамин, микросоциальные факторы

Введение. Генетическая предрасположенность расценивается как важное условие для формирования наркологических расстройств [1, 7, 8]. Однако многими авторами высказывается предположение, что злоупотребление ПАВ у подростков контролируется скорее неблагоприятными микросоциальными факторами, чем генетическими [10]. С нашей точки зрения влияние социальных и генетических факторов, способствующих злоупотреблению ПАВ, стоит не противопоставлять, а изучать во взаимосвязи, в рамках единого биопсихосоциального подхода.

В качестве генов-кандидатов, повышающих риск наркологических заболеваний, указываются гены различных систем мозга, но наиболее убедительные данные получены в отношении генов дофаминергической (ДА) нейромедиаторной системы [1, 7, 8]. Согласно концепции уровня генетического риска развития наркологических заболеваний [7, 8], индивидуальный уровень генетического риска (УГР) можно рассчитать путем генопрофилирования по генетическим маркерам ДА-системы, при этом наличие маркера, ассоциированного с развитием химической зависимости, оценивается в баллах, итоговый УГР является суммой набранных баллов. Некоторые из генетических маркеров, учитываемых при определении УГР, ассоциированы с неадаптивными личностными чертами (импульсивностью, низкой дисциплиной, «поиском новизны»), гиперкинетическими расстройствами [2, 4, 14, 15, 17].

В связи с тем, что клинические и личностные особенности, ассоциированные с маркерами генетического риска наркологических заболеваний, затрудняют адекватную социальную адаптацию, можно предполагать, что чем выше УГР, тем меньшая интенсивность неблагоприятных микросоциальных факторов потребуются для формирования наркологической патологии [8]. Однако это предположение остается без достаточной эмпирической проверки.

В работах отечественных и зарубежных авторов выделены основные микросоциальные факторы, способствующие злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ) подростками: семейное неблагополучие, асоциальный круг общения, неорганизованность досуга, проблемы с учебной деятельностью и(или) от-

сутствие постоянной занятости, работы [6, 9, 11, 12, 13]. Следует отметить, что в немногочисленных работах, где развитие наркологических заболеваний было соотнесено на русской выборке как с генетической отягощенностью, так и с неблагоприятными социальными условиями [4], не дифференцируется значимость для прогноза употребления ПАВ отдельных микросоциальных факторов и не измеряется интенсивность неблагоприятного микросоциального воздействия, что затрудняет выделение целей при организации социальной помощи.

Целью данной работы стала проверка гипотезы о злоупотреблении ПАВ подростками с высоким УГР при меньшей тяжести микросоциальных проблем, чем у подростков с низким УГР.

Материалы и методы. В исследование включались этнически русские подростки в возрасте 14-17 лет, обратившиеся в Липецкий областной наркологический диспансер для проведения профилактических осмотров или медицинских освидетельствований. Условием участия в исследовании было добровольное информированное согласие. Исключались лица, имеющие объективные затруднения для социальной адаптации: мигранты, инвалиды, лица, проживающие в детских домах и интернатах. Исключению подлежали и те подростки, в отношении которых сведения объективного анамнеза отсутствовали или противоречили субъективным данным и результатам клинического осмотра и лабораторного исследования.

Всего в исследовании приняли участие 48 подростков (средний возраст $16,0 \pm 1,1$ года), 10 девушек (20,8%) и 38 юношей (79,2%). Из них 9 чел. (18,7%) составили лица, проходящие медицинское освидетельствование на предмет годности к военной службе, 13 чел (27,1%) – лица, проходящие медицинское освидетельствование в связи с совершением уголовных преступлений, 26 чел (54,2%) – лица, направленные в диспансер подразделениями полиции и комиссиями по делам несовершеннолетних в связи административными правонарушениями.

Всем респондентам проведено химико-токсикологическое исследование мочи с целью подтверждения употребления наркотиков, определение уровня карбогидрат-дефицитного трансферрина и трансаминаз (ГГТ, АЛТ, АСТ) в венозной крови для подтверждения токсического воздействия ПАВ на организм подростка, а также клинический осмотр психиатром-наркологом, обследование клиническим психологом.

Употребление ПАВ с вредными последствиями, по критериям МКБ-10, (далее - злоупотребление) установлено у 25 чел. (52,1%), из них злоупотребляли алкоголем 14 чел. (29,2%), злоупотребление алкоголем наряду с эпизодическим приемом наркотиков наблюдалось у 11 чел. (22,9%), из них каннабиноиды принимали 7 чел. (14,6%), летучие растворители – 3 чел. (6,2%), семена дурмана - 1 чел. (2,1%). Лиц, больных зависимостью, согласно критериям МКБ-10, среди обследованных не обнаружено.

Измерение негативной микросоциальной нагрузки на подростка проводилось с помощью опросника «Оценка риска и возможностей» (ОРВ). ОРВ является русскоязычной адаптацией опросника «Оценка риска и криминальных потребностей несовершеннолетних» (Assessing Risk and Need in Youthful Offenders – RNA) [3]. Как RNA, так ОРВ достаточно широко используется в работе с девиантными подростками [3, 5, 16]. Несмотря на то что валидизация и стандартизация опросника ОРВ не завершена, на сегодняшний день ОРВ является одной из немногих русскоязычных методик, позволяющей комплексно ранжировать риск девиантного поведения для конкретного подростка с учетом микросоциальных факторов [3, 5]. ОРВ заполняется специалистом на основании интервью с подростком, но может включать в себя и объективные сведения [3]. Это является достоинством опросника, так как интерпретация самими подростками особенностей своей жизни может искажаться.

Опросник ОРВ в своей структуре имеет блоки (разделы), измеряющие интенсивность неблагоприятных микросоциальных факторов в баллах, что позволяет ранжировать результаты исследования.

Блок опросника ОРВ № 2 «Семейные обстоятельства» включает в себя шесть утверждений о неблагоприятной семейной обстановке и воспитательной беспомощности. Блок № 3 «Образование и трудовая занятость» состоит из семи утверждений о проблемах с образовательной (трудовой) деятельностью, блок № 4 «Взаимоотношения со сверстниками» (четыре утверждения о наличии и влиянии друзей с анти- или асоциальными установками) измеряет негативное давление уличной субкультуры, блок № 6 «Досуг» (три утверждения) отражает особенности проведения свободного времени.

За совпадение утверждения ОРВ и сведений о подростке по каждому из используемых блоков начислялись баллы в соответствии с инструкцией к опроснику [3]. Итоговая оценка по каждому блоку получалась суммированием начисленных баллов. Чем большим было количество набранных баллов, тем более тяжелым расценивается положение подростка. Кроме того, нами использовалась обобщенная оценка факторов микросоциального риска, полученная путем сложения баллов по каждому из четырех блоков.

ОРВ заполнялся клиническим психологом диспансера на основании сведений, сообщаемых подростками. Дополнительно использовались характеристики по месту учебы, заключения судебно-медицинской экспертизы, сведения из полиции и комиссий по делам несовершеннолетних, от законных представителей.

Для проведения статистического анализа было проведено ранжирование оценок по блокам ОРВ в соответствии с полученными при заполнении опросника баллами.

Интенсивность злоупотребления ПАВ была также ранжирована (0 - трезвость, 1 - злоупотребление алкоголем, 2 – злоупотребление алкоголем и эпизодический прием наркотиков).

УГР определялся по результатам построения индивидуального генопрофиля [7, 8]. Генопрофиль выявляли путем генотипирования ДНК обследуемых, выделенной из венозной крови, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) по 5 полиморфным локусам генов, контролирующим работу дофаминовой нейромедиаторной системы: дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) и фермента тирозингидроксилазы (ТН) [7].

Для расчета индивидуального УГР использовались генетические маркеры риска по методике А.О. Кибитова [7]. Маркерами общего риска считали генотипы А1/А2 локуса DRD2 Таq I и N1/N2 локуса DRD2 Nco I, генотипы 6.6, 7.9 и 8.10 локуса HUMTH01-VNTR; маркерами специфического риска: аллели А2, А4, А7, А8 локуса DRD4V48, аллели S локуса DRD4V120. Наличие маркеров общего риска оценивается в один балл, маркеров специфического риска – в 0,5 балла, итоговый УГР получали суммированием баллов [8]. В исследовании было проведено «ослепление» данных: сведения об УГР не сообщались психологам, проводившим интервью с обследуемым.

В связи с малым размером исследуемой выборки генетический риск был разделен на два уровня: низкий риск – до 0 до 1 балла, риск высокий – 1,5 балла и выше. Данное разделение представляется корректным, так как негативное влияние УГР на клиническую картину наркологических расстройств начинается с уровня в 1,5 балла и выше [7].

Обследуемые были разбиты на 4 группы: трезвые подростки с низким УГР (Т-нУГР) – 9 чел. (18,7%), трезвые подростки с высоким УГР (Т-вУГР) – 14 чел. (29,2%), потребители ПАВ (или аддиктанты) с низким УГР (А-нУГР) - 7 чел.

(14,6%), потребители ПАВ (аддиктанты) с высоким УГР (А-вУГР) – 18 чел. (37,5%).

Для сравнения величин использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U), для корреляционного анализа применялся коэффициент корреляции Спирмена r_s , для определения частоты встречаемости признака критерий Фишера ϕ . Различия считали достоверными при достижении уровня значимости $p < 0.05$.

Результаты исследования. Тяжесть микросоциальных проблем показала прямую корреляционную связь с наличием аддиктивного поведения, корреляция между УГР и блоками опросника ОРВ не достигла значимого уровня (табл. 1).

Таблица 1.

