

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ  
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ  
ЭЛЕКТРОННЫЙ  
ЖУРНАЛ**

2018. Том 7, № 2

2018. Vol. 7, no 2

## СОДЕРЖАНИЕ

### Теоретические исследования

**Польская Н.А.** Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков 1–20

### Эмпирические исследования

**Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О.** Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями 21–40

**Вачков И.В., Вачкова С.Н.** Удовлетворенность образовательной средой субъектов педагогического процесса как индикатор угроз психологическому здоровью детей 41–52

**Колесникова М.А., Жукова М.А., Овчинникова И.В.** Особенности когнитивного развития и адаптивного поведения детей в домах ребенка в РФ 53–69

**Куфтяк Е.В., Одинцова М.С.** Изучение коммуникативных способностей дошкольников с тяжелыми нарушениями речи 70–82

**Маленова А.Ю., Потапова Ю.В.** Эмоциональное благополучие студентов и их родителей в ситуации сепарации 83–96

**Симон Ю.А., Бизюк А.П., Исаева Е.Р., Шошина И.И., Мухитова Ю.В.** Особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством 97–110

**Решетников М.М., Уласень Т.В.** Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение 111–123

### Прикладные исследования

**Веитова-Силарова Л., Валента М.** Анализ драматерапии, проходящей в отделении по восстановлению после зависимости абстинентами 124–134

**Мелёхин А.И.** Хроническая бессонница в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению 135–161

### Методы и методики

**Рубченя С.Л.** Динамические характеристики взаимодействия как основа формирования рекомендаций для семьи с ребенком раннего возраста с расстройствами аутистического спектра 162–173

## CONTENT

### Theoretical research

- Polskaya N.A.* Risk Factors and Approaches to Preventing Self-Injurious Behavior in Adolescents 1–20

### Empirical research

- Abramova A.A., Enikilopov S.N., Efremov A.G., Kuznetsova S.O.* Autoaggressive Non-Suicidal Behavior as the Way of Coping with Negative Emotions 21–40
- Vachkov I.V., Vachkova S.N.* Satisfaction with Educational Environment of Subjects of Pedagogical Process as an Indicator of Threats to the Children's Psychological Health 41–52
- Kolesnikova M.A., Zhukova M.A., Ovchinnikova I.V.* Cognitive Development and Adaptive Skills of Children in Institutions of Russian Federation 53–69
- Kuftyak E.V., Odintsova M.S.* Study of the Communicative Abilities of Pre-School Children with Severe Speech Impairments 70–82
- Malenova A.Yu., Potapova Yu.V.* Emotional Well-Being of Students and Their Parents in a Separation Situation 83–96
- Simon Y.A., Bizyuk A.P., Isaeva E.R., Shoshina I. I., Mukhitova Y.V.* Peculiarities of perception (visual gnosis) and thinking in patients with schizotypal disorder 97–110
- Reshetnikov M.M., Ulasen T.V.* Psychological Analysis of Aggressive Tendencies in Adolescents Firstly Entered Socio-Protective Institution 111–123

### Applied research

- Veitová-Šilarová L., Valenta M.* Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni I *Melehin A.I.* Chronic Insomnia in the Elderly: Current Approaches to Diagnosis and Treatment 124–134
- Melehin A.I.* Chronic Insomnia in the Elderly: Current Approaches to Diagnosis and Treatment 135–161

### Methods and techniques

- Rubchenia S.L.* Recommendations on the Dynamic Characteristics of Interaction for Families with Toddlers with Autism Spectrum Disorders 162–173

# Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков

**Польская Н.А.,**

*доктор психологических наук, профессор, кафедра клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, polskayana@yandex.ru*

Проблема самоповреждающего поведения рассмотрена с точки зрения факторов риска и профилактики у подростков. Описаны стратегии самоповреждающего поведения и особенности эмоциональной дисрегуляции у лиц, осуществляющих самоповреждения. Поиск помощи у сверстников/онлайн-друзей и высокая стигматизация/самостигматизация подростков с самоповреждениями должны учитываться при организации помощи и профилактики самоповреждений. Обобщены методы профилактики самоповреждающего поведения: направленные на информирование о проблеме, на развитие адаптивных стратегий саморегуляции и на психологическую, социальную поддержку. Определены условия разработки программ профилактики самоповреждающего поведения для школ: выделение целевой группы подростков (популяция; группа риска; подростки в ситуации стресса); определение уровня вмешательства (индивидуальная или групповая работа; работа с подростками, их родителями, педагогами и т.п.); оценка культурной специфичности группы; учет особенностей школьной среды; оценка развития личности подростков. Программы должны основываться на современных психологических знаниях о формировании самоповреждающего поведения и подразумевать возможность оценки эффективности вмешательства.

**Ключевые слова:** самоповреждающее поведение, подростки, профилактика.

## Для цитаты:

Польская Н.А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 1–20. doi: 10.17759/psyclin.2018070201

## For citation:

Polskaya N.A. Risk Factors and Approaches to Preventing Self-Injurious Behavior in Adolescents [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 1–20. doi: 10.17759/psycljn.2018070201 (In Russ., abstr. in Engl.)

Под самоповреждающим поведением (СП) подразумевается широкий спектр действий, связанных с намеренным физическим повреждением индивидуумом собственного тела [8]. Нередко СП рассматривается неотрывно от суицидального поведения, что вполне обосновано клинически подтвержденными рисками суицида у пациентов, госпитализированных с намеренными самоповреждениями [2; 10; 11; 32]. С другой стороны, многие специалисты считают более целесообразным говорить о несуйцидальном самоповреждающем поведении как отдельном феномене [30; 31; 33]. Клинический психолог Исследовательского университета Монаш (Мельбурн, Австралия) Саймон Крисп (Simon Crisp) отмечает, что самоповреждения могут совершать люди, имеющие суицидальные мысли. Но хотя оба действия принадлежат к континууму аутодеструктивного поведения, нельзя говорить о простом линейном прогрессировании от самоповреждения к суициду. При том что нанесение самоповреждений является одним из основных факторов риска суицидальной попытки или завершеного суицида, значительная часть людей, совершающих самоповреждения, не имеют желания и намерения умереть [16].

**Самоповреждающее поведение в DSM-5.** Термин несуйцидального самоповреждающего поведения используется в DSM-5, где оно включено в главу «Состояния, требующие дальнейшего изучения» (секция III). Там указаны критерии его оценки, рекомендованные для применения в исследовательских целях. Эти критерии касаются частоты самоповреждений (не менее 5 раз за последний год), а также обязательно наличие психологических целей и причин, связанных с намерениями совершить самоповреждения. В качестве таких целей определены: 1) получение облегчения от негативных чувств или мыслей; 2) решение межличностных трудностей; 3) вызывание (индуцирование) у себя положительных эмоций.

Причины несуйцидальных самоповреждений связываются с межличностными трудностями, негативными чувствами и мыслями, а также с с устойчивостью мыслей о самоповреждении. Из клинической феноменологии исключены социально и культурно обусловленные повреждения тела (пирсинг, татуировки, ритуальные повреждения, являющиеся частью религиозного или культурного ритуала). Обкусывание ногтей или сковыривание болячек как отдельно наблюдаемые феномены не могут быть отнесены к несуйцидальному самоповреждающему поведению. Также это поведение отграничивается от психических расстройств, где самоповреждения могут служить симптомом [13].

Несмотря на социальные запреты, СП нередко встречается в популяции подростков, использующих самоповреждения, как правило, с целью регуляции эмоций. С одной стороны, условная эффективность подобного поведения, подкрепляемая вторичными выгодами (например, получение большего внимания со стороны окружающих или повышение самопринятия и самоуважения), может усиливать подобное поведение. С другой стороны, несуйцидальные самоповреждения могут скрываться от других людей как нечто постыдное. В этом случае самоповреждения усиливают стыд и вину, подкрепляя ощущение ущербности, психической и социальной неполноценности.

**Распространенность самоповреждений.** Данная проблема на сегодняшний день является достаточно распространенной как в Российской Федерации, так и во всем мире [1; 3; 5–9; 15; 16; 19; 20 и др.]. Группа исследователей из Оксфордского университета, используя национальные данные по суицидам в сочетании с данными пяти больниц о поступлении после самоповреждений и данными крупномасштабных опросов в школах с целью оценки относительной частоты летальных и нелетальных самоповреждений у английских подростков 12–17 лет, представила полученные результаты в виде модели айсберга [19].

Верхушку «айсберга» составляют летальные самоповреждения, т.е. суициды – явное, но не распространенное явление. Тело «айсберга» составляют самоповреждения, приводящие к обращению в клинические службы – это тоже видимая и достаточно распространенная часть проблемы. Подводную часть «айсберга» составляют самоповреждения в сообществе: они распространены, но в значительной мере скрыты. По оценке исследователей, на каждого подростка, умершего в результате суицида, приходится примерно 370 подростков, попавших в больницу из-за самоповреждений, и 3900 подростков, сообщивших о самоповреждениях. Было показано, что при более высоких показателях смертельных суицидов у мальчиков, две другие группы самоповреждений значительно шире представлены девочками. Интересно, что уровень скрытых (несуицидальных) самоповреждений в сообществе находился на одном уровне среди подростков 12–14 и 15–17 лет [19].

Согласно нашим данным по российской выборке (N=643), от 10% до 14% старших школьников и студентов указали на один случай самопорезов, а 3% – отметили высокую частоту самопорезов. Что касается связи самоповреждений с полом, то наши данные подтверждают результаты исследований зарубежных коллег: у девушек чаще регистрируются самоповреждения, тогда как у юношей они более тяжелые [8].

Ссылаясь на последние результаты, полученные на основании данных врачей общей практики Великобритании, Крис Никольсон (Chris Nicholson) из Эссекского университета (отделение психосоциальных и психоаналитических исследований) отмечает, что за последние три года показатели самоповреждений среди девочек 13–16 лет выросли на 68%. Самоповреждения встречаются в три раза чаще среди девочек, чем среди мальчиков; и риск суицидов значительно выше среди тех, кто наносит самоповреждения. Они пытаются покончить с собой в 50 раз чаще [29].

Канадские исследователи также отмечают наибольшую склонность к несуйцидальным самоповреждениям у девочек-подростков, имеющих симптомы депрессии, диагноз СДВГ и расстройства настроения. Вместе с тем, подростки, которые обращаются за эмоциональной поддержкой в ситуации кризиса, демонстрируют меньшую склонность к несуйцидальным самоповреждениям [14].

**Эмоциональная дисрегуляция как предиктор самоповреждающего поведения.** В качестве психологических предикторов самоповреждения выступают прежде всего нарушения регуляции эмоций [3], что выражается в руминации,

избегании и снижении ментализации [7; 9]. Эмоциональная дисрегуляция, в целом свойственная подростковому возрасту, приобретает у подростков, наносящих самоповреждения, патологические черты, закрепляя самоповреждение как модель поведения, которая реализуется через разные стратегии. Это может быть стратегия восстановления контроля над эмоциями, которые переживаются как опасные, неуправляемые, причиняющие острую душевную боль, либо стратегия избавления от напряжения, которое воспринимается как чрезмерное, требующее разрядки; цель этой стратегии – релаксация. В некоторых случаях самоповреждения продиктованы желанием привлечь внимание других людей к своему эмоциональному состоянию (крик о помощи, способ экстернализации душевной боли) с целью получения поддержки, а иногда – поиском новых ощущений, стремлением получить необычный опыт [8].

То, что регуляция аффекта как способ управлять своими хаотичными и пугающими чувствами – это основная функция самоповреждений, отмечается многими исследователями. Особенно отчетливо это проявляется в случае, когда подростки в раннем детстве страдали от злоупотреблений или неправильного отношения со стороны близких взрослых. В силу раннего возраста психической травматизации возникают большие трудности с когнитивной переработкой ранних травмирующих воспоминаний. Память о травме соматизируется, и глубинные раны выносятся на поверхность тела [29].

Наши исследования в полной мере согласуются с наблюдениями специалистов, работающих с пациентами с СП. В одной из недавно опубликованной в *Journal of Affective Disorders* статье клинический психолог Питер Тейлор (Peter Taylor) из Манчестерского университета пишет, что для 63–78% лиц, совершающих суицидальные самоповреждения, это является краткосрочной стратегией облегчения своего эмоционального дистресса. Вместе с тем такой способ решения проблем помогает ненадолго, его эффект может быть очень коротким, и в долгосрочной перспективе положение только ухудшается [34].

Усугубляют положение расстройства настроения и поведенческие расстройства. По мнению канадских исследователей, депрессия детей и подростков осложняет совладание с трудными ситуациями, сильно влияет на способность регулировать эмоции и заставляет детей и подростков фокусироваться исключительно на негативных аспектах жизни. Так, они выявили, что предикторами суицидальных самоповреждений выступают депрессия, расстройства настроения, а также СДВГ и расстройство социального поведения [14].

Немаловажная роль в формировании СП отводится социальным факторам. Здесь первое место у самоповреждений в дружеском и семейном окружении, а также высока роль различных форм насилия (травли) в отношении подростка (включая семейное, школьное, уличное насилие) [5; 8; 17; 20; 28; 35]. У подростков, подвергшихся физическим или сексуальным злоупотреблениям, вероятность суицидальных самоповреждений выше по сравнению с ровесниками. Об этом свидетельствуют данные канадских ученых, опубликованные в журнале *Child Abuse & Neglect*. Авторы отмечают, что в провинции Онтарио у каждого третьего подростка

с проблемами психического здоровья выявляются несуицидальные самоповреждения. По их мнению, прогностическими факторами несуицидальных самоповреждений являются только негативные воздействия, направленные на самого ребенка (физические и сексуальные злоупотребления), а не другие отрицательные факторы, например, психическое нездоровье родителя или домашнее насилие в семье [14].

Немаловажен факт общего социального неблагополучия. Наибольший рост самоповреждений фиксируется у детей, проживающих в социально неблагополучных районах [25].

### ***Подростковый возраст как фактор риска самоповреждения.***

Подростковый возраст как кризисный период развития [4] сам по себе является фактором риска самоповреждающего поведения. Фиона Гарденер (Fiona Gardener) замечает, что для самоповреждений типично начало в подростковом возрасте [18]. Нередко противоречивые, аффективно заряженные, формирующиеся представления подростка о себе, своей личности, могут достичь такой интенсивности и конфликтности, что приводят подростка к «отрицанию себя». В этот период становления идентичности подростки склонны оценивать себя негативно, как способных вызвать к себе со стороны окружающих исключительно презрение и отвращение. Эта характерная для подросткового возраста конфликтность я-концепции становится почвой для аутодеструктивных потребностей, в частности, атаковать себя, навредить себе. И здесь самоповреждения становятся своего рода «заслуженным» наказанием самого себя.

С другой стороны, самоповреждения выступают своеобразной формой коммуникации, способом рассказать о своем психическом состоянии и внутреннем мире, выразив свою боль [29]. Для современных подростков характерно, с одной стороны, раннее взросление, с ранним началом полового созревания и большими возможностями получить разного рода информацию с помощью социальных сетей и виртуальных коммуникаций. С другой стороны, подростковый возраст для многих затягивается, отмечает Крис Никольсон (Chris Nicholson), так как многие молодые люди дольше остаются в родительском доме из-за плохих перспектив с работой и высокими ценами на покупку и аренду жилья. Это означает, что дети дольше сохраняют зависимость от родителей и вынуждены в качестве замены исследовать свою независимость в мире виртуальном, что, разумеется, влечет свои последствия [29].

Воспитательные стратегии родителей значительно трансформированы: они стали более отстраненными из-за влияния социальных сетей, где родители проводят много времени. Подростки в свою очередь также проводят много времени в сетях, что приводит к «нормализации» самоповреждений в кругу сверстников. Для современных подростков (и особенно девочек) очень важен их «образ». Современные дети живут в мире селфи, статусов онлайн, апдейтов и моментальной связи, когда такие сайты как Инстаграм делают акцент на внешней форме, а не на внутреннем содержании [29].



**Влияние культуры.** Изобилие собственных изображений на подобных сайтах способствует развитию среди подростков глубоко состязательной и тревожной культуры [29]. Связь эмоциональных нарушений и современных культуральных установок, направленных на достижение успеха и превосходства, была описана отечественными психологами А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян еще в 1999 году [12]. В новейшей истории развития общества ситуация высокой социальной требовательности к успешности только усилилась, а ограниченность собственных возможностей и неспособность релевантно отвечать ожиданиям общества осознаются подростками слишком рано и болезненно. Эмоциональная напряженность, сопровождающая период взросления, приобретает в виртуальных условиях – условиях высокой конкуренции за лайки, подписчиков, перепосты и т.п. – болезненные формы, когда самоповреждение используется подростками (особенно девочками) как способ выразить свою душевную боль, как крик о помощи, либо как достаточно эффективная стратегия почувствовать свою уникальность, интерес к себе со стороны других людей.

**Проблемы помощи подросткам с самоповреждающим поведением.** Организация эффективной профилактики самоповреждающего поведения среди подростков должна учитывать проблемы, которые связаны с выявлением фактов самоповреждения в подростковой популяции. Подростки чаще обращаются за помощью к сверстникам и онлайн-друзьям, чем к взрослым и профессионалам [15]. Вызывают интерес результаты исследования, в рамках которого анализировались взгляды подростков на то, как они могут помочь сверстникам с самоповреждениями. Часть подростков, участвующих в исследовании (10% выборки), осуществляла самоповреждения, 43% из них сообщили об этом друзьям, 16% – родителям, 13% – медикам и психологам и 2% – учителям.

Качественный анализ сообщений подростков о способах помощи сверстникам с самоповреждающим поведением позволил исследователям выделить 7 ключевых тем.

1. Чтобы помочь, нужно выслушать и поговорить (обсудить их проблемы).
2. Рассказать взрослым.
3. Направить их к профессионалу (например, к консультанту).
4. Сформировать позитивные отношения с ними (подружиться).
5. Повысить осведомленность о проблеме в обществе.
6. Снизить стигматизацию и обеспечить конфиденциальность (не навешивать ярлыки, не осуждать).
7. Отказ от предоставления помощи в силу уверенности респондентов в ее неэффективности.

Подростки с самоповреждениями значимо реже отмечали возможность обратиться за помощью к взрослым (включая родителей), чаще указывали на пользу

хороших отношений между сверстниками (буллинг воспринимается ими как причина самоповреждения) и снижение стигматизации (что может быть особенно привлекательно в рамках онлайн-общения в силу его анонимности). Здесь были выявлены половые различия: девушки с СП считают, что сверстники не могут ничем помочь. Респонденты, испытывавшие желание совершить самоповреждение, но не совершившие его (20% выборки), чаще указывали на то, что сверстники не могут помочь в этой ситуации, и реже советовали обратиться за помощью профессионалов и проинформировать взрослых [15].

Авторы лонгитюдного исследования обращения подростков с СП за помощью также констатируют, что высокая стигматизация тех, кто наносит себе повреждения, негативные реакции (страх, непонимание) со стороны родителей, учителей и медицинских профессионалов, отношение к самоповреждению как к суицидальной попытке – все это мешает подросткам с самоповреждающим поведением обращаться за помощью [21]. Избегание помощи, отказ от сообщения кому-либо о проблемах получили название «отрицание помощи», и этот феномен особенно ярко проявляется при суицидальных мыслях, когда наибольшая выраженность симптомов отрицательно связана с желанием обратиться за помощью. В основе избегания помощи могут лежать когнитивные искажения или специфические эмоциональные состояния. Избегание помощи в совокупности с более длинным периодом самоповреждения может выступать фактором риска суицида.

Авторы этого лонгитюдного исследования выявили, что только чуть больше половины (59%) подростков сообщили кому-то о своем самоповреждении: из них 68% сообщили сверстникам, а 32% – взрослым (в первую очередь родителям, затем психологам, врачам или учителям). Подростки, сообщившие о самоповреждении взрослым, научились использовать более эффективные копинг-стратегии, их показатели тяжести самоповреждения и суицидального риска понизились. Подростки, сообщившие о самоповреждении сверстникам, испытали уменьшение социальной поддержки, тяжесть их самоповреждений не уменьшилась, но они продолжали искать помощь, ограничиваясь средой сверстников. Тяжесть самоповреждения у подростков, никому не сообщавших о самоповреждениях, возросла. Из этого следует, что обращение за помощью к взрослым является менее популярной, но более эффективной стратегией, чем поиск поддержки у сверстников. Однако в данном исследовании не контролировались характеристики внутрисемейных взаимоотношений подростков: возможно, те, кто говорил с родителями о самоповреждении, имели какие-либо преимущества, повлиявшие на течение самоповреждающего поведения (например, более доверительные отношения, эмоциональную поддержку) [21].

**Профилактика самоповреждающего поведения в подростковой популяции.** На настоящем этапе наблюдается дефицит программ профилактики СП. Недостаточная осведомленность о СП специалистов, работающих с подростками, и ограниченный круг психологических исследований, посвященных самоповреждению подростков, обуславливает дефицит объективной информации о серьезности и распространенности этой проблемы на доклиническом уровне.

С другой стороны, сама специфика подросткового поведения, связанная с нанесением самоповреждений, требует разработки специального профилактического подхода и программы его внедрения в образовательных учреждениях.

Как известно, общие положения превентивных мер были разработаны в 60-е годы прошлого века [24]. Модель профилактики включала три уровня. Первичная профилактика направлена на распространение знаний и обучение навыкам, касающимся общих вопросов охраны здоровья. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление заболевания. Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий заболевания.

В контексте проблематики СП первичная профилактика подразумевает разработку мероприятий, связанных с повышением осведомленности о проблеме в общей популяции. Так, уже не один год 1 марта в разных странах мира проходит День осведомленности о самоповреждении (Self-injury Awareness Day). В этот день люди, знакомые с проблемой самоповреждения (на своем опыте, опыте своей семьи, друзей или знакомых), проводят различные акции, цель которых информировать общество о том, что самоповреждающее поведение – это не что-то постыдное, что следует скрывать, порицать или игнорировать, но это то, о чем можно и нужно говорить.

Всегда возникают опасения, не является ли открытый разговор о проблеме тем, что может спровоцировать самоповреждения у детей и подростков, которые ранее об этом не знали. Безусловно, нельзя гарантировать, что те, кто впервые услышат о СП, никогда не совершат нечто подобное. Как и невозможно узнать, не совершат ли они самоповреждения и без этой информации, при этом втайне страдая от стыда и эмоциональной боли и скрывая следы от самоповреждений, не зная, к кому обратиться за помощью.

В профилактике СП используются многообразные психологические, социальные, педагогические и медицинские методы, которые можно обобщить в три большие группы:

1) методы, направленные на *информирование* о проблеме: например, как предотвратить самоповреждение; как помочь тому, кто наносит себе повреждения; как снизить риски осложнений после самоповреждения;

2) методы, направленные на *развитие*: развитие навыков саморегуляции, повышение качества ментализации, эмпатии, эмоционального интеллекта, развитие навыков взаимодействия с другими людьми, включая работу с семьей и педагогами и т.п.;

3) методы, направленные на *поддержку*: организация поддерживающих социальных групп, групп взаимопомощи, обеспечение доступа к профессиональной психологической и при необходимости медицинской помощи и др.

Выбор методов зависит от уровня профилактической работы и от специфических задач, решаемых профилактической программой: в одних случаях это может быть развитие более принимающей и поддерживающей среды, тогда как в других – повышение уровня информированности родителей и педагогов. Но для повышения эффективности профилактического воздействия необходимо использовать и методы, направленные на информирование, и те методы, которые обеспечивают развитие и поддержку.

Цель *первичной профилактики* – предотвращение СП подростков. К мероприятиям первичной профилактики относятся издание и распространение листовок и буклетов, связанных с проблематикой самоповреждения. Фокус в этих материалах: где можно получить помощь тому, кто совершает самоповреждения; какие приемы самопомощи можно использовать. Сюда же могут быть отнесены тренинг-семинары для родителей подростков, где они не только получают информацию о самоповреждающем поведении, специалистах и центрах оказания психологической помощи, но и проходят тренинг по оказанию первичной психологической поддержки своему ребенку.

Организация служб поддержки подростков в кризисной ситуации в школах и молодежных центрах и развитие образовательных программ для молодежи могут служить эффективными инструментами первичной профилактики несуицидальных и суицидальных самоповреждений [15]. Полезен опыт разработки когнитивно-ориентированной программы для школ, в рамках которой школьникам предоставляли информацию о копинг-стратегиях и дистрессе, обучали их навыкам адаптивного совладания и давали домашние задания на преодоление негативных иррациональных убеждений [23].

Цель *вторичной профилактики* – развитие психологически поддерживающей среды, инициирование мотивации на отказ от самоповреждений. К мероприятиям вторичной профилактики СП может быть отнесена:

- работа с группами риска (например, с жертвами сексуального и физического насилия; с подростками из неблагополучных семей);
- обучение родителей, педагогов, социальных работников и психологов, работающих в образовательных учреждениях, приемам выявления самоповреждения и взаимодействия с подростком, наносящим самоповреждения.

Примером работы с педагогами в рамках профилактики СП может служить программа «Знаки самоповреждения» (The Signs of Self-Injury), при проведении которой педагогов обучали тому, как можно обнаружить случаи самоповреждения у учеников и каким образом можно представить информацию в классе о помощи сверстникам с самоповреждающим поведением (Jacobs et al., 2009) [цит. по 28].

В случае если у подростка ранее были госпитализации в связи с самоповреждениями, ему может оказываться поддерживающая помощь со стороны клиницистов, например, помощь по телефону от терапевтов-стажеров [27].

Специальные программы интервенции являются значимым превентивным фактором не только несуйцидальных, но и суйцидальных самоповреждений. Эффективность подобных интервенций «по телефону» при риске повторных суйцидальных попыток среди пациентов отделений неотложной помощи продемонстрирована результатами исследования американских коллег (N=1400), показавших, что новая многоплановая интервенция понизила риск последующих суйцидальных попыток на 20%. Интервенция включала в себя специализированный скрининг, сопровождение в части планирования безопасности и периодические проверки по телефону. В группе интервенции общее количество суйцидальных попыток было на 30% ниже, чем в группе получавших стандартную помощь в условиях отделений неотложной помощи больниц общего профиля. Нововведением авторов явилось включение в стандартный план ведения пациентов с суйцидальным риском экспериментальной интервенции – дополнительного суйцидального скрининга от врачей отделения неотложной помощи, информации от медсестер о предотвращении суйцидов и личный план безопасности, который по выбору самих пациентов должен быть подготовлен на случай, когда у них вновь могут появляться суйцидальные мысли. В течение следующего года они также получали периодические недолгие телефонные звонки от подготовленных сотрудников больницы. В этих разговорах с пациентами обсуждались факторы суйцидального риска, личные ценности и цели, безопасность и планирование будущего, участие в лечении и решение проблем. Количество суйцидальных попыток и пропорция людей, их совершающих, значительно уменьшились в группе интервенции, по сравнению с обычной терапией [26].

Цель *третичной профилактики* – снижение ущерба от самоповреждений, а также снижение интенсивности и тяжести самоповреждающего поведения у подростков, которые регулярно наносят себе самоповреждения. Как правило, эти подростки находятся под медицинским наблюдением (в клинике или амбулаторно). На этом уровне профилактики основная роль должна быть отведена разным формам профессиональной психологической помощи: психотерапии и психологическому консультированию, направленным на развитие навыков эмоциональной регуляции, совладания с негативными эмоциями. Это могут быть индивидуальные и групповые формы психологической помощи, направленные на работу с эмоциями: регулирующие эмоции – групповая психотерапия (Emotion Regulation Group Therapy), диалектическая поведенческая терапия (ДПТ); при избытке самокритики и чувстве стыда – психотерапия, фокусированная на сопереживании (Compassion Focused Therapy) [34]. Эффективны методы схема-терапии и терапии (Schema Therapy), фокусированной на переносе (Transference Focused Psychotherapy).

Разрабатывая программу профилактики самоповреждающего поведения для школ, следует учитывать следующее. Во-первых, необходимо конкретизировать целевую группу, в которой будут проводиться профилактические мероприятия: это может быть популяция школьников, либо подростки группы риска, либо школьники, находящиеся в стрессовых ситуациях. Во-вторых, следует учитывать, каким образом будет осуществляться профилактическая работа, т.е. определить уровень и характер вмешательства: это будет индивидуальная работа, либо работа с классом, либо с педагогами, семьей, обществом в целом. Нередко наиболее

эффективным оказывается сочетание мероприятий, ориентированных на разные уровни профилактического воздействия.

Эффективность профилактики самоповреждающего поведения среди подростков зависит от того, предусмотрены ли в программе мероприятия, направленные на формирование у подростков адаптивных копингов и эффективных приемов регуляции эмоций; способствует ли программа усилению поддержки, которую подростки могут получить со стороны других людей, и способствует ли она сплочению участников программы; достаточно ли времени отведено на реализацию данной программы, чтобы можно было провести все запланированные вмешательства и оценить их эффективность. С целью оценки эффективности следует разработать систему диагностических измерительных процедур, направленных на оценку тех параметров, которые являются мишенями превенции. Программа профилактики должна быть экономически выгодной для длительного применения [22].

Согласовывая программу и целевую группу, следует учитывать: *культурную специфику группы* (это особенно актуально для субкультур, в которых самоповреждение используется для создания групповой идентичности и коммуникации с другими членами группы); *контекст* (особенности школьной среды); *уровень развития* подростков (например, их стремление к независимости в отношениях с родителями и соответствующие проблемы в коммуникации с ними); *траекторию формирования нежелательного поведения* (для того, чтобы успеть провести программу до того, как оно сформируется) [6].

*Этапы профилактической работы.* Этапы профилактики самоповреждающего поведения в подростковой среде включают в себя следующие шаги.

1. Выделение факторов риска самоповреждающего поведения и определение тех из них, на которые будет направлена профилактическая работа.

2. Выделение групп риска самоповреждающего поведения и определение того, к какой группе риска может быть отнесена целевая группа, с которой запланирована профилактическая работа. Особенно важно это для групп, в которых встречаются пересечения факторов риска или действуют самые неблагоприятные факторы.

3. Определение типов работы с разными категориями лиц, составляющих социальное окружение подростка (родители или опекуны, учителя, социальные и медицинские работники).

4. Выбор методов и разработка конкретных стратегий профилактической работы для целевой группы с учетом уровня профилактики.