Корреляционные связи блоков опросника ОРВ с оценкой злоупотребления ПАВ и уровнем генетического риска (коэффициент корреляции Спирмена r_s , $n = 48$)

	ОРВ, блоки				
	Семейные обстоятельства, баллы	Образование (трудо-вая занятость), баллы	Взаимоотношения со сверстниками, баллы	Досуг, баллы	Обобщенная оценка микросоциального риска, баллы
Злоупотребление ПАВ, ранг	0,436 $p < 0,01$	0,545 $p < 0,01$	0,478 $p < 0,01$	0,456 $p < 0,01$	0,593 $p < 0,01$
УГР, баллы	0,072 $p > 0,05$	-0,062 $p > 0,05$	0,192 $p > 0,05$	0,120 $p > 0,05$	0,033 $p > 0,05$

Достоверные прямые корреляционные связи с потреблением ПАВ установлены для всех блоков опросника ОРВ, а коэффициент корреляции между интенсивностью злоупотребления ПАВ и обобщенной оценкой микросоциального неблагополучия больше, чем для каждого отдельного блока.

Динамику неблагоприятного микросоциального воздействия в момент возникновения аддиктивных расстройств наиболее корректно изучать с помощью лонгитюдного наблюдения. Однако сравнение выборок трезвых лиц и лиц, злоупотребляющих ПАВ, может дать ориентировочное представление о происходящих процессах.

Значения блоков ОРВ для трезвых и злоупотребляющих ПАВ лиц, имеющих низкий УГР, приведены в табл. 2, для подростков с высоким УГР – в табл. 3.

Таблица 2.

Значения блоков ОРВ у подростков с низким уровнем генетического риска наркологических заболеваний при злоупотреблении ПАВ и трезвом образе жизни

Разделы ОРВ, баллы	Группа А-нУГР (n=7)		Группа Т-нУГР (n=9)		Р, критерий Манна-Уитни
	среднее	стандартное отклонение	среднее	стандартное отклонение	
Семейные обстоятельства	2,57	2,07	0,89	1,05	$p > 0,05$
Образование (трудо-вая занятость)	3,43	1,51	0,44	0,72	$p < 0,01$
Взаимоотношения со сверстниками	1,71	0,75	0,67	1,32	$p > 0,05$
Досуг	1,57	1,40	0,67	1,12	$p < 0,05$
Обобщенная оценка микросоциального риска	9,43	3,87	2,67	3,84	$p < 0,01$

Таблица 3.

Значения блоков ОРВ у подростков с высоким уровнем генетического риска при злоупотреблении ПАВ и трезвом образе жизни.

Разделы ОРВ, баллы	Группа А-вУРГ (n=18)		Группа Т-вУРГ (n=14)		Р, критерий Манна-Уитни
	среднее	стандартное отклонение	среднее	стандартное отклонение	
Семейные обстоятельства	2,0	1,68	1,07	0,99	p>0,05
Образование (трудова́я занятость)	1,67	1,78	0,78	1,25	p>0,05
Взаимоотношения со сверстниками	1,77	1,27	1,14	1,29	p>0,05
Досуг	1,28	1,27	0,64	1,15	p>0,05
Обобщенная оценка микросоциального риска	6,67	4,32	3,64	3,45	p<0,05

Результаты сравнения блоков ОРВ между подростками с разным УГР и злоупотреблением ПАВ, отражены в табл. 4.

Таблица 4.

Значения блоков ОРВ у подростков с различным уровнем генетического риска при злоупотреблении ПАВ

Блоки ОРВ, баллы	Группа А-нУРГ (n=7)		Группа А-вУРГ (n=18)		Р, критерий Манна-Уитни
	среднее	стандартное отклонение	среднее	стандартное отклонение	
Семейные обстоятельства	2,57	2,07	2,0	1,68	p>0,05
Образование (трудова́я занятость)	3,43	1,51	1,67	1,78	p<0,05
Взаимоотношения со сверстниками	1,71	0,75	1,77	1,11	p>0,05
Досуг	1,57	1,39	1,28	1,27	p>0,05
Обобщенная оценка микросоциального риска	9,42	3,86	6,66	4,32	p>0,05

Таблица 5.

Значения блоков ОРВ у подростков с различным уровнем генетического риска наркологических заболеваний при трезвом образе жизни.

Блоки ОРВ, баллы	Группа Т-нУРГ (n=9)		Группа Т-вУРГ (n=14)		Р, критерий Манна-Уитни
	среднее	стандартное отклонение	среднее	стандартное отклонение	
Семейные обстоятельства	0,89	1,05	1,07	0,99	p>0,05
Образование (трудова́я занятость)	0,44	0,72	0,78	1,25	p>0,05
Взаимоотношения со сверстниками	0,67	1,32	1,14	1,29	p>0,05
Досуг	0,67	1,12	0,64	1,15	p>0,05
Обобщенная оценка микросоциального риска	2,67	3,84	3,64	3,45	p>0,05

При сравнении групп злоупотребляющих ПАВ подростков отмечена достоверно бóльшая интенсивность проблем с учебой или работой у лиц с низким УГР. По остальным шкалам, выключая обобщенную оценку микросоциального риска, различия не достигли статистической значимости.

Сравнение групп трезвых подростков значимых различий по интенсивности воздействия неблагоприятных микросоциальных факторов не выявило (табл. 5).

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают ведущую роль микросоциальных факторов при формировании аддиктивного поведения, при этом УГР модифицирует результат микросоциального воздействия.

Трезвые подростки имеют примерно одинаковую интенсивность микросоциальных проблем вне зависимости от уровня генетического риска.

Однако подростки с высоким УГР злоупотребляют ПАВ при общем повышении микросоциальной нагрузки, которое может выражаться в незначительном росте оценок по нескольким блокам. Скорее всего такой вариант микросоциального неблагополучия будет мало заметен для родителей или социальных служб.

Для подростков с низким УГР злоупотребление ПАВ связано с выраженными проблемами в образовательной (трудовой) деятельности и организации досуга. При низком УГР подростки, злоупотребляющие ПАВ, по сравнению с трезвыми сверстниками достоверно чаще прогуливают школьные занятия или не учатся вообще, не работают и не планируют дальнейшего обучения, находятся в состоянии конфликта с учителями или сверстниками в учебных коллективах (блок опросника ОРВ № 3 «Образование и трудовая занятость»), не посещают кружки и секции по интересам, бесцельно проводят время (блок опросника ОРВ № 6 «Досуг»). Повышенное количество проблем, отраженных в блоке ОРВ № 3 «Образование и трудовая занятость», характерно для потребителей ПАВ с низким УГР и по сравнению с высоким УГР.

Блок № 2 «Семейные проблемы» (плохие отношения с матерью и отцом, непоследовательное воспитание, неадекватный уровень семейного контроля, применение неадекватных и неприемлемых дисциплинарных методов) и блок № 3 «Взаимоотношения со сверстниками» (наличие друзей и приятелей с асоциальными и криминальными установками) отражают для подростков с как с низким, так и высоким УГР неспецифический фон, который может быть значимым для повышения общей негативной микросоциальной нагрузки.

Гипотеза о возникновении злоупотребления ПАВ при повышении УГР при меньшем уровне микросоциальных проблем подтверждается. Закономерным следствием подтверждения гипотезы исследования является то, что работа, направленная в основном на контроль школьной посещаемости и (или) трудоустройство, может отказаться принципиально недостаточной для прекращения злоупотребления ПАВ у подростков с высоким УГР.

Для лиц с высоким УГР профилактическая работа должна быть обязательно дополнена своевременной психокоррекцией, направленной, по нашему мнению, на развитие навыков проблемно-совладающего поведения, однако определение целей психокоррекционного воздействия нуждается в дальнейшем изучении.

Следует отметить также, что выявление группы риска злоупотребления ПАВ по признакам явного микросоциального неблагополучия в школе или дома может быть недостоверным при повышении генетического риска у подростка. При условии высокого УГР незначительные проблемы должны расцениваться как более существенные для неблагоприятного прогноза.

Полученные результаты могут учитываться при разработке программ первичной и вторичной профилактики злоупотребления ПАВ среди подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - 2013. - № 6. - С.40-59.
2. Барский В.И., Аксенова М.Г., Козлова О.Б., Кириллов А.В., Демин А.А., Ильиных Л.М. Ассоциация полиморфизмов генов дофаминовой (DRD2) и серотониновой (HTR2A) систем с личностными характеристиками подростков // Гигиена и санитария. - 2010. - № 6. - С. 47-50.
3. Гурвич И.И., Антонова Н.А., Дубровский Р.Г. Психологическое тестирование. Диагностика и прогнозирование отклоняющегося поведения подростков в образовательной среде. Учебно-методическое пособие / Под ред. О.В. Зыкова. – М.: РБФ «НАН», 2012. – 144 с.
4. Демин А.А., Аксенова М.Г., Сеницына О.О., Кириллов А.В., Козлова О.Б. Профилактика зависимости от психоактивных веществ на основе учета средовых и генетических факторов риска // Гигиена и санитария. – 2014. - № 2 (93). – С. 65-70.
5. Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С., Александрова Н.А. Оценка риска противоправных действий у детей и подростков: метод. рекомендации. - М.: ФГБУ «ГНЦССП имени В.П. Сербского», 2011. - 25 с.
6. Калининченко О.Ю., Малыгин В.Л. Аддиктивное поведение: определение, модели, факторы риска // Вестник новых медицинских технологий. – 2005. – № 3-4. – С. 36-39.
7. Кибитов А.О. ДНК-диагностика генетического риска развития наркологических заболеваний в рамках медико-генетического консультирования: основные принципы и опыт пилотного проекта // Вопросы наркологии. - 2012. - № 5. - С. 118-132.
8. Кибитов А.О., Анохина И.П. Генетические основы этиологии и патогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ // Наркология. – 2016. - № 6. - С. 84-104.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. — Новосибирск: Изд. НГПУ, 2001. – 251 с.
10. Пушина В.В. Биопсихосоциальный подход в понимании алкоголизма у детей и подростков (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков – 2013 (13). - № 1. - С. 108-117.
11. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью / Под науч. ред. Л.М. Шипицыной и Л.С. Шпилени. - СПб.: «Вариант», 2003. – 464 с.
12. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. — М.: Медпресс-информ, 2006. – 720 с.
13. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у детей и подростков. От теории к практике. – М.: Генезис, 2001. – 216 с.

References

1. Anohina I.P. Osnovnye biologicheskie mehanizmy zavisimosti ot psihoaktivnyh veshhestv // Voprosy narkologii. - 2013. - № 6. - S.40-59.
2. Barskij V.I., Aksenova M.G., Kozlova O.B., Kirillov A.V., Demin A.A., Il'inyh L.M. Assotsiatsiya polimorfizmov genov dofaminovoj (DRD2) i serotoninovoj (HTR2A) sistem s lichnostnymi harakteristika-mi podrostkov // Gigiena i sanitarija. - 2010. - № 6. - S. 47-50.
3. Gurvich I.I., Antonova N.A., Dubrovskij R.G. Psihologicheskoe te-stirovanie. Diagnostika i prognozirovanie otklonjajushhegosja povedenija podrostkov v obrazovatel'noj srede. Uchebno-metodicheskoe posobie / Pod red. O.V. Zyкова. – М.: RBF «НАН», 2012. – 144 s.
4. Demin A.A., Aksenova M.G., Sinicyna O.O., Kirillov A.V., Kozlova O.B. Profilaktika zavisimosti ot psihoaktivnyh veshhestv na osnove ucheta sredovyh i geneti-cheskikh faktorov riska // Gigiena i sanitarija. – 2014. - № 2 (93). – S. 65-70.

5. Dozorčeva E.G., Badmaeva V.D., Oshevskij D.S., Aleksandrova N.A. Ocenka riska protivopravnih dejstvij u detej i podrostopkov: metod. rekomendacii. - M.: FGBU «GNCSSP imeni V.P. Serbskogo», 2011. - 25 s.
6. Kalinichenko O.Ju., Malygin V.L. Addiktivnoe povedenie: opredelenie, modeli, faktory riska // Vestnik novyh medicinskih tehnologij. – 2005. –№ 3-4. – S. 36-39.
7. Kibitov A.O. DNK-diagnostika geneticheskogo riska razvitija narkologicheskikh zabolevanij v ramkah mediko-geneticheskogo konsultirovanija: osnovnye principy i opyt pilotnogo proekta // Voprosy narkologii. - 2012. - № 5. - S. 118-132.
8. Kibitov A.O., Anohina I.P. Geneticheskie osnovy jetiologii i patogeneza boleznej zavisimosti ot psihoaktivnyh veshhestv // Narkologija. – 2016. - № 6. - S. 84-104.
9. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Psihosocial'naja addiktologija. — Novosibirsk: Izd. NGPU, 2001. – 251 s.
10. Pushina V.V. Biopsihosocial'nyj podhod v ponimanii alkogolizma u detej i podrostopkov (obzor literatury) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostopkov – 2013 (13). - № 1. - S. 108-117.
11. Rukovodstvo po profilaktike zloupotreblenija psihoaktivnymi veshhestvami ne-sovershennoletnimi i molodezh'ju / Pod nauch. red. L.M. Shipicynoj i L.S. Shpileni. - SPb.: «Variant», 2003. – 464 s.
12. Sidorov P.I. Narkologicheskaja preventologija. — M.: Medpress-inform, 2006. – 720 s.
13. Sirota N.A., Jaltonskij V.M., Hazhilina I.I., Viderman N.S. Profilaktika narkomanii u detej i podrostopkov. Ot teorii k praktike. – M.: Genezis, 2001. – 216 s.
14. Agatsuma S., Hiroi N. Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits // Nihon Shinkei SeishinYakurigaku Zasshi. – 2004. – V.24, № 3. – P. 137-145.
15. Groenman A.P., Oosterlaan J., Rommelse N., Franke B., Roeyers H, Oades R.D., Sergeant J.A, Buitelaar J.K, Faraone S.V. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study // Addiction. - 2013. - № 8. - P. 1503-1511.
16. Hoge R.D. Standardized Instruments for Assessing Risk and Need in Youthful Offenders //Criminal Justice and Behavior. - 2002. - V23, № 3. –P. 380–396.
17. McGeary J. The DRD4 exon 3 VNTR polymorphism and addiction-related phenotypes: a review // Pharmacol. Biochem. Behav. – 2009. - Sep. - № 93 (3) – P. 222-229.

A.N. Jakovlev, V.I. Vitchinkina, N.V. Pashkevich, M.I. Korostin, A.A. Tkachev
SUSCEPTIBILITY TO MICROSOCIAL FACTORS FOR ADDIKTIVE
BEHAVIOR OF ADOLESCENTS DEPENDIGUNG ON THE LEVEL
OF GENETIC RISK OF SUBSTANCE ABUSE

Lipetsk Regional Narcological Dispensary (Lipetsk).

Summary. It is determined the genetic risk of the formation of chemical dependency on genoprofile of 5 loci of the dopamine-mediated system (4 locus genes of dopamine receptors 2 and 4 types, gene tirosingidroksilazy) and negative microsocial factors on questionnaire «Assessment of risk and opportunity» (the Russian version of the questionnaire «Assessing Risk and Need in Youthful Offenders – RNA») 48 adolescents, of whom 23 (47,9%) led a sober lifestyle, while 25 people (52,1%) diagnosed with addictive behavior. In adolescents with high genetic risk for addictive behavior occurs when the action a smaller amount negative microsocial factors. It is recommended to use genotyping, with the goal of improving accuracy for preventive interventions for adolescents.

Keywords: addictive behavior, adolescents, genetic risk, dopamine, microsocial factors

М.Г. Соколова, В.Л. Кокоренко, О.А. Никишина, А.В. Гавриченко
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КЕЙС ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА

ФГБВОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлен апробированный психодиагностический кейс для проведения нейропсихологического тестирования детей и подростков с мышечной дистрофией Дюшенна (МДД), разработанный с использованием комплекса психологических методик для оценки когнитивных нарушений при эндогенной психической патологии. Для определения характера и степени выраженности когнитивного дефицита у детей и подростков с МДД использовались методики, направленные на исследование функции памяти, внимания и мышления. Подбор методик был адаптирован для данного контингента пациентов и осуществлялся с учетом имеющихся двигательных нарушений. Тесты, требующие использования моторных функций, были минимизированы.

Ключевые слова: мышечная дистрофия Дюшенна, когнитивные расстройства, нейропсихологическое тестирование.

Введение. Когнитивные нарушения у детей и подростков – серьезная социальная проблема. Согласно определению, когнитивные функции – это наиболее сложные механизмы нервно-психической деятельности человека, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним [1]. Для реализации данной познавательной цели необходимы восприятие, обработка и анализ информации, запоминание и хранение ее, обмен информацией, построение и осуществление программы действия [8]. Когнитивные расстройства проявляются снижением памяти, внимания и умственной работоспособности, в результате чего у ребенка нарушается последовательное и адекватное познание себя и окружающего мира [4]. Развитие когнитивных нарушений у детей и подростков может быть обусловлено различными этиологическими факторами, среди которых можно выделить первичные (врожденные аномалии головного мозга, перинатальная патология ЦНС, наследственные нейродегенеративные и психические заболевания) и вторичные (системные метаболические нарушения, травмы, интоксикации) [10]. Возможно снижение умственной работоспособности и вследствие педагогической запущенности, когда больной ребенок из-за выраженных двигательных нарушений изолирован от жизни детского коллектива (детский сад, школа), а родители не в должной мере занимаются его образованием. Важно отметить, что определение степени когнитивного дефицита и понимание механизма его развития у детей и подростков может помочь в планировании и реализации комплекса медико-педагогических мероприятий, способных нормализовать функционирование головного мозга, а также адаптировать больного ребенка к познанию окружающего мира. Данное положение актуально для детей и подростков с мышечной дистрофией Дюшенна (МДД).

МДД – тяжелое прогрессирующее заболевание мышечной системы, связанное с мутацией в гене дистрофина, проявляющееся мышечной слабостью тазового и плечевого пояса с развитием миопатического синдрома, псевдогипертрофий и контрактур

[12]. Больные погибают в молодом возрасте от дыхательной и сердечной недостаточности. В 20%-30% случаев развиваются когнитивные расстройства различной степени выраженности, генез которых полностью не изучен [13]. В настоящее время активно изучается нейропсихологическая сфера больных МДД в контексте новых данных генетически-молекулярного исследования гена дистрофина. Ряд ученых связывает частоту и степень выраженности когнитивных расстройств у больных МДД с отсутствием сразу нескольких изоформ белка дистрофина, кодируемых в дистальной части гена [15]. Так было выявлено, что у больных МДД с мутацией в области промоторов изоформ Dp140 и Dp71 имеет место более низкий индекс IQ, чем в случае мутации в месте расположения промотора Dp260 и Dp116 [14]. И хотя мутации в гене дистрофина уже давно признаны причиной развития когнитивных нарушений у больных МДД, имеются случаи, когда больные МДД не имеют выраженного когнитивного дефицита [11]. Таким образом, механизм возникновения когнитивных расстройств у больных МДД остается не до конца изученным и имеет ряд спорных вопросов. Вследствие того, что дети быстро теряют двигательную активность, перестают посещать учебные заведения, не общаются со сверстниками, становятся замкнутыми, неохотно общаются с родными, такая форма поведения часто расценивается как снижение интеллекта. Однако в большей степени это связано с педагогической запущенностью и/или астеноневротическим синдромом. В связи с этим возрастает роль нейропсихологического тестирования подростков с МДД, которое способно помочь практикующему врачу (педиатру, психологу, неврологу), оценить когнитивную сферу ребенка и назначить рациональную для него терапию. Использование методики определения уровня IQ у детей и подростков больных МДД, по нашему мнению, является трудоемкой как для пациента, так и для врача.

Цель исследования: подбор и апробация психодиагностического кейса для проведения нейропсихологического тестирования детей и подростков с мышечной дистрофией Дюшенна с использованием комплекса психологических методик оценки когнитивных нарушений при эндогенной психической патологии.