### Заключение

Самоповреждающее поведение подростков – достаточно распространенное явление, требующее серьезной оценки медицинских, психологических и социальных рисков, вызывающих подобные аутодеструктивные действия. Специалистам,

работающим с подростками, необходимо знать как причины самоповреждающего поведения, так и те психологические трудности, которые стоят за этими действиями. Центральное место в предотвращении самоповреждающего поведения среди школьников должно быть отведено разработкам и реализации профилактических программ в школах, которые обеспечат педагогов и родителей знаниями данной проблемы и помогут подросткам развить психологически необходимые навыки и приемы саморегуляции и коммуникации, помогающие предотвратить или прекратить самоповреждения.

## Финансирование

Статья подготовлена при поддержке РГНФ (проект № 16-06-01098 «Эмоциональная саморегуляция в структуре самоповреждающего поведения»).

## Литература

1. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 42–68. doi:10.17759/cpp.2016240304
2. Борисоник Е.В., Холмогорова А.Б. Психологическое состояние членов семей, переживших разные формы суицида близкого человека (однократная попытка, хроническая суицидальность, завершённый суицид) // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 1. С. 56–75. doi:10.17759/cpp.2018260105
3. Власова Н.В. Особенности регуляции эмоций в подростковом возрасте (на примере воспитанников кадетской школы-интерната) [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2017. Т. 9. № 2. С. 70–83. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49252-2> (дата обращения: 26.05.2018). doi:10.17759/psyedu.2017090207
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4: Детская психология. М.: Педагогика, 1984. 433 с.
5. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 39–49.
6. Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. № 3. С. 110–125. doi:10.17759/cpp.2016240307
7. Польская Н.А. Эмоциональная регуляция у подростков с суицидальными попытками и самоповреждениями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. №2 (Приложение). С. 191–193.

8. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
9. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 71–93. doi:10.17759/cpp.2017250406
10. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8–24. doi:10.17759/cpp.2016240302
11. Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети здоровье детей и факторы, его формирующие» // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 2. С. 188–193. doi:10.17759/cpp.2017250212
12. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура // Консультативная психология и психотерапия. 1999. № 2. С. 61–90.
13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. P. 803–806.
14. Baiden P., Stewart S.L., Fallon B. The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings // Child Abuse & Neglect. 2017. Vol. 69. P. 163–176. doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.011
15. Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention // Youth & Society. 2017. Vol. 49. № 1. P. 3–22. doi:10.1177/0044118X13520561
16. Crisp S. Explainer: what is self-harm and why do people do it? // The Conversation. URL: <https://theconversation.com/profiles/simon-crisp-6225> (дата обращения: 15.03.2018).
17. Denov M.S. The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators: A Qualitative Study of Male and Female Victims // Journal of Interpersonal Violence. 2004. Vol. 19. № 10. P. 1137–1156. doi:10.1177/0886260504269093
18. Gardner F. Self-Harm: A Psychotherapeutic Approach. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge, 2001. 163 p.
19. Geulayov G., Casey D., McDonald K.C., Foster P., Pritchard K., Wells C., Clements C., Kapur N., Ness J., Waters K., Hawton K. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study // The Lancet Psychiatry. 2018. Vol. 5. № 2. P. 167–174. doi:10.1016/S2215-0366(17)30478-9.



20. *Gratz K.L., Chapman A.L.* The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates // *Psychology of Men and Masculinity*. 2007. Vol. 8. № 1. P. 1–14. doi:10.1037/1524-9220.8.1.1
21. *Hasking P., Rees C.S., Martin G., Quigley J.* What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers // *BMC Public Health*. 2015. Vol. 15. № 1. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2383-0> (Accessed 26.05.2018). doi:10.1186/s12889-015-2383-0
22. *Heath N.L., Toste J.R., MacPhee S.D.* Prevention of Nonsuicidal Self-Injury // *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* / M.K. Nock (ed.). New York, Oxford: Oxford University Press, 2014. P. 397–408.
23. *Klingman A., Hochdorf Z.* Coping with distress and self harm: the impact of a primary prevention program among adolescents // *Journal of Adolescence*. 1993. Vol. 16. № 2. P. 121–140. doi:10.1006/jado.1993.1012
24. *Leavell H.R., Clark E.G.* Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. Toronto: McGraw-Hill, 1965. 684 p.
25. Manchester Self-Harm Project (MaSH): Reports. URL: <http://research.bmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/MaSH/reports/> (дата обращения: 15.03.2018).
26. *Miller I.W., Camargo C.A. Jr, Arias S.A., Sullivan A.F., Allen M.H., Goldstein A.B., Manton A.P., Espinola J.A., Jones R., Hasegawa K., Boudreaux E.D.* Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE Study // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74. № 6. P. 563–570. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678
27. *Morgan H.G., Jones E.M., Owen J.H.* Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm: the green card study // *The British Journal of Psychiatry*. 1993. Vol. 163. № 1. P. 111–112. doi:10.1192/bjp.163.1.111
28. *Muehlenkamp J.J., Walsh B.W., McDade M.* Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program // *Journal of Youth and Adolescence*. 2010. Vol. 39. № 3. P. 306–314. doi:10.1007/s10964-009-9450-8
29. *Nicholson C.* More teenage girls are self harming than ever before – here’s why // *The Conversation*. URL: <https://theconversation.com/more-teenage-girls-are-self-harming-than-ever-before-heres-why-86010> (дата обращения: 15.03.2018).
30. *Nock M.K., Joiner T. Jr, Gordon K., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.* Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts // *Psychiatry Research*. 2006. Vol. 144. № 1. P. 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
31. *Nock M.K.* Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury // *Current Directions in Psychological Science*. 2009. Vol. 18. № 2. P. 78–83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x

Польская Н.А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 1–20.

*Polskaya N.A. Risk Factors and Approaches to Preventing Self-Injurious Behavior in Adolescents*  
*Clinical Psychology and Special Education*  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 1–20.

32. *Olfson M., Wall M., Wang S., Crystal S., Gerhard T., Blanco C.* Suicide following deliberate self-harm // *American Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 174. № 8. P. 765–774. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16111288

33. *Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G.* Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors // *Journal of abnormal child psychology*. 2014. Vol. 42. № 6. P 885–896. doi:10.1007/s10802-013-9837-6

34. *Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., Forrester R., Shahmalak U., Dickson J.M.* A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 759–769. doi:10.1016/j.jad.2017.11.073

35. *Walker R.L., Joiner Jr. T.E., Rudd M.D.* The course of post-crisis suicidal symptoms: How and for whom is suicide “cathartic”? // *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2001. Vol. 31. № 2. P. 144–152. doi:10.1521/suli.31.2.144.21514

# Risk Factors and Approaches to Preventing Self-Injurious Behavior in Adolescents

**Polskaya N.A.,**

*Doctor of Psychology, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, polskayana@yandex.ru*

---

The problem of self-injurious behavior from the point of view of the risk factors and prevention in adolescents is considered. Strategies of self-injurious behavior and characteristics of emotional dysregulation in those who self-injure are described. Finding help from peers/online friends and high stigmatizing/self-stigmatizing among self-injuring adolescents should be taken into account in treatment and prevention programs. Methods of preventing of self-injurious behavior are summarized. The following groups of methods are distinguished by purpose: informing about the problem, developing of adaptive self-regulation strategies and psychological and social support. The following prerequisites for developing school-based prevention programs of self-injurious behavior are defined: choosing a target group of adolescents (population, risk group, adolescents in stress-inducing situations), identifying the level of intervention (individual or group work with adolescents, their parents, teachers etc.), assessing the cultural specificity of the group. Programs should be based on current psychological knowledge about the development of self-injurious behavior and implicate the measuring of their efficacy.

**Keywords:** self-injurious behavior, adolescents, prevention.

---

## Funding

Article was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project № 16-06-01098.

## References

1. Bannikov G.S., Fedunina N.Y., Pavlova T.S., Vikhristuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Vedushchie mekhanizmy samopovrezhdayushchego povedeniya u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nykh organizatsiyakh [Mechanisms of self-harm

behavior in non-clinical adolescent population: the results of monitoring in Moscow schools]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016, vol. 24, no. 3, pp. 42–68. doi:10.17759/cpp.2016240304. (In Russ., abstr. in Engl.)

2. Borisonik E.V., Kholmogorova A.B. Psikhologicheskoe sostoyanie chlenov semei, perezvivshikh raznye formy suitsida blizkogo cheloveka (odnokratnaya popytka, khronicheskaya suitsidal'nost', zavershennyi suitsid) [The Psychological State of Family Members Who Have Experienced Various Forms of Suicide of a Loved One (Single Attempt, Chronic Suicide, Completed Suicide)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018, vol. 26, no. 1, pp. 56–75. doi:10.17759/cpp.2018260105. (In Russ., abstr. in Engl.)

3. Vlasova N.V. Osobennosti regulyatsii emotsii v podrozkovom vozraste (na primere vospitannikov kadetskoj shkoly-internata) [Features of Emotional Regulation in Adolescence (With the Example of Students of Cadet Boarding School)] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya [Psychological-Educational Studies]*, 2017, vol. 9, no. 2, pp. 70–83. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49252-2> (Accessed 26.05.2018). doi:10.17759/psyedu.2017090207. (In Russ., abstr. in Engl.)

4. Vygotsky L.S. Sbranie sochinenii: V 6-ti t. T. 4: Detskaya psikhologiya [Collected works: in 6 vol. Vol. 4: Child psychology]. Moscow: Pedagogika, 1984. 433 p.

5. Polskaya N.A. Vzaimosvyaz' pokazatelei shkol'nogo bullinga i samopovrezhdayushchego povedeniya v podrozkovom vozraste [Relationship of indicators of school bullying and self-injurious behavior in adolescence]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2013, no. 1, pp. 39–49. (In Russ., abstr. in Engl.)

6. Polskaya N.A. Modeli korrektsii i profilaktiki samopovrezhdayushchego povedeniya [Models of correction and prevention of self-injurious behavior]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016, vol. 24, no. 3, pp. 110–125. doi:10.17759/cpp.2016240307. (In Russ., abstr. in Engl.)

7. Polskaya N.A. Emotsional'naya regulyatsiya u podrozkov s suitsidal'nymi popytkami i samopovrezhdeniyami [Emotional regulation in adolescents with suicidal attempts and self-injuries]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrozkov [Journal of Mental Health of Children and Adolescent]*, 2017, no. 2 (Prilozhenie) [Supplement], pp. 191–193.

8. Polskaya N.A. Psikhologiya samopovrezhdayushchego povedeniya [The psychology of self-injurious behavior]. Moscow: Lenand, 2017. 320 p.

9. Polskaya N.A., Razvaliaeva A.Yu. Razrabotka oprosnika emotsional'noi disregulyatsii [The development of the “emotion dysregulation” questionnaire]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017, vol. 25, no. 4, pp. 71–93. doi:10.17759/cpp.2017250406. (In Russ., abstr. in Engl.)

10. Syrokvashina K.V., Dozortseva E.G. Psikhologicheskie faktory riska suitsidal'nogo povedeniya u podrozkov [Psychological factors of risk of suicidal behavior in adolescents].

*Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016, vol. 24, no. 3, pp. 8–24. doi:10.17759/cpp.2016240302. (In Russ., abstr. in Engl.)

11. Fesenko Y.A., Kholmogorova A.B. Sluchai suitsidov sredi podrostkov kak sotsial'naya problema: po sledam V vserossiiskogo foruma «Nashi deti zdorov'e detei i factory, ego formiruyushchie» [Suicides Among Adolescents as A Social Problem: 5th All-Russian Forum “Our Children. Children’s Health and Its Factors”]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017, vol. 25, no. 2, pp. 188–193. doi:10.17759/cpp.2017250212. (In Russ., abstr. in Engl.)

12. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Emotsional'nye rasstroistva i sovremennaya kul'tura [Emotional disorders and modern culture]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 1999, no. 2, pp. 61–90.

13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013, pp. 803–806.

14. Baiden P., Stewart S.L., Fallon B. The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 2017, vol. 69, pp. 163–176. doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.011

15. Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents’ perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. *Youth & Society*, 2017, vol. 49, no. 1, pp. 3–22. doi:10.1177/0044118X13520561

16. Crisp S. Explainer: what is self-harm and why do people do it? *The Conversation*. Available at: <https://theconversation.com/profiles/simon-crisp-6225> (Accessed: 15.03.2018).

17. Denov M.S. The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators: A Qualitative Study of Male and Female Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, vol. 19, no. 10, pp. 1137–1156. doi:10.1177/0886260504269093

18. Gardner F. *Self-Harm: A Psychotherapeutic Approach*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge, 2001. 163 p.

19. Geulayov G., Casey D., McDonald, Foster P., Pritchard K., Wells C., Clements C., Kapur N., Ness J., Waters K., Hawton K. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, no. 2, pp. 167–174. doi:10.1016/S2215-0366(17)30478-9

20. Gratz K.L., Chapman A.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men and Masculinity*, 2007, vol. 8, no. 1, pp. 1–14. doi:10.1037/1524-9220.8.1.1

21. Hasking P., Rees C.S., Martin G., Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*, 2015, vol. 15, no. 1. URL: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2383-0> (Accessed 26.05.2018). doi:10.1186/s12889-015-2383-0
22. Heath N.L., Toste J.R., MacPhee S.D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury. In M.K. Nock (ed.) *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. New York, Oxford: Oxford University Press, 2014, pp. 397–408.
23. Klingman A., Hochdorf Z. Coping with distress and self harm: the impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, 1993, vol. 16, no. 2, pp. 121–140. doi:10.1006/jado.1993.1012
24. Leavell H.R., Clark E.G. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. Toronto: McGraw-Hill, 1965. 684 p.
25. Manchester Self-Harm Project (MaSH): Reports. Available at: <http://research.bmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/MaSH/reports/> (Accessed: 15.03.2018).
26. Miller I.W., Camargo C.A. Jr, Arias S.A., Sullivan A.F., Allen M.H., Goldstein A.B., Manton A.P., Espinola J.A., Jones R., Hasegawa K., Boudreaux E.D. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*, 2017, vol. 74, no. 6, pp. 563–570. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678
27. Morgan H.G., Jones E.M., Owen J.H. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm: the green card study. *The British Journal of Psychiatry*, 1993, vol. 163, no. 1, pp. 111–112. doi:10.1192/bjp.163.1.111
28. Muehlenkamp J.J., Walsh B.W., McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, vol. 39, no. 3, pp. 306–314. doi:10.1007/s10964-009-9450-8
29. Nicholson C. More teenage girls are self harming than ever before – here’s why. *The Conversation*. Available at: <https://theconversation.com/more-teenage-girls-are-self-harming-than-ever-before-heres-why-86010> (Accessed: 15.03.2018).
30. Nock M.K., Joiner T. Jr, Gordon K., Lloyd-Richardson E., Prinstein M. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 2006, vol. 144, no. 1, pp. 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
31. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 2009, vol. 18, no. 2, pp. 78–83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
32. Olfson M., Wall M., Wang S., Crystal S., Gerhard T., Blanco C. Suicide following deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 2017, vol. 174, no. 8, pp. 765–774. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16111288

33. Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2014, vol. 42, no. 6, pp. 885–896. doi:10.1007/s10802-013-9837-6
34. Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., Forrester R., Shahmalak U., Dickson J.M. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 2018, vol. 227, pp. 759–769. doi:10.1016/j.jad.2017.11.073
35. Walker R.L., Joiner T.E. Jr., Rudd M.D. The course of post-crisis suicidal symptoms: How and for whom is suicide “cathartic”? *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, no. 2, pp. 144–152. doi:10.1521/suli.31.2.144.21514

# Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями

## **Абрамова А.А.,**

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник. отдел медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, aida-abramova@yandex.ru*

## **Ениколопов С.Н.,**

*кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, enikolopov@mail.ru*

## **Ефремов А.Г.,**

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, efremovalexander@mail.ru*

## **Кузнецова С.О.,**

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» Российской Академии Медицинских Наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН), Москва, Россия, kash-kuznezova@yandex.ru*

---

В связи с увеличивающимся ритмом и темпом современной жизни нарастает ощущение давления и стресса. Особенно это чувствуется в подростковом и юношеском возрасте. Зачастую, чтобы совладать и каким-то образом контейнировать внутренние изменения и внешнее давление, приводящие к внутреннему напряжению и ощущению невыносимости, подростки и юноши могут прибегать к различным неадаптивным средствам и методам: сигареты, наркотики, агрессивное и аутоагрессивное поведение. Можно выделить суицидальное, аутодеструктивное (суицидальные эквиваленты), самоповреждающее поведение. Причинение себе вреда может являться для человека средством каким-то образом обойтись со своими негативными эмоциональными переживаниями. В исследовании характеристик эмоциональной регуляции и совладающих стратегий среди неклинической выборки лиц старшего подросткового и юношеского возраста с аутоагрессивными проявлениями и без таковых участвовали 248 человек (128 юношей и 120 девушек), средний возраст 19,4 года, SD=1,6. Были использованы следующие методики: русскоязычная версия опросника на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением (Deliberate Self-Harm



Inventory, DSHI); опросник Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций; фиксирование отдельных показателей эмоционального состояния производилось с помощью опросника Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form (PANAS-X); оценка выбора тех или иных совладающих стратегий, применяемых испытуемыми, проводилась с помощью методики COPE. В ходе исследования были выявлены значимые различия в параметрах негативных эмоциональных характеристик у аутоагрессоров и лиц, никогда не совершавших аутоагрессивные действия. Причем у «недавних аутоагрессоров» выраженность негативных эмоций существенно выше, чем у «давних аутоагрессоров». Было подтверждено использование аутоагрессорами модели избегания, согласно которой повышенный фон негативных эмоций – ключевой аспект поведения с преднамеренным самоповреждением. Выявлено, что аутоагрессоры чаще, чем испытуемые нормативной группы, выбирают дезадаптивные виды копинг-стратегий.

**Ключевые слова:** аутоагрессивное несуицидальное поведение, аутоагрессоры, негативные эмоции, копинг-стратегии, совладание.

**Для цитаты:**

Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 21–40. doi: 10.17759/psyclin.2018070202

**For citation:**

Abramova A.A., Enikilopov S.N., Efremov A.G., Kuznetsova S.O. Autoaggressive Non-Suicidal Behavior as the Way of Coping with Negative Emotions [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 21–40. doi: 10.17759/psycljn. 2018070202 (In Russ., abstr. in Engl.)

В связи с увеличивающимся ритмом и темпом современной жизни нарастает ощущение давления и стресса. Особенно это чувствуется в подростковом и юношеском возрасте, когда наряду с увеличивающейся школьной нагрузкой возрастает влияние гормональных, физических и эмоциональных изменений. Зачастую, чтобы совладать и каким-то образом контейнировать внутренние изменения и внешнее давление, приводящие к внутреннему напряжению и ощущению невыносимости, подростки и юноши могут прибегать (сознательно или нет) к различным не только адекватным и адаптивным, но и неадекватным и неадаптивным средствам и методам: сигареты, наркотики, беспорядочная половая жизнь, агрессивное и аутоагрессивное поведение, криминальные группы, секты и т.п.

Ряд исследований подтверждают наличие и распространенность аутоагрессивных тенденций, мыслей и действий среди подростков и лиц юношеского возраста [3; 19]. Подростковый возраст является фактором риска как

критический период в развитии личности. Для большинства подростков характерны импульсивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость. У них обостряется склонность к самоанализу, повышается интерес к проблеме жизни и смерти, усиливается увлечение философскими вопросами. Молодые люди склонны к «переоценке ценностей», ищут свое место в обществе, пытаются понять «смысл жизни». Бескомпромиссность, эгоцентричность, отсутствие жизненного опыта, порой оценка ситуаций как безвыходных усиливают реакцию протеста, усугубляют конфликт между еще несформировавшимся, легкоранимым «я» и жестоким, несправедливым, по их мнению, обществом, что может привести к появлению аутоагрессивных тенденций [9].

Большое значение в формировании аутоагрессивного поведения играет семейный фактор. Эмоциональное отвержение в семье, незащищенность и ощущение покинутости способствуют возникновению стойких негативных эмоций, нарушению социализации, низкой устойчивости к стрессу и фрустрации, сниженному контролю аффективных реакций, недостаточно развитому чувству собственного достоинства, слабым защитным механизмам личности, ощущению своей бесполезности, недоверию к окружающему миру, неверию в свои возможности. Эти переживания сохраняются и в подростковом возрасте проявляются как негативные идеалы, формирующие деструктивные модели поведения: «поиск наказания», аутоагрессия, повторяющиеся аутоагрессивные попытки, пристрастие к наркотикам и антисоциальные действия. К причинам, которые обуславливают и провоцируют аутоагрессивные попытки, относятся, наряду с психическими расстройствами, конфликты самооценки, одиночество, нарушение межличностных отношений, неудовлетворенность своей внешностью, разочарование в отношениях с представителями противоположного пола, страх перед наказанием. Часто эти попытки бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее, а спустя год-два утрачивают всякую значимость. В большинстве случаев у подростков аутоагрессивные попытки становятся завершением длительной кризисной или конфликтной ситуации, которую, как показывает ретроспективный анализ, во многих случаях можно было предвидеть [4; 6]. Среди наиболее важных факторов аутоагрессивного поведения в возрасте 18-35 лет выделяют наличие аффективного, личностного или умственного расстройства или наличие психического диагноза в семье [5]. Д.Д. Федотов с соавторами отмечают, что аутоагрессивные попытки и намерения (по типу истерических реакций) чаще возникают у подростков в ответ на систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности; в ответ на конфликтные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем и приемом наркотических веществ [7]. Суициды и покушения, обусловленные психическими расстройствами (аффективно-шоковые и депрессивные реакции), чаще возникают в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, исключения по разным причинам из учебного заведения, измены [7].

Аутоагрессия может быть результатом психического расстройства, акцентуаций характера, воздействия длительного стресса, эмоциональной

нестабильности и социальной дезадаптации [2]. По мнению Э. Шнейдман, в основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем, а не подсознательное стремление к смерти [8].

Одна из существующих классификаций делит проявления аутоагрессивного поведения на следующие типы: суицидальное; аутодеструктивное (суицидальные эквиваленты); самоповреждающее поведение [1].

Большинство исследований поведения с преднамеренным самоповреждением сосредоточивается, как правило, на области переживаний аутоагрессорами негативных эмоций и копинг-стратегий. В основном испытуемыми были пациенты психиатрических клиник и/или заключенные в тюрьмах. Основной фокус данного рода исследований в том, что негативные переживания являются следствием специфической эмоциональной регуляции, принятой в таких замкнутых популяциях, что в свою очередь приводит к поведению с преднамеренным самоповреждением как единственному способу, который позволяет выразить переживаемые негативные эмоции и дает возможность за неимением другого способа взять сильные переживания под контроль. Помимо этого поведение с преднамеренным самоповреждением, например, среди заключенных часто несет еще и вторичную выгоду: смягчение режима отбывания наказания через помещение в тюремную больницу и как следствие избегание исправительных работ [23].

В исследованиях установлена связь между негативными эмоциональными установками и несуицидальным поведением с преднамеренным самоповреждением [20]. Причинение себе вреда может являться для человека специфическим средством управления собственными негативными эмоциональными переживаниями. Аутоагрессия может быть использована, чтобы телесно выразить переживаемые негативные эмоции, может быть способом снижения степени негативного аффекта или способом ухода от переживания негативных эмоций [16; 21].

**Цель работы** – сравнительное сопоставление характеристик эмоциональной регуляции и совладающих стратегий среди неклинической выборки лиц старшего подросткового и юношеского возраста с аутоагрессивными проявлениями и без таковых.

### Выборка и методики

В исследовании участвовали 223 человека (112 юношей и 111 девушек), средний возраст 19,4 года ( $M=19,4$ ;  $SD=1,6$ ).

Были выделены три группы участников: старшие подростки и юноши без истории несуицидального поведения с преднамеренным самоповреждением (нормативная группа); старшие подростки и юноши с историей несуицидального поведения с преднамеренным самоповреждением в периоде, превышающем 12 месяцев ко времени исследования (группа «давние аутоагрессоры») и старшие подростки и юноши с историей несуицидального поведения с преднамеренным

самоповреждением в периоде менее 12 месяцев ко времени исследования (группа «недавние аутоагрессоры»).

В исследовании использовались переведенные англоязычные опросники, пилотная апробация которых являлась предварительным этапом в рамках основного исследования.

1. Опросник на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением. Данная методика представляет собой опросник, который был специально разработан для измерения степени несуицидального аутоагрессивного поведения. Автор методики рассматривал преднамеренное самоповреждение как непосредственное повреждение тела, не смертельное для индивидуума, но достаточной силы, чтобы вызвать болезненные ощущения. Опросник фиксирует возраст испытуемого, время начала, частоту и дату последнего аутоагрессивного акта из 13 видов, представленных в методике [14].

*Согласованность пунктов.* Результаты показали высокую внутреннюю согласованность пунктов ( $\alpha=.82$ ). Ниже приведены коэффициенты надежности по пунктам (Corrected Item-Total Correlation)

1. Ранения (уколы) острыми предметами – 0,63
2. Расцарапывания – 0,51
3. Битье головы о твердые предметы – 0,49
4. Вырезание слов на теле – 0,47
5. Порезы на теле – 0,63
6. Вырезание знаков и символов на теле – 0,45
7. Подкожное введение предметов – 0,64
8. Предотвращение заживления ран – 0,35
9. Прижигание открытым огнем – 0,51
10. Прижигание сигаретой – 0,52
11. Самоукусы – 0,43
12. Стирание кожи с помощью абразивных предметов или химикатов – 0,15
13. Другое (не внесенное в список) – 0,36.

*Ретестовая надежность.* 91 участник прошел повторное тестирование по опроснику. Сопоставление результатов показало достаточную ретестовую

надежность ( $\rho=0,68, p<0,001$ ) в течение периода от 2 до 4 недель (среднее значение 3,1 недели). Кроме того, количество самоповреждаемых поведений, подтвержденных участниками первого и второго администрирования DSHI, высоко коррелировались ( $r=0,92, p<0,001$ ).

*Дискриминантная валидность.* Для определения дискриминантной валидности подсчитывалась корреляция между данными опросника и количество попыток самоубийства, а также корреляции между опросником и частотой самоповреждений.

*Конвергентная валидность* определялась частотой проявления самоповреждений и наличием пограничной организации личности, поскольку самоповреждение является общепринятым коррелятом погранично-личностного расстройств. Результаты показали умеренные уровни корреляций (табл. 1).

Таблица 1

**Корреляции между показателями опросника, погранично-личностной организацией, попытками суицидов и частотой самоповреждений**

| Параметры                         | Показатели опросника | Частота самоповреждений |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Погранично-личностной организации | 0,40**               | 0,48***                 |
| Попытки суицида                   | 0,20*                | 0,21*                   |

*Примечания.* \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$ .

2. Опросник для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций [22]. Этот опросник учитывает наличие суицидальных мыслей на протяжении четырех временных периодов. В нашем исследовании мы оценивали наличие или отсутствие суицидальных мыслей у испытуемых за период не более года, предшествующего исследованию.

3. Фиксирование отдельных показателей эмоционального состояния производилось с помощью опросника оценки эмоциональных состояний [24]. Опросник состоит из 60 пунктов, предназначенных для оценки 11 типов позитивных, негативных и иных эмоциональных состояний. В работе испытуемые оценивали переживания своих эмоциональных состояний в общем.

4. Оценка выбора тех или иных совладающих стратегий, применяемых испытуемыми, проводилась с помощью методики для оценки копинг-стратегий [11]. Опросник методики состоит также из 60 пунктов и оценивает индивидуальное использование различных копинг-стратегий.

Математическая обработка результатов методик эмоциональных состояний и копинг-стратегий велась с помощью статистических процедур анализа дисперсий one-way ANOVA, использовался также Tukey's test и критерий хи-квадрат.

## Результаты исследования и их обсуждение

Обработка результатов проводилась по следующей схеме. Сначала фиксировалась описательная информация о наличии у испытуемых поведения с преднамеренным самоповреждением с помощью опросника на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением (частота, сроки и виды поведения с преднамеренным самоповреждением), затем испытуемые оценивались с точки зрения наличия или отсутствия у них суицидальных мыслей (Опросник для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций). Испытуемые с суицидальными мыслями в период менее года на начало исследования из результатов исключались, поскольку такие испытуемые несли, на наш взгляд, существенную долю риска именно суицидального поведения, который не является темой настоящего исследования.

Оставшиеся испытуемые были распределены на три группы: 1) испытуемые, совершившие самоповреждение менее 12 месяцев назад (группа «недавние аутоагрессоры»); 2) испытуемые, совершившие самоповреждение более 12 месяцев назад (группа «давние аутоагрессоры»); 3) испытуемые, никогда не совершавшие аутоагрессивных актов (нормативная группа). Каждая из полученных групп была также разделена по гендерному признаку.

*Показатели параметров частоты, сроков и видов совершения аутоагрессивных актов (Опросник на определение уровня поведения с преднамеренным самоповреждением)*

Исключив из общей выборки испытуемых с суицидальными мыслями в период менее года до начала исследования (32 человека), мы получили следующие соотношения. Из общего числа оставшихся обследованных (191 человек) 13,8% (23 человека – 14 юношей и 9 девушек) совершали аутоагрессивные акты в течение последних 12 месяцев, 23,5% (39 человека – 23 юноши и 16 девушек) совершали аутоагрессивные действия более года назад, нормативная группа составила 104 человека. Таким образом, 37,3% испытуемых совершали поведение с преднамеренным самоповреждением. Полученные данные соотносятся с другими исследованиями [15]. Последний акт с преднамеренным самоповреждением среди испытуемых из группы «недавние аутоагрессоры» произошел около полугода назад ( $M=5,6$  мес.,  $SD=5,2$ ). Испытуемые из группы «давних аутоагрессоров» демонстрировали поведение с преднамеренным самоповреждением достаточно давно – в среднем 5,5 лет назад ( $M=69,2$  мес.,  $SD=39,2$ ). Значимых различий в способах самоповреждений между «недавними аутоагрессорами» ( $M=1,9$ ,  $SD=1,2$ ) и «давними аутоагрессорами» ( $M=1,9$ ,  $SD=1,1$ ) найдено не было:  $t(60)=0,2$ ,  $p>0,05$ . Наиболее частыми способами самоповреждения были нанесение ран острыми предметами, расцарапывания, битье головой о твердые предметы, вырезание на теле слов, знаков и символов и препятствование к заживлению ран. Только 2 человека (менее 1%) сообщили, что в результате самоповреждений обращались за медицинской помощью. Частота совершенных аутоагрессивных актов в группе «недавних аутоагрессоров» ( $M=11,9$ ,  $SD=12,6$ ) почти в два раза превышает данный показатель в группе «давних аутоагрессоров» ( $M=5,9$ ,  $SD=7,0$ ):  $t(54)=2,3$ ,  $p<0,05$ .