Результаты исследования. В психодиагностический кейс были включены методики для исследования памяти: методика запоминания 10 слов; запоминание 9 геометрических фигур; отсроченное воспроизведение 10 слов и 9 геометрических фигур; «Двойной тест» Мучника-Смирнова. Для исследования мышления были использованы 2 методики: «сравнение понятий» и «направленные вербальные ассоциации». Для исследования внимания применялась методика с использованием таблиц Шульте.

Для качественного проведения тестирования, необходимо соблюдение определенных условий: в комнате должна быть тишина, отсутствие внешних раздражителей, отвлекающих ребенка; тестирование проводится без участия и помощи родителей. Работа с детьми начинается со знакомства и установления контакта. Исследователь уточняет возраст ребенка, дату рождения, состав семьи, возраст родителей, также проясняется субъективная оценка ребенком собственной памяти, внимания.

Далее начинается тестирование.

1. Исследование слухоречевой памяти по методике «Запоминание 10 слов». Методика заучивания десяти слов была предложена А.Р. Лурия для исследования процессов памяти: запоминания, сохранения, воспроизведения, а также произвольного внимания, непосредственно связанного с процессами памяти[5]. Методика может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания, истощаемости больных нервно-психическими заболеваниями, а также для изучения динамики течения болезни и учета эффективности лекарственной терапии. Испытуемому предлагают запомнить 10 слов. Они должны отвечать нескольким условиям:

1. все слова - имена существительные в единственном числе, именительном падеже, состоящие из одинакового количества слогов (одно- или двусложные);

2. слова по возможности должны быть не связаны по смыслу (нельзя предлагать для запоминания слова: стол-стул; огонь-вода и т. п.).

Универсальность методики заключается в том, что она может быть использована как для детей (с 5 лет), так и для взрослых. Ребенку зачитывают инструкцию (А): «Сейчас мы проверим твою память. Я назову тебе слова, ты прослушаешь их, а потом повторишь, сколько сможешь, в любом порядке». После чего зачитывают ряд слов. По окончании зачитывания фиксируют запомненные испытуемым слова в протоколе. После чего зачитывают инструкцию (Б): «Сейчас я снова назову те же самые слова, ты их послушаешь и повторишь – и те, которые уже называл, и те которые запомнишь сейчас. Называть слова можешь в любом порядке». После фиксации данных в протоколе опыт повторяется без инструкций. Материал зачитывается трижды, результаты фиксируются после каждого повторения. Перед следующими прочтениями материала экспериментатор просто говорит: «еще раз». На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. После окончания повторения слов экспериментатор говорит испытуемому: «Через час ты эти же слова назовешь мне еще раз». Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками.

Обработка результатов. 1. Посчитать общее количество правильно воспроизведенных слов при каждом повторении и записать в графе протокола V. 2. Построить по этим данным график запоминания. На оси абсцисс откладываются порядковые номера повторений, а на оси ординат – значения V.

2. Исследование кратковременной зрительной памяти по методике «Запомни 9 геометрических фигур» предназначена для определения объема кратковременной зрительной памяти. Дети в качестве стимулов получают картинки, где изображены 9 фигур. Им дается инструкция следующего содержания: «На этой картинке представлены 9 разных фигур. Постарайся запомнить их и нарисовать». Время экспозиции стимульной картинки составляет 30 секунд. После этого данную картинку убирают из поля зрения ребенка и предлагают нарисовать те фигуры, которые он запомнил. Эксперимент продолжается до тех пор, пока ребенок не узнает все изображения, но не дольше 1,5 минут. При выполнении этого задания в ситуации, когда ребенок не мог удерживать ручку в кисти в связи с выраженной слабостью, ребенку предлагался альтернативный способ – ребенок описывал фигуру, а исследователь ее рисовал под визуальным контролем ребенка.

3. Исследование слуховой памяти (непосредственной и оперативной) двойным тестом Мучника-Смирнова. Следующая экспериментально-психологическая методика, направленная на изучение объема слуховой памяти - непосредственной и оперативной. Непосредственная память сохраняет информацию в том виде, в котором она была получена, то есть в виде сенсорных стимулов (в нашем случае для слуховой модальности – эхоическая память). Физиологическим эквивалентом непосредственной памяти является возбуждение нейронов первичных и вторичных корковых зон соответствующего анализатора. Считается, что объем непосредственной памяти неограничен, поскольку анализаторные системы фиксируют, хотя бы кратковременно, всю поступающую информацию. Длительность сохранения следа в непосредственной памяти соответствует длительности возбуждения

рецепторных нейронов, что составляет доли секунды. При этом происходит как восприятие, так и воспроизведение информации, которая хранится очень непродолжительное время [2]. Оперативная память относится к виду кратковременной памяти, в которой информация удерживается от нескольких секунд до нескольких минут (часов). Оперативную память выделяют в тех случаях, когда хотят подчеркнуть специальную необходимость удержания в памяти промежуточной информации, требуемой для дальнейшего привлечения в продолжающейся деятельности (в данном тесте – зачитывается ряд цифр в прямом порядке, а ребенку в соответствии с заданием необходимо повторять их в обратном порядке). Кратковременная оперативная память содержит только ту информацию, которая нужна в данный момент для решения актуальных задач. Объем оперативной памяти ограничен (в норме – в среднем от 5 до 9 чечек, в каждую из которых может быть помещен как отдельный признак, так и целостный сенсорный образ, сложный смысловой фрагмент). От непосредственной сенсорной памяти оперативная отличается тем, что удерживаемая информация представляет собой не точный отпечаток событий, а их непосредственную интерпретацию. Нормальное функционирование кратковременной оперативной памяти в значительной степени зависит от процессов внимания.

Ребенок получает инструкцию: «Я буду называть цифры, тебе необходимо их повторить, каждый раз количество цифр в ряду будет увеличиваться на одну, повторять цифры необходимо в прямом порядке». После выполнения этого задания дается следующая инструкция: «Теперь я буду называть ряд цифр, необходимо их повторять в обратном порядке, каждый раз ряд будет увеличиваться на одну цифру». Проведение этой методики требует соблюдения следующих правил [3]:

1. Цифры произносятся предельно четко с интервалом в 1 сек. (в ритме стартового отсчета времени).
2. В период от окончания счета исследователем до начала его воспроизведения ребенком не должно быть никаких звуков.
3. Один и тот же ряд дважды повторять нельзя.
4. Следует начинать с прямого счета. По его окончанию – перейти к счету в обратном порядке.
5. При работе с детьми цифровые ряды должны начинаться не с 3, а с 2 цифр.

В качестве стимульного материала, возможно, использование числовых рядов, предложенных в одном из субтестов батареи Дж. Векслера, по отношению к которым разработаны возрастные нормативы [6]. Первая часть методики преимущественно характеризует непосредственную (иконическую сукцессивную) слухоречевую память, вторая часть – состояние оперативной памяти, которая во многом связана с эффективностью процесса внимания. Объем непосредственной памяти исчисляется по максимальной длине ряда цифр, которая воспроизводится безошибочно в прямом порядке. Объем оперативной памяти исчисляется по максимальной длине ряда цифр, которая воспроизводится безошибочно в обратном порядке. А.П. Бизюк указывает, что при ранних правополушарных или двухсторонних органических поражениях головного мозга у детей в большей степени страдает воспроизведение цифр в обратном порядке, а при левополушарных – в прямом [3]. Кроме того, на результаты выполнения части задания, связанной с воспроизведением цифровых рядов в обратном порядке, существенное влияние оказывает и расстройство активного внимания, определяемого функциональным состоянием глубоких структур мозга.

4. Исследование динамики мышления по методике «Сравнение понятий» (тест дискриминации свойств понятий (В.М. Бехтерев)). В практике отечественной клинической психологии применяется для исследования динамики мышления, осо-

бенностей протекания операций сравнения, анализа и синтеза у детей и подростков. Необходимый для выполнения задания речемыслительный процесс, включает в себя аналитико-синтетическую деятельность, требующую дополнительного анализа и дифференцировки выделяемых существенных признаков на общие и различные для сравниваемых понятий. Стимульный материал представляет собой специально подобранные пары слов (10-30 пар), подлежащие сравнению. Можно выделить три категории задач, которые применяются для сравнения и различения понятий [2]:

1. Испытуемому даются два слова, явно относящиеся к одной категории (например, «корова–лошадь»).

2. Предлагаются два слова, у которых общее найти трудно и которые гораздо больше отличаются друг от друга, чем в предыдущем случае (например, «ворона–рыба»).

3. Третья группа задач еще сложнее – это задачи на сравнение и различение объектов в условиях конфликта, где различия выражены гораздо больше, чем сходство (например, «всадник–лошадь»).

В ряде случаев в список намеренно вводятся такие пары понятий, которые трудно сопоставимы между собой. Именно они являются маркерами для обнаружения расстройств мышления и критичности. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми – видовые признаки. Различие уровней сложности задач зависит от степени трудности абстрагирования признаков или наглядного взаимодействия объектов, от степени сложности включения этих объектов в определенную категорию. Фиксируется доступность необходимых мыслительных операций, в какой мере ребенок способен выходить за пределы непосредственного описания понятий и способен сравнивать их путем отнесения к некоей категории, какая операция – нахождение сходства или различия – легче дается. Оценивается логичность высказываний. Дети младшего школьного возраста вместо выделения общего фокусируются на различиях предметов и объектов, так как за операцией различения стоит наглядно-действенное и наглядно-образное мышление. За указанием на сходство фигурирует операция перевода в отвлеченную категорию, что для детей этой возрастной группы может являться сложным. Для младших школьников трудны задачи третьей категории, поскольку при операции обобщения выделяются общие признаки, за которыми стоит еще наглядное сравнение или введение предметов в общую наглядную ситуацию [2]. Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений большого, склонности к конкретному мышлению.