### *Показатели наличия (отсутствия) суицидальных мыслей*

Важно отметить, что был выявлен высокий уровень показателя «наличие суицидальных мыслей за период более чем в год на момент исследования» у аутоагрессоров из обеих групп (Опросник для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций). Если взять за базовую величину 16% – показатель наличия суицидальных мыслей у испытуемых нормативной группы, то в группе «недавних аутоагрессоров» этот показатель выше в 3,5 раза и составляет 56%, а в группе «давних аутоагрессоров» – в 2,5 раза (41%). Оба приведенных показателя свидетельствуют о достаточно высокой концентрации данного рода размышлений, что может говорить о повышенной вероятности перехода от суицидальных мыслей к соответствующему виду поведения. Использование опросника для контроля наличия или отсутствия суицидальных тенденций с лайкертвской шкалой ответов показало следующее. Между группами аутоагрессоров значимых различий по этому показателю не выявлено ( $p > 0,5$ ). Однако по сравнению с нормативной группой аутоагрессоры обеих групп показали значимое превышение частоты возникновения суицидальных мыслей ( $F(2,219)=12,98, p < 0,05$ ).

Примечателен также результат актуального на момент исследования сочетания высоких уровней суицидальных мыслей и показателей негативных эмоций в группе «давних аутоагрессоров» (они совершили аутоагрессивный акт в среднем более пяти лет назад). Данный факт не только отражает принципиальные различия между «давними аутоагрессорами» и нормативной группой, но и говорит о достаточно долгом периоде риска рецидива аутоагрессивного поведения. В этом плане перспективны лонгитюдные исследования, которые смогут окончательно прояснить соответствующий паттерн поведения.

### *Разница в показателях по гендерному признаку*

Были обнаружены гендерные различия в группах аутоагрессоров и в нормативной группе. В части дифференцирования показателей своего эмоционального состояния (Опросник оценки эмоциональных состояний) юноши-аутоагрессоры показали бóльшую четкость ( $M=10,3, SD=2,5$ ) восприятия своих эмоций, чем девушки-аутоагрессоры ( $M=9,0, SD=2,2$ ):  $t(220)=3,49, p=0,005$ . С другой стороны, девушки проявили значимо более высокий уровень ( $M=11,8, SD=3,2$ ) поиска социальной поддержки, чем юноши ( $M=10,0, SD=3,0$ ):  $f(221)=3,53, p=0,003$ . Значимых различий между юношами и девушками в истории возникновения и частоты использования аутоагрессивных актов выявлено не было  $\chi^2(2, 223)=3,5, p > 0,05$ . Кроме того, не было различий и в числе совершенных аутоагрессивных действий между юношами ( $M=3,2, SD=7,1$ ) и девушками ( $M=1,7, SD=5,6$ ):  $t(215)=1,65, p > 0,05$ .

### *Результаты показателей эмоционального состояния*

Сравнение трех групп испытуемых по показателям эмоционального состояния (Опросник оценки эмоциональных состояний) производилось с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) каждой из 11 шкал методики так, чтобы

дифференцировать различия между группами. Статистически значимые различия были обнаружены во всех четырех шкалах, описывающих негативные эмоции ( $p < 0,005$ ): «Опасение», «Враждебность», «Вина», и «Печаль» (показатели значимо выше в группе «недавних») и во всех трех шкалах, описывающих положительные эмоции – «Общительность», «Самоуверенность», «Внимательность» (показатели значимо выше в норме). По другим шкалам значимых отличий получено не было ( $p > 0,05$ ). С помощью критерия парных сравнений Тьюки (Tukey's HSD pairwise comparisons) были исследованы различия каждой из трех групп с двумя другими (табл. 2).

Таблица 2

**Групповые сравнения по шкалам эмоциональных показателей  
(Опросник оценки эмоциональных состояний)**

| 1                       | 2                        | 3                      | 4                | 5      |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|------------------|--------|
| Шкалы                   | «Недавние» (Н)<br>(n=23) | «Давние» (Д)<br>(n=39) | Норма<br>(n=129) | p      |
| Шкалы негативных эмоций |                          |                        |                  |        |
| Опасение                | 14,0(4,2)                | 11,9(4,0)              | 10,7(3,4)        | 0,0001 |
| Враждебность            | 14,3(3,9)                | 12,2(3,5)              | 10,4(3,2)        | 0,0001 |
| Вина                    | 15,5(6,1)                | 12,5(5,8)              | 9,8(4,0)         | 0,0001 |
| Печаль                  | 13,6(4,6)                | 11,2(4,2)              | 9,0(3,5)         | 0,0001 |
| Шкалы позитивных эмоций |                          |                        |                  |        |
| Общительность           | 23,1(5,5)                | 25,6(6,8)              | 28,2(6,0)        | 0,0001 |
| Самоуверенность         | 15,6(4,0)                | 17,5(4,2)              | 18,4(4,0)        | 0,006  |
| Внимательность          | 11,7(2,5)                | 13,2(2,6)              | 13,5(2,6)        | 0,009  |
| Шкалы других эмоций     |                          |                        |                  |        |
| Застенчивость           | 10,1(3,4)                | 8,4(4,0)               | 8,0(3,1)         | 0,017  |
| Усталость               | 12,0(3,5)                | 10,8(2,9)              | 10,2(3,2)        | 0,033  |
| Спокойствие             | 8,4(2,8)                 | 9,1(3,0)               | 9,5(2,1)         | 0,102  |
| Удивление               | 7,2(2,3)                 | 6,6(2,3)               | 6,8(2,1)         | 0,580  |

Примечание. В столбцах 2, 3, 4 указаны средние значения и ст. отклонение, в столбце 5 – значимость различий.

Аутоагрессоры из группы «недавних» указали на значимо более высокие уровни шкалы «Опасение», чем испытуемые нормативной группы. По показателям шкал «Враждебность», «Вина», и «Печаль» группа «недавних аутоагрессоров» также



набрала существенно более высокие баллы, чем группа «давних аутоагрессоров» или нормативная группа. По этим же трем показателям группа «давних» значительно превосходила нормативную группу. По шкале «Общительность» получилась обратная зависимость. Обе группы аутоагрессоров набрали значительно меньшие показатели по данной шкале, чем нормативная группа.

Полученные нами соотношения показателей негативных эмоций среди аутоагрессоров из числа общей популяции подтверждаются рядом зарубежных исследований, проведенных уже на специфических выборках пациентов психиатрических клиник, заключенных и военных [13]. В указанных исследованиях также проводится корреляция между аутоагрессивным поведением и повышенным фоном негативных эмоций. Объяснение данной связи может заключаться в том, что лица, испытывающие сильные негативные эмоции, используют аутоагрессию как средство совладания с этими переживаниями.

Наиболее интересными, на наш взгляд, стали результаты непосредственного сравнения двух групп аутоагрессоров. При сравнении «недавних аутоагрессоров» и «давних аутоагрессоров» выраженность трех из четырех негативных эмоций (враждебность, вина, печаль) были существенно выше в группе «недавних аутоагрессоров». Получается, что группа «давних аутоагрессоров» занимает среднее промежуточное положение по выраженности негативных эмоций: выше нормативной группы, но ниже показателей «недавних аутоагрессоров». Этот факт дает нам возможность предполагать, что враждебность, вина и печаль носят пролонгированный характер и сочетаются с предыдущими видами поведения, которые так и остались незавершенными (например, конфликтное поведение и психологическая борьба с родителями), в то время как параметр «опасение» носит более ситуативный характер и зависит от непосредственных обстоятельств.

Параметр общительности оказался выше в нормативной группе, чем в группах аутоагрессоров. Это совпадает с результатами исследования K.L. Gratz, где также были выявлена повышенная общительность в группе лиц юношеского возраста, никогда не причинявших себе вред, по сравнению с группами аутоагрессоров [15; 16]. Полученные результаты вполне закономерны, если учесть трудности в плане межличностных отношений, с которыми сталкиваются юноши и девушки при непосредственном осуществлении преднамеренного самоповреждения (например, разрушение отношений со значимыми другими).

Хотя поведение с преднамеренным самоповреждением уже не является актуальным для группы «давних аутоагрессоров», в то же время значимые различия в эмоциональном саморегулировании с представителями нормативной группы могут порождать определенные психологические трудности. Так, некоторые исследователи отмечают у лиц, совершивших преднамеренное самоповреждение более года назад, трудности и даже разрушение межличностного взаимодействия [16]. В нашей работе интенсивность отрицательных эмоций в группе «давних аутоагрессоров» не столь высока, как в группе «недавних аутоагрессоров», но тем не менее значимо выше, чем в нормативной группе. Это соотносится с результатами о

том, что психологические трудности межличностного общения у лиц, не совершающих аутоагрессивные действия год и более, сохраняются [10]. Таким образом, терапевтическая работа может быть направлена на устранение этих трудностей, поскольку более высокие, чем в норме, уровни негативных эмоций ведут к повышению стрессовых нагрузок, снижению социальной активности, социальной дезадаптации, провоцированию суицидальных мыслей.

### *Результаты использования копинг-стратегий*

Метод анализа дисперсий (ANOVA) и критерий парных сравнений Тьюки были также использованы при оценке совладающих стратегий, применяемых испытуемыми трех групп, согласно методике для оценки копинг-стратегий. Сравнения групп проводились по всем 15 шкалам методики. Значимые различия были выявлены только для двух шкал из категории дезадаптивных копинг-стратегий. Шкала поведенческого разъединения (Behavioral disengagement) – отказ испытуемого на поведенческом уровне от усилий или существенное снижение этих усилий в попытках достичь цели, с которой связан стрессор. Обе группы аутоагрессоров показали существенно более высокие показатели по данной шкале, чем нормативная группа. Вторая шкала – это шкала использования психоактивных веществ. По этому параметру группа «давних аутоагрессоров» значительно превосходит нормативную группу (табл. 3).

При сравнении выбираемых копинг-стратегий в нормативной группе и группах аутоагрессоров значимые различия были выявлены только по двум шкалам. Обе группы аутоагрессоров чаще, чем испытуемые нормативной группы, используют стратегии, когда поведение не направлено на решение проблемы. Это может указывать на то, что те, кто имеет историю поведения с преднамеренным самоповреждением, предпочтут избрать при столкновении с проблемной ситуацией реакцию избегания, уход от решения или существенное снижение целенаправленных усилий. Данный результат совпадает с результатами исследований, согласно которым аутоагрессоры чаще предпочитают стратегию избегания [17]. Это же положение отражает и экспериментальная модель избегания, Experiential Avoidance Model (EAM), согласно которой люди с опытом преднамеренного самоповреждения в проблемной ситуации проявляют тенденции к использованию стратегий избегания целенаправленных ответов [12].

Также были получены значимые различия по применению дезадаптивной копинг-стратегии «использование психически активных веществ». «Давние аутоагрессоры» прибегают к данному виду стратегии чаще, чем испытуемые нормативной группы. Примечательно, что по данному показателю группа «недавних аутоагрессоров» не дала статистически существенных отличий от двух других групп. Возможно, что представители группы «давних аутоагрессоров» использовали употребление алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) как альтернативу аутоагрессивному акту. С другой стороны, само употребление ПАВ можно рассматривать как один из видов аутоагрессивного поведения. Тем не менее результаты методики по использованию копинг-стратегий (COPE) показывают, что

обе группы аутоагрессоров статистически более часто прибегают к дезадаптивным видам совладающих копинг-стратегий, чем нормативная группа испытуемых.

Тот факт, что значимые различия между группой аутоагрессоров и нормативной группой были получены только по двум шкала из пятнадцати, можно объяснить тем, что в отличие от выборки в других исследованиях наша выборка состояла из лиц общей популяции (не из испытуемых клинических групп или заключенных). Считается, что психическое здоровье заключенных юношеского возраста существенно снижено, чем у ровесников из нормативной группы [18]. Следовательно, отличие полученных нами результатов по выбору копинг-стратегий от данных других исследований может объясняться еще и разницей в уровне психического здоровья испытуемых в настоящей работе от испытуемых клинических групп.

Таблица 3

**Групповые сравнения по шкалам методики для оценки копинг-стратегий**

| 1   | 2                           | 3                         | 4                | 5     |
|---|-----------------------------|---------------------------|------------------|-------|
| Варианты копинг-стратегий   | «Недавние»<br>(Н)<br>(n=23) | «Давние»<br>(Д)<br>(n=39) | Норма<br>(n=129) | p     |
| <i>Дезадаптивные стратегии</i>  |                             |                           |                  |       |
| Поведение не направлено на решение проблемы (Behavioral disengagement)      | 7,1(1,7)                    | 7,0 (2,0)                 | 6,0(1,9)         | 0,001 |
| Использование ПАВ (Substance use)   | 7,0(3,7)                    | 7,4 (3,9)                 | 5,4 (2,7)        | 0,001 |
| Когнитивные усилия не направлены на решение проблемы (Mental disengagement) | 10,6(2,1)                   | 10,6 (2,4)                | 9,8 (2,3)        | 0,084 |
| Отрицание проблемы (Denial)   | 7,0 (2,5)                   | 5,8 (2,0)                 | 5,7(2,1)         | 0,031 |
| Замкнутость (Restraint)   | 8,8 (2,2)                   | 9,1 (2,6)                 | 9,2 (2,0)        | 0,660 |
| Подавление активности (Suppress activities)                                 | 8,4(1,7)                    | 8,8 (2,0)                 | 9,0(2,1)         | 0,376 |
| <i>Адаптивные стратегии</i>   |                             |                           |                  |       |
| Позитивная переинтерпретация (Positive reinterpretation)                    | 11,0(2,0)                   | 11,8(2,8)                 | 12,3 (2,5)       | 0,042 |
| Выход эмоций (Venting emotions)   | 11,0(3,6)                   | 10,3 (3,3)                | 9,9 (2,8)        | 0,233 |
| Использование способов и средств поддержки (Instrumental support)           | 10,8(3,3)                   | 10,6 (2,9)                | 11,1(2,7)        | 0,622 |
| Активное совладание с ситуацией (Active coping)                             | 9,7 (2,0)                   | 10,3 (2,6)                | 10,7 (2,0)       | 0,069 |
| Использования религии (Religious)   | 10,6 (4,4)                  | 9,5 (4,1)                 | 10,6 (4,0)       | 0,350 |

| 1  | 2                           | 3                         | 4                | 5     |
|--|-----------------------------|---------------------------|------------------|-------|
| Варианты копинг-стратегий                          | «Недавние»<br>(Н)<br>(n=23) | «Давние»<br>(Д)<br>(n=39) | Норма<br>(n=129) | p     |
| <i>Адаптивные стратегии</i>                        |                             |                           |                  |       |
| Использование юмора при<br>решении проблем (Humor) | 7,7 (3,4)                   | 9,4 (3,3)                 | 8,8 (3,3)        | 0,175 |
| Принятие проблемной ситуации<br>(Acceptance)       | 9,5 (2,2)                   | 10,7 (2,8)                | 11,1 (2,4)       | 0,014 |
| Планирование при решении<br>(Planning)             | 10,3(1,9)                   | 10,8 (2,9)                | 11,7(2,4)        | 0,014 |

*Примечание.* В столбцах 2, 3, 4 указаны средние значения и ст. отклонение, в столбце 5 – значимость различий.

Формирование паттернов избегания решения ситуаций при столкновении с негативным внешним опытом, возможно, основывается на более повышенном, чем в среднем по популяции, эмоциональном реагировании, слабой стрессоустойчивости, дефицитарной эмоциональной регуляции и/или на трудностях с поиском альтернативных адаптивных копинг-стратегий. Как правило, такого плана испытуемые показывают высокий уровень негативных эмоций как в случаях преднамеренного самоповреждения, так и в общих ситуациях, не связанных с аутоагрессией. Это и привело к предложению учитывать в исследованиях эмоциональные predispositions аутоагрессоров [12].

Наряду с этим было сделано предположение, что раз поведение с преднамеренным самоповреждением тесно связано с негативными эмоциями, то анализ существующих у аутоагрессора и применение им копинг-стратегий будет чрезвычайно важным в деле психологической помощи пациентам с целью возможного предупреждения у последних преднамеренного самоповреждения. Например, в контексте модели избегания (EAM) учитывается, что аутоагрессоры вредят себе, поскольку не в состоянии применить к себе более адаптивные копинг-стратегии и более склонны использовать дезадаптивные стратегии избегания. Нанося себе вред, данные пациенты констатировали увеличение использования избегающего поведения и уменьшения степени осознанного контроля над своим поведением [13].

В противоположность вышеизложенному мнению о неэффективности использования аутоагрессорами неадаптивных копинг-стратегий есть гипотеза, что несуицидальное поведение с преднамеренным самоповреждением применяется человеком тогда, когда у него вообще нет никаких совладающих стратегий, которые можно применить в данной ситуации [17].

Как было отмечено выше, данная модель EAM и соответствующие ей копинг-стратегии были отработаны на испытуемых-аутоагрессорах из числа заключенных и пациентов психиатрических клиник. С другой стороны, все чаще стали публиковаться исследования поведения с преднамеренным самоповреждением

в рамках общей популяции, то есть среди неклинических и некриминальных групп. Наиболее широкий разброс процентов аутоагрессоров был зафиксирован среди студентов вузов и колледжей. В данной выборке поведение с преднамеренным самоповреждением имеет разброс в пределах от 12 до 38% [16; 26]. Причем в исследовании J. Whitlock et al. отмечается, что из 2875 студентов 17% совершали аутоагрессивные действия вообще, а 9,7% – менее чем за год к моменту исследования [25]. Кроме того, только четверть аутоагрессивных студентов обратились за квалифицированной помощью и сообщили о самоповреждении медицинским работникам или психологам. И хотя такие высокие уровни распространенности аутоагрессии довольно тревожны для общества, как показывают другие работы, не суицидальное аутоагрессивное поведение имеет тенденцию снижаться в зависимости от возраста испытуемого. [20] Среди студентов 40% указали на прекращение поведения с преднамеренным самоповреждением в течение года после совершения аутоагрессивных действий, и 80% – в течение пяти лет [25].

### Резюме

Большинство исследователей изучают несуицидальную агрессию просто как сам поведенческий факт, не делая привязок ко времени начала и завершения аутоагрессивных действий. В данной работе мы учитывали временной аспект, поскольку долгосрочность результата, связанного с выбором или отрицанием аутоагрессивного действия, тесно связана с наличием или отсутствием других существенных психологических или даже клинических симптомов.

Таким образом, были выявлены значимые различия в параметрах негативных эмоциональных характеристик у аутоагрессоров и лиц, никогда не совершавших аутоагрессивные действия. Причем у «недавних аутоагрессоров» выраженность негативных эмоций была существенно выше, чем у «давних аутоагрессоров». Было подтверждено использование аутоагрессорами модели избегания, согласно которой повышенный фон негативных эмоций – ключевой аспект поведения с преднамеренным самоповреждением. Выявлено, что аутоагрессоры чаще, чем испытуемые нормативной группы, выбирают дезадаптивные виды копинг-стратегий.

При терапевтической работе с лицами, совершившими аутоагрессивные действия достаточно недавно (менее года), специалисту следует направлять усилия не только на непосредственное предотвращение нового самоповреждения, но в первую очередь обратить внимание аутоагрессора на работу по саморегуляции эмоционального состояния. Лицам, совершившим последнее преднамеренное самоповреждение достаточно давно (более года), целесообразно рекомендовать постоянный мониторинг и соответствующую модуляцию своих негативных эмоций, чрезмерный уровень которых может срабатывать пусковым механизмом провокации новых аутоагрессивных действий. Наряду с этим работа должна быть направлена на обучение аутоагрессоров (независимо от срока давности совершения самоповреждения) адаптивным стратегиям.

## Литература

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4. С. 65–77.
2. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. 2-е изд., исправл. и доп. Томск: Сибирский издательский дом, 2001. 130 с.
3. Масагутов Р.М. Гендерные различия в проявлениях аутоагрессии у подростков // Вопросы психологии. 2003. № 3. С. 35–42.
4. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В. Проблема самоубийств в обществе и вооруженных силах // Военно-медицинский журнал. 1997. Т. 317. №12. С. 12–18.
5. Остроглазов В., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии. 2000. № 6. С. 18–20.
6. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. Пер. с нем. М.: Мир, 1994. 320 с.
7. Федотов Д.Д., Чудин А.С., Саркисов С.А. О реактивно-обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 10. С. 1559–1563.
8. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с.
9. Яворский А.А. Клинические особенности суицидального поведения психопатических и акцентуированных личностей в период прохождения воинской службы: Автореф. дисс канд. мед. наук. СПб., 1991. 20 с.
10. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder // Journal of Abnormal Psychology. 2002. № 111. Pp. 198–202.
11. Carver C.S., Scheier M.R., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretic ally based approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. № 56. Pp. 267–283.
12. Chapman A. L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model // Behavior Research and Therapy. 2006. № 44. Pp. 371–394. 10.1016/j.brat.2005.03.005
13. Dear G.E., Slattery J.L., Hillan R.J. Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2001. № 31. Pp. 442–450.

14. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Vol. 10. № 2. Pp. 192–204. 10.1093/clipsy.bpg022
15. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood treatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006. № 76. Pp. 238–250. 10.1037/0002-9432.76.2.238
16. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002. № 72. Pp. 128–140. 10.1037/0002-9432.72.1.128
17. Haines J., Williams C.L. Coping and problem solving of self-mutilators // *Journal of Clinical Psychology*. 2003. № 59. Pp. 1097–1106.
18. James D.J., Glaze L.E. Mental health problems of prisons and jail inmates (Publication No. NCJ 213600). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2006. 12 p.
19. Miotto P., De Coppi M., Frezza M., Petretto D., Masala C., Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths // *Psychiatry Res*. 2003. Vol. 15. № 3. Pp. 247–255. 10.1016/S0165-1781(03)00193-8
20. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005. № 75. Pp. 324–333. 10.1037/0002-9432.75.2.324
21. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004. № 72. Pp. 885–890.
22. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples // *Assessment*. 2001. Vol. 8. № 4. Pp. 443–454. 10.1177/107319110100800409
23. Suyemoto K.L. The functions of self-mutilation // *Clinical Psychology Review*. 1998. № 18. Pp. 531–554.
24. Watson D., Clark L.A. The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form. // Iowa Research Online. The University of Iowa's Institutional Repository Department of Psychological and Brain Sciences Publications. 1999. Doi: 28 p. 10.13072/midss.438
25. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population // *Pediatrics*. 2006. № 117. Pp. 1939–1948.

# Autoaggressive Non-Suicidal Behavior as the Way of Coping with Negative Emotions

**Abramova A.A.,**

*PhD (Psychology), senior research scientist of The Mental Health Research Center (MHRS), Moscow, Russia, aida-abramova@yandex.ru*

**Enikilopov S.N.,**

*PhD (Psychology), assistant professor, Head of department of clinical psychology, The Mental Health Research Center (MHRS), Moscow, Russia, enikilopov@mail.ru*

**Efremov A.G.,**

*PhD (Psychology), senior research scientist of The Mental Health Research Center (MHRS), Moscow, Russia, efremovalexander@mail.ru*

**Kuznetsova S.O.,**

*PhD (Psychology), senior research scientist of The Mental Health Research Center (MHRS), Moscow, Russia, kash-kuznezova@yandex.ru*

---

Due to the increasing rhythm and tempo of the contemporary life the feeling of stress and pressure increases as well. Especially one feels it in teen years and youth. To be able to somehow master and contain the inner changes and the pressures from the outside the resulting in feeling of inner pressure and intolerableness of the world the teenagers and youths may resort to smoking, drugs, aggressive and autoaggressive behavior. One can distinguish between suicidal, self-destructive (suicidal equivalents), self-harming types of behavior. Harming oneself may be seen as a method of dealing with negative emotions. The study of the characteristics of emotional regulation and mastering strategies among the teenagers and young people of non-clinical sample included 248 persons (128 young men and 120 young women). The average age 19,4 years. The methods used were as follows. To define the level of behavior with deliberate self-harming we used the Russian version of questionnaire The Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) was used to control the presence or absence of suicidal tendencies. And The Positive and Negative Affect Schedule-Expanded (PANAS-X) was applied to identify separate parameters of emotional states. While the choice of the concrete mastering strategies was assessed with the help of the COPE method. The research showed significant differences in the parameters of negative emotional characteristics between the autoaggressors and the persons who never performed any



autoaggressive actions. Moreover the "recent autoaggressors" showed a much higher level of the expressed negative emotions than the "old ones". It was confirmed that autoaggressors use a singular model of evasion where the key aspects of self-harming behavior would be the heightened level of negative emotions. It was found that autoaggressors choose non-adaptive coping strategies more often than the participants of the normative test-group.

**Keywords:** autoaggressive non-suicidal behavior, autoaggressors, negative emotions, coping-strategies.

---

## References

1. Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie samoubiistva [Clinical-psychological study and research of suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 1998, no 4, pp. 65–77. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Kornetov N.A. Depressivnye rasstroistva. Diagnostika, sistematika, semiotika, terapiya [Depressive disorders. Diagnostics, systematics, semiotics, therapy]. 2-e ed. Tomsk: Publ. Sibirskii izdatel'skii dom, 2001. 130 p.
3. Masagutov P.M. Gendernye razlichiya v proyavleniyakh autoagressii u podrostkov [Gender differences in the manifestations of autoaggression of teenagers]. *Voprosy psikhologii [Questions of psychology]*, 2003, no 3, pp. 35–42. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Nechiporenko V.V., Litvintsev S.V. Problema samoubiistv v obshchestve i vooruzhennykh silakh [The problem of suicides in civilian society and the armed forces]. *Voенно-meditsinskii zhurnal [Military-medical journal]*. 1997, vol. 317, no. 12, pp. 12–18. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Ostroglazov B., Lisina M.A. Kliniko-psikhopatologicheskaya kharakteristika sostoyanii u lits, sovershivshikh suitsidal'nye popytki [Clinico-psychopathological characteristics of states in persons who have committed or attempted suicide]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii [Journal of neurology and psychiatry]*, 2000, no. 6, pp. 18–20. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Remshmidt X. Podrostkovyi i yunosheskii vozrast: Problemy stanovleniya lichnosti [Teenagers and youths: the problems of identity]. Moscow: Publ. Mir, 1994. 320 p. (In Russ.)
7. Fedotov D.D., Chudin A.S., Sarkisov S. A. O reaktivno-obuslovlennykh suitsidal'nykh popytkakh v detskom, podrostkovom i yunosheskom vozraste [On reactive suicidal attempts in childhood, teenagers and youths]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii [Journal of neuropathology and psychiatry]*, 1978, no. 10, pp. 1559–1563. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Shneidman E. *Dusha samoubiitsy [The soul of suicide]*. Moscow: Publ. Smysl, 2001. 315 p. (In Russ.)
9. Yavorskii A.A. *Klinicheskie osobennosti suitsidal'nogo povedeniya psikhopaticeskikh i aktsentuirovannykh lichnostei v period prokhozheniya voinskoi sluzhby [Clinical features of suicidal behavior of psychopathic and accentuated personalities in military service]*. [PhD (Medicine) Thesis]. Saint-Petersburg, 1991. 20 p.
10. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002, no. 111, pp. 198–202.
11. Carver C.S., Scheier M.R, Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretic ally based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, no. 56, pp. 267–283.
12. Chapman A. L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 2006, no. 44, pp. 371–394.
13. Dear G.E., Slattery J.L., Hillan R.J. Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, no. 31, pp. 442–450.
14. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003, vol. 10, no. 2, pp. 192–204.
15. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood treatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006, no. 76, pp. 238–250.
16. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002, no. 72, pp. 128–140.
17. Haines J., Williams C.L. Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 2003, no. 59, pp. 1097–1106.
18. James D.J., Glaze L.E. *Mental health problems of prisons and jail inmates (Publication No. NCJ 213600)*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. 2006. 12 p.
19. Miotto P., De Coppi M., Frezza M., Petretto D., Masala C., Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res.*, 2003, vol. 15, no. 120, pp. 247–255.
20. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, no. 75, pp. 324–333.

21. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, no. 72, pp. 885–890.
22. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 2001, vol. 8, no. 4, pp. 443–454.
23. Suyemoto, K. L. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 1998, no. 18, pp. 531–554.
24. Watson D., Clark L. A. The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form. Iowa Research Online. The University of Iowa's Institutional Repository Department of Psychological and Brain Sciences Publications, 1999. 28 p.
25. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 2006, no. 117, pp. 1939–1948.

# Удовлетворенность образовательной средой субъектов педагогического процесса как индикатор угроз психологическому здоровью детей

**Вачков И.В.,**

*доктор психологических наук, профессор, Институт общественных наук, ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и госслужбы при Президенте Российской Федерации», Москва, Россия, igorvachkov@mail.ru*

**Вачкова С.Н.,**

*доктор педагогических наук, директор Института системных проектов, ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет», Москва, Россия, svachkova@gmail.com*

---

В статье приводятся результаты исследования удовлетворенности психодидактическим компонентом образовательной среды как индикатора угроз психологическому здоровью школьников в трех группах испытуемых: родителей, педагогов и руководителей образовательных организаций. Общее число респондентов в выборке составило 16 808 человек. Изучалась удовлетворенность образовательной средой по следующим параметрам: удовлетворенность содержанием образования, условиями обучения и методами обучения и воспитания, используемыми в образовательных организациях. Парное сравнение результатов, полученных в трех группах респондентов, позволило обнаружить статистически достоверные различия между ними по всем параметрам. При этом самую высокую степень удовлетворенности психодидактическим компонентом образовательной среды продемонстрировали родители, что, возможно, связано с их недостаточной включенностью в образовательный процесс и с неполной осведомленностью о реальном положении дел в школах. Педагоги и директора школ в меньшей степени удовлетворены психодидактическим компонентом образовательной среды и, следовательно, видят больше рисков и угроз психологическому здоровью детей.

**Ключевые слова:** удовлетворенность образовательной средой, психологическое здоровье, субъекты педагогического процесса, педагоги, родители, руководители образовательных организаций.

---

**Для цитаты:**

Вачков И.В., Вачкова С.Н. Удовлетворенность образовательной средой субъектов педагогического процесса как индикатор угроз психологическому здоровью детей

[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 41–52. doi: 10.17759/psyclin.2018070203

**For citation:**

Vachkov I.V., Vachkova S.N. Satisfaction with Educational Environment of Subjects of Pedagogical Process as an Indicator of Threats to the Children's Psychological Health [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 41–52. doi: 10.17759/psycljn.2018070203 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В настоящее время и в научных изданиях, и в средствах массовой информации активно обсуждаются негативные явления, происходящие в школах: буллинг, проявления виктимности, трудности этнической интеграции и конфликты на этнической почве между обучающимися, проблемы с внедрением инклюзивной практики, физическое и психологическое насилие, в том числе, как это ни печально, и со стороны педагогов и многое другое [1; 2; 11]. По некоторым данным, в российских школах один-два раза в год происходят случаи применения учениками огнестрельного оружия [10]. Все это, безусловно, наносит вред психологическому здоровью обучающихся. Однако какими бы пугающими ни были эти явления, все же они имеют локальный характер и далеко не в каждой школе имеют место.

А между тем часто остается без внимания тот факт, что любой ученик в любой школе ежедневно оказывается под воздействием ряда факторов образовательной среды, которые могут оказаться весьма неблагоприятными для его психологического здоровья. И особую роль в этом играет психодидактический компонент образовательной среды – то, как учат детей, чему учат и в каких условиях [16]. В научной литературе имеется довольно много трактовок понятия образовательной среды и ее структуры [3; 4; 9; 13]. Мы будем ориентироваться на подход к образовательной среде, предложенный В.А. Ясвиным [16; 17]. Как показали многочисленные исследования, психологическое здоровье обучающихся связано различными позитивными или негативными аспектами образовательной среды и может оказаться под серьезной угрозой, что может привести к возникновению отчужденности, детских неврозов, разобщенности детско-родительско-педагогического сообщества, конфликтам – внешним и внутренним – и другим нарушениям [6; 12; 14; 15].

Изучать особенности психодидактического компонента образовательной среды можно разными способами, используя разные стратегии. В нашем исследовании мы исходили из того, что дать оценку этим особенностям могут сами субъекты образовательного процесса – те взрослые люди, от которых и зависит состояние образовательной среды: педагоги, директора школ, родители или законные представители детей. О возможности субъектов педагогического процесса выступать в качестве экспертов, оценивающих различные стороны образовательной

среды, писали многие исследователи [5; 7; 9; 11; 17]. В частности, в ряде исследований показано, что педагоги способны успешно проводить экспертную оценку психологической безопасности образовательной среды [8; 11] и тем самым определять степень угрозы психологическому здоровью школьников.

Одним из важных индикаторов состояния психодидактического компонента образовательной среды может служить удовлетворенность субъектов педагогического процесса его параметрами. В качестве таких параметров были взяты удовлетворенность содержанием образования, удовлетворенность условиями обучения, а также удовлетворенность педагогов, родителей и руководителей образовательных организаций методами обучения и воспитания, используемыми в образовательном процессе. Изучение этих параметров, в совокупности рассматриваемых как индикатор угроз психологическому здоровью детей, стало одной из задач масштабного исследования, проведенного в 74 регионах Российской Федерации.

### **Процедура исследования**

В выборку вошли 9772 педагога, 4565 родителей и 2471 руководитель образовательной организации, итого общее число респондентов составило 16808 человек. Для трех указанных групп были составлены специальные опросники, несколько отличавшиеся формулировками вопросов, поскольку следовало учитывать специфику каждой группы. Опрос проводился с помощью специального интернет-ресурса.

При обработке данных использовались методы математической статистики: критерий Пирсона, классический критерий Колмогорова–Смирнова и его модифицированный аналог Lilliefors, асимптотический критерий Berens–Fisher, критерий для сравнения двух вероятностей (отдельные попарные сравнения совпадения долей конкретных ответов на вопрос).

### **Результаты и их обсуждение**

Рассмотрим попарно различия в оценках степени удовлетворенности отдельными параметрами психодидактического компонента образовательной среды (см. табл. 1, 2, 3).

При сравнении оценок удовлетворенности содержанием образования педагогов и родителей сразу бросаются в глаза принципиальные расхождения между этими группами: почти во всех долях ответов различия значимы на уровне  $p < 0,001$ . Исключение составляет ответ «Требуется полная переработка», его выбрало примерно одинаковое количество педагогов и родителей – 1,81% и 1,29% соответственно, и различия здесь не значимы. Однако этот процент настолько низок, что не заслуживает обсуждения и свидетельствует о том, что негативно оценивающих содержание образования и в той, и в другой группе ничтожно мало. Вместе с тем педагоги значительно более высоко, чем родители, оценивают содержание образования при выборе ответа «В целом хорошее, но возможны

некоторые улучшения» (73,13% против 53,71%). Но вот что может показаться неожиданным: что изменений в содержании образования не требуется, считает 35,90% родителей и всего лишь 10,89% педагогов. Получается, что образовательные программы видят идеальными более трети родителей и лишь каждый десятый учитель. С чем может быть связан этот факт? По-видимому, такой результат определяется слабым знанием родителей содержания образования, что подтверждается их ответами на вопрос о знакомстве с основной образовательной программой – только половина из них читали программу на сайте школы. Педагоги же в силу своей профессиональной деятельности хорошо знают и основную образовательную программу, и программы по предметам и могут оценить их более объективно и критично. Поэтому они чаще, чем родители, выбирают ответ «Требуются значительные улучшения» (14,17% против 9,09%).

Таблица 1

**Удовлетворенность содержанием образования (педагоги и родители) ( $p < 0,001$ )**

| Варианты ответов                                 | Педагоги<br>(число ответов в %) | Родители<br>(число ответов в %) |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| В целом хорошее, но возможны некоторые улучшения | 73,13                           | 53,71                           |
| Требуются значительные улучшения                 | 14,17                           | 9,09                            |
| Изменений не требуется                           | 10,89                           | 35,90                           |
| Требуется полная переработка                     | 1,81                            | 1,29                            |

Сходная ситуация обнаруживается при сравнительном анализе оценок педагогами и родителями условий обучения (имеются в виду и материально-технические, и кадровые, и иные условия); при этом разница в ответах оказалась еще более впечатляющей – по всем долям ответов различия значимы на уровне  $p < 0,001$ . Если из родителей 22,37% полностью удовлетворены условиями, в которых учатся их дети, то среди учителей таких только 2,56%. Педагоги настроены гораздо критичней; они полагают, что требуются значительные улучшения условий (39,29%) и даже радикальное их изменение (6,27%), в то время как из родителей считают необходимыми значительные улучшения 19,17%, а полностью негативное отношение к условиям обучения демонстрируют лишь 2,23% из них. Можно предположить, что причину различий в оценках этих групп следует искать в том же: в недостаточной компетентности родителей относительно реально существующих в школах условий обучения. Более благожелательное отношение к условиям обучения со стороны родителей также, возможно, связано с тем, что сравнивая условия в современных школах с тем, какова была ситуация в годы их учебы, они видят явные позитивные сдвиги. Педагоги же оказываются склонны фиксироваться на недостатках, мешающих им работать.

Таблица 2

**Удовлетворенность условиями обучения (педагоги и родители) ( $p < 0,001$ )**

| Варианты ответов                             | Педагоги<br>(число ответов в %) | Родители<br>(число ответов в %) |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Полностью удовлетворен(а)                    | 2,56                            | 22,37                           |
| Возможны некоторые улучшения                 | 51,88                           | 56,23                           |
| Требуются значительные улучшения             | 39,29                           | 19,17                           |
| Требуются радикальное изменение всех условий | 6,27                            | 2,23                            |

При анализе удовлетворенности методами обучения и воспитания в образовательной организации логично было ожидать значительно более высокие показатели в ответах педагогов, ведь речь идет фактически об оценке их профессиональной деятельности. Однако полученные результаты не оправдывают подобные ожидания и могут вызвать недоумение. Полностью удовлетворены методами обучения и воспитания 25,75% педагогов и 34,65% родителей (различия снова значимы на уровне  $p < 0,001$ , как и почти во всех других долях ответов).

Таблица 3

**Удовлетворенность методами обучения и воспитания (педагоги и родители)**

| Варианты ответов                                       | Педагоги<br>(число ответов в %) | Родители<br>(число ответов в %) |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Полностью удовлетворен(а)                              | 25,75*                          | 34,65*                          |
| В целом хорошо, но возможны некоторые улучшения        | 62,34*                          | 54,55*                          |
| Удовлетворительно, но требуются значительные улучшения | 11,29                           | 9,92                            |
| Неудовлетворительное                                   | 0,62*                           | 0,88*                           |

Примечание. \* – различия значимы на уровне  $p < 0,001$ .

Снова можно зафиксировать более критичную позицию учителей, они оказались требовательны к методам своей работы и работы своих коллег. Впрочем, отчасти такая жесткость компенсируется выбором большинства педагогов мягкой формулировки «В целом хорошо, но возможны некоторые улучшения» (62,34%,



у родителей – 54,55%), то есть педагоги не считают выполнение своей профессиональной деятельности совершенным, но полагают, что имеющиеся в работе недостатки не слишком значительны. Статистически не значимы различия между педагогами и родителями при выборе ответа о необходимости значительных улучшений (11,29% и 9,92% соответственно). Неудовлетворенность методами обучения и воспитания высказали менее одного процента респондентов и в той, и в другой группе. Если суммировать ответы, указывающие на полную или частичную удовлетворенность относительно методов обучения и воспитания, используемых в образовательной организации, то в процентном отношении количество ответов педагогов и родителей окажутся почти равными. Иными словами, мнения учителей и родителей в этом отношении сходны.

Любопытно, что позиция руководителей образовательных организаций по поводу методов обучения и воспитания во вверенных им учреждениях разительно отличается от позиций и педагогов, и родителей (см. табл. 4 и 5).

Таблица 4

**Удовлетворенность методами обучения и воспитания в образовательной организации (директора школ и родители)**

| Варианты ответов                                       | Руководители образовательных организаций (число ответов в %) | Родители (число ответов в %) |
|--|--|------------------------------|
| В целом хорошо, но возможны некоторые улучшения        | 75,48*   | 54,55*                       |
| Полностью удовлетворен(а)                              | 14,33*   | 34,65*                       |
| Удовлетворительно, но требуются значительные улучшения | 10,12  | 9,92                         |
| Неудовлетворительное                                   | 0,08*  | 0,88*                        |

Примечание. \* – различия значимы на уровне  $p < 0,001$ .

Все показатели имеют значимые различия на уровне  $p < 0,001$  за исключением ответа «Удовлетворительно, но требуются значительные улучшения». Последнее суждение выбирает примерно 10% респондентов во всех трех группах. Директора школ гораздо более осторожны, чем учителя и родители, при вынесении максимально высокой оценки применяемым методам обучения и воспитания. Из них полностью удовлетворены этими методами только 14,33%, тогда как, напомним, среди педагогов таких 25,75%, а среди родителей и вовсе 34,65%. Но руководителей образовательных организаций нельзя считать излишне

пессимистичными, так как три четверти из них (75,48%) полагают, что в целом все хорошо, но возможны некоторые улучшения. Выбирая такой ответ, они значительно опережают и учителей (62,34%), и родителей (54,55%). Очевидно, что у них нет желания негативно оценивать методы обучения и воспитания в возглавляемых ими образовательных организациях; не давая самую высокую оценку, в подавляющем большинстве они демонстрируют положительное отношение к ним. Об этом говорит и тот факт, что всего лишь 0,08% из них, то есть ничтожно малая часть, не удовлетворены методами обучения и воспитания.

Таблица 5

**Удовлетворенность методами обучения и воспитания в образовательной организации (директора школ и педагоги)**

| Варианты ответов                                       | Руководители образовательных организаций (число ответов в %) | Педагоги (число ответов в %) |
|--|--|------------------------------|
| В целом хорошо, но возможны некоторые улучшения        | 75,48*   | 62,34*                       |
| Полностью удовлетворен(а)                              | 14,33*   | 25,75*                       |
| Удовлетворительно, но требуются значительные улучшения | 10,12  | 11,29                        |
| Неудовлетворительное                                   | 0,08*  | 0,62*                        |

Примечание. \* – различия значимы на уровне  $p < 0,001$ .

**Заключение**

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Степень удовлетворенности образовательной средой, в частности, ее психодидактическим компонентом, отражающая уровень понимания идущих от образовательной среды рисков и угроз психологическому здоровью детей, существенным образом различается у педагогов, руководителей образовательных организаций и родителей.

2. Статистически значимые различия между группами учителей, родителей и директоров школ обнаружались почти по всем параметрам удовлетворенности психодидактическим компонентом образовательной среды. Исключения составили доли ответов на отдельные вопросы.

3. Родители демонстрируют более высокую степень удовлетворенности психодидактическим компонентом образовательной среды, чем учителя, что предположительно связано с их недостаточно хорошим знакомством с содержанием образования, условиями обучения и применяющимися в школах методами обучения и воспитания. Отсюда проистекает и возможная недооценка угроз психологическому здоровью детей в образовательной среде.

4. Педагоги и руководители образовательных организаций, будучи более компетентными в указанных вопросах, дают более критичные оценки психодидактическому компоненту образовательной среды и менее удовлетворены его параметрами, что свидетельствует, по-видимому, о более адекватном понимании возможных рисков и угроз психологическому здоровью обучающихся.

## **Литература**

1. *Баева И.А.* Сопровождение психологической безопасности учащихся в образовательной среде // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2015. № 6. С.135–141.

2. *Безруких М.М.* Школьные и семейные факторы риска, их влияние на физическое и психическое здоровье детей // Вестник практической психологии образования. 2011. Т. 26. №1. С. 16–21.

3. *Вачков И.В.* Полисубъектное взаимодействие в образовательной среде // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014. Т. 11. № 2. С. 36–50.

4. *Головлева С.М.* Компоненты образовательной среды субъектно-ориентированного типа педагогического процесса // Ярославский педагогический вестник. 2015. № 4. С.18–22.

5. *Дроздова Е.А.* Психолого-педагогическая экспертиза образовательной среды [Электронный ресурс] // Молодой ученый. 2017. № 25. С. 280–283. URL <https://moluch.ru/archive/159/44541/> (дата обращения: 30.03.2018).

6. *Дубровина И.В.* Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. Т. 20. № 3. С.17–21.

7. *Лактионова Е.Б.* Аналитический обзор основных подходов к психологической экспертизе образовательной среды // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. 2008. №11 (68). С.18–32.

8. *Лактионова Е.Б.* Личностное развитие педагога как субъекта экспертизы психологической безопасности образовательной среды: Научно-практические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи

*Вачков И.В., Вачкова С.Н.* Удовлетворенность образовательной средой субъектов педагогического процесса как индикатор угроз психологическому здоровью детей  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 41–52.

*Vachkov I.V., Vachkova S.N.* Satisfaction with Educational Environment of Subjects of Pedagogical Process as an Indicator of Threats to the Children's Psychological Health  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 41–52.

ИЭП МГППУ: сборник статей. Вып. 1. / под ред. И.А. Баевой. М.: Экон-информ, 2011. С. 125–138.

9. *Панов В.И.* Психодидактика образовательных систем: теория и практика. СПб.: Питер, 2007. 352 с.

10. Психологическое сопровождение безопасности образовательной среды школы в условиях внедрения новых образовательных и профессиональных стандартов: Сборник научных статей / Под ред. И.А. Баевой, Л.А. Гаязовой, О.В. Вихристюк, В.В. Коврова. М.: МГППУ, 2015. 112 с.

11. *Рерке В.И., Бубнова И.С.* Психологическая безопасность образовательной среды школы: изучение и прогноз // Казанский педагогический журнал. 2016. № 3. С.150–155.

12. *Силина О.В.* Границы Я и психологическое благополучие детей 2-10 лет [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 3. С. 116–129. doi:10.17759/cpse.2016050308 URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n3/Silina.shtml> (дата обращения 31.05.2018).

13. *Слободчиков В.И.* О понятии образовательной среды в концепции развивающего образования. М.: Экопсицентр РОСС, 2000. 230 с.

14. *Хватова М.В., Дьячкова Е.С.* Влияние образовательной среды на психологическое здоровье студентов разных специальностей в процессе обучения // Психологическая наука и образование. 2006. № 3. С. 74–88. URL: <http://psyjournals.ru/psyedu/2006/n3/Khvatova.shtml> (дата обращения 31.05.2018).

15. *Хухлаева О.В.* Классификация нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 5. URL: <http://psyedu.ru/journal/2013/5/Huhlaeva.phtml> (дата обращения 31.05.2018).

16. *Ясвин В.А.* Образовательная среда: от моделирования к проектированию. М.: Смысл, 2001. 365 с.

17. *Ясвин В.А.* Экспертиза школьной образовательной среды (библиотека журнала «Директор школы»; Вып. 2.). М.: Сентябрь, 2000. 125 с..

# Satisfaction with Educational Environment of Subjects of Pedagogical Process as an Indicator of Threats to the Children's Psychological Health

**Vachkov I.V.,**

*Doctor of Psychology, Professor, Institute for Social Sciences of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia, igorvachkov@mail.ru*

**Vachkova S.N.,**

*Doctor of Pedagogy, docent, director of the Institute of System Projects, Moscow City University (MCU), Moscow, Russia, svachkova@gmail.com*

---

The article presents the results of the study of satisfaction with the psycho-didactic component of the educational environment as an indicator of threats to the psychological health of schoolchildren in three groups: parents, teachers and heads of educational organizations. The total number of respondents in the sample was 16,808 people. Satisfaction with the educational environment in the following characteristics was studied: satisfaction with 1) the content of education, 2) the conditions of training, 3) the techniques of training and education used in educational organizations. A pairwise comparison of the results obtained in three groups of respondents revealed statistically significant differences in all characteristics. At the same time, parents showed the highest degree of satisfaction with the psycho-didactic component of the educational environment, which may be due to their insufficient involvement to the educational process and incomplete awareness of the real situation in the schools. Teachers and school heads are less satisfied with the psycho-didactic component of the educational environment and therefore see more risks and threats to the psychological health of children.

**Keywords:** satisfaction with educational environment, psychological health, subjects of pedagogical process, teachers, parents, heads of educational organizations.

---

## References

1. Baeva I.A. Soprovozhdenie psihologicheskoy bezopasnosti uchashchihsya v obrazovatel'noj srede [Maintenance of psychological safety of students in the educational environment]. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*

[*Bulletin of the Chelyabinsk State Pedagogical University*], 2015, no. 6, pp.135–141. (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Bezrukih M.M. Shkol'nye i semejnye faktory riska, ih vliyanie na fizicheskoe i psihicheskoe zdorov'e detej [School and family risk factors, their impact on the physical and mental health of children]. *Vestnik prakticheskoy psihologii obrazovaniya [Bulletin of Practical Psychology of Education]*, 2011, vol. 26, no.1, pp. 16–21. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Vachkov I.V. Polisub"ektnoe vzaimodejstvie v obrazovatel'noj srede. [Polysubject interaction in the educational environment]. *Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ehkonomiki [Psychology. Journal of Higher School of Economics]*, 2014, vol. 11, no. 2, pp. 36–50. (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Golovleva S.M. Komponenty obrazovatel'noj sredy sub"ektno-orientirovannogo tipa pedagogicheskogo processa [Components of the educational environment of the subject-oriented type of the pedagogical process]. *Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]*, 2015, no. 4, pp.18–22. (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Drozdova E.A. Psihologo-pedagogicheskaya ehkspertiza obrazovatel'noj sredy [Psychological and pedagogical examination of the educational environment]. [Ehlektronnyj resurs]. *Molodoj uchenyj [Young scientist]*, 2017, no. 25, pp. 280–283. Available at: <https://moluch.ru/archive/159/44541/> (Accessed: 30.03.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Dubrovina I.V. Psihicheskoe i psihologicheskoe zdorov'e v kontekste psihologicheskoy kul'tury lichnosti [Mental and psychological health in the context of the psychological culture of personality]. *Vestnik prakticheskoy psihologii obrazovaniya [Bulletin of Practical Psychology of Education]*, 2009, vol. 20, no. 3, pp. 17–21. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Laktionova E.B. Analiticheskij obzor osnovnyh podhodov k psihologicheskoy ehkspertize obrazovatel'noj sredy [Analytical review of the main approaches to the psychological examination of the educational environment]. *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena [Proceedings of the A. Gerzen Russian State Pedagogical University]*, 2008, vol. 68, no. 11, pp. 18–32. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Laktionova E.B. Lichnostnoe razvitie pedagoga kak sub"ekta ehkspertizy psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'noj sredy [Personal development of the teacher as a subject of examination of the psychological safety of the educational environment]. In I.A. Baeva (ed.) *Nauchno-prakticheskie i prikladnye aspekty deyatel'nosti Centra ehkstretnoy psihologicheskoy pomoshchi IEHP MGPPU: sbornik statej [Scientific and practical and applied aspects of the Center for Emergency Psychological Assistance of the Institute of Extreme Psychology of the Moscow State Psychological and Pedagogical University]*, no. 1. Moscow: Ehkon-inform, 2011, pp. 125–138. (In Russ.).

9. Panov V.I. Psihodidaktika obrazovatel'nyh sistem: teoriya i praktika [Psychodactics of educational systems: theory and practice]. Saint-Petersburg: Piter, 2007. 352 p. (In Russ.).

10. Psihologicheskoe soprovozhdenie bezopasnosti obrazovatel'noj sredy shkoly v usloviyah vnedreniya novyh obrazovatel'nyh i professional'nyh standartov: Sbornik nauchnyh statej [Psychological support of the safety of the educational environment of the school in the context of the introduction of new educational and professional standards]. In I.A. Baeva, L.A. Gayazova, O.V. Vihristyuk, V.V. Kovrov (eds.). Moscow: MSUPE, 2015. 112 p. (In Russ.).

11. Rerke V.I., Bubnova I.S. Psihologicheskaya bezopasnost' obrazovatel'noj sredy shkoly: izuchenie i prognoz [Psychological safety of the educational environment of the school: study and prognosis]. *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal [Kazan Pedagogical Journal]*, 2016, no. 3, pp. 150–155. (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Silina O.V. Granicy YA i psihologicheskoe blagopoluchie detej 2-10 let [Borders I and the psychological well-being of children 2-10 years old] [Ehlektronnyj resurs]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya [Clinical psychology and special education]*, 2016, vol. 5. no. 3. pp. 116–129. doi:10.17759/cpse.2016050308 Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n3/Silina.shtml> (Accessed 31.05.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Slobodchikov V.I. O ponyatii obrazovatel'noj sredy v koncepcii razvivayushchego obrazovaniya [On the concept of the educational environment in the concept of developing education]. Moscow: Ehkopsicentr ROSS, 2000. 230 p. (In Russ.).

14. Hvatova M.V., D'yachkova E.S. Vliyanie obrazovatel'noj sredy na psihologicheskoe zdorov'e studentov raznyh special'nostej v processe obucheniya [Influence of the educational environment on psychological health of students of different specialties in the process of education]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2006, no. 3, pp. 74–88. Available at: <http://psyjournals.ru/psyedu/2006/n3/Khvatova.shtml> (Accessed 31.05.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).

15. Huhlaeva O.V. Klassifikaciya narushenij psihologicheskogo zdorov'ya doskol'nikov i mladshih shkol'nikov [Classification of violations of psychological health of preschool children and younger schoolchildren] [Ehlektronnyj resurs]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru [Psychological science and education psyedu.ru]*, 2013, no. 5. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2013/5/Huhlaeva.phtml> (Accessed 31.05.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).

16. Yasvin V.A. Obrazovatel'naya sreda: ot modelirovaniya k proektirovaniyu [Educational environment: from modeling to projection]. Moscow: Smysl, 2001. 365 p. (In Russ.).

17. Yasvin V.A. Ehkspertiza shkol'noj obrazovatel'noj sredy [Examination of the school educational environment]. *Biblioteka zhurnala «Direktor shkoly» [The library of the journal "Director of the School"]*, no. 2. Moscow: Sentyabr', 2000. 125 p. (In Russ.).

# Особенности когнитивного развития и адаптивного поведения детей в домах ребенка в РФ

**Колесникова М.А.,**

*аспирант, факультет психологии; инженер-исследователь, лаборатория междисциплинарных исследований развития человека, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, margarita.tanaeva@gmail.com*

**Жукова М.А.,**

*младший научный сотрудник, лаборатория междисциплинарных исследований развития человека, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, zhukova.marina.spb@gmail.com*

**Овчинникова И.В.,**

*младший научный сотрудник, лаборатория междисциплинарных исследований развития человека, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, ovchinir@gmail.com*

---

В статье приводятся данные исследования когнитивного развития и адаптивного поведения детей, проживающих в домах ребенка в РФ. Исследования, проведенные в домах ребенка, показали, что дети, воспитываемые в учреждениях, отстают по показателям физического и моторного развития, имеют более низкие показатели когнитивного уровня функционирования и уровня языкового развития. Однако за последние несколько лет произошли значительные изменения в системе учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в то же время обнаруживается нехватка актуальных научных исследований, посвященных развитию детей в домах ребенка. Целью данного исследования являлось изучение особенностей когнитивного развития и адаптивного поведения детей, проживающих в современных условиях дома ребенка. В исследовании приняли участие 59 детей в возрасте от 35 до 57 месяцев, из них 38 детей, воспитываемых в домах ребенка ( $M = 45,42$ ,  $SD = 7,04$ ; 17 девочек, 21 мальчик), и 21 ребенок, воспитываемый в биологических семьях ( $M = 44,90$ ,  $SD = 7,76$ ; 13 девочек, 8 мальчиков). Дети из обеих групп проживали в двух крупных городах северо-западного региона России. Для измерения уровня когнитивного развития детей



были использованы невербальные шкалы методики Маллен (The Mullen Scales of Early Learning). Для измерения адаптивного поведения была использована методика Вайнеленд (The Vineland Behavior Adaptive Scales). Анализ результатов показал, что дети в домах ребенка имеют более низкие показатели по всем шкалам когнитивного развития, а также более низкий уровень адаптивного функционирования по сравнению с детьми, проживающими в своих биологических семьях. Полученные результаты демонстрируют необходимость дальнейших изменений в системе домов ребенка с целью улучшения условий проживания детей в учреждениях, способствующих их развитию.

**Ключевые слова:** депривация, когнитивное развитие, адаптивное поведение, институционализация, ранний возраст.

**Для цитаты:**

Колесникова М.А., Жукова М.А., Овчинникова И.В. Особенности когнитивного развития и адаптивного поведения детей в домах ребенка в РФ [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 53–69. doi: 10.17759/psyclin.2018070204

**For citation:**

Kolesnikova M.A., Zhukova M.A., Ovchinnikova I.V. Cognitive Development and Adaptive Skills of Children in Institutions of Russian Federation [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 53–69. doi: 10.17759/psycljn.2018070204 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Проблема сиротства является одной из глобальных проблем, которая встает перед современным обществом. Наиболее остро данная проблема стоит в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ, где наблюдается самое большое соотношение количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, к детям, воспитываемым в биологических семьях (1:100) [25]. В указанных регионах большинство детей, оставшихся без попечения родителей, проживает в государственных учреждениях для детей сирот (дома ребенка, детские дома, интернаты), которые, как показывают исследования, характеризуются высоким уровнем депривации [7; 16].

Термин «депривация» стал широко использоваться в психологии благодаря работам английского психолога Дж. Боулби, который описал особенности развития детей раннего возраста, оставшихся без материнской заботы, во время Второй Мировой войны. В результате лишения материнской любви и заботы (т.н. «материнской депривации») в раннем возрасте у детей наблюдалось отставание физического, когнитивного и эмоционального развития. «Открытие

Дж. Боулби феномена депривации оказалось настолько важным, что породило целое направление в науке, существующее и развивающееся и в настоящее время» [2].

В последние десятилетия было проведено множество исследований, которые показали, что опыт ранней депривации оказывает негативное влияние на развитие ребенка, в том числе на его психическое здоровье. Исследования, проведенные в домах ребенка, которые характеризуются высоким уровнем физической или социально-эмоциональной депривации, показали, что воспитанники данных учреждений имеют значительные отставания от сверстников, воспитанных в семейном окружении по целому комплексу показателей: физического (рост, вес), моторного, когнитивного и языкового развития [13; 19; 22]. Согласно результатам мета-анализа, отставание антропометрических показателей развития ребенка (фактор роста) связано с длительностью пребывания ребенка в учреждении [3]. Таким образом, чем больше времени дети пребывают в депривационных условиях учреждения, тем большее отставание они демонстрируют в области физического развития. Согласно исследованиям Даны Джонсона (Dana Johnson) и его коллег, показатели физического развития детей раннего возраста (рост) связаны с уровнем когнитивного развития. У детей от рождения до 42 месяцев при увеличении показателя роста на единицу по стандартной шкале наблюдалось статистически значимое повышение средних показателей когнитивного развития по вербальной шкале [8]. Результаты мета-анализа, в котором было проанализировано 75 исследований, также указывают на задержку в области когнитивного развития детей, проживающих в условиях домов ребенка. Абсолютное различие в уровне IQ между детьми в домах ребенка и семейными детьми равно 20 баллам IQ [27].

Ряд исследований, посвященных влиянию ранней депривации на развитие детей, показывают, что опыт институционализации оказывает влияние на биологические системы, которые задействованы в процессе реагирования на стресс. Было показано, что у детей, имеющих опыт проживания в депривационных условиях домов ребенка, в сравнении с детьми, проживающими в семьях, отмечается снижение метаболической, физиологической и нейрохимической активности головного мозга, а также наблюдаются нарушения развития префронтальной коры и миндалевидного тела. Развитие данных областей головного мозга у типично развивающихся детей связывают с более высоким уровнем когнитивного функционирования, развитием памяти и эмоций [11].

Таким образом, исследователи пришли к выводу о том, что ранний опыт институционализации имеет негативное влияние на развитие детей и является причиной значительного дефицита по всем доменам развития, включая область когнитивного функционирования [16; 24].

Существует несколько путей решения проблемы отставания в развитии детей, проживающих в депривационных условиях сиротских учреждений. Одно из решений – помещение ребенка в семью (приемную, замещающую или патронажную). Такой путь избрали западные страны с развитой экономикой, в которых упразднили сиротские учреждения и которые перешли на систему фостерных семей, способствующих более гармоничному развитию детей.

Некоторые исследования показали, что уровень когнитивного развития детей в фостерных семьях значительно выше показателей детей, проживающих в институциональном учреждении [8; 16], однако ниже, чем у детей, воспитывающихся в биологических семьях [9; 17; 18]. Мета-анализ уровней интеллектуального развития детей, помещенных в приемные семьи из сиротских учреждений и детей, проживающих в сиротских учреждениях, показал, что дети в учреждениях имеют значительное отставание по показателям интеллектуального развития по сравнению с детьми, помещенными в семьи [26]. Таким образом, полученные данные демонстрируют эффективность помещения в семью как вида вмешательства, направленного на улучшение показателей когнитивного развития детей.