Инструкция к тесту: «Я буду называть тебе пары понятий, а ты подумай и скажи, чем они похожи (что общего?), и чем различаются эти понятия». Все ответы полностью записываются в протокол. Возможно на первых примерах разъяснить испытуемому непонятные ему моменты, а также настаивать на соблюдении последовательности выполнения задания: вначале описание сходства, а потом различий. Если инструкция не сразу понимается, то дается образец. Выясняя сходство понятий, ребенок должен назвать (выделить) общий существенный признак. Например, «вечер» и «утро» сходны тем, что это части дня, а различны тем, что «утро» - начало дня, а «вечер» - его конец.

5. Исследование «направленных вербальных ассоциаций»

Инструкция: «Назови, пожалуйста, 7 красных (острых, звонких, мягких) предметов, вещей явлений, т. е. всего того что может быть красным (острым, звонким, мягким)». При выполнении этого задания засекается время на каждый из стимулов в отдельности. Если дети спрашивают, в каком именно смысле имеется

в виду «красное», необходимо ответить - в любом.

6. Возвращаемся к тесту **Методика «Запоминание 10 слов»**, просим вспомнить ребенка, сколько слов он запомнил из 10 предложенных в первом задании.

7. Возвращаемся к тесту **Методика «Запомни 9 геометрических фигур»**, просим нарисовать те фигуры, которые ребенок запомнил.

8. **Исследование внимания и динамики работоспособности/истощаемости с использованием таблицы Шульте.**

С помощью этой методики определяются устойчивость внимания и динамика работоспособности/истощаемости. Испытуемому поочередно предлагаются три таблицы, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый ищет, находит, показывает и называет числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с тремя разными таблицами. Инструкция к тесту: ребенку предъявляют первую таблицу: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу закрывают и продолжают: «Покажи и назови все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок». Таблицу открывают и одновременно с началом выполнения задания включают секундомер. Последующие таблицы предъявляются без всяких инструкций. Выполнение этого задания мы модифицировали под наших больных. Учитывая минимальную сохранность движений в кистях рук (до 1-2 баллов) у большинства больных, наличие возможности пользоваться компьютерной техникой, в том числе владение «мышью», было предложено выполнение этого задания в режиме онлайн.

После окончания анализируется время, затраченное на каждую таблицу, которое довольно объективно отражает характер истощаемости. При гиперстеническом варианте кривая, построенная по таблицам, характеризуется высоким начальным уровнем, резким спадом и тенденцией возврата к исходным показателям. При гипостенической форме кривая истощаемости отличается невысоким начальным уровнем и постепенным и неуклонным снижением показателей деятельности ребенка без тенденции в сторону улучшения. При выраженных расстройствах активного внимания и повышенной истощаемости больной ребенок делает ошибки – пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее по начертанию. Сочетание нарушенного внимания и повышенной истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок при поиске чисел в каждой последующей таблице.

Заключение. Предложен адаптированный психодиагностический кейс для определения характера и степени выраженности когнитивного дефицита у детей и подростков с МДД. Важно отметить, что данный нейропсихологический кейс может использоваться в процессе динамического наблюдения больного МДД. В соответствии с теорией Л.С. Выготского о системном строении дефекта [9], у части больных МДД выявленные нарушения когнитивной сферы могут носить характер вторичного генеза. Так как имеется связь развития когнитивных расстройств у обследуемых детей с целым рядом факторов: текущими органическими процессами, нарушением определяющих факторов психического развития (в частности – пространственного фактора, определяющего развитие когнитивных и лежащих в их основе пространственно-временных репрезентаций) [7], социальной изоляцией пациентов. Однако выявление ведущих факторов, позволяет использовать медико-психологические и педагогические методики, которые в ряде случаев способны корригировать формирующиеся нарушения когнитивной сферы, что улучшает качество жизни пациента и дает возможность ему развиваться и участвовать в жизни общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Намазова-Баранова Л. С. и др. Стратегия «Здоровь

вье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М; 2010:108.

2. Бизюк А.П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии. Учебное пособие / Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб.: Речь; 2010: 416.

3. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие. СПб.: Речь, 2005: 400.

4. Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей // Педиатрическая фармакология. 2011;(5):36–41.

5. Лурья А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальном поражении мозга. М.: Академический Проект; 2000: 512.

6. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC): Адапт. вариант / Ю. Филимоненко, В. Тимофеев ; Госстандарт России, СПб.: ГП «ИМАТОН»; 1994.

7. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. СПб.: Речь; 2005: 384.

8. Слободин Т.А., Горева А.В. Когнитивный резерв: причины снижения и защитные механизмы // Междунар. неврологический журнал. 2012; 3(49):161-165.

9. Сорокин В.М., Кокоренко В.Л. Практикум по специальной психологии: учебно-методическое пособие / Под науч. ред. Л.М. Шипицыной. СПб.: Речь; 2003: 122.

10. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Гл. ред. С.Ю. Циркин. СПб.: «Питер»; 2000: 752.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Kuchma V.R., Namazova-Baranova L.S. i dr. Strategija «Zdorov'e i razvitie podrostkov Rossii» (garmonizacija evropejskih i rossijskih podhodov k teorii i praktike ohrany i ukreplenija zdorov'ja podrostkov). M; 2010:108.

2. Bizjuk A.P. Patopsihologija: kratkij kurs v kontekste obshhej i kli-nicheskoj psihologii. Uchebnoe posobie / Pod red. L.M. Shipicynoj. SPb.: Rech'; 2010: 416.

3. Bizjuk A.P. Kompendium metodov nejropsihologicheskogo issledovanija. Metodicheskoe posobie. - SPb.: Rech', 2005: 400.

4. Karkashadze G.A., Maslova O.I., Namazova-Baranova L.S. Aktual'-nye problemy diagnostiki i lechenija legkih kognitivnyh narushenij u detej // Pediatricheskaja farmakologija. 2011;(5):36–41.

5. Lurija A.R. Vysshie korkovye funkcii cheloveka i ih narushenija pri lokal'nom porazhenii mozga. M.: Akademicheskij Proekt; 2000: 512.

6. Rukovodstvo k metodike issledovanija intellekta u detej D. Veksle-ra (WISC): Adapt. variant / Ju. Filimonenko, V. Timofeev ; Gosstandart Rossii, SPb.: GP «ИМАТОН»; 1994.

7. Semago N.Ja., Semago M.M. Teorija i praktika ocenki psihicheskogo razvitiya rebenka. Doshkol'nyj i mladshij shkol'nyj vozrast. - SPb.: Rech'; 2005: 384.

8. Slobodin T.A., Goreva A.V. Kognitivnyj rezerv: prichiny snizhenija i zashhitnye mehanizmy // Mezhdunar. nevrologicheskij zhurnal. 2012; 3(49):161-165.

9. Sorokin V.M., Kokorenko V.L. Praktikum po special'noj psihologii: uchebno-metodicheskoe posobie / Pod nauch. red. L.M. Shipicynoj. SPb.: Rech'; 2003: 122.

10. Spravochnik po psihologii i psihiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta / Gl. red. S.Ju. Cirkin – SPb.: Piter; 2000: 752.

11. Anand A., Tyagi R., Mohanty M., Goyal M., Silva K.R., Wijekoon N. Dystrophin induced cognitive impairment: mechanisms, models and therapeutic strategies. Ann Neurosci. 2015;22(2):108-18. doi: 10.5214/ans.0972.7531.221210.

-
12. Falzarano M.S., Scotton C., Passarelli C., Ferlini A. Duchenne Muscular Dystrophy: From Diagnosis to Therapy. *Molecules*. 2015;20(10):18168-84. doi: 10.3390/molecules201018168
13. Kipps C., Hodges J. Cognitive assessment for clinicians. *J NeurolNeurosurg Psychiatry* 2005; 76: Suppl I: 22-30.
14. Milic R.V., Vojinovic D., Pesovic J., Mijalkovic G., Lukic V., Mladenovic J., Kosac A., Novakovic I., Maksimovic N., Romac S., Todorovic S., SavicPavicevic D. Intellectual ability in the Duchenne muscular dystrophy and dystrophin gene mutation location. *Balkan J Med Genet*. 2015;17(2):25-35. Doi: 10.2478/bjmg-2014-0071.
15. Suzuki H., Aoki Y., Kameyama T., Saito T., Masuda S., Tanihata J., Nagata T., Mayeda A., Takeda S., Tsukahara T. Endogenous Multiple Exon Skipping and Back-Splicing at the DMD Mutation Hotspot. *IntJMolSci*. 2016;17(10). pii: E1722. DOI: 10.3390/ijms17101722.

M.G. Sokolova, V.L. Kokorenko, O.A. Nikishina, A.V. Gavrichenko
PSYCHODIAGNOSTIC CASE FOR STUDY AND EVALUATION
OF COGNITIVE IMPAIRMENTS OF CHILDREN AND TEENAGERS ILL
WITH DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov
(St. Petersburg).

Summary. This article presents the approved psychodiagnostic case for neuropsychological testing of children and teenagers ill with Duchene muscular dystrophy that has been developed with the use of the complex of psychological techniques for evaluation of cognitive impairments in case of endogenous psychic pathology. In order to define the character and the extent to which the cognitive deficiency of children and teenagers ill with DMD is expressed, techniques aimed at investigation of memory, attention and thinking have been applied. Selection of methods has been adapted for these patients and has been performed taking into account motor defects that these patients had. Tests that required application of motor functions have been reduced to the minimum.

Keywords: Duchenne muscular dystrophy, cognitive impairments, neuropsychological testing.

НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА ПРОДОЛЖЕНИЯ РОДА И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ЛЕКЦИЯ)¹

Частнопрактикующий психиатр (Хайфа, Израиль).

Резюме. Представлена гипотеза автора о том, что психические заболевания и глубокие личностные расстройства способны видоизменить характер проявлений инстинктивного компонента материнского поведения в сторону как его патологического угнетения, так и безудержного растормаживания. Представлена клиническая классификация наиболее часто встречающихся психопатологических синдромов, которые сопровождаются этой формой патологии инстинктивной сферы. Патология инстинкта продолжения рода – одна из малоизученных проблем психопатологии.

Ключевые слова: материнский инстинкт, психическая патология, репродуктивное поведение.

Одним из традиционных разделов клинической психопатологии является патология инстинктивной сферы (патология влечений) и связанных с этим нарушений поведения. Широко представлены и глубоко изучены такие области патологии, как патология пищевого, сексуального влечения, инстинкта самосохранения и пр. В связи с их чрезвычайной актуальностью на базе этих знаний сформированы самостоятельные научные школы, практические специализации врачей и даже клиники: сексопатологическая, суицидологическая, клиника патологии пищевого поведения. Вместе с тем патология одного из базисных инстинктов человека – инстинкта материнства – практически не изучена.

Многие годы практической и научной работы в области нарушений материнской сферы в связи с психической патологией дали нам основание обратить свое внимание на эту область психопатологии – патологии инстинкта продолжения рода.

У женщин инстинкт продолжения рода выступает в качестве биологической предпосылки возникновения потребности в материнстве. Понятие «инстинкт продолжения рода» до настоящего времени остается крайне неопределенным, в связи с чем в современной научной литературе можно видеть сосуществование двух противоположенных точек зрения. Одна из них отрицает самостоятельность этого явления у человека (социокультурный подход), а другая – и безусловно – принимает его (социобиологический подход).

Мы придерживаемся точки зрения, что инстинкт продолжения рода (инстинкт материнства, репродуктивный инстинкт) представляет собой биологически детерминированную потребность, которая у человека претерпевает сильнейшее влияние культуры, социальной среды и формирует чисто человеческие формы поведения.

На психофизиологическом уровне материнский инстинкт представляется в виде двухкомпонентной системы. Первая подсистема представлена сексуальным влечением, вторая – собственно репродукцией и заботой о выхаживании потомства.

Первому, сексуальному, компоненту репродуктивного инстинкта отводится в эволюционном контексте «протективная» роль. Сексуальное влечение направляет человека на поиск и осуществление контакта с половым партнером, т. е. облегчает реализацию процесса оплодотворения и последующей беременности как начального этапа репродукции. Позитивная окраска сексуальных переживаний человека – это, как мы понимаем, своеобразная «награда», данная природой человеку за исполненное спаривание. Человеческая культура в процессе исторического развития заметно изменила формы реализации сексуального инстинкта, привнесла новые, не свойственные животному миру «цели и задачи», сделала сексуальные отношения в определенном смысле самоцелью и даже заметно разнесла по времени реа-

¹ Начало. Окончание см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017 (17), № 4.

лизацию своей конечной цели — цели репродукции.

Биологический смысл второго компонента репродуктивного инстинкта заключается в том, чтобы родившийся ребенок (или детеныш животного), который еще не обладает способностью к самостоятельному выживанию, остался жив и получил необходимые качества для дальнейшей жизни.

Сексуальный компонент легко осознается человеком в связи с наличием выраженной телесно-эмоциональной окраски (особой формы психического и физического напряжения). В отличие от него репродуктивный компонент становится доступен осознанию только после возникновения соответствующей специфической, индивидуальной репродуктивной ситуации (триггера). Под репродуктивной ситуацией у человека понимается комплекс специфических социальных и биологических стимулов (событий). Их переживание вызывает эмоциональный резонанс в собственном «Я» и тем самым детерминируют соответствующие репродуктивные фантазии и другие формы репродуктивного поведения. В эти моменты ранее скрытая потребность осознается, превращаясь в конкретное желание, намерение, мечту (мотив деятельности). В широком смысле к таким триггерам относятся все составляющие репродуктивного цикла человека(1). Однако имеется и индивидуальная вариативность этих стимулов. То, что у одних женщин может отчетливо актуализировать материнский инстинкт, для других окажется безразличным. Тем не менее, такие факты из жизни женщины, как беременность (особенно в поздние сроки), деторождение, кормление ребенка являются наиболее мощными стимуляторами для осознания инстинкта материнства. Можно сказать, что «порог инстинкта материнства» - это индивидуальное свойство, проявляющее качество «материнской конституции».

Физиологической основой последней можно считать «репродуктивную зрелость» - развитость всех элементов репродуктивного комплекса (половых органов, эндокринной системы, а также вегето- и психоэндокринных уровней их регуляции). Так, очевидно, что репродуктивный инстинкт быстрее проявится у физически зрелой и здоровой женщины, нежели у несформировавшейся в генеративном плане девочки-подростка.

Характерно, что отставленное (во времени и пространстве) удовлетворение обоих компонентов инстинкта продолжения рода у человека приводит к тому, что вплоть до актуализации собственно «репродуктивного» компонента (второй части системы) лишь сексуальное влечение переживается и занимает место в сознании женщины. Перефразируя Ричарда Уэйлена (цит. по И.С. Кон, 1998)(2), можно говорить о том, что у каждой женщины имеется свой индивидуальный порог «материнской» возбудимости, т. е. готовности реагировать материнским поведением на специфическую репродуктивную ситуацию - «порог инстинкта материнства».

Клинические наблюдения показывают, что в случаях целого ряда психопатологических состояний этот порог становится непреодолимым. В связи с этим происходит **патологическое угнетение репродуктивной активности (угнетение репродуктивного компонента инстинкта продолжения рода)** и соответственно психологический отказ от репродукции (материнства) – сознательная бездетность. Патологические формы отказа от материнства клинически разнообразны, однако их объединяют следующие характеристики:

1. Не соответствующее возрасту и социальной ситуации стойкое отсутствие желания иметь своих детей;
2. Привлечение псевдорациональных аргументов для «оправдания» своей бездетности.
3. Равнодушие к детям, в том числе к собственным;
4. Отсутствие угнетенности, связанной с собственным родительским бесчувствием;
5. В ряде случаев отмечается повышенная социальная активность, направленная на удовлетворение иных влечений, в том числе и сексуальных.

В клинической практике встречаются следующие формы (психопатологиче-

ские синдромы), ассоциированные с отказом от материнства:

1. **Глубокий дефект** (недоразвитие) **личности** в форме выраженного психического (иногда и физического) инфантилизма — полное отсутствие потребностей и возможностей, характерных для взрослой, зрелой личности. К такому состоянию приводят рано начавшаяся (т. н. детская) шизофрения, эпилепсия, глубокие олигофрени, ранние органические заболевания ЦНС. В рамках этих дефектных состояний встречаются случаи диссоциации репродуктивного инстинкта. При этом, одновременно с глубоким угнетением потребности в материнстве возникает выраженная гиперсексуальность и растормаживание сексуального поведения.

2. **Психопатоподобные состояния с выраженной эмоциональной дефицитарностью**(3), неспособностью формировать альтруистические отношения. Обычно такие состояния возникают в рамках рано начавшегося вялотекущего шизофренического процесса. Эти женщины при достаточном интеллекте бывают странными, чудачковатыми, одинокими. У них не только высок порог репродуктивной составляющей инстинкта продолжения рода, но и в значительной мере угнетена сексуальная составляющая инстинкта продолжения рода. Поэтому они проводят всю свою жизнь в безбрачии, остаются «старыми девами», не интересуются детьми и не тяготеют к ним.

3. **Сверхценное мировоззрение**(4) у женщин с **психопатическим складом характера**. У этих женщин рано, обычно под влиянием травматического семейного опыта, формируются стойкие антирепродуктивные установки — непоколебимая убежденность в невозможности собственного материнства, к примеру: «чтобы не повторить путь своей матери...». Репродуктивная составляющая инстинкта продолжения рода у них либо полностью угнетена, либо находится в амбивалентной позиции. Это же относится и к сексуальной составляющей.

К этой же группе можно отнести некоторых одиноких женщин, всю свою жизнь посвятивших достижениям в науке, искусстве, политике и другой общественной деятельности. По их глубокому убеждению, они «созданы» для этих целей, а деторождение, материнство стало бы непреодолимым препятствием для их достижения. Некоторые женщины, входящие в эту группу, могут посвятить свою жизнь сверхценному увлечению – заботе о животных, что, по-видимому, можно считать элементом сохранности репродуктивного компонента. Особенно часто объектом их любви выступают собаки, кошки и другие домашние животные, а порой и растения. Иногда квазиматеринское поведение проявляется во всепоглощающей заботе о своих стареющих больных родителях или других членах семьи. Тогда вплоть до собственной старости они находятся в симбиотической связи с родителями, отказываясь организовать собственную жизнь. При более глубоком обследовании можно обнаружить двойственность их позиции, стремление закамouflировать тщательно скрывааемый внутренний конфликт с переживанием при этом идеи собственной неполноценности.

В качестве примера — рассказ пациентки, страдающей биполярным аффективным расстройством, о своей дочери 31 года, которая с детских лет увлеклась лошаадьми. *Сначала она начала посещать, а затем и работать на конюшне. Всегда говорила матери, что «лошади лучше, добрее любых людей...» и она их «лучше понимает». Она бросила учебу в институте, не пошла сдавать сессию, объясняя это тем, что в тот год на конюшне была эпидемия и она ухаживала за больной лошадь. Она трижды была беременна от неизвестных матери мужчин; дважды делала медицинский аборт, а последнюю беременность сохранила, но после рождения отдала дочку на воспитание матери. Сама продолжала «жить на конюшне», ребенком практически не интересовалась. На все попытки матери привлечь дочь к воспитанию внучки «отвечала криком, истериками...».*

4. Особую группу «отказывающихся от репродукции» составляют **женщины с формой личностного расстройства, которое проявляется заметным искажением полоролевой идентификации без изменения полового самосознания**. Эти женщины с самого детства проявляют черты, свойственные психотипу противоположенного пола. В детстве они не по-девичьи активны, агрессивны, дерутся, отка-

зываются играть в куклы, предпочитают конструкторы, активно играют в войну. В подростковом возрасте они лучше себя чувствуют в компании юношей, могут проявлять гомосексуальные наклонности. Как правило, не влюбляются. Склонны носить одежды, скрывающие женственность (стиль унисекс). Иногда предпочитают мужскую одежду. Они часто выбирают «мужские» профессии. Бывают чрезмерно сексуально активны, стремятся доминировать в интимных отношениях с мужчинами. При этом они воспринимают себя как женщин, могут вступать в брак, но собственной потребности иметь своих детей у них не появляется. У некоторых отмечается заметное равнодушие, и даже отвращение к детям. Они не склонны к репродуктивным фантазиям, неохотно, и обычно по принуждению «нянчат» чужих детей. Собственная беременность бывает случайной и практически всегда заканчивается ее искусственным прерыванием или отказом от новорожденного ребенка.