Другой путь – внедрение интервенций в традиционной системе учреждений, направленных на снижение депривации и, следовательно, повышение уровня развития детей, проживающих в улучшенных условиях домов ребенка. Мета-анализ, в рамках которого были проанализированы результаты 14 исследований на выборке из 826 детей с целью изучения эффективности интервенции в институциональных учреждениях показал улучшение показателей когнитивного развития детей в учреждениях при проведении различных форм вмешательства [3]. Наиболее эффективными являются программы вмешательства, которые включают в себя как обучение персонала, так и структурные изменения, направленные на формирование благоприятных условий для построения стабильных и чувствительных взаимоотношений взрослых с детьми. Примерами являются программы вмешательства, внедренные в Санкт-Петербурге [24], и продемонстрировавшие свою эффективность в области когнитивного развития детей спустя 14 лет после внедрения изменений [1], в Латинской Америке [10] и в Турции [4].

Первый путь решения проблемы сиротства (помещение ребенка в фостерную семью) является более кардинальным и эффективным, но в то же время он требует больших финансовых затрат и развития системы сопровождения семей, без которых система фостерных семей не сможет функционировать. Для многих стран с менее развитыми экономикой и социально-психологической поддержкой данный путь не подходит, следовательно, при принятии решения о системе сопровождении детей-сирот необходимо учитывать особенности и возможности отдельно взятой государственной системы [12]. Институциональные учреждения в ряде стран пока остаются основным вариантом размещения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Так, в современных социально-экономических условиях в Российской Федерации основными учреждениями для проживания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, от рождения до 4-х лет являются дома ребенка (ДР). ДР являются государственными учреждениями, которые относятся к системе здравоохранения. Во главе ДР стоит главный врач, под руководством которого работает штат сотрудников, в который входят: педиатры, невропатологи, специальные педагоги (дефектологи, логопеды), специалисты по лечебной физкультуре, психолог и социальный работник. За последнее время условия ДР в РФ претерпели значительные изменения в сторону улучшения. После вступления в силу постановления Правительства № 481 «О деятельности

организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей», предписывающего создание семейного окружения во всех сиротских учреждениях, условия проживания детей во всех ДР должны быть приближены к семейным. Так, детей в группе не должно быть больше 6 человек, группы должны включать детей разного возраста и уровня развития, и количество ухаживающих взрослых должно быть ограничено. Домам ребенка предписано получать образовательную лицензию, так как образовательный стандарт теперь прописан для детей с 2 месяцев (Закон об образовании в РФ 273-ФЗ «Об образовании в РФ»).

В то же время большинство исследований уровня когнитивного развития детей в ДР проводилось более 10 лет назад, и новых данных об особенностях когнитивного развития на группе детей из ДР практически нет. Данная работа направлена на оценку параметров раннего познавательного развития и адаптивного поведения детей, проживающих в учреждениях, с целью выявления специфики развития детей в ДР в сравнении со сверстниками, проживающими в биологических семьях. Учитывая направление изменений в образовательной и социальной системе сопровождения детей-сирот и детей, оставленных без попечения родителей, обнаруживается необходимость получения новых актуальных данных о развитии детей в ДР. Данная работа несет важную практическую ценность, так как позволит получить сведения, необходимые для выстраивания научно обоснованной и адресной программы сопровождения, ориентирующейся на особенности развития детей, проживающих в учреждениях.

Данные представленного исследования были собраны в двух крупных городах Северо-Западного федерального округа Российской Федерации в рамках нескольких проектов, посвященных проблемам институционализации.

**Цель исследования** – изучение особенностей когнитивного развития и адаптивного поведения детей, проживающих в ДР в РФ, и сопоставление данных показателей с параметрами когнитивного развития сверстников, проживающих в биологических семьях (БИО).

**Гипотезы.** Мы полагали, что уровень когнитивного развития и навыки адаптивного поведения у детей из ДР отличаются от уровня развития детей, не имеющих опыта институционализации и проживающих в биологических семьях, а именно:

1. различия в познавательном развитии детей из ДР по сравнению с детьми из БИО будут прослеживаться в области мелкой моторики и зрительного восприятия;
2. дети из ДР будут иметь более низкие показатели коммуникации, самообслуживания и социализации;
3. общее моторное развитие между группами не будет различаться у детей старше 33 месяцев. Мы предполагали, что база для развития более сложных и комплексных когнитивных навыков, формированию которой способствует развитие навыков крупной моторики, в равной степени сформирована у детей из ДР и БИО.

## Методы и процедура проведения исследования

Для оценки уровня когнитивного развития детей младенческого и раннего возраста мы использовали методику The Mullen Scales of Early Learning: AGS Edition – MSEL [15]. MSEL была разработана Eileen M. Mullen для оценки уровня когнитивного развития детей от 0 до 68 месяцев. MSEL состоит из 5 шкал: 4 шкалы для оценки когнитивного развития (Зрительное восприятие, Мелкая моторика, Восприятие речи, Порождение речи) и шкала Крупной моторики. Методика включает 124 задания, измеряющих уровень когнитивного развития. Часть заданий оцениваются по дихотомической шкале (0 – проставляется при невыполненном задании, 1 балл при выполненном), часть заданий оценивается по ранговой шкале (0, 1, 2, 3, 4 и 5 баллов в зависимости от сформированности навыка). Каждая шкала состоит из набора заданий, выстроенных в порядке повышения уровня сложности. Оценка производится посредством прямого тестирования, но в отдельных заданиях (отмеченных в инструкции по проведению) предполагается возможность получения ответа у близкого взрослого. Критерием остановки проведения оценки по каждой из шкал является получение 0 баллов за 3 последовательных задания.

В нашем исследовании мы использовали 3 невербальные шкалы из методики MSEL: Крупная моторика, Мелкая моторика, Зрительное восприятие.

Оценка развития детей проводилась независимыми экспертами, которые прошли обучение данным методикам. Оценка проводилась индивидуально для каждого ребенка в присутствии близкого взрослого (родителя или сотрудника ДР, который знал ребенка лучше всех или имел с ним наиболее близкие отношения). Все требования и условия, необходимые для проведения методики MSEL, прописанные в руководстве [15], были соблюдены и учтены при организации и оснащении комнат для проведения обследований. На проведение методики MSEL с каждой диадой «ребенок–близкий взрослый» отводилось от 40 до 60 минут в зависимости от возраста ребенка (чем старше ребенок, тем больше требовалось времени для проведения обследования).

Для оценки уровня адаптивного поведения детей мы использовали методику VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales) для детей младенческого и раннего возраста [23]. VABS была разработана тремя исследователями из Йельского университета – Сарой Спэрроу, Домеником Чиккетти и Дэвидом Балла (Sara Sparrow, Domenic Cicchetti, David Balla) в 1984 году. В нашем исследовании мы использовали версию для детей от 0 до 60 месяцев второго издания методики VABS-II, опубликованного в 2005 году [23]. Данная методика направлена на оценку адаптивного поведения, которое авторы методики определяют через 5 областей: коммуникация, навыки повседневной жизни, социализация, двигательные навыки, неадаптивное поведение, представленных отдельными шкалами. Все шкалы методики оценивают задания по ранговой шкале, где 0 баллов соответствует несформированности навыка, 1 балл – частичной сформированности (например, когда ребенок может выполнить определенное действие с помощью взрослого или после напоминания). Методика VABS проводилась индивидуально с каждым близким взрослым в форме полуструктурированного интервью. Каждое интервью длилось около 60 минут.

Всего было обследовано 59 детей в возрасте от 35 до 57 месяцев, из них 21 ребенок (13 девочек, 8 мальчиков), воспитывающийся в биологических семьях ( $M=44,90$ ,  $SD=7,76$ ), и 38 детей (17 девочек, 21 мальчик), воспитывающихся в домах ребенка ( $M=45,42$ ,  $SD=7,04$ ). Дети из обеих групп проживали в двух крупных городах Северо-Западного федерального округа России.

## Результаты

На первом этапе для установления наличия связи возраста с распределением тестовых оценок нами был проведен корреляционный анализ фактора возраста с показателями методик MSEL и VABS. Перед проведением корреляционного анализа данные были проверены на нормальность распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. Ни по одной из шкал сравнения результаты не были статистически значимыми, что позволило нам использовать линейный коэффициент корреляции  $r$ -Пирсона. Корреляции были обнаружены только для группы БИО, в то время как в группе ДР не было обнаружено статистически значимых связей между возрастом детей и показателями методик (табл. 1).

Таблица 1

### Корреляции между показателями возраста и шкал методик в отдельных группах

| Шкала                       | БИО  |                    | ДР    |                    |
|-----------------------------|------|--------------------|-------|--------------------|
|                             | $r$  | уровень значимости | $r$   | уровень значимости |
| Адаптивное функционирование | 0,76 | 0,01               | -0,04 | 0,78               |
| Социализация                | 0,64 | 0,001              | -0,04 | 0,81               |
| Коммуникация                | 0,75 | 0,001              | -0,07 | 0,60               |
| Навыки самообслуживания     | 0,70 | 0,001              | 0,005 | 0,97               |
| Моторные навыки             | 0,65 | 0,001              | -0,05 | 0,75               |
| Зрительное восприятие       | 0,61 | 0,003              | 0,15  | 0,34               |
| Мелкая моторика             | 0,82 | 0,001              | 0,13  | 0,45               |

Для анализа групповых различий по показателям когнитивного развития и адаптивного функционирования детей в группах ДР и БИО нами был проведен дисперсионный анализ (ANOVA). Использование данного анализа оправдано нормальностью распределения данных и равенством дисперсий в двух группах сравнения (критерий Ливена для всех шкал  $p>0,05$ ). Ввиду того что корреляция фактора возраста с показателями шкал методик была обнаружена только для группы БИО, было принято решение не включать в анализ ковариаты.

В анализе нами были использованы сырые баллы по обоим методикам ввиду отсутствия русскоязычных норм.

Результаты сравнительного анализа уровня развития детей по шкалам методики MSEL и VABS представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Результаты сравнения уровня когнитивного развития и развития  
адаптивных навыков по группам**

| Шкала                       | Средний балл в группе ДР | Средний балл в группе БС | F     | Уровень значимости |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------|
| Зрительное восприятие       | 32,4                     | 43,4                     | 25,03 | 0,001              |
| Мелкая моторика             | 29,5                     | 40,1                     | 28,08 | 0,001              |
| Шкала коммуникации          | 79,9                     | 115,7                    | 26,35 | 0,01               |
| Шкала самообслуживания      | 45,5                     | 80,5                     | 59,46 | 0,01               |
| Шкала социализации          | 67,9                     | 92,0                     | 16,32 | 0,001              |
| Шкала моторных навыков      | 84,6                     | 110,8                    | 24,46 | 0,001              |
| Адаптивное функционирование | 277,8                    | 399,0                    | 36,02 | 0,001              |

Значимые различия в уровне развития когнитивных и адаптивных навыков детей в ДР и БИО были получены по всем шкалам методик MSEL и VABS.

Таким образом, две первые гипотезы о наличии различий в познавательном развитии детей в БИО и ДР в области мелкой моторики и зрительного восприятия подтвердились. Наша третья гипотеза об отсутствии групповых различий по показателям общего моторного развития не нашла подтверждения. Моторное развитие является базой для формирования более тонких когнитивных навыков, так как обеспечивает исследовательскую активность, необходимую для дальнейшего познавательного развития. Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что дети в ДР демонстрируют более низкие показатели уровня когнитивного развития и адаптивного поведения по всем измеряемым показателям по сравнению с детьми, проживающими в биологических семьях и не имеющими опыта ранней депривации.

**Обсуждение результатов**

Полученные нами результаты соотносятся с результатами большого пласта исследований, посвященных сравнению детей, проживающих в учреждениях, с детьми в биологических семьях [13; 19; 20; 27], где было показано, что дети,

проживающие в учреждениях, значимо отстают по показателям когнитивного и адаптивного развития от своих сверстников, проживающих в семьях.

Нами было обнаружено, что дети из ДР отстают от сверстников в биологических семьях по показателям крупной моторики. Показатели развития крупной моторики сообщают нам о том, насколько успешно ребенок управляет своим телом, держит позу, справляется с координацией, держит равновесие. Несмотря на то, что условия ДР улучшаются и такие физические ограничения, как манежи, сильно ограничивавшие свободу передвижения детей, были упразднены, и детям в современных ДР предоставляется возможность для развития своих двигательных способностей, это, как показали полученные нами результаты, не является достаточным условием для гармоничного развития крупной моторики. Исходя из этого, мы полагаем, что социально-эмоциональная депривация и ранний травматический опыт оказывают негативное воздействие на развитие моторных навыков детей в раннем возрасте.

Зрительное восприятие описывает восприятие и распознавание зрительных образов, фиксацию взгляда и способность к отслеживанию, ориентацию в пространственных координатах и отношениях, организацию объектов в пространстве и зрительную память. У детей из ДР зрительное восприятие развито хуже, чем у детей из БИО.

Шкала мелкой моторики измеряет навыки скоординированной работы глаз и рук, а также способность к манипуляциям с мелкими предметами. Несмотря на то, что дефектологи в ДР регулярно занимаются с детьми, отрабатывая навыки манипуляций с мелкими предметами, такие как построение пирамидок и башен, рисование линий и т.д., дети по-прежнему отстают от своих сверстников, воспитывающихся в семьях, что может быть связано с недостатком свободной игры и высокой регламентированностью взаимодействий с игровыми материалами в условиях домов ребенка.

Шкала коммуникации фиксирует, насколько успешно ребенок понимает обращенную речь, следует инструкциям, соблюдает правила грамматики и семантики при общении. Полученные результаты могут быть свидетельством обедненной лингвистической среды в ДР. Ранее было показано, что качество и количество языкового окружения оказывают сильное влияние на раннее языковое развитие [21].

Неразвитость навыков повседневной жизни являются следствием пребывания в институциональной среде. Данная шкала включает в себя способность к самообслуживанию и базовую (учитывая ранний возраст участников) заботу о себе. Также в шкалу включаются показатели общественной жизни (умение подобающе вести себя в общественных местах), а также выполнение домашних обязанностей.

Шкала социализации включает в себя навыки межличностного взаимодействия и навыки сотрудничества. Дети из ДР не всегда имеют возможность



выстроить близкие и безопасные отношения со взрослым так, как это происходит в семье, следовательно, ребенок не может исследовать окружающий его мир, развивая навыки социализации и коммуникации.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что несмотря на значительные изменения в системе ДР, на сегодняшний день дети по-прежнему имеют значимые отставания по уровню когнитивного развития и развитию навыков адаптивного поведения по сравнению с детьми, воспитываемыми в биологических семьях. На преодоление отставания и стимуляцию развития направлены специальные программы и методики педагогической работы с младенцами и детьми раннего возраста, коррекционно-педагогические и реабилитационные мероприятия, проводимые специалистами, работающими в ДР. Однако без изменений характеристик социального окружения детей и качества заботы о них со стороны взрослых показатели психического развития у детей в ДР значительно отличаются от таковых у семейных детей [14].

### Выводы

Проведенное нами исследование уровней когнитивного развития и развития навыков адаптивного поведения детей, проживающих в ДР, вносит вклад в понимание особенностей развития детей в современных домах ребенка. За последнее время произошло значительное количество изменений в образовательной и социальной системе сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Для дальнейших изменений и определения направления работы необходимы новые данные о развитии таких детей. Полученные нами результаты демонстрируют отставание детей в домах ребенка по показателям когнитивного развития, которые являются предикторами дальнейшего интеллектуального развития и достижения академических успехов [5; 6], и уровню развития адаптивных навыков, которые играют важную роль в дальнейшей социализации. Таким образом, для данных областей развития, по-прежнему необходимы дальнейшие изменения в системе ДР с целью улучшения условий проживания детей в учреждениях, способствующих развитию детей. Так как всем учреждениям для детей раннего возраста предписано получить образовательную лицензию, и при составлении образовательной программы необходимо учитывать особенности когнитивного развития детей в учреждениях, наше исследование имеет важный практический смысл, а именно оно предоставляет данные для выстраивания научно-обоснованной программы сопровождения детей с учетом особенностей их когнитивного развития и адаптивных навыков. С точки зрения исследовательской значимости наше исследование вносит вклад в понимание особенностей развития детей с опытом депривации и может стать основой для дальнейших исследований в данной области.

### Финансирование

Исследование проводится при финансовой поддержке гранта Российского гуманитарного научного фонда (№16-36-01103) и Правительства РФ (№14.Z50.31.0027).

## Литература

1. Колесникова М.А., Солодунова М.Ю., Жукова М.А. и др. Особенности когнитивного развития детей в домах ребенка с различным социальным окружением // Вестник СПбГУ. Психология и педагогика. 2017. Т. 7. № 4. С. 364–380.
2. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. СПб.: Питер, 2005. 400 с.
3. Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H., Juffer F. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children // Monographs of the Society for Research of Child Development. 2008. № 73. P. 279–293.
4. Berument S.K., Sonmez D., Eyupoglu H. Supporting language and cognitive development of infants and young children living in children's homes in Turkey // Child. 2012. № 38. P. 743–752.
5. Bornstein M.H., Hahn C.S., Bell C., et al. Stability in cognition across early childhood: A developmental cascade // Psychological Science. 2006. №17. P. 151–158.
6. Bornstein M.H., Hahn C.S., Wolke D. Systems and cascades in cognitive development and academic achievement // Child Development. 2013. № 84. P. 154–162.
7. Fox N.A., Almas A.N., Degnan K.A., et al. The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2011. № 52. P. 919–928.
8. Johnson D.E., Guthrie D., Smyke A.T., et al. Growth and associations between auxology, caregiving environment, and cognition in socially deprived romanian children randomized to foster vs ongoing institutional care // Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2010. № 164. P. 507–516.
9. Lloyd E., Barth R.P. Developmental outcomes after five years for foster children returned home, remaining in care, or adopted // Children and Youth Services Review. 2011. Vol. 33. № 8. P. 1383–1391.
10. McCall R., Groak C., Fish L., et al. A socioemotional intervention in a Latin American orphanage // Infant Mental Health Journal. 2010. Vol. 31. №5. P. 521–542.
11. McCall R. The development and care of institutionally-reared children. Child Development Perspectives. 2012. Vol. 6. № 2. P. 174–180.
12. Muhamedrahimov R.J., Grigorenko E.L. Seeing the trees within the forest: Addressing the needs of children without parental care in the Russian Federation. In E.L. Grigorenko (Ed.) The global context for new directions for child and adolescent development. New Directions for Child and Adolescent Development. 2015. Vol. 147. P. 101–108.

13. *Muhamedrahimov R.J., Nikiforova N.V., Palmov O.I., et al.* Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation // *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2005. № 5. P. 477–506.
14. *Muhamedrahimov R.J., Palmov O.I., Nikiforova N.V., et al.* Institution based early intervention program. *Infant Mental Health Journal*. 2004. № 25. P. 488–501.
15. *Mullen E.M.* Mullen scales of early learning. San Antonio, TX: Pearson, 1995. 85 p.
16. *Nelson C.A., Zeanah C.H., Fox N.A., et al.* Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project // *Science*. 2007. № 318. P. 1937–1940.
17. *Pears K., Fisher P.A.* Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2005. Vol. 26. № 2. P. 112–122.
18. *Pears K.C., Heywood C.V., Kim H.K., et al.* Prereading deficits in children in foster care. *School Psychology Review*. 2011. Vol. 40. № 1. P. 140–148.
19. *Pomerleau A., Malcuit G., Chicoine J., et al.* Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption // *International Journal of Behavioral Development*. 2005. № 29. P. 445–457.
20. *Rakhlin N., Hein S., Doyle N., et al.* Sources of Heterogeneity in Developmental Outcomes of Children with Past and Current Experiences of Institutionalization in Russia: A Four-Group Comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2017. Vol.87, № 3. P. 242-255.
21. *Rakhlin, N., Kornilov, S.A., Palejev, D., et al.* The language phenotype of a small geographically isolated Russian-speaking population: Implications for genetic and clinical studies of developmental language disorder // *Applied Psycholinguistics*. 2013. Vol. 34. № 5. P. 971–1003.
22. *Rutter M.* Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications // *Children and Youth Services Review*. 2000. № 22. P. 685–703.
23. *Sparrow S.S., Cicchetti D.V., Balla D.A.* Vineland-II Adaptive behavior scales: Survey Forms Manual. Circle Pines, MN: AGS Publishing, 2005. 330 p.
24. St. Petersburg – USA Orphanage Research Team. The Effects of Early Social-Emotional and Relationship Experience on the development of Young Orphanage Children // *Monographs of the Society for Research in Child Development*. USA, NJ, John Wiley & Sons, 2009, 297 p.
25. UNICEF/CEECIS. Regional analysis report [Электронный ресурс] // Regional office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States

*Колесникова М.А., Жукова М.А., Овчинникова И.В.*  
Особенности когнитивного развития и адаптивного  
поведения детей в домах ребенка в РФ  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 53–69.

*Kolesnikova M.A., Zhukova M.A., Ovchinnikova I.V.*  
Cognitive Development and Adaptive Skills of  
Children in Institutions of Russian Federation  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 53–69.

(CEE/CIS), 2013. P. 1–36 URL: [https://www.unicef.org/about/annualreport/files/CEECIS\\_AR\\_2013.pdf](https://www.unicef.org/about/annualreport/files/CEECIS_AR_2013.pdf) (accessed 15.12.2017).

26. *Van Ijzendoorn M.H., Juffer F., Poelhuis C.W.* Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance // *Psychological Bulletin*. 2005. № 131. P. 301–316.

27. *Van Ijzendoorn M.H., Luijk M.P., Juffer F.* IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanage // *Merrill-Palmer Quarterly*. 2008. № 54. P. 341–366.

# Cognitive Development and Adaptive Skills of Children in Institutions of Russian Federation

## **Kolesnikova M.A.**

*PhD student, Department of Psychology of Saint-Petersburg State University. engineer-researcher, Laboratory of Translational Sciences of Human Development, Saint-Petersburg, Russia, margarita.tanaeva@gmail.com*

## **Zhukova M.A.**

*Junior research fellow, Laboratory of Translational Sciences of Human Development, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, zhukova.marina.spb@gmail.com*

## **Ovchinnikova I.V.**

*Junior research fellow, Laboratory of Translational Sciences of Human Development, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ovchinir@gmail.com*

---

In present study we examine cognitive development and adaptive skills of children raised in institutions (called Baby Homes) in Russian Federation. Previously it was shown that children in institutions lag behind their age peers in physical and motor development, show deficits in cognitive and language development. However, during the last few years important changes have been introduced in the institutional care system in Russian Federation and there is a dearth of research on cognitive development of children in Baby Homes after the changes have been implemented. The purpose of the current study was to examine cognitive development and adaptive skills of children residing in modern baby homes. We examined 59 children in the age range from 35 to 59 months: 38 children living in baby homes ( $M = 45,42$ ,  $SD = 7,04$ ; 17 girls, 21 boys) and 21 children living in biological families ( $M = 44,90$ ,  $SD = 7,76$ ; 13 girls, 8 boys). To evaluate cognitive development of children we used three non-verbal scales of the Mullen Scales of Early Learning and the Vineland Behavior Adaptive Scales to obtain information about children's adaptive skills. Results show that children in baby homes show significantly lower scores on all the scales of cognitive development and adaptive skills in comparison with children in biological families. These results demonstrate the necessity of future changes in the institutional care system in order to improve the environment for children in institutions, nurturing their development.

**Keywords:** deprivation, cognitive development, adaptive behavior, institutionalization, young children.

## Funfing

The research was supported by the Russian Foundation for Humanities (project №16-36-01103) and the Government of Russian Federation (project №14.Z50.31.0027).

## References

1. Kolesnikova M., Solodunova M., Zhukova M., et al. Osobennosti kognitivnogo razvitiia detei v domah rebenka s razlichnim social'nim okruzheniem [Cognitive development of young children in institutions with different social environment]. *Vestnik SPbGU. Psikhologiya i pedagogika [Vestnik SPbSU. Psychology and Education]*, 2017, vol. 7, no. 4, pp. 364–380 (in Russian).
2. Prikhozhan A.M., Tolstykh N.N. Psikhologiya sirotstva [The psychology of orphanhood]. Saint-Petersburg: Piter, 2005. 400 p. (In Russian).
3. Bakermans-Kranenburg M.J., van Ijzendoorn M.H., Juffer F. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research of Child Development*, 2008, vol. 73, pp. 279–293.
4. Berument S.K., Sonmez D., Eyupoglu H. Supporting language and cognitive development of infants and young children living in children's homes in Turkey. *Child*, 2012, no. 38, pp. 743–752.
5. Bornstein M.H., Hahn C.S., Bell C., et al. Stability in cognition across early childhood: A developmental cascade. *Psychological Science*, 2006, no. 17, pp. 151–158.
6. Bornstein M.H., Hahn C.S., Wolke D. Systems and cascades in cognitive development and academic achievement. *Child Development*, 2013, vol. 84, pp. 154–162.
7. Fox N.A., Almas A.N., Degnan K.A., et al. The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, vol. 52, pp. 919–928.
8. Johnson D.E., Guthrie D., Smyke A.T., et al. Growth and associations between auxology, caregiving environment, and cognition in socially deprived romanian children randomized to foster vs ongoing institutional care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2010, no. 164, pp. 507–516.
9. Lloyd E., Barth R.P. Developmental outcomes after five years for foster children returned home, remaining in care, or adopted. *Children and Youth Services Review*, 2011, vol. 33, no. 8, pp. 1383–1391.
10. McCall R., Groak C., Fish L., et al. A socioemotional intervention in a Latin American orphanage. *Infant Mental Health Journal*, 2010, vol. 31, no. 5, pp. 521–542.

11. McCall R. The development and care of institutionally-reared children. *Child Development Perspectives*, 2012, vol. 6, no. 2, pp. 174–180.
12. Muhamedrahimov R.J., Grigorenko E.L. Seeing the trees within the forest: Addressing the needs of children without parental care in the Russian Federation. In E.L. Grigorenko (Ed.) *The global context for new directions for child and adolescent development. New Directions for Child and Adolescent Development*, 2015, vol. 147, pp. 101–108.
13. Muhamedrahimov R.J., Nikiforova N.V., Palmov O.I., et al. Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2005, no. 5, pp. 477–506.
14. Muhamedrahimov R.J., Palmov O.I., Nikiforova N.V., et al. Institution based early intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 2004, no. 25, pp. 488–501.
15. Mullen E.M. Mullen scales of early learning. San Antonio, TX: Pearson, 1995. 85 p.
16. Nelson C.A., Zeanah C.H., Fox N.A., et al. Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 2007, no. 318, pp. 1937–1940.
17. Pears K., Fisher P.A. Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2005, vol. 26, no. 2, pp. 112–122.
18. Pears K.C., Heywood C.V., Kim H.K., et al. Prereading deficits in children in foster care. *School Psychology Review*, 2011, vol. 40, no. 1, pp. 140–148.
19. Pomerleau A., Malcuit G., Chicoine J., et al. Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, 2005, no. 29, pp. 445–457.
20. Rakhlin N., Hein S., Doyle N., et al. Sources of Heterogeneity in Developmental Outcomes of Children with Past and Current Experiences of Institutionalization in Russia: A Four-Group Comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2017, vol. 87, no. 3, pp. 242–255.
21. Rakhlin, N., Kornilov, S.A., Palejev, D., et al. The language phenotype of a small geographically isolated Russian-speaking population: Implications for genetic and clinical studies of developmental language disorder. *Applied Psycholinguistics*, 2013, vol. 34, no. 5, pp. 971–1003.
22. Rutter M. Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 2000, no. 22, pp. 685–703.

23. Sparrow S.S., Cicchetti D.V., Balla D.A. Vineland-II Adaptive behavior scales: Survey Forms Manual. Circle Pines, MN: AGS Publishing, 2005. 330 p.

24. St. Petersburg – USA Orphanage Research Team. The Effects of Early Social-Emotional and Relationship Experience on the development of Young Orphanage Children // Monographs of the Society for Research in Child Development. USA, NJ, John Wiley & Sons, 2009, 297 p.

25. UNICEF/CEECIS. Regional analysis report. *Regional office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS)*, 2013. P. 1–36 URL: [https://www.unicef.org/about/annualreport/files/CEECIS\\_AR\\_2013.pdf](https://www.unicef.org/about/annualreport/files/CEECIS_AR_2013.pdf) (accessed 15.12.2017).

26. Van Ijzendoorn M.H., Juffer F., Poelhuis C.W. Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 2005, no. 131, pp. 301–316.

27. Van Ijzendoorn M.H., Luijk M.P., Juffer F. IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanage. *Merrill-Palmer Quarterly*, 2008, no. 54, pp. 341–366.



# Изучение коммуникативных способностей дошкольников с тяжелыми нарушениями речи

**Куфтяк Е.В.,**

*доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (ФГБОУ ВО КГУ), Кострома, Россия, kuftyak@yandex.ru*

**Одинцова М.С.,**

*старший воспитатель, МБДОУ г. Костромы «Детский сад № 28»; магистрант, кафедра специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (ФГБОУ ВО КГУ), Кострома, Россия, odinzova-marina@mail.ru*

---

Статья посвящена проблеме коммуникативных способностей детей с тяжелыми нарушениями речи. Трудности коммуникативного плана детей с нарушениями речи затрудняют развитие когнитивной и личностной сфер. Описывается эмпирическое исследование, направленное на изучение особенностей коммуникативных способностей у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи в сравнении с нормально развивающимися сверстниками. Установлено, что дети с нарушениями речи имеют отставание в развитии коммуникативных действий в процессе организации и осуществления сотрудничества, способностей к партнерскому диалогу со сверстниками и коммуникативных качеств личности. Показано, что важную роль в развитии коммуникативных качеств личности у детей с речевыми нарушениями играет сформированность контроля за совместными действиями, а у дошкольников с типичным развитием – чувствительность к изменению состояний и переживаний партнера по общению и взаимодействию.

**Ключевые слова:** коммуникативные способности, сотрудничество со сверстниками, коммуникативные черты личности, тяжелые нарушения речи, дошкольники.