5. Одной из обширных групп больших с отказом от репродукции являются **женщины со стойкими «сексофобическими»(5) состояниями**. Вовремя не диагностированные и не леченые страхи (болезненные идеи) такого содержания приводят к защитному (ритуализированному) поведению — отказу от интимных отношений. С годами на этой основе формируется неприязнь и даже ненависть к мужчинам. В этой связи не до конца понятна сохранность репродуктивной составляющей. Однако то, что такие женщины практически никогда не бывают действительно озабочены собственной бездетностью, может указывать на угнетение репродуктивной составляющей инстинкта продолжения рода.

Можно выделить две формы сексофобии, которые при внешней схожести имеют различное происхождение и различный прогноз.

Первая группа — «сверхценная сексофобия» характеризуется ранним (в детском возрасте или в раннем пубертате) зарождением и формированием идей «греховности», «грязности», «неприличности» сексуальных отношений. Эти идеи обычно бывают индуцированы в семье, а в дальнейшем закреплены «усилиями» средств массовой информации, традиционных церковных установок, прямых проповедей о «величии чистоты и нравственности девушек». В отдельных случаях сверхценной сексофобии предшествуют психотравмирующие ситуации: сексуальное насилие, растлевающее поведение взрослых. Такого рода идеи принимаются и закрепляются в сознании. Этому способствуют определенные личностные черты: перфекционизм, инертность, педантизм, интроверсия, робость, повышенная сенситивность, слабый тип сексуальной конституции. Девушки данной группы упорно отказываются от интимных отношений, считают их греховными. Постепенно спонтанные сексуальные желания редуцируются и исчезают вовсе. Пропадают сексуальные фантазии. Полностью принимаются идеи безбрачия, бездетности. Отрицание и негативное отношение ко всему, что связано с сексом, переносится на мужчин. Все мужчины представляются «грязными», «похотливыми». Их поступки трактуются односторонне в плане «подтверждения» собственных оценок и идей. Такие женщины безусловно принимают свой образ жизни — безбрачие, бездетность. Они довольны собой, негативно относятся к критике. Исходы сверхценной сексофобии развиваются по двум основным сценариям:

Первый — мало изменяемый. До конца жизни женщины остаются «старыми девами» и лишь эпизодически возможны кратковременные психологически понятные реакции — обиды на судьбу, обстоятельства, а также легкие депрессии на ранящие замечания и пр. Все это свидетельствует о наличии у таких женщин непрогредиентных расстройств личности(6).

Второй сценарий развития «сверхценной сексофобии» — более сложный. В подростковом и юношеском возрасте к сексофобическим установкам может присоединиться сверхценная убежденность в собственном уродстве (дисморфофобия). Девушки находят в своем облике недостатки, стесняются себя, становятся более замкнутыми. Отмечаются периоды субдепрессий, в процессе которых возникают сенситивные идеи отношения(7). Им кажется, что на них обращают внимание, с неприязнью смотрят незнакомые люди. Порой, напротив, ловят на себе «похотливые» взгляды прохо-

дящих мимо мужчин. Еще больше замыкаются, теряют друзей. Становятся раздражительными и более холодно относятся к членам семьи. Часты случаи, когда девушки становятся излишне религиозными, уходят в монастыри, вовлекаются в религиозные секты. В особо неблагоприятных случаях возможно возникновение элементарных психических автоматизмов(8), «окликов»(9), вспышки бредового настроения(10), возникают нарушения сна, аппетита. Такая негативная динамика синдрома сверхценной сексофобии свидетельствует о развитии вялотекущего шизофренического процесса.

Вторая группа — «навязчивая сексофобия». Развивается как типичный обсессивно-компульсивный синдром(11) с внезапно появляющимися навязчивыми мыслями сексуального содержания. Здесь можно выделить две группы психопатологических состояний, которые начинаются внешне похоже — с внезапного появления навязчивых мыслей, представлений, желаний сексуального характера, имеющих тягостную, негативную окраску. Так, одна большая рассказала, что в школьном, подростковом возрасте ее одолевали воображаемые картины нападения на нее «маньяка». При этом «видела как бы со стороны», как он срывает с нее одежду..., «видела его страшные половые органы...». Другую женщину в том же возрасте одолевали контрастные навязчивости(12) — желание мастурбировать на глазах у всех. Страшно боялась потерять контроль над собой и сделать это. Во всех случаях эти навязчивые картины возникали у сенситивно-шизоидных девушек, склонным к навязчивостям вообще. В последующем, в более зрелом возрасте клиническая картина изменялась.

Так, у женщин первой группы (более доброкачественной) формировалось соответствующее «защитное» поведение. Они старались «не показать своей распущенности», избегали даже намека на сексуальные отношения. Отказывались от близкого знакомства с мужчинами, старались «гнать от себя» любые фантазии на сексуально-эротические темы, давали обет безбрачия. При этом всегда находились в амбивалентном состоянии. У них не угасало либидо, и они понимали неадекватность собственных страхов, но продолжали избегать интимных отношений. В отдельных случаях при временном смягчении интенсивности фобий они могли вступать в интимные связи, но быстро прекращали их в связи с обнаруживающимися сексуальными расстройствами (диспареуния(13) и последующая коитофобия(14)). В типичных случаях во взрослом возрасте эти женщины оставались одинокими, бездетными, страдали от хронической депрессии (дистимии).

У женщин второй группы («навязчивая сексофобия») интенсивность сексофобических obsesсий обычно колеблется. Они то усиливаются на фоне депрессивных состояний, то смягчаются и даже исчезают на фоне гипоманий(15). Тогда женщины считают, что все уже прошло, «вся эта дурь...», становятся более активными, более общительными, заводят новые знакомства. В последующем у них иногда присоединялись навязчивости иного плана, чаще отвлеченные(16), безэмоциональные. При неблагоприятном течении возникают бредовые вспышки в форме редуцированного синдрома Кандинского–Клерамбо(17). Так, в одном наблюдении у женщины в 23 года качество навязчивых образов изменилось. Она стала чувствовать, что мысли сексуального содержания ей «кто-то внушает». Стала слышать свои мысли в голове. При их возникновении замирала, трясла головой, сжимала виски. У нее нарушился сон. Не могла работать. Решила, что сходит с ума. Сама обратилась за помощью в ПНД. Диагностирована приступообразная шизофрения, первый психотический эпизод.

В психиатрической практике можно встретить психически больных молодых женщин, страдающих приступообразной шизофренией, у которых в ремиссии отмечается стойкий отказ от репродукции в связи со страхом ухудшить собственное психическое состояние (страх послеродового психоза) и/или передать по наследству свою болезнь ребенку. Трудно с уверенностью отнести данные идеи к патологическим, т. к. они вполне психологически понятны и по содержанию представляются адекватными. Однако в ряде случаев можно видеть, как в ремиссии у больных сохраняются явления деперсонализации, дереализации, нерезко выраженные биполярные колебания настроения, астеноподобные явления(18). На этой основе у них

заметна постоянная нозофобическая настороженность(19), соответствующее настроение, формирование особого отношения к своему психическому здоровью. Некоторые авторы говорят о сверхценной ипохондрии психического здоровья(20). Такая картина более характерна для женщин с относительно благоприятным течением болезни, особенно часто для больных с циркулярными формами шизофрении.

6. В редких случаях **отказ от материнства связан с особыми хроническими бредовыми состояниями**. Так, мы встретили случай систематизированной парафрении(21), когда женщина была непоколебимо убеждена, что уже прожила одну жизнь, в которой «выполнила свою женскую миссию», и там у нее было несколько десятков детей, и теперь «в этой жизни» у нее новое предназначение - «служить Богу...». С этими идеями она попыталась уйти в монастырь, но через несколько месяцев жизни в монастыре произошло обострение бредового психоза, и она была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Все описанные выше варианты полного отказа от репродукции свидетельствуют о наличии разных психопатологических основ психологической неготовности к материнству. В тоже время в клинической практике встречаются случаи, когда отказ от репродукции (неготовность к материнству) носит временный характер (хотя иногда очень длительный) и заканчивается после соответствующего изменения психического состояния.

Временное угнетение репродуктивной активности чаще всего отмечается в рамках затяжных, иногда многолетних депрессивных состояний и включается в комплекс симптомов, характерных для угнетения инстинктивной сферы у депрессивных больных. Тогда параллельно с угнетением аппетита, нарушением сна, исчезновением сексуального влечения может возникнуть отвращение ко всему, что связано с возможной беременностью и деторождением. Пропадает интерес к детям. Общение с собственными детьми перестает доставлять удовольствие, становится непосильной задачей. Если в этот период женщина оказывается беременной, то ранее желанная беременность превращается не только в нежеланную, но и может вызывать отвращение. В таком состоянии иногда происходит спонтанное прерывание беременности. Вообще у депрессивных женщин возникает угнетение всей эндокринной и вегетативной составляющей репродуктивной сферы. Здесь, в первую очередь, возможно возникновение различных проявлений гипоменструального синдрома(22) вплоть до стойких функциональных аменорей. В комплексе депрессивного соматического синдрома(23) часто обнаруживаются снижение массы тела, бледность и сухость кожи, нарушение сна с ранними пробуждениями, общее физическое недомогание, суточные колебания физического и психического тонуса. Для последнего характерно извращение его суточной ритмики.