---

**Для цитаты:**

Куфтяк Е.В., Одинцова М.С. Изучение коммуникативных способностей дошкольников с тяжелыми нарушениями речи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 70–82. doi: 10.17759/psyclin.2018070205

**For citation:**

Kuftyak E.V., Odintsova M.S. Study of the Communicative Abilities of Pre-School Children with Severe Speech Impairments [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special

Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 70–82. doi: 10.17759/psycljn.2018070205 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Нарушения речи у детей стали серьезной проблемой в современном обществе. Развитие и социализация детей с речевыми нарушениями затруднены рядом причин, среди которых когнитивные нарушения, своеобразие личностного развития и эмоциональной сферы, проблемы сенсомоторного и речевого плана [5; 7]. Важным условием успешной социализации детей с речевыми нарушениями является человеческое общение [4]. По мнению Л.С. Выготского, речь выступает для детей важнейшим средством связи с окружающим миром, открывает возможность к взаимодействию с другими, является источником информации и развития мышления [1]. Дети с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) испытывают трудности в процессе формирования стратегий общения в окружающем его пространстве [2]. Эта проблема носит двойственный характер: с одной стороны, дети с ТНР проявляют пониженную активность в любых видах деятельности, что в свою очередь отражается на недостаточной сформированности их коммуникативных способностей; с другой стороны, дефицит в общении с окружающими усугубляет имеющиеся у них нарушения когнитивной сферы и личностного развития [6]. Отсутствие полноценного общения у детей данной категории становится причиной, затрудняющей психическое развитие ребенка. Так, высокий уровень развития речевых навыков и коммуникативных способностей выступает залогом успешной адаптации в социуме, что определяет практическую значимость формирования коммуникативных способностей с раннего возраста [8]. Все вышесказанное придает актуальность и социальную значимость настоящему исследованию.

**Целью** настоящего исследования является изучение особенностей коммуникативных способностей у детей старшего дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи. В основу проводимого исследования положены следующие гипотезы:

1. коммуникативные способности у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи и с типичным развитием имеют различную специфику;
2. существуют различия во взаимосвязи коммуникативных способностей детей дошкольного возраста, в частности, коммуникативных действий и коммуникативных качеств личности, обусловленные уровнем их речевого развития.

## Описание выборки и методы

Исследование было реализовано в течение 2016 года на базе ДООУ г. Костромы. В исследовании приняли участие дети в возрасте от 5 до 7 лет ( $M_{\text{возр.}} = 6,07$ ,  $SD_{\text{возр.}} = 0,68$ ) с типичным развитием и дошкольники со вторым или третьим уровнем развития речи по классификации Р.Е. Левиной. Совокупная выборка исследования составила 64 дошкольника, из них 32 ребенка без нарушений речи

(10 мальчиков, 22 девочки) и 32 дошкольника с тяжелыми нарушениями речи (14 мальчиков, 18 девочек) (табл. 1). Все дети посещали одно учреждение, дети с тяжелыми нарушениями речи занимались в логопедической группе.

Таблица 1

**Речевой статус воспитанников, посещающих группы компенсирующей направленности для детей с ТНР, %**

| Уровни ОНР | Старшая группа (n=16) | Подготовительная группа (n=16) |
|------------|-----------------------|--------------------------------|
| 1 уровень  | 6,25                  | -                              |
| 2 уровень  | 37,5                  | 43,75                          |
| 3 уровень  | 56,25                 | 56,25                          |

Нами были использованы следующие методики (табл. 2): «Рукавички» (Г.А. Цукерман, 1992) [8], «Диагностика способностей детей к партнерскому диалогу» (А.М. Щетинина, 2000), «Карта наблюдений за проявлениями коммуникативных способностей у дошкольников» (А.М. Щетинина, М.А. Никифорова, 2000) [9].

Таблица 2

**Методики, направленные на изучение коммуникативных способностей дошкольников**

| Методика  | Назначение   |
|---|--|
| «Рукавички» (Г.А. Цукерман, 1992)   | Изучение уровня развития коммуникативных действий по согласованию усилий в процессе организации и осуществления сотрудничества: <ul style="list-style-type: none"> <li>• продуктивность совместной деятельности;</li> <li>• умение договариваться с партнером;</li> <li>• взаимный контроль действий друг друга;</li> <li>• взаимопомощь в процессе совместной деятельности;</li> <li>• эмоциональное отношение к результатам задания</li> </ul>             |
| Диагностика способностей детей к партнерскому диалогу (А.М. Щетинина, 2000) | Изучение способности детей старшего дошкольного возраста к партнерскому диалогу: <ul style="list-style-type: none"> <li>• способность слушать партнера;</li> <li>• способность договариваться с партнером;</li> <li>• способность к эмоционально-экспрессивной пристройке, т.е. заражение чувствами партнера, эмоциональная настройка на его состояние, чувствительность к изменению состояний и переживаний партнера по общению и взаимодействию</li> </ul> |

| Методика  | Назначение  |
|---|---|
| Карта наблюдений за проявлениями коммуникативных способностей у дошкольников (А.М. Щетинина, М.А. Никифорова, 2000) | Выявление уровня развития коммуникативных способностей ребенка. В ходе наблюдения определяются уровни развития коммуникативных способностей: <ul style="list-style-type: none"> <li>коммуникативные качества личности (эмпатийность, доброжелательность, непосредственность, открытость, инициативность, конфронтация);</li> <li>коммуникативные действия и умения (организационные, перцептивные, операционные)</li> </ul> |

### Результаты и их обсуждение

С помощью методики «Рукавички» нами были изучены коммуникативные действия детей, направленные на организацию и осуществление сотрудничества со сверстниками. Результаты исследования показали, что дети с типичным развитием имеют более высокий уровень коммуникативных действий в процессе осуществления сотрудничества по сравнению с детьми с тяжелыми нарушениями речи (табл. 3).

Таблица 3

### Уровень коммуникативных действий в процессе сотрудничества детей

| Критерии                               | Дети с ТНР (n=32) | Дети с типичным развитием (n=32) | U – критерий Манна-Уитни | p-level |
|--|-------------------|----------------------------------|--------------------------|---------|
|  | М (SD)            | М (SD)                           |                          |         |
| Продуктивность совместной деятельности | 1,63 (0,67)       | 2,47 (0,51)                      | 202,0                    | 0,000   |
| Умение детей договариваться            | 1,56 (0,69)       | 2,50 (0,51)                      | 144,0                    | 0,000   |
| Взаимный контроль по ходу выполнения   | 1,38 (0,70)       | 2,38 (0,51)                      | 120,0                    | 0,000   |
| Взаимопомощь                           | 1,13 (0,66)       | 2,06 (0,54)                      | 116,0                    | 0,000   |
| Эмоциональное отношение                | 1,84 (0,64)       | 2,53 (0,51)                      | 228,0                    | 0,000   |

Были установлены статистически значимые межгрупповые различия (все на уровне  $p=0,000$ ) по показателям продуктивной совместной деятельности, умению договариваться, взаимном контроле по ходу выполнения и оказании взаимопомощи в ходе деятельности. Высокий уровень коммуникативных показателей в процессе сотрудничества имеют дошкольники с типичным развитием. Узоры на рукавичках детей с тяжелыми нарушениями речи не имели сходства или частично повторяли рисунки, в процессе совместной работы дети не пытались договориться друг с другом, каждый выполнял задание по-своему. Вероятно, это связано с тем, что дети с нарушениями речи быстро уставали в процессе совместной деятельности, а продуктивность и темп работы снижались. Так, дети данной группы демонстрировали отсутствие интереса в контакте с партнером, неумение ориентироваться в ситуации общения. Возможно, это связано с несформированностью способов построения практических взаимоотношений со сверстниками.

Далее с помощью критерия Манна–Уитни нами была прослежена динамика коммуникативных действий в процессе сотрудничества детей с учетом их возраста (табл. 4). Так, дети в дошкольном учреждении посещали старшую и подготовительную группы. С учетом возраста детей были установлены следующие различия в показателях коммуникативных действий в процессе осуществления сотрудничества детьми.

Таблица 4

**Уровень коммуникативных действий в процессе осуществления сотрудничества детьми с учетом возраста**

| Показатели коммуникативных действий    | Дети с ТНР старшей группы (n=16) | Дети с ТНР подготовительной группы (n=16) | Дети с типичным развитием старшей группы (n=16) | Дети с типичным развитием подготовительной группы (n=16) |
|--|----------------------------------|---|---|--|
|  | М                                | М   | М   | М  |
| Продуктивность совместной деятельности | 1,63                             | 1,75                                      | 2,38  | 2,56   |
| Умение договариваться                  | 1,56                             | 1,56                                      | 2,44  | 2,56   |
| Взаимный контроль по ходу выполнения   | 1,25                             | 1,50                                      | 2,31  | 2,44   |
| Взаимопомощь                           | 1,19                             | 1,06                                      | 1,94  | 2,19   |
| Эмоциональное отношение                | 1,81                             | 1,88                                      | 2,50  | 2,56   |

Дошкольники с тяжелыми нарушениями речи старшей и подготовительной групп имеют более низкие значения показателей коммуникативных действий по сравнению с детьми с типичным развитием того же возраста. Установлено, что показатели «продуктивность в совместной деятельности» (для старших групп  $U=50,0$ ,  $p=0,001$ ; для подготовительных групп  $U=51,0$ ,  $p=0,001$ ), «умение детей договариваться» (для старших групп  $U=40,5$ ,  $p=0,000$ ; для подготовительных групп  $U=31,5$ ,  $p=0,000$ ), «взаимный контроль» (для старших групп  $U=22,0$ ,  $p=0,000$ ; для подготовительных групп  $U=36,0$ ,  $p=0,000$ ), «взаимопомощь» (для старших групп  $U=45,0$ ,  $p=0,001$ ; для подготовительной группы  $U=14,0$ ,  $p=0,001$ ), «эмоциональное отношение» (для старших групп  $U=60,0$ ,  $p=0,001$ ; для подготовительных групп  $U=53,5$ ,  $p=0,001$ ) выше в группах детей с типичным развитием. Так, дети с типичным развитием лучше ориентируются на позицию другого (сверстника), способны договориться, проявить взаимоконтроль и взаимопомощь.

Анализ состояния коммуникативных действий у детей с ТНР старшей и подготовительной групп показал, что сотрудничество и совместное выполнение задания улучшается с возрастом. Об этом свидетельствует повышение с возрастом ориентации на позицию другого, умения осуществлять контроль за выполнением задания (договориться и совместно выполнить рисование узора). Дети старшей группы чаще приступают к работе не договариваясь, ориентируются на собственные действия, а не на действия партнера. Взаимный контроль в этом возрасте у детей с ТНР практически отсутствует. Эмоциональная оценка результата деятельности чаще описывается фразой «у меня красиво, а у тебя нет». В подготовительной группе дети с ТНР отличаются более высоким уровнем продуктивности совместных действий ( $p=0,03$ ), чем в старшей группе. Однако дети этой группы не умеют договариваться между собой ( $p=0,000$ ), по сравнению с детьми с типичным развитием. В паре один из детей проявлял активность, другой оставался пассивным и безынициативным. Из-за неумения конструктивно строить общение у детей с ТНР часто возникали конфликтные ситуации. По данным наблюдения, эмоциональнее на полученный результат реагировали девочки.

Дошкольники с типичным развитием чаще с помощью диалога выстраивают стратегию выполнения задания, в паре устанавливается лидер, который проявляет больше инициативы. Ведомый больше наблюдает за своим партнером и его выполнением. Дети взаимно контролируют друг друга, сравнивают результаты выполнения задания, легко контактируют друг с другом, в парах работают мальчики и девочки одинаково. С помощью вербальных средств коммуникации в ходе работы над «рукавичками» вносятся изменения, рисунок видоизменяется, по ходу дается эмоциональная оценка деятельности со стороны партнеров, партнеры оказывают необходимую помощь сверстнику для достижения наилучшего результата, том числе и техническую.

Для выявления уровня развития способности к партнерскому диалогу у детей использовалась методика «Диагностика способностей детей к партнерскому диалогу». Установлено, что дети с нарушениями речи и типичным развитием различаются по всем показателям компонентов способности к партнерскому диалогу (табл. 5).

Таблица 5

**Значимые различия показателей уровня развития способности к партнерскому диалогу между группами детей с тяжелыми нарушениями речи и детьми с типичным развитием**

| Показатель  | Дети с тяжелыми нарушениями речи (n=32) | Дети с типичным развитием (n=32) | U-критерий Манна-Уитни | p-level |
|---|---|----------------------------------|------------------------|---------|
|   | M (SD)                                  | M (SD)                           |                        |         |
| Умение слушать                                      | 1,91 (0,75)                             | 2,47 (0,51)                      | 309,5                  | 0,004   |
| Способность договариваться                          | 1,84 (0,65)                             | 2,47 (0,51)                      | 259,5                  | 0,000   |
| Способность к эмоционально-экспрессивной пристройке | 1,84 (0,70)                             | 2,72 (0,45)                      | 158,5                  | 0,000   |

Так, дети с типичным развитием отличаются от сверстников с нарушениями речи умением слушать партнера по деятельности ( $p=0,004$ ), они способны спокойно, терпеливо слушать партнера. Дошкольники с типичным развитием легко договариваются со сверстниками ( $p=0,000$ ). Игра детей объединяет большое количество ровесников, где они распределяют роли в игровом коллективе, учатся находить компромиссные решения. Дошкольники с типичным развитием чаще проявляют симпатию к сверстникам и ориентируются на эмоциональное состояние партнера по общению ( $p=0,000$ ), чем дети с ТНР.

У детей с ТНР компоненты способности к партнерскому диалогу имеют близкий к среднему уровень развития. Дошкольники с нарушениями в развитии не умеют слушать, перебивают партнера по общению, не способны понять собеседника, часто не соглашаются, раздражаются и настаивают на своем решении. Вероятно, низкий уровень способностей к партнерскому диалогу связан с имеющимися речевыми дефектами. Дети часто становятся непонятыми, стремятся выйти из диалога, не понимают эмоциональное состояние и настроение сверстников, их игровой коллектив малочисленный (не более двух детей), они предпочитают играть в одиночестве, что связано с низким уровнем социального развития детей данной категории.

Для выявления коммуникативных качеств личности ребенка и коммуникативных действий и умений использовалась методика «Карта наблюдений за проявлениями коммуникативных способностей у дошкольников». Было обнаружено, что по всем показателям дошкольники с ТНР и типичным развитием значительно различаются (табл. 6).

Таблица 6

**Выявление уровня сформированности коммуникативных качеств личности и коммуникативных действий и умений в группах детей**

| Показатели коммуникативных способностей | Дети с тяжелыми нарушениями речи (n=32) | Дети с типичным развитием (n=32) | U-критерий Манна-Уитни | p-level |
|---|---|----------------------------------|------------------------|---------|
|   | М (SD)                                  | М (SD)                           |                        |         |
| Эмпатийность                            | 1,25 (1,6)                              | 3,56 (1,5)                       | 76,0                   | 0,000   |
| Доброжелательность                      | 1,25 (1,5)                              | 3,34 (1,5)                       | 100,0                  | 0,000   |
| Непосредственность, искренность         | 1,47 (1,1)                              | 2,53 (1,4)                       | 211,0                  | 0,000   |
| Открытость                              | 1,31 (1,5)                              | 3,34 (1,5)                       | 117,0                  | 0,000   |
| Конфронтация                            | 1,19 (1,4)                              | 3,16 (1,5)                       | 89,0                   | 0,000   |
| Инициативность                          | 1,31 (1,6)                              | 3,16 (1,5)                       | 127,0                  | 0,000   |
| Организационные умения                  | 1,34 (1,5)                              | 3,22 (1,5)                       | 189,5                  | 0,000   |
| Перцептивные умения                     | 1,28 (1,5)                              | 3,19 (1,5)                       | 101,5                  | 0,000   |
| Операционные умения                     | 1,25 (1,5)                              | 3,38 (1,50)                      | 84,0                   | 0,000   |

Отмечаются статистически значимые различия (при  $p=0,000$ ) между группами детей по уровню проявления личностных качеств в общении, таких как «эмпатийность» и «доброжелательность». Дети с ТНР при общении не способны проявить позитивный настрой и не готовы к переживанию чувств своего собеседника и партнера. По данным исследователей, высокая степень эмпатии взаимосвязана с мягкостью, доброжелательностью и общительностью, а низкая степень эмпатии – с замкнутостью и недоброжелательностью [3]. Также отмечается, что способность к сопереживанию связана с широким кругом общения со сверстниками [3].

В двух группах были выявлены различия по уровню проявления инициативности ( $p=0,000$ ). Мы предполагаем, что проявление инициативности в общении и степени воздействия друг на друга находятся во взаимосвязи с уровнем владения детьми с ТНР предметно-содержательной деятельностью. Низкий уровень развития игровых действий и манипуляций с предметами выступают факторами, обуславливающими низкий уровень проявления инициативности в общении. Мотивационные трудности детей также определяют формирование положительных личностных качеств дошкольников с речевыми нарушениями.



Далее нами были определены взаимосвязи между следующими коммуникативными способностями в группах дошкольников с ТНР и типичным развитием: коммуникативные действия, способности партнерского диалога и коммуникативные качества личности.

В группе дошкольников с речевыми нарушениями получено большее количество положительных взаимосвязей. Проявление детьми взаимного контроля положительно связано с коммуникативными чертами личности: непосредственностью ( $r=0,44$ ,  $p=0,01$ ), открытостью ( $r=0,45$ ,  $p=0,009$ ), инициативностью ( $r=0,45$ ,  $p=0,009$ ), организационными ( $r=0,53$ ,  $p=0,002$ ) и операционными умениями ( $r=0,45$ ,  $p=0,01$ ), способностью договариваться ( $r=0,40$ ,  $p=0,02$ ). Как видим, коммуникативные качества личности и коммуникативные действия повышаются за счет взаимного контроля со стороны сверстников. Выявлено, что умение договариваться и проявление терпения в беседе положительно связаны с коммуникативными чертами личности: эмпатией ( $r=0,38$ ,  $p=0,03$ ), доброжелательностью ( $r=0,61$ ,  $p=0,000$ ), инициативностью ( $r=0,49$ ,  $p=0,004$ ), организационными ( $r=0,39$ ,  $p=0,02$ ), перцептивными ( $r=0,61$ ,  $p=0,000$ ) и операционными ( $r=0,49$ ,  $p=0,004$ ) умениями. Таким образом, проявление эмпатийности и дружелюбности к другим, инициативы и организаторских навыков, стремление понять другого и владение средствами общения зависят от коммуникативных действий ребенка. Способность договариваться и проявление терпения в общении выступают факторами развития важных коммуникативных черт личности дошкольников.

Корреляционный анализ с использованием критерия Спирмена показал, что в группе дошкольников с типичным развитием наблюдаются единичные связи. Способность к эмоционально-экспрессивной пристройке по отношению к партнеру положительно связана с доброжелательностью ( $r=0,43$ ,  $p=0,01$ ), открытостью ( $r=0,41$ ,  $p=0,02$ ), перцептивными умениями ( $r=0,31$ ,  $p=0,05$ ) и отрицательно – с непосредственностью ( $r=-0,33$ ,  $p=0,04$ ). Вероятно, чувствительность к изменению состояний и переживаний партнера по общению предполагает более высокий уровень сформированности коммуникативных качеств личности и коммуникативных действий и умений. Развитие дружелюбности, открытости и понимания чувств другого у дошкольников с типичным развитием зависит от уровня эмоционального настроения по отношению к другому.

Полученные результаты могут быть использованы в практике работы с детьми дошкольного возраста. В процессе формирования коммуникативных способностей у детей с речевыми нарушениями особое внимание следует уделять формированию у них контроля за совместными действиями при взаимодействии со сверстниками, а у дошкольников с типичным развитием – чувствительности к изменению состояний и переживаний партнера по общению.

### Выводы

Таким образом, анализ специфики коммуникативных качеств личности и коммуникативных действий дошкольников с разным психическим развитием показал следующее.

Группы дошкольников с разным психическим развитием имеют ряд особенностей личности. В группе дошкольников с типичным развитием наблюдается благоприятная картина коммуникативных действий и навыков, по сравнению с группой детей с ТНР, имеющих существенное отставание уровня развития коммуникативных действий в процессе организации и осуществления сотрудничества.

Коммуникативные действия у детей с ТНР улучшаются с возрастом, они становятся более ориентированными на сотрудничество и на совместное выполнение задания со сверстниками.

Дошкольники с речевыми нарушениями не всегда способны понять чувства сверстника, сопереживать партнеру, адекватно вербально выразить свои чувства, в связи с чем реже проявляют доброжелательность, эмпатию к собеседнику. Дети данной категории проявляют враждебность и неумение конструктивно отстаивать свою позицию, неготовность сотрудничать и договариваться.

Определенную роль в развитии коммуникативных качеств личности у детей с речевыми нарушениями играет сформированность контроля над совместными действиями, а у дошкольников с типичным развитием – чувствительность к изменению состояний и переживаний партнера по общению и взаимодействию, что следует учитывать педагогам и психологам при работе с дошкольниками.

## **Финансирование**

Работа подготовлена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 17-06-00607).

## **Литература**

1. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
2. *Дзюба О.В.* Развитие коммуникативной компетентности дошкольников с общим недоразвитием речи: автореферат дис. ... канд. пед. наук. М., 2009. 20 с.
3. *Ильин Е.П.* Психология общения и межличностных отношений. СПб.: Питер, 2009. 576 с.
4. *Колесникова А.Е.* Формирование социально-коммуникативной компетентности старших дошкольников с ОНР: новый подход // Логопед. 2015. № 3. С. 23–31.
5. *Куфтяк Е.В.* Дети с дефицитами развития: особенности психологических защит и копинг-стратегий // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 3. С. 25–33.

*Куфтяк Е.В., Одинцова М.С.* Изучение коммуникативных способностей дошкольников с тяжелыми нарушениями речи  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 70–82.

*Kuftyak E.V., Odintsova M.S.* Study of the Communicative Abilities of Pre-School Children with Severe Speech Impairments  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 70–82.

6. *Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г.* Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 4. doi:10.17759/cpse.2015040404 (дата обращения: 01.10.2017).

7. *Мастюкова Е.М.* Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. М.: Просвещение, 1992. 95 с.

8. *Филичева Т.Б., Чиркина Г.В.* Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. М.: Айрис-Пресс, 2007. 224 с.

9. *Цукерман Г.А.* Психологическое обследование младших школьников: Практическое пособие. М.: Владос, 2001. 157 с.

10. *Щетинина А.М.* Диагностика социального развития ребенка: Учебно-методическое пособие. Великий Новгород: НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2000. 88 с.

# Study of the Communicative Abilities of Pre-School Children with Severe Speech Impairments

**Kuftyak E.V.,**

*Doctor in Psychology, Professor, Head of the Department, Department of Special Education and Psychology, Kostroma State University named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia, kuftyak@yandex.ru*

**Odintsova M.S.,**

*Senior educator, Kindergarten No. 28 of Kostroma; postgraduate student, Department of Special Pedagogy and Psychology, Kostroma State University named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia, odinzova-marina@mail.ru*

---

The article deals with communicative abilities of children with severe speech impairments. Communicative difficulties of children with speech impairments make it difficult for a cognitive sphere and personality to develop. It describes the empirical study aimed at investigating the peculiarities of communicative abilities in pre-school children with severe speech impairments compared to normally developing peers. It has been established that children with speech impairments have retarded development of communicative actions during the organization and execution of cooperation, abilities for a partner dialogue with peers and communicative qualities of a personality. It has been shown that formed control over joint actions is important for developing communicative qualities of a personality in children with speech impairments, while sensitivity to the change of states and experiences of a partner in communication and interaction is important in pre-school children with normal development.

**Keywords:** communication skills, collaboration with peers, communication personality traits, severe speech disorders, preschool children.

---

## Funding

The work was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research (Project No. 17-06-00607).

## References

1. Vygotskii L.S. *Sobranie sochinenii: v 6 t. T. 4. Detskaya psikhologiya* [Collected Works: in 6 vol. Vol. 4. Children's psychology]. Moscow: Pedagogika, 1984. 432 p.

2. Dzyuba O.V. Razvitie kommunikativnoi kompetentnosti doshkol'nikov s obshchim nedorazvitiem rechi: avtoreferat diss. kand. ped. nauk [The development of communicative competence of preschool children with General underdevelopment of speech. PhD. (Pedagogy) Thesis]. Moscow, 2009. 20 p.
3. Il'in E.P. Psikhologiya obshheniya i mezhlichnostnykh otnoshenij [Psychology of communication and interpersonal relations]. Saint-Petersburg: Piter, 2009. 576 p.
4. Kolesnikova A.E. Formirovanie sotsial'no-kommunikativnoi kompetentnosti starshikh doshkol'nikov s ONR: novyi podkhod [The formation of socio-communicative competence of senior preschool children with General speech underdevelopment: a new approach]. *Logoped [Logopedist]*, 2015, no. 3, pp. 23–31.
5. Kuftyak E.V. Deti s defitsitami razvitiya: osobennosti psikhologicheskikh zashchit i koping-strategii [Children with developmental disabilities: peculiarities of peculiarities of psychological protection and coping behavior]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov [Journal of Mental Health of Children and Adolescent]*, 2017, no. 3, pp. 25–33. (In Russ., Abstr. in Engl.).
6. Kuftyak E.V., Samokhvalova A.G. Osobennosti adaptivnogo povedeniya detei v situatsii shkol'nykh i kommunikativnykh trudnostei [Features of Children Adaptive Behavior in Situations of School and Communication Difficulties]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2015, vol. 4, no. 4. doi:10.17759/cpse.2015040404 (Accessed 01.10.2017). (In Russ., Abstr. in Engl.).
7. Mast'yukova E. M. Rebenok s otkloneniyami v razvitii: Rannaya diagnostika i korrektsiya [Child with developmental disabilities: Early diagnosis and correction]. Moscow: Prosveshchenie, 1992. 95 p.
8. Filicheva T. B., Chirkina G. V. Ustranenie obshchego nedorazvitiya rechi u detei doshkol'nogo vozrasta [Elimination of the general underdevelopment of speech in children of preschool age]. Moscow: Airis-Press, 2007. 224 p.
9. Tsukerman G.A. Psikhologicheskoe obsledovanie mladshikh shkol'nikov: Prakticheskoe posobie [Psychological examination of junior schoolchildren]. Moscow: Vldos, 2001. 157 p.
10. Shchetinina A.M. Diagnostika sotsial'nogo razvitiya rebenka: Uchebno-metodicheskoe posobie [Diagnostics of social development of the child]. Velikii Novgorod: publ. of NovGU im. Yaroslava Mudrogo, 2000. 88 p.

# Эмоциональное благополучие студентов и их родителей в ситуации сепарации

**Маленова А.Ю.,**

*кандидат психологических наук, доцент, кафедра социальной психологии, ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского», Омск, Россия, malyonova@mail.ru*

**Потапова Ю.В.,**

*кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедра философии и социально-гуманитарных наук, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», Омск, Россия, kardova.jv@gmail.com*

---

Статья посвящена проблеме сепарации взрослеющих детей от родителей. В ней приводятся результаты исследования эмоционального благополучия студентов в ситуации ухода из родительской семьи. Оценке подвергалось эмоциональное отношение молодых людей к ситуации, их представления о динамике собственных и родительских переживаний. Производится сравнение двух групп студентов в зависимости от наличия опыта сепарации от родителей (предсепарационная и постсепарационная). Данный подход дает возможность определить реальное эмоциональное отношение к свершившейся ситуации сепарации и представления о ней, оценить степень готовности юношей и девушек к проблемам и трудностям периода адаптации к новым условиям жизни. В результате исследования выявлены различия в представлениях студентов, имеющих разный опыт сепарации, о чувствах матери и отца в ситуации сепарации. Также были выявлены различия в представлениях о собственном эмоциональном благополучии в ситуации сепарации у тех студентов, кто еще проживает совместно с родителями, и в отчетах об испытанных эмоциях представителей постсепарационной группы.

**Ключевые слова:** сепарация, детско-родительские отношения, эмоциональные состояния, эмоциональное благополучие.

---

**Для цитаты:**

Маленова А.Ю., Потапова Ю.В. Эмоциональное благополучие студентов и их родителей в ситуации сепарации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 83–96. doi: 10.17759/psyclin.2018070206

**For citation:**

Malenova A.Yu., Potapova Yu.V. Emotional Well-Being of Students and Their Parents in a Separation Situation [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 83–96. doi: 10.17759/psycljn.2018070206 (In Russ., abstr. in Engl.)

Жизненный путь человека состоит из определенных этапов, гармоничное прохождение которых способствует обретению личностной зрелости. Одним из таких в жизни молодого человека является его отделение от родительской семьи, или сепарация, предоставляющая, с одной стороны, богатые ресурсы для личностного роста и развития, с другой – выступающая трудной жизненной ситуацией, временно снижающей уровень психологического благополучия человека.

В зарубежной психологии отношение к феномену сепарации можно считать весьма определенным, прежде всего, благодаря психоаналитическому направлению. Уже в своих ранних работах З. Фрейд утверждал, что сепарация от матери – неизбежное условие благополучия личности [13]. А Э. Фромм отмечал, что без своевременного отделения от семьи, общины не может формироваться критическое мышление человека, не способна в полной мере проявляться свобода творчества [14]. Значительную роль в методологическом оформлении темы сыграла системная семейная терапия М. Боуэна, поднимавшая вопросы о дифференцированности членов семьи и ее влиянии на характер взаимоотношений [17]. К концу XX века появился ряд эмпирических исследований связи успешной сепарации и адаптации к среде колледжа [16], удовлетворенности браком [20] и др. В них сепарация признается значимым для личности явлением, строящимся на базе привязанности, сформированной в отношениях с родителями еще в детстве [3; 16; 20].

В отечественной психологии эта тема изучается сравнительно недавно и повышение интереса к проблеме сепарации связывается с рядом работ конкретных авторов. Так, А.Я. Варга перенесла теорию системной семейной терапии М. Боуэна на российские реалии и привела убедительные примеры того, как негармоничная сепарация губительно влияет на формирование зрелости личности [1]. В свою очередь С.К. Нартова-Бочавер отмечает, что путь к обретению суверенности личности (т.е. способности человека контролировать, защищать, развивать свое психологическое пространство) – это своевременная сепарация ребенка от родителей [7]. В концепции Н.Е. Харламенковой, рассмотревшей функционирование процессов сепарации через отождествление и разотождествление человека с разными сторонами реальности на уровне детско-родительских отношений, возрастных кризисов, трудных жизненных ситуаций, повседневных ситуаций, сепарация анализируется через призму отношений «Я – значимый Другой» [15]. Предметом изучения Т.И. Сытько является модель процесса семейной сепарации в его связи со стилем воспитания [12], А.А. Дитюк работает с сепарационной тревогой на основе принципов системной семейной терапии [4]. Самостоятельным направлением можно считать изучение типов сепарации в контексте кросскультурных срезов. Примером могут выступать

исследования Т.Ю. Садовниковой и В.П. Дзукаевой, в рамках которых на основе типологии, предложенной в свое время Дж. Хоффманом (эмоциональный, аттитудный, конфликтологический, функциональный типы сепарации) [9], были выделены успешный, противоречивый и кризисный стили сепарации ребенка от матери и отца [21]. В.Г. Петровская дополняет данную типологию зависимым, отделяющимся, избегающим типами сепарации от родителей [8], а Л.В. Сысоева и Т.В. Петренко – конфликтным [11].

Актуальным является вопрос о соотношении физического и психологического отделения от родителей [1]. Зачастую признается, что смена места жительства не является достаточным условием для обретения независимости, поскольку внешний (территориальный, финансовый) аспект не обязательно детерминирует внутренний, психологический. На наш взгляд, физическая сепарация заслуживает отдельного изучения, т.к. является трудной жизненной ситуацией, являющейся потенциальным источником стресса, хотя и имеющего нормативный характер. Именно пространственное «разлучение» родителей и детей часто запускает адаптационные механизмы, стимулируя активное приспособление к сложившимся условиям, требованиям и задачам, не исключая и даже способствуя обнаружению новых ресурсов как среды, так и самой личности.

Условия сепарации могут повлиять как на ее процесс, так и результат, потому мы задаем конкретный контекст, изучая сепарацию студентов, начинающих учиться в вузе, от родительских семей (исходя из широкой распространенности подобной ситуации). Для лаконичности введем понятие «сепарационный статус» – факт отдельного или совместного проживания с родителями – и назовем студентов, проживающих совместно с родителями, предсепарационной группой, а живущих отдельно – постсепарационной.

В любой трудной жизненной ситуации нарушается установленный баланс, принятый распорядок жизни. Это вызывает негативные эмоции, влияет на оценку благополучия личности. В понимании благополучия проявляются две тенденции: эвдемонистическая, связанная с самореализацией человека [6; 22], и гедонистическая, отражающая баланс позитивных и негативных эмоций [18; 19]. В настоящем исследовании уделено внимание именно эмоциональному аспекту благополучия участников ситуации сепарации, конкретизированному в соотношении переживаний студентов и их родителей, поскольку в исследованиях ранее уже была доказана связь эмоционального благополучия детей с их оценкой характеристик собственной родительской семьи – гибкости и сплоченности [10], а также осведомленности о семейной истории [2]. Изучение чувств родителей отражает понимание благополучия личности как явления, системно включенного во взаимосвязи с окружающими людьми и от них зависящего, не огражденного пониманием индивидуального бытия.

Объект исследования – ситуация сепарации студентов от родителей, предмет – эмоциональное благополучие участников данной ситуации. **Цель:** изучение эмоционального благополучия личности в ситуации сепарации в контексте детско-родительских отношений.



#### Задачи исследования:

- 1) сравнить эмоциональное благополучие студентов с разным сепарационным статусом в ситуации сепарации от родителей;
- 2) исследовать представления студентов с разным сепарационным статусом об эмоциональном благополучии родителей в ситуации сепарации и сравнить оценки эмоционального благополучия отца и матери в данной ситуации;
- 3) сопоставить представления студентов о чувствах родителей и их собственные переживания в ситуации сепарации.

Выборку составили 94 студента (ср. возраст – 19 лет; ст. откл. – 0,73 года) омских вузов из полных семей, из них 43 человека были определены к предсепарационной группе, 51 – к постсепарационной (ограниченность выборки определялась поисковым характером исследования). В дальнейших срезах пол студентов будет учтен и проанализирован отдельно, в данной работе нас интересовала их ролевая позиция в своих семьях.

Для решения поставленных задач был использован письменный опрос. В анкете содержались вопросы о переживаниях студентов и их родителей в ситуации сепарации, были представлены шкалы, на которых отмечался уровень выраженности данных переживаний (по аналогии с процентной шкалой, от 0 до 100 баллов). К примеру, предсепарационной группе задавались следующие вопросы относительно их эмоционального состояния в ситуации сепарации: «Отметьте на шкале степень проявления каждого вида чувств и эмоций, которые Вы, скорее всего, будете испытывать при уходе из родительского дома». Аналогично, представителей постсепарационной группы просили оценить чувства и эмоции в ситуации ухода из родительского дома. Перечень приводимых состояний был составлен на основе предварительных исследований, в которых задавались открытые вопросы относительно эмоций в ситуации сепарации (к примеру, для предсепарационной группы это вопрос: «Как Вы думаете, какие чувства будете испытывать в первые месяцы отдельного проживания?»).

Методы обработки данных: U-критерий Манна–Уитни, T-критерий Вилкоксона. При обработке данных использовался пакет статистических программ IBM SPSS Statistics 20.

Перейдем к анализу результатов исследования. При опросе были выделены как общие эмоциональные тенденции, так и отличающие студентов, в зависимости от их сепарационного статуса. В ситуации сепарации у студентов обеих групп наиболее выраженными оказались депрессивные эмоции (см. рис.1). Чаще отдельно живущих сверстников, представители предсепарационной группы описывают амбивалентные переживания ( $U=910$ ,  $p \leq 0,05$ ), вероятно, в связи с неопределенностью в прогнозе своих эмоций в новой ситуации. Положительные эмоции (радость, чувство свободы) отмечают в основном студенты предсепарационной группы, однако различия в этом аспекте не являются статистически значимыми.

Таким образом, их ожидания от ситуации оптимистичнее, чем то, с чем сталкиваются студенты в реальности. Это может быть как поводом для дополнительных сложностей в ситуации, так и своеобразным эмоциональным ресурсом, позволяющим увереннее «выходить» в самостоятельную жизнь.

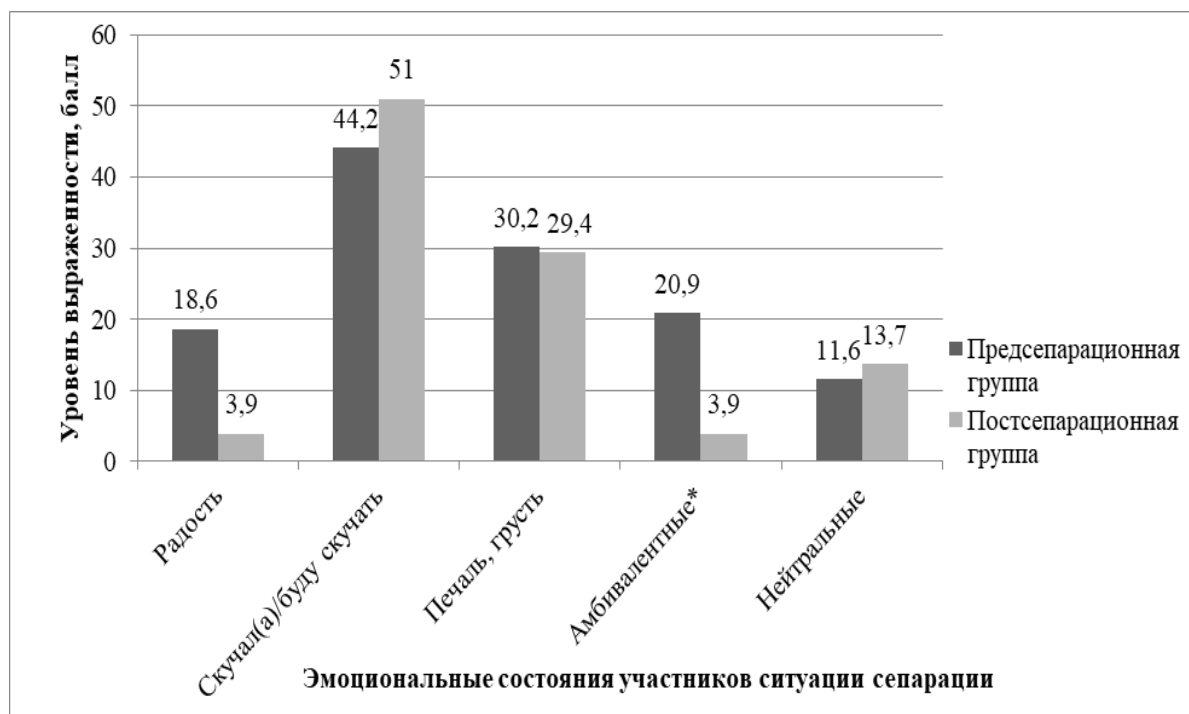


Рис. 1. Эмоциональное состояние студентов в ситуации реальной и потенциальной сепарации от родителей

Примечания. Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ .

Для полноты представления нам показалось важным произвести оценку эмоционального состояния родителей, поскольку сепарация – не односторонний процесс, а продукт взаимодействия всех ее участников. Поскольку у нас не было возможности обратиться непосредственно к родителям студентов, их чувства изучались через отзывы детей. Естественно, этот способ не дает реальной картины того, что переживает каждый член семьи, но показывает субъективную репрезентацию эмоционального состояния семьи в сознании студента, что может влиять на его уровень эмоционального благополучия в сложившихся обстоятельствах. Также мы обратились к молодым людям с просьбой отдельно оценить возможное самочувствие каждого из родителей.

Описывая чувства матери, студенты с постсепарационным статусом чаще всего упоминают о депрессивных эмоциях, а с предсепарационным – о тревожных (см. рис. 2).

Значимо чаще, чем живущие самостоятельно сверстники, студенты с предсепарационным статусом допускают наличие агрессивных (недовольства,

злости,  $U=910$ ,  $p \leq 0,05$ ) и нейтральных ( $U=969$ ,  $p \leq 0,05$ ) эмоций матери в ситуации сепарации. Как показывают оценки отдельно живущих студентов, на разлуку мать реагирует скорее с тоской и тревогой, но в любом случае не агрессивно или безразлично, поэтому у тех, кто живет в родительском доме, представления о чувствах матери отличаются от демонстрируемых постсепарационной группой оценок ее эмоционального благополучия в ситуации сепарации.

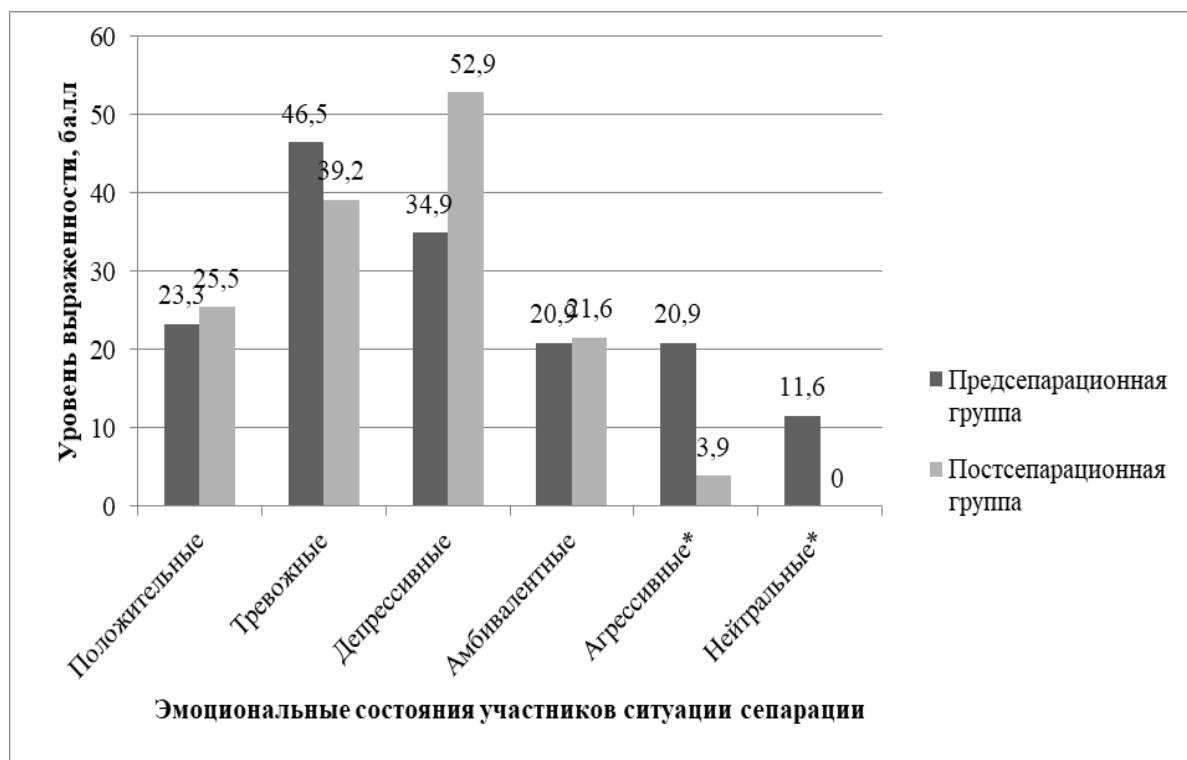


Рис. 2. Представления студентов с разным сепарационным статусом об эмоциональном состоянии матери в ситуации сепарации

Примечания. Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ .

В описании чувств отца студенты с предсепарационным статусом указывали положительные переживания, чем значимо отличались от постсепарационной группы ( $U=747$ ,  $p \leq 0,001$ ). Объяснить это можно тем, что зачастую отцы занимают в воспитании несколько отстраненную позицию. Это может приводить молодых людей к ложному прогнозу о том, что их уход не только не расстроит, но даже обрадует отца. Также возможным объяснением данного результата является принципиально разное проявление привязанности женщинами и мужчинами. И там, где мать активно демонстрирует тревогу, страх за взрослеющего ребенка, отец может вести себя достаточно сдержанно и нейтрально, что вовсе не означает его реального равнодушия. Далее в предсепарационной группе следовало указание о наличии тревожных и депрессивных чувств. В реальной ситуации сепарации молодежь, во-первых, указывала сначала тревожные, затем – депрессивные и нейтральные эмоции (см. рис. 3).

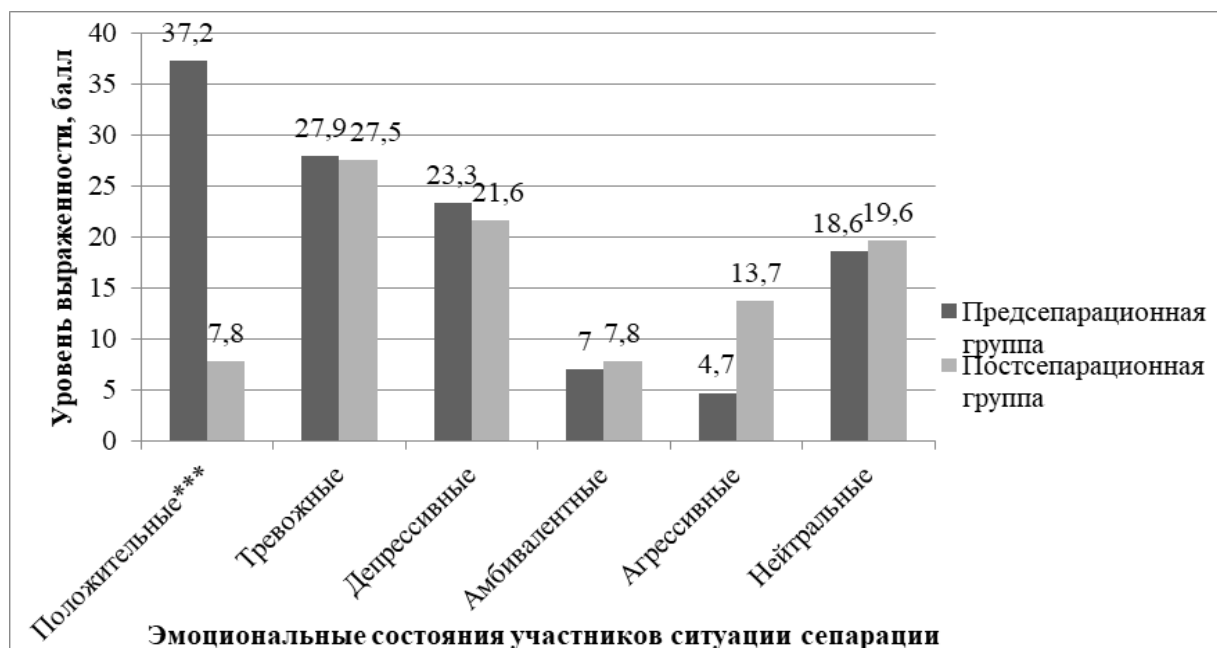


Рис. 3. Представления студентов с разным сепарационным статусом об эмоциональном состоянии отца в ситуации сепарации

Примечания. Уровень значимости различий: \*\*\* –  $p < 0,000$ .

При сравнении представлений студентов с разным сепарационным статусом о чувствах матери и отца в ситуации сепарации обнаружилось множество различий (см. табл.).

Таблица

**Представления студентов с разным сепарационным статусом об эмоциональном отношении матери и отца к ситуации сепарации (уровень выраженности, балл)**

| Чувства родителей (типы переживаний) | Предсепарационная группа |       | Постсепарационная группа |        |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
|                                      | Мать                     | Отец  | Мать                     | Отец   |
| Положительные                        | 23,3                     | 37,2  | 25,5**                   | 7,8**  |
| Тревожного круга                     | 46,5*                    | 27,9* | 39,2                     | 27,5   |
| Депрессивного круга                  | 34,9                     | 23,3  | 52,9**                   | 21,6** |
| Амбивалентные                        | 20,9*                    | 7*    | 21,6**                   | 7,8**  |
| Агрессивного круга                   | 20,9**                   | 4,7** | 3,9                      | 13,7   |
| Нейтральные                          | 11,6                     | 18,6  | 0**                      | 19,6** |

Примечания. Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

В предсепарационной группе указывают на частое проявление амбивалентных чувств у матери, приписывают ей в будущем более сильные тревожные и агрессивные чувства, чем у отца. В реальной ситуации сепарации различия имеются в проявлении положительных, депрессивных и амбивалентных чувств, характерных для матери, и нейтральных чувств, характерных для отца.

Таким образом, студенты обеих групп приписывают матери более сильные чувства, чем отцу. Это факт может объясняться гендерными стереотипами, табуирующими для мужчин проявление тех или иных эмоций, которые женщины могут демонстрировать в полной мере, компенсируя отстраненность и холодность отца участием и поддержкой в ситуации сепарации. Это не означает, что мужчины действительно не любят своих детей и отдаляются от них сознательно, просто, как отмечал И.С. Кон, их с детства учат некоторому эмоциональному аскетизму в отношениях, а во взрослости они уже не умеют так ярко реагировать на те или иные семейные события [5].

Сравнение эмоциональных переживаний студентов с предсепарационным статусом с их представлениями о чувствах обоих родителей не показывает значимых различий: они прогнозируют, что их эмоции в ситуации сепарации будут идентичны чувствам родителей.

В постсепарационной группе различия обнаруживаются в проявлении позитивных ( $T=-2,982$   $p\leq 0,05$ ), амбивалентных ( $T=-2,840$ ,  $p\leq 0,01$ ), депрессивных чувств ( $T=-2,683$   $p\leq 0,01$ ) – они больше выражены у матери – и нейтральных чувств, которые сильнее представлены у детей ( $T=2,828$   $p\leq 0,01$ ).

Качественно позитивные эмоции ребенка (свобода и радость) отличались от представлений об эмоциях матери (принятие и гордость). При этом матери они приписывали большую интенсивность эмоций, чем самим себе, вероятно, потому что она может сознательно демонстрировать положительные чувства, поддерживая своего ребенка в трудной ситуации.

Состав амбивалентных эмоций студента с постсепарационным статусом – это радость, смешанная с одиночеством, для матери набор шире: радость, гордость, тревога, одиночество, отчаяние, страх. Большой диапазон указываемых состояний для иного человека означает более яркую работу атрибутивных процессов социальной перцепции, собственные переживания при этом определяются точнее и лаконичнее.

Нейтральные чувства больше выражены у детей, чем у матерей. Это позволяет утверждать, что собственное эмоциональное благополучие в ситуации сепарации, несмотря на всю ее сложность, оценивается студентами оптимистичнее, чем благополучие матери, для нее ситуация выступает как кризисная, требующая совладания. Этот результат согласуется с тем, что мать в ситуации сепарации позиционируется как более тоскующая, нежели сам ребенок.

Различия в оценках эмоционального благополучия студентов постсепарационной группы и их отцов, показало, что самим себе молодые люди

чаще приписывают депрессивные чувства ( $T=-3,157$ ,  $p<0,01$ ), вероятно, потому что отец может просто вести себя более сдержанно, провоцируя ребенка искаженно понимать его эмоции, расценивая внешнее спокойствие как безразличие.

Таким образом, изучение в рамках нашего исследования эмоционального благополучия членов семьи в ситуации сепарации через оценку их переживаний, позволяет сделать следующие выводы:

1. Студенты с разным сепарационным статусом описывают ситуацию сепарации от родителей как достаточно трудную, вызывающую депрессивные или амбивалентные эмоции. Студенты с постсепарационным статусом значимо чаще и более определенно говорят о негативных эмоциях в ситуации сепарации, чем это делают молодые люди, прогнозирующие уход из родительского дома. Факт расхождения ожиданий и реальности может сыграть свою роль в формировании эмоционального благополучия в ситуации сепарации, когда завышенные оценки не оправдают себя.

2. Студенты предсепарационной группы прогнозируют эмоциональное благополучие родителей отлично от своих отдельно живущих сверстников, ожидая от матери большей агрессивности или нейтральности, от отца – положительных эмоций. Представители постсепарационной группы утверждают, что в ситуации сепарации оба родителя часто тревожатся и тоскуют по ребенку. В прогнозах предсепарационной группы в ситуации сепарации мать будет тревожиться и проявлять агрессию сильнее, чем отец. С точки зрения студентов с постсепарационным статусом, мать значимо чаще проявляет положительные чувства (в форме поддержки ребенка в его решении быть самостоятельным), чем отец, печалится и тоскует и никогда, в отличие от супруга, не демонстрирует равнодушие в отношении ухода сына или дочери.

3. Студенты с предсепарационным статусом считают, что чувства ребенка и родителей обоих полов в ситуации сепарации идентичны. Студенты, живущие отдельно, дают более дифференцированные оценки, описывая собственное состояние как эмоционально нейтральное, менее позитивное и менее депрессивное, чем состояние матери, но все же более депрессивное, чем у отца. Таким образом, оказывается, что каждый из участников специфично переживает расставание. Эмоции матери при этом описываются как ярко выраженные за счет ее активной включенности в ситуацию, сопереживания ребенку. Отец в ситуации сепарации представляется студентам как фигура, обладающая более выраженным и стабильным эмоциональным благополучием.

В заключение стоит отметить, что многочисленные различия в ожиданиях студентов и реальности, с которой они сталкиваются в ситуации сепарации, могут говорить о некоторой неготовности молодых людей к самостоятельной жизни. Вместе с тем такие выводы нуждаются в дополнительной проверке, поскольку представленное исследование носило поисковый характер, и его ограничениями были малый объем выборки и использование проективного отчетного метода, не прошедшего процедуру валидации и стандартизации. Дальнейшее изучение

разных аспектов сепарации детей и родителей носит не только теоретическое, но и прикладное значение. Особенно это важно в российских реалиях, где часто наблюдаются симбиотически построенные отношения детей и родителей, затрудняющие адаптацию всей семьи к новому этапу жизни.

## Литература

1. Бейкер К., Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. М.: «Когито-Центр», 2005. 496 с.
2. Бондаренко Я. А., Якимова Т.В. Осведомленность в истории своей семьи как фактор психологического благополучия в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 2. С. 93–105 URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Bondarenko\\_Yakimova.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Bondarenko_Yakimova.shtml) (дата обращения: 09.05.2018).
3. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с.
4. Дитюк А.А. Психологическое содержание понятия «сепарация»: история изучения и близкие понятия // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. 2013. № 7. С. 49–59.
5. Кон И.С. Ребенок и общество: историко-этнографическая перспектива. М.: Наука, 1988. 269 с.
6. Куликов Л.В. Психология настроения. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 1997. 228 с.
7. Нартова-Бочавер С.К. Жизненное пространство семьи: объединение и разделение. М.: Генезис, 2011. 320 с.
8. Петровская В.Г. Оптимизация психологической сепарации лиц юношеского возраста от родительских семей средствами тренинговой работы // Мир науки, культуры, образования. 2017. Т. 64. №3. С. 305–307.
9. Садовникова Т.Ю., Дзукаева В.П. Роль матери и отца в развитии индивидуации юношей и девушек: кросс-культурный аспект // Национальный психологический журнал. 2014. Т. 16. № 4. С. 52–63. doi: 10.11621/npj.2014.0406 .
10. Строкова С.С. Связь образа семьи и семейной идентичности с эмоциональным благополучием подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 1. С. 119–137. doi:10.17759/cpse.2017060108 (URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2017/n1/Stroкова.shtml>, дата обращения: 08.02.2018).
11. Сысоева Л.В., Петренко Т.В. Проблема сепарации от родителей в русской семье: социокультурный и психологический аспекты // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2016. № 62. С. 126–134.

12. Сытько Т.И. Структура и типы родительско-детских отношений в процессе семейной сепарации: дис. канд. псих. наук. М., 2014. 213 с.
13. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. М.: АСТ, 2006. 400 с.
14. Фромм Э. Психоанализ и религия. М.: Аст, 2010. 160 с.
15. Харламенкова Н.Е., Кумыкова Е.В., Рубченко А.К. Психологическая сепарация: подходы, проблемы, механизмы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. 367 с.
16. Blustein D. M., Walbridge M., Palladino D. Contributions of psychological separation and parental attachment to the career development process // *Journal of Counseling Psychology*. 1990. № 38. P. 39–50.
17. Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson, 1978. 565 p.
18. Bradburn N. *The Structure of Psychological well-being*. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.
19. Diener E. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem // *J. of Personality and Social Psychology*. 1995. № 68. P. 653–663.
20. Haws W.A., Mallinckrodt B. Separation-individuation from family of origin and marital adjustment of recently married couples // *The American Journal of Family Therapy*. 1998. Vol. 26. № 4. P. 293–306.
21. Hoffman J.A. Psychological separation of late adolescents from the // *Journal of Counseling Psychology*. 1984. № 31. Pp. 170–178.
22. Ryff C.D., Keyes, C.L.M. The structure of psychological well-being revisited // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995. Vol. 69. № 7. P. 719–727.



# Emotional Well-Being of Students and Their Parents in a Separation Situation

**Malenova A.Yu.,**

*PhD (Psychology), Associate Professor of the Department of Social Psychology, Dostoevsky Omsk State University, Omsk, Russia, malyonova@mail.ru*

**Potapova Yu.V.,**

*PhD (Psychology), senior lecturer of the Department of Philosophy and Social and Humanitarian Sciences, Omsk State Medical University, Omsk, Russia, kardova.jv@gmail.com*

---

The article is devoted to the problem of separation of growing children from parents. There are results of research of students' emotional well-being in a situation of leaving from a parent family. The emotional state of young people in the situation, their presentation about the dynamics of their own and parental experiences are estimated. There is a comparison of two groups of students, depending on the experience of separation from parents (pre-separating and postseparation). This approach makes it possible to determine the real emotional attitude to the accomplished situation of separation and representation about it, to assess the degree of readiness of adults and difficulties of the period of adaptation to the new life conditions. As a result of the study, differences in the views of students with different separation experiences, the feelings of the mother and father in the separation situation were revealed. Also, differences in the perception of their own emotional well-being in the separation situation were revealed among those students who still live together with their parents and reports on the emotions experienced by representatives of the post-separation group.

**Keywords:** separation, child-parent relations, emotional states, emotional well-being.

---

## References

1. Bernadskii Yu.I. *Travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya cherepno-litsevoi oblasti* [Traumatology and reconstructive surgery of craniofacial area], 3rd ed. Moscow: Meditsinskaya literature, 1999. 456 p. [In Russ.] Beiker K., Varga A.Ya. *Teoriya semeinykh sistem Myurreya Bouena: Osnovnye ponyatiya, metody i klinicheskaya praktika* [Murray

Bowen's Theory of Family Systems: Basic Concepts, Methods and Clinical Practice]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2005. 496 p.

2. Bondarenko Ya.A., Yakimova T.V. Osvedomlennost v istorii svoey semi kak faktor psikhologicheskogo blagopoluchiya v podrostkovom vozraste [Awareness in the history of his family as a factor of psychological well-being in adolescence]. *Klinicheskaya i spetsialnaya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2014, vol. 3, no. 2. pp. 93–105 URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Bondarenko\\_Yakimova.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Bondarenko_Yakimova.shtml), accessed: 09.05.2018.

3. Boulbi Dzh. Privyazannost' [Attachment]. Moscow: Gardariki, 2003. 477 p.

4. Dityuk A.A. Psikhologicheskoe sodержanie ponyatiya «separatsiya»: istoriya izucheniya i blizkie ponyatiya [The psychological content of the concept of "separation": the history of study and related concepts]. *Sovremennye problemy psikhologii sem'i: fenomeny, metody, kontseptsii [Modern problems of family psychology: phenomena, methods, concepts]*, 2013, no. 7, pp. 49–59.

5. Kon I.S. Rebenok i obshchestvo: Istoriko-etnograficheskaya perspektiva [Child and Society: Historical and Ethnographic Perspective]. Moscow: Nauka, 1988. 269 p.

6. Kulikov L.V. Psikhologiya nastroyeniya [Psychology of Mood]. Saint-Petersburg: Sankt-Petersburg University Publ., 1997. 228 p.

7. Nartova-Bochaver S.K. Zhiznennoe prostranstvo sem'i: ob"edinenie i razdelenie [Living space of the family: unification and separation]. Moscow: Genezis, 2011. 320 p.

8. Petrovskaya V.G. Optimizatsiya psikhologicheskoi separatsii lits yunosheskogo vozrasta ot roditel'skikh semei sredstvami treningovoi raboty [Optimization of psychological separation of young people from their parents' families by means of training work]. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya [World of Science, Culture, Education]*, 2017, vol. 64, no. 3, pp.305–307.

9. Sadovnikova T.Yu., Dzukaeva V.P. Rol' materi i ottsa v razvitii individuatsii yunoshei i devushek: kross-kul'turnyi aspekt [The role of mother and father in the development of individuation of late adolescence: cross-cultural aspect]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal [National Psychological Journal]*, 2014, vol. 16, no. 4, pp. 52–63. doi: 10.11621/npj.2014.0406 .

10. Strokova S.S. Svyaz obraza semi i semeynoy identichnosti s emotsionalnym blagopoluchiem podrostkov [Relationship between the image of the family and family identity with the emotional well-being of adolescents]. *Klinicheskaya i spetsialnaya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2017, vol. 6, no. 1, pp. 119–137. doi:10.17759/cpse.2017060108 (URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2017/n1/Strokova.shtml> (Accessed: 08.02.2018)).

11. Sysoeva L.V., Petrenko T.V. Problema separatsii ot roditelei v russkoi sem'e: sotsiokul'turnyi i psikhologicheskii aspekty [The problem of separation from their parents

in the Russian family: socio-cultural and psychological aspects]. *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii* [Personality, family and society: the issues of pedagogy and psychology], 2016, no. 62, pp. 126–134.

12. Syt'ko, T.I. Struktura i tipy roditel'sko-detskikh otnoshenii v protsesse semeinoi separatsii: dis. kand. psikh. Nauk [Structure and types of parental-child relationships in the process of family separation. PhD. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2014. 213 p.

13. Freid Z. Osnovnye psikhologicheskie teorii v psikhoanalize [Basic psychological theories in psychoanalysis]. Moscow: AST, 2006. 400 p.

14. Fromm E. Psikhoanaliz i religiya [Psychoanalysis and religion]. Moscow: Ast, 2010. 160 p.

15. Kharlamenkova N.E., Kumykova E.V., Rubchenko A.K. Psikhologicheskaya separatsiya: podkhody, problemy, mekhanizmy [Psychological separation: approaches, problems, mechanisms]. Moscow: Publ. of Institut psikhologii, 2015. 367 p.

16. Blustein, D.M., Walbridge M. Friedlander D. Palladino Contributions of psychological separation and parental attachment to the career development process. *Journal of Counseling Psychology*, 1990, no. 38, pp. 39–50.

17. Bowen, M. Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson, 1978. 565 p.

18. Bradburn N. The Structure of Psychological well-being. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.

19. Diener E. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J. of Personality and Social Psychology*, 1995, no. 68, pp. 653–663.

20. Haws W.A., Mallinckrodt B. Separation-individuation from family of origin and marital adjustment of recently married couples. *The American Journal of Family Therapy*, 1998, vol. 26, no. 4, pp. 293–306.

21. Hoffman J.A. Psychological separation of late adolescents from the parents. *Journal of Counseling Psychology*, 1984, no. 31, pp. 170–178.

22. Ryff C.D., Keyes, C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, vol. 69, no. 7, pp. 719–727.

# Особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством

**Симон Ю.А.,**

*кафедра общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), Санкт-Петербург, Россия, [ysimon1357@gmail.com](mailto:ysimon1357@gmail.com)*

**Бизюк А.П.,**

*кандидат психологических наук, доцент, кафедра общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), Санкт-Петербург, Россия, [a\\_biziuk@yahoo.com](mailto:a_biziuk@yahoo.com)*

**Исаева Е.Р.,**

*доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), Санкт-Петербург, Россия, [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru)*

**Шошина И.И.,**

*доктор биологических наук, главный научный сотрудник, лаборатория физиологии зрения, Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, Россия, [shoshinaii@mail.ru](mailto:shoshinaii@mail.ru)*

**Мухитова Ю.В.,**

*кандидат психологических наук, доцент, кафедра общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), Санкт-Петербург, Россия, [che88@mail.ru](mailto:che88@mail.ru)*

---

В статье рассматриваются особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством. Описана когнитивная схема восприятия, характеристики произвольного внимания и изменения в мыслительной сфере у пациентов данной патологии. Было обследовано 45 человек с диагнозом «шизотипическое расстройство» (F.21 по МКБ-10), из которых 27 мужчин и 18 женщин, средний возраст составил  $22,06 \pm 1,31$  лет. Контрольная группа

– студенты (30 человек) высших учебных заведений, не страдающие психическими и хроническими соматическими заболеваниями; из них 14 мужчин и 16 женщин, средний возраст – 21,03±0,9 лет. Использовались пато- и нейропсихологические методики: фигуры Поппельрейтера, методика «Незавершенные изображения»; методика «Исключение лишнего», тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, субтест № 2: «Группы экспрессии», Методика последовательности соединений (ТМТ, Trail Making Test, части А и Б). Результаты показали, что зрительное восприятие пациентов с шизотипическим расстройством нарушается на всех этапах зрительного гнозиса, особенно выпукло нарушения выступают на этапах формирования целостного образа и его дальнейшем соотнесении с образцами-эталоном из памяти. Было показано, что у пациентов с шизотипическим расстройством нарушается процесс внутренней логической связи между суждениями, вследствие чего акт перцептивной номинации претерпевает изменения.

**Ключевые слова:** шизотипическое расстройство, восприятие, зрительный гнозис, мышление.

**Для цитаты:**

Симон Ю.А., Бизюк А.П., Исаева Е.Р., Шошина И.И., Мухитова Ю.В. Особенности восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 97–110. doi: 10.17759/psycljn.2018070207

**For citation:**

Simon Y.A., Bizyuk A.P., Isaeva E.R., Shoshina I. I., Mukhitova Y.V. Peculiarities of perception (visual gnosis) and thinking in patients with schizotypal disorder [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 97–110. doi: 10.17759/psycljn.2018070207 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В истории изучения шизофрении особое место всегда занимали исследования познавательной сферы [6; 7]. В литературе накоплено немало данных, указывающих на изменения в мыслительной и перцептивной деятельности больных. Однако до сих пор нет единого мнения и ясности взглядов относительно природы изменений познавательной деятельности, их соотношения и взаимовлияния, а также их места в развитии заболевания [1; 3; 4; 9].

Продолжительное время в литературе господствовало мнение о сохранности гностических функций больных шизофренией. Одним из первых обратил внимание на изменение сферы восприятия больных шизофренией В.А. Гиляровский (1941). Автор подчеркивал, что познавательная деятельность больных шизофренией подвергается изменениям, начиная от первичных звеньев, заканчивая более высокоорганизованными процессами. Дальнейшие исследования восприятия шли

по линии изучения основных его свойств [15–18], исследования нарушений у больных шизофренией избирательности и отбора информации в условиях с неопределенными стимулами [19; 20]. Среди фундаментальных работ московской психологической школы можно отметить исследования В.П. Критской (1966), Е.И. Богданова (1968), Ю.Ф. Полякова (1974; 1982), которые показали, что снижение избирательности когнитивных процессов обусловлено недостаточной опорой на факторы социального опыта. Было определено, что ведущим компонентом в структуре патопсихологического шизофренического синдрома является снижение социальной направленности и регуляции больных [3]. Кроме этого, исследования проводились на выборке детей с шизоидными чертами психики. Было обнаружено, что при данном типе аномального развития на первый план выступает своеобразие познавательных процессов, которое выражается в опережении или совпадении темпов развития операционной стороны мышления и в снижении темпа формирования избирательности познавательной деятельности, которое детерминировано ослаблением социально-направленного оперирования предметами окружающей действительности. Авторами было отмечено несовпадение темпов развития мыслительных операций, их опережение, наряду с отставанием в развитии перцептивных навыков, которые связаны прежде всего с предметным восприятием [1].

Также внимание уделяется изучению нейрокогнитивного дефицита при эндогенных патологиях, в том числе и при расстройствах шизофренического спектра. В исследовании Е.Р. Исаевой и Г.Г. Лебедевой (2017) авторы пошли по пути уточнения вариантов когнитивного дефицита, обусловленных различными клиническими характеристиками заболевания у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическом расстройством. Авторы проанализировали структуру дефицита у пациентов с параноидной шизофренией и с шизотипическим расстройством и пришли к выводу, что у пациентов с параноидной шизофренией когнитивный дефицит развивается уже при первом психотическом эпизоде, и обнаруживается значительное снижение когнитивных функций, в отличие от пациентов с шизотипическим расстройством, которые демонстрируют более легкие когнитивные нарушения. Важным явилось и то, что в зависимости от длительности заболевания по-разному происходят когнитивное снижение и нарастание дефицита у пациентов данной нозологии [5].

Однако не все исследователи придерживаются точки зрения о патогномоничности когнитивного дефицита при расстройствах шизофренического спектра, так как в многочисленных исследованиях показано, что когнитивный дефицит характерен не только для шизофренических психозов [13].

В статье М.Г. Янушко, М.В. Иванова и А.В. Сорокина (2014) освещен вопрос о легитимности включения когнитивного дефицита как маркера эндогенного процесса, наряду с позитивными и негативными нарушениями. Авторы предположили, что выраженность когнитивных нарушений при шизофрении согласуется с теорией «психотического континуума» (или диссоциативного континуума), которая основывается на положении том, что при психических

расстройствах когнитивные дисфункции различаются лишь количественно (по степени выраженности), а не качественно [10].

Современные исследования зрительного гнозиса больных шизофренией в большей мере нацелены на поиск функциональных детерминант и на оценку влияния медикаментозного лечения на восприятие [15; 8].

На данный момент интерес к собственно познавательным процессам при шизофрении неуклонно возрастает, однако подавляющее большинство работ связано с характеристиками познавательной сферы при параноидной шизофрении и шизоаффективных расстройствах [2; 12; 13], биполярном расстройстве [11]. Больные без галлюцинаторно-параноидной симптоматики (шизотипическое расстройство) практически не исследовались. Это и обуславливает актуальность данного исследования.

**Цель исследования** – изучение особенностей восприятия (зрительного гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим расстройством.

### Выборка и методы исследования

В исследовании приняли участие пациенты (45 человек) с диагнозом «шизотипическое расстройство» (F.21 по МКБ-10), из которых 27 мужчин и 18 женщин, средний возраст составил  $22,06 \pm 1,31$  лет. Длительность заболевания у большинства пациентов в пределах 5 лет (первый эпизод). В контрольную группу вошли студенты (30 человек) высших учебных заведений, не страдающие психическими и хроническими соматическими заболеваниями, из них 14 мужчин и 16 женщин, средний возраст –  $21,03 \pm 0,9$  лет. Группа пациентов и группа здоровых людей явились сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

Критериями отбора респондентов явились следующие:

1. наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 для экспериментальной группы;
2. отсутствие у пациентов на момент исследования острого психотического состояния, выраженного интеллектуально-мнестического снижения, сопутствующих психических или соматических расстройств;
3. добровольное согласие на участие в исследовании.

Для оценки зрительного гнозиса и мышления использовались следующие методики: фигуры Поппельрейтера [Popplereuter, 1917–1918; цит. по: Лурия, 2000, Кок, 1967]; методика «Незавершенные изображения»; методика «Исключение лишнего» (невербальный вариант) [Рубинштейн, 1986; Ратанова, Шляхта, 2003; Белопольская 2006; Собчик, 2007;]; субтест № 2 «Группы экспрессии» из теста на социальный интеллект Дж. Гилфорда [Гилфорт, 1967]; Методика

«Последовательность соединений» (ТМТ, Trail Making Test, части А и Б; R.M. Reitan, D. Wolfson, 1993].

Для оценки статистической значимости различий использовались t-критерий Вилкоксона, t-критерий Стьюдента, критерий Пирсона и критерий Крамера-Уэлча. Для оценки качественной стороны исследуемых явлений, применялся качественный анализ. Статистически значимыми считались различия данных и корреляция между данными при  $p \leq 0,01$ . Для предотвращения ошибки первого рода, применялась поправка на множественное сравнение Бенджамини-Хохберга.

### Результаты и обсуждение

Исследование аттентивной сферы по результатам теста ТМТ по показателям выполнения части А и Б показало, что произвольное внимание пациентов с шизотипическим расстройством характеризуется снижением уровней эффективности работы (работоспособности) и переключаемости (осмысленной и сознательной фокусировки внимания при перемещении с одного объекта на другой), что подтверждается порогом статистической значимости ( $p \leq 0,01$ ) (табл. 1).

Таблица 1

#### Показатели внимания в сравниваемых группах

| Основные параметры                   | Пациенты (n=45) | Контрольная группа (n=30) | Значение критериев; p  |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|
| Переключаемость внимания             |                 |                           |                        |
| ТМТ, часть Б (время выполнения, сек) | 113,02±46,1     | 62,7±29,8                 | T=-6,76; $p \leq 0,01$ |
| Активность внимания                  |                 |                           |                        |
| ТМТ, часть А (время выполнения, сек) | 39,1±17,5       | 24,9±9,3                  | W=301,5; $p \leq 0,01$ |

Пациенты с шизотипическим расстройством демонстрировали достоверно большее количество ошибок при выполнении методики «Фигуры Поппельрейтера», чем испытуемые в контрольной группе ( $p \leq 0,01$ ). То есть пациенты с шизотипическим расстройством испытывали трудности при извлечении сигнала из шума.

Установлено, что количество ошибок при выполнении методики «Незавершенные изображения» у пациентов с шизотипическим расстройством были выше такового у контрольной группы ( $p \leq 0,01$ ). Пациенты склонны рассматривать части изображения в качестве целостного объекта, не пытаясь завершить образ путем экстраполяции, что свидетельствует о трудностях перехода от сукцессивных процессов к симультанным.



Таблица 2

**Показатели восприятия в сравниваемых группах**

| Основные параметры  | Пациенты<br>(n=45) | Контрольная<br>группа<br>(n=30) | Значения<br>критериев, p        |
|---|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Зрительный гнозис   |                    |                                 |                                 |
| «Фигуры Поппельрейтера»<br>(количество ошибок при<br>опознании наложенных<br>изображений) | 1,46±1,07          | 0,66±0,88                       | W=384,5;<br>p≤0,01              |
| «Незавершенные изображения»<br>(количество ошибок при<br>опознании изображений)           | 2,97±1,54          | 1,73±1,57                       | χ <sup>2</sup> =31,7;<br>p≤0,01 |

Таким образом, были выявлены значимые различия в характеристиках перцептивной сферы у пациентов с шизотипическим расстройством и представителей контрольной группы. Нарушения выявляются еще на уровне ранней обработки зрительной информации, затрагивая вентральные сенсорные пути, и характеризуются слабостью зрительного представления и его константных характеристик. Полученные данные согласуются с результатами исследований других авторов (И.И. Шошина, Ю.Е. Шелепин, 2016), которые показали, что на стадии ранних клинических проявлений шизофрении повышается чувствительность магноцеллюлярных зрительных каналов, обеспечивающих глобальный анализ зрительного поля, тогда как чувствительность парвоцеллюлярных каналов, отвечающих за локальный анализ, наоборот, снижена.

По результатам выполнения методик «Фигуры Поппельрейтера» (наложенные изображения) и «Незавершенные изображения» был проведен качественный (нейропсихологический) анализ, который позволил выявить следующие закономерности: процесс зрительного восприятия у пациентов с шизотипическим расстройством отличается от такового у здоровых испытуемых (табл. 2). Наблюдение показало, что пациенты с шизотипическим расстройством чаще совершали ошибки при опознании изображений. При этом ответы носили характер искажений в 90% случаев (неверное воспроизведение изображений). Например, незавершенное изображение якоря пациенты воспринимали как дорожный знак, а наложенное изображение граненого стакана интерпретировали как тетраэдр.

Исходя из этого, мы предположили, что когнитивная схема восприятия у больных шизофренией нарушается на всех ее этапах (начиная с первого этапа, на котором происходит выделение сигнала из шума, второго этапа, на котором происходит сравнение стимула с образцами-эталоном из памяти (этап компарации), и на последнем этапе номинации, т.е. вербализации стимула). Разрыв когнитивной цепи, по всей видимости, происходит еще на этапе интеграции частных

элементов в целостный образ, что свидетельствует о нарушении симультанности восприятия. Однако выделение сигнала из шума пациентам доступно, что свидетельствует в пользу сохранности избирательности внимания. Например, по методике «Фигуры Поппельрейтера» при описании изображений «чайник, бутылка, стакан, тарелка, вилка», испытуемый выделял чайник, ручка от чайника, крышка от чайника, вилка, бутылка, тарелка, коробка; или на картинке «ножницы, топор, кисточка, грабли, ведро» выделял ножницы, топор, ведро, грабли, круг, овал, зубчики или клык, гвоздь.

Этап компарации у представителей экспериментальной группы также претерпевал изменения: сличение с эталонами-образцами из памяти происходило за счет опоры на формальные их аналоги. Качественные характеристики сличаемого материала заменялись на второстепенные, что детерминируется рассогласованностью прошлого опыта от актуальной ситуации. Данное наблюдение подтверждают более ранние исследования, полученные в школе Ю.Ф. Полякова (1974; 1982). Далее на этапе номинации не происходит четкой оценки воспринимаемого образа как из-за снижения избирательности при формировании зрительных эталонов, так и вследствие изменений мыслительной деятельности пациентов: потери целенаправленности и разноплановости, а также амбивалентности и разрыхленности ассоциаций и представлений, вследствие чего происходит неправильная интерпретация и вербализация стимулов.

Процесс зрительного восприятия здоровых испытуемых протекал иначе. При идентификации незавершенных изображений в 95% случаев они либо не давали ответа, если не были уверены в его правильности, либо опирались на лексическую составляющую или социальную характеристику предметов (табл. 2).

Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что зрительное восприятие пациентов с шизотипическим расстройством нарушается на всех этапах зрительного гнозиса. Особенно отчетливо нарушения выступали на этапах формирования целостного образа и его дальнейшего соотнесения с образцами-эталонами из памяти. Акт номинации также претерпевал изменения ввиду особенностей мыслительной деятельности пациентов. В связи с этим кристаллизации воспринятого материала не происходила, что влекло за собой неправильную интерпретацию стимулов.

На основании патопсихологического анализа содержания ответов респондентов при выполнении методики «Исключение лишнего» были сделаны следующие выводы: искажение процессов обобщения встречалось как в группе здоровых, так и в группе больных шизотипическим расстройством. Однако искажение процессов обобщения у контрольной группы в основном проявлялось при ответах на изображения со «сложными» стимулами. Например, на карточке с изображениями гвоздя, осы, вентилятора, самолета испытуемый исключал гвоздь, объясняя: «исключаю гвоздь, а все остальное с воздушными потоками связано» или на карточке с изображением письма, гитары, телефона, радиоприемника испытуемый исключал письмо, объясняя: «остальные предметы издают звуки».

Уровень обобщения пациентов с шизотипическим расстройством характеризовался неравномерным уровнем обобщения на протяжении всего обследования независимо от уровня сложности задания, с преимущественной опорой на латентные и формальные признаки. Например, на карточке с изображением колокольчика, клевера, розы, кота испытуемый исключал колокольчик, объясняя: «колокольчик – это строгие формы, а все остальное – мягкие, гармония» или из набора изображений пилы, бура, гвоздя, топора испытуемый исключал топор, мотивируя: «топор гладкий, у остальных есть зубцы».

По результатам методики Дж. Гилфорда также был проведен качественный анализ содержания ответов респондентов. Инструкция к заданию была видоизменена таким образом, что при решении задания появлялся компонент многозадачности. Кроме вербализации эмоций, испытуемому предлагалось объяснить причину связи выбранной им эмоции с предъявляемым стимульным материалом. Ответы здоровых испытуемых характеризовались опорой на качественные характеристики явлений, понимание их сути и взаимосвязи между ними. В целом они давали логическое объяснение соотношению изображений, символизирующих различные эмоции. Встречались единичные случаи не вполне корректных ответов, например, испытуемые воспринимали изображенные эмоции с нивелировкой степени их выраженности. Однако при объяснении логическая цепочка в суждениях была соблюдена.

Пациенты с шизотипическим расстройством, сличая символы эмоционального состояния, в 90% случаев обнаруживали паралогичность суждений, зачастую теряли нить логического хода рассуждений (потеря целенаправленности). Например, испытуемые объединяли депрессивно окрашенные изображения с теми карточками, которые символизировали радость («чтобы подбодрить первых»), или изображения пальцев рук трактовали как «открытие – Эврика!». Данные искажения встречались при рассмотрении как простых, так и более сложных карточек, как положительных, так и отрицательных эмоций.

При выполнении методик с компонентом многозадачности у испытуемых с шизотипическим расстройством, нарушался процесс внутренней логической связи между суждениями, наблюдалась недостаточная целенаправленность мыслительного процесса, его оторванность от реальности. Ответы пациентов приобретали своеобразные характеристики, которые не отражали связь между прошлым и текущим опытом, являясь вычурными и нелогичными.

## Выводы

1. Произвольное внимание пациентов с шизотипическим расстройством характеризуется снижением волевого компонента и как следствие накладывает отпечаток на его динамические характеристики (переключаемость и избирательность).

2. Перцептивная сфера пациентов с шизотипическим расстройством характеризуется трудностями выделения сигнала из шума, слабостью зрительного представления и его константных характеристик. Процесс зрительного восприятия претерпевает изменения на всех его этапах: начиная непосредственно от этапа формирования целостного образа и заканчивая актом номинации.

3. Акт перцептивной номинации претерпевает изменения вследствие снижения избирательности образцов-эталонов на этапе компарации и особенностей мыслительной деятельности пациентов, в связи с чем кристаллизации воспринятого материала и четкой оценки целостного образа не происходит, что и обуславливает неправильную интерпретацию стимулов.

4. У пациентов с шизотипическим расстройством нарушается процесс внутренней логической связи между суждениями. Мышление приобретает особые характеристики, которые не отражают связь между прошлым и текущим опытом.

В заключение необходимо отметить, что данное исследование является лишь начальным этапом большого комплексного научно-исследовательского проекта, посвященного изучению взаимосвязи восприятия и мышления, и отражает попытку найти биологические и психологические корреляты указанных психических (когнитивных) процессов при разных формах шизофрении.

## Финансирование

Работа выполнена при поддержке РФФИ (грант № 18-013-01245 «Зрительное восприятие и мышление при шизофрении»).

## Литература

1. Алейникова С.М., Захарова Н.В. Сравнительное изучение особенностей перцептивной и мыслительной деятельности детей, больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии. 1984. № 10. С. 1543–1547.

2. Зайцева Ю.С., Саркисян Г.Р., Саркисян В.В., Сторожакова Я.А. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 2. С. 5–11.

3. Критская, В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Изд-во «Института психологии РАН», 2015. С. 389.

4. Лебедева Г.Г. Структура и динамика когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра: дис. ... канд. псих. наук. СПб., 2016. С. 230.

5. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р. Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 1. С. 79–94. doi: 10.17759/psyclin.2017060106.

6. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974. 86 с.

7. Поляков Ю.Ф. Проблемы и перспективы экспериментальных исследований шизофрении // Экспериментально–психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под. ред. Ю.Ф. Полякова. М., 1982. С. 5–28.

8. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Семенова Н.Б., Пронин С.В. Особенности зрительного восприятия у больных шизофренией при терапии атипичными и 264 типичными нейролептиками // Сенсорные системы. 2013. Т. 27. № 2. С. 144–152.

9. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е. Механизмы глобального и локального анализа зрительной информации при шизофрении. СПб.: Изд-во ВВМ, 2016. 300 с.

10. Янушко М.Г., Иванов М.В., Сорокина А.В. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 1. С. 90–95.

11. Янушко М.Г., Шаманина М.В., Киф Р., Шипилин М.Ю. Когнитивные нарушения при аффективных расстройствах. Способы диагностики и возможности коррекции // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 4. С. 8–13.

12. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis // Sch. Res. 2009 № 109. Pp. 1–9.

13. Bora E., Yücel M., Pantelis C. Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? // *Acta Psychiatr. Scand*, 2009. № 120. Pp. 253–264.

14. Crow T. Nature of the genetic contribution to psychotic illness – a continuum view point // *Acta Psychiatr. Scand*. 1990. № 81. Pp. 401–408.

15. Kohler C.G., Walker J.B., Martin E.A., Healey K.M., Moberg P.J. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review // *Schizophrenia Bulletin*. 2010. Vol. 36. № 5. Pp. 1009–1019.

16. Leibowitz H.W., Meyers N.A. The role of simultaneous contrast in brightness constancy // *J. Exp. Psychol*. 1955. Vol.50. Pp. 15–18.

17. Leibowitz H.W. Relation between the Brunswick and Thouless ratios and functional relations in experimental investigations of perceived shape, size and brightness // *Percept. Mot. Skills*. 1956. № 6. Pp. 65–68.

Симон Ю.А., Бизюк А.П., Исаева Е.Р., Шошина И.И.,  
Мухитова Ю.В. Особенности восприятия (зрительного  
гнозиса) и мышления у пациентов с шизотипическим  
расстройством  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 97–110.

Simon Y.A., Bizyuk A.P., Isaeva E.R., Shoshina I. I.,  
Mukhitova Y.V. Peculiarities of perception (visual  
gnosis) and thinking in patients with schizotypal  
disorder  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 97–110.

18. *Leibowitz H.W.* Visual perception. New York, 1965. 165 p.
19. *Payne R.W.* Diagnostic and personality testing in clinical psychology // American Journal of Psychiatry. 1958. Vol. 115. Pp. 25–29.
20. *Payne R.W., Friedlander D.* A short battery of simple tests for measuring overinclusive thinking // Journal of Mental Science. 1962. Vol. 108. Pp. 355–362.
21. *Wechowicz T.E., Blewett D.S.* Size constancy and abstract thinking of schizophrenic patients. Journal of Mental Science. 1959. Vol. 105.

# Peculiarities of Perception (Visual Gnosis) and Thinking in Patients with Schizotypal Disorder

**Simon Y.A.,**

*Specialist for Teaching and Studies, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, ysimon1357@gmail.com*

**Bizyuk A.P.,**

*PhD in Psychology, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, a\_biziuk@yahoo.com*

**Isaeva E.R.,**

*Doctor of Psychological Sciences, Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, isajeva@yandex.ru*

**Shoshina I.I.,**

*Doctor of Biological Sciences, Chief Researcher, Laboratory of Physiology of Vision, Pavlov Institute of Physiology RAS, Saint-Petersburg, Russia, shoshinaii@mail.ru*

**Mukhitova Y.V.,**

*PhD in Psychology, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, che88@mail.ru*

---

The article deals with the peculiarities of perception (visual gnosis) and thinking in patients with schizotypal disorder. A cognitive pattern of perception, characteristics of voluntary attention and changes in the mental domain in patients with this pathology were described. 45 people suffering from schizotypal disorder (F21 for ICD-10) were examined, including 27 men and 18 women, the average age was  $22.06 \pm 1.31$  years. Control group was the group of university students (30 people) 14 of them men and 16 women, the average age was  $21.03 \pm 0.9$  years, control had not suffered from any mental and chronic physical illnesses. Following patho- and neuropsychological techniques were used: figures of Poppelreuter, method «Non-completed images»; «Elimination of excess», Guildford's test «Social intelligence», Subtest No. 2 of «Group expression», TMT (Trail Making Test, parts A and B). The results have revealed that the visual perception of the patients with schizotypal disorder is disturbed at every stage of visual gnosis, disturbances appear evidently at the

stages of formation of a complex image and its further correlation with pattern samples from memory. It has been shown that in patients with schizotypal disorder, the process of internal logical connection between statements is disrupted, as a result, the act of perceptual nomination changes.

**Keywords:** schizotypal disorder, perception, visual gnosis, features of thinking.

---

## Funding

This research was supported by the Russian Foundation for Basic Research (grant № 18-013-01245 «Vision Perception and thinking in schizophrenia»).

## References

1. Aleinikova S.M., Zakharova N.V. Sravnitel'noe izuchenie osobennostei pertseptivnoi i myslitel'noi deyatel'nosti detei, bol'nykh shizofreniei. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii*, 1984, no. 10, pp. 1543–1547.
2. Zaitseva Yu.S., Sarkisyan G.R., Sarkisyan V.V., Storozhakova Ya.A. Sravnitel'noe issledovanie neirokognitivnogo profilya bol'nykh paranoidnoi shizofreniei i shizoaffektivnym rasstroistvom s pervymi psikhoticheskimi epizodami. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2011, no. 2, pp. 5–11.
3. Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Patopsikhologiya shizofrenii. Moscow: Publ. of «Institut psikhologii RAN», 2015. 389 p.
4. Lebedeva G.G. Struktura i dinamika kognitivnogo defitsita u patsientov s rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra: dis. ... kand. psikh. nauk. Saint Petersburg, 2016. 230 p.
5. Lebedeva G.G., Isaeva E.R. Profiles of Cognitive Deficits in Paranoid Schizophrenia and Schizotypal Disorder [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2017, vol. 6, no. 1, pp. 79–94. doi: 10.17759/psycljn.2017060106 (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Polyakov Yu. F. Patologiya poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii. Moscow, 1974. 86 p.
7. Polyakov Yu.F. Problemy i perspektivy eksperimental'nogo issledovaniya shizofrenii. In Yu.F. Polyakov (ed.) *Eksperimental'no-psikhologicheskie issledovaniya patologii psikhicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii*. Moscow, 1982. pp. 5–28.



8. Shoshina I.I., Shelepin Yu.E., Semenova N.B., Pronin S.V. Osobennosti zritel'nogo vospriyatiya u bol'nykh shizofreniei pri terapii atipichnymi i tipichnymi neiroleptikami. *Sensornye sistemy*, 2013, vol. 27, no. 2, pp. 144–152.
9. Shoshina I.I., Shelepin Yu.E. Mekhanizmy global'nogo i lokal'nogo analiza zritel'noi informatsii pri shizofrenii. Saint Petersburg: VVM, 2016. 300 p.
10. Yanushko M.G., Shamanina M.V., Kif R., Shipilin M.Yu. Kognitivnye narusheniya pri affektivnykh rasstroistvakh. Sposoby diagnostiki i vozmozhnosti korrektsii. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*, 2015, no. 4, pp. 8–13.
11. Yanushko M.G. Ivanov M.V., Sorokina A.V. Kognitivnye narusheniya pri endogennykh psikhozakh: sovremennye predstavleniya v svete dimensional'nogo podkhoda. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiaetriya*, 2014, no. 1, pp. 90–95.
12. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Sch. Res*, 2009, vol. 109, no. 1–3, pp. 1–9.
13. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatr. Scand.*, 2009, pp. 253–264.
14. Crow T. Nature of the genetic contribution to psychotic illness – a continuum view point. *Acta Psychiatr. Scand*, 1990, vol. 81, pp. 401–408.
15. Kohler C.G., Walker J.B., Martin E.A., Healey K.M., Moberg P.J. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 2010, vol. 36, no. 5, pp. 1009–1019.
16. Leibowitz H.W., Meyers N.A. The role of simultaneous contrast in brightness constancy. *J. Exp. Psychol*, 1955, vol. 50, pp. 15–18.
17. Leibowitz H. W. Relation between the Brunswick and Thouless ratios and functional relations in experimental investigations of perceived shape, size and brightness. *Percept. Mot. Skills*, 1956, no. 6, pp. 65–68.
18. Leibowitz H.W. Visual perception. New York, 1965. 165 p.
19. Payne R.W. Diagnostic and personality testing in clinical psychology. *American Journal of Psychiatry