В тех случаях, когда собственно психические симптомы депрессии (угнетение аффективной сферы, депрессивная персонификация, депрессивные идеи самообвинения и пр.) выражены, то диагноз не вызывает затруднений и больные женщины оказываются в поле зрения психиатров. Значительно сложнее диагностировать депрессивное состояние у женщин с неготовностью к репродукции, когда собственно депрессивные симптомы выражены слабо («мягкие» субдепрессии) или даже вовсе отсутствуют, как это бывает при маскированных депрессиях(24). Женщины могут попасть в поле зрения психиатра либо случайно, либо по направлению гинекологов, сексопатологов, врачей любых других специальностей.

Пример: *Молодая женщина 22 лет в подростковом возрасте лечилась в детской психиатрической больнице с диагнозом «гипоманиакальное состояние». После выписки из больницы закончила школу, поступила в институт, который также успешно закончила. На последнем курсе института стала встречаться со своим однокурсником. Чувствовала себя влюбленной, настроение было приподнятым. Много работала над дипломом, не уставала. По окончании института поступила в очную аспирантуру. В это же время вышла замуж. Хотела, чтобы у нее было «как минимум 2 детей». Близость с мужем доставляла удовольствие. К окончанию первого*

года аспирантуры почувствовала себя утомленной. Стала рассеянной, с трудом концентрировала внимание на необходимых текстах научной литературы. Изменилось качество сна. Сон стал поверхностный. По утрам долго чувствовала себя «невыспавшейся». Ласки мужа перестали доставлять удовольствие. Уклонялась от интимной близости, ссылаясь на усталость. Провела летний отпуск на курорте, старалась побольше купаться, загорать. Однако продолжала себя чувствовать «не в своей тарелке», присоединились ежедневные головные боли, «мигрени». Принимала лекарства «от головной боли». По возвращении в Москву продолжалась «хандра». Вскоре обнаружила, что беременна. «Не раздумывая», заявила мужу, что не готова «носить эту беременность», т. к. у нее «нет сил...» и ребенок «в данный момент будет обузой». Прервала беременность медицинским абортom на малом сроке. Приспособилась к работе в аспирантуре, но почувствовала себя хуже. Головные боли стали почти постоянными. Обратилась в поликлинику, где «сказали, что это от переутомления». Решила временно прервать занятия в аспирантуре. Старалась больше спать, «чтобы лучше отдохнули мозги». В этот же период начались нарушения менструального цикла, а к концу осени месячные исчезли вовсе. Решила, что вновь забеременела. Испугалась этого. Обратилась к гинекологу. Диагностировали «дисфункцию яичников». Принимала лечение неохотно. В душе даже радовалась, что «пока не забеременею». Аменорея затянулась на 4 месяца несмотря на прием гормональных препаратов. В семье произошло ухудшение отношений с мужем. Тот обижался, что она стала невнимательна к нему, «ленится», ничего не делает по дому. По инициативе мужа обратились к семейному психологу, затем к психотерапевту, который заподозрил у нее маскированную депрессию и назначил антидепрессанты. Через три недели приема препаратов почувствовала себя лучше. Восстановился прежний сон, исчезли головные боли. Стала бодрей. С удовольствием сделала «генеральную уборку в доме». Продолжала лечиться у гинеколога. Менструальный цикл восстановился. Улучшились отношения с мужем. Осенью того же года повторно забеременела. Приняла решение сохранить беременность. Вынашивала беременность вполне благополучно. Родила здорового мальчика.

Описанные выше варианты угнетения репродуктивного поведения (стойкие и временные) оставляют открытым вопрос о том, лежит ли в основе отказа от репродукции биологическая (своеобразное угнетение репродуктивного компонента инстинктивной сферы) или психологическая основа (оберегающее защитное поведение, когда женщины чувствуют, что у них ограничены ресурсы личности и материнство для них – непосильная нагрузка).

V. Brutman

VIOLATIONS OF THE INSTINCT OF PROCREATION AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR OF WOMEN IN CONNECTION WITH PSYCHIC PATHOLOGY²

Private psychiatrist (Haifa, Izrael).

Summary: The article presents the author's hypothesis that psychic diseases and profound personality disorders can change the appearance character of the instinctive component of the maternal behavior both towards its pathological depression and rampant disinhibition. Clinical classification of the most frequent psychopathological syndromes accompanied by this form of instinctive sphere pathology is displayed. Procreation instinct pathology is one of the least studied problems of psychopathology.

Keywords: maternal instinct, psychiatric pathology, reproductive behavior.

²The beginning part. The final part see: Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov, 2017 (17). № 4.

К ЮБИЛЕЮ АНАТОЛИЯ АЛЕКСЕЕВИЧА СЕВЕРНОГО



Анатолий Алексеевич Северный – психиатр высшей категории, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья, президент Ассоциации детских психиатров и психологов, заместитель главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

А.А. Северный родился в 1942 г. в Свердловской обл. В 1960 г. окончил школу № 21 г. Москвы и поступил на лечебный факультет 1 Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Несмотря на то что еще в студенческие годы активно занимался научной работой в области психиатрии, выступал на конференциях и имел публикации, после окончания института в течение многих лет работал практическим психиатром – сначала в Там-

бовской областной психиатрической больнице (по распределению), а затем с 1969 г. по 1975 г. - в психиатрической больнице № 4 им. П.Б. Ганнушкина и психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кащенко г. Москвы.

С 1975 г. А.А. Северный работает в НИИ психиатрии Академии медицинских наук (в настоящее время - Научный центр психического здоровья) младшим научным сотрудником, старшим научным сотрудником, а с 1993 г. - ведущим научным сотрудником. В 1980 г. защитил кандидатскую диссертацию по проблеме шизоаффективного психоза.

С 1983 г. Анатолий Алексеевич занимается клиническими исследованиями в области детско-подростковой психиатрии. Круг его научных интересов очень велик – это аффективные и шизоаффективные психозы у детей и подростков, пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями. Анатолий Алексеевич является одним из немногих детских психиатров, которые углубленно на базе соматической клиники (Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева) занимаются исследованием психосоматической патологии у детей и подростков. Его статьи в этой области известны не только в России, но и за рубежом. Им впервые в отечественной литературе описано психофармакологическое демаскирование аффективных расстройств, а также юношеская астеническая несостоятельность как вариант атипичного депрессивного состояния, явление соматопсихического синергизма.

Нельзя не отметить, что А.А. Северный является одним из лучших специалистов в области психопатологии детства. Созданные по его инициативе и регулярно проводимые им междисциплинарные консилиумы всякий раз привлекают немалую аудиторию – врачей различного профиля, психологов, дефектологов, педагогов и социальных педагогов, социологов и других специалистов.

Анатолий Алексеевич автор более чем 240 научных публикаций, в том числе 5 монографий (в соавторстве), соавтором и соредактором Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста, автором Проекта реорганизации психиатрической помощи детям и подросткам, разработанного по поручению Государственной думы РФ. Деятельность А.А. Северного широко известна за границей, где он многократно выступал на конгрессах и конференциях (в США, Великобритании, Франции, Швеции, Германии, Болгарии, Польше, Испании). Под научным руководством А.А. Северного защищены несколько кандидатских диссертаций.

В 1992 г. Анатолий Алексеевич с группой специалистов организовал Независимую ассоциацию детских психиатров и психологов (с 1999 г. - Ассоциация детских психиатров и психологов - АДПП), избран ее Президентом, переизбран на ту же должность в 1995, 1999, 2003, 2006, 2010, 2014 гг. АДПП является представителем России в ESCAP – Европейском обществе детской и подростковой психиатрии.

Как представитель АДПП А.А. Северный участвовал в разработке в Государственной думе РФ Закона РФ по защите прав детей и подростков; в ряде акций по защите прав детей (выступления в Общественной палате при Президенте России, разработка проектов по реформированию службы охраны психического здоровья детей, по социально-юридической защите детей с психическими нарушениями и их семей, Закона РФ по оказанию психиатрической помощи несовершеннолетним и др.); в работе международных конгрессов и конференций, постоянно выступает в различных программах радио и телевидения.

А.А. Северный является инициатором и ведущим организатором (совместно с государственными и общественными организациями) серии общероссийских конференций по актуальным психолого-психиатрическим и социально-педагогическим проблемам детства: “Особый ребенок и его окружение” (1993 г.); “Сироты России: проблемы, надежды, будущее” (1993 г.); “Школьная дизадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков” (1995 г.); “Интеллектуальная и творческая одаренность” (1995 г.); “Социальная дизадаптация: нарушения поведения у детей и подростков” (1996 г.); “Дети России: насилие и защита” (1997 г.); “Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь” (1998 г.). Только благодаря энергии и целеустремленности Анатолия Алексеевича, начиная с 2001 г. АДПП с помощью государственных учреждений удалось организовать шесть международных конгрессов «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (в Москве в 2001 г. в Минске в 2003 г., в Казани в 2006 г., в Кирове в 2009 г., в Москве в 2013 г, в Санкт-Петербурге в 2017 г.). Все сборники материалов конференций и конгрессов лично формировались и редактировались Анатолием Алексеевичем. Надо отметить, что с каждым годом расширяется состав участников, профессиональное представительство на этих конгрессах.

Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков» - единственный в России журнал, посвященный междисциплинарным проблемам детства, создан в 2001 г. также по идее А.А. Северного. С тех пор, несмотря на все организационные и финансовые трудности, журнал выходит регулярно, становится все интереснее и пользуется заслуженным вниманием специалистов.

Еще раз поздравляем Анатолия и Алексеевича и желаем ему здоровья, счастья и радости дома, в путешествиях и на работе, неиссякаемой энергии, которая вела нас многие годы к победам и свершениям.

Редколлегия

Правление Ассоциации детских психиатров и психологов

Коллеги, ученики, друзья

**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.**
4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в 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 Государственного стандарта (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. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов 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 29.09.2017 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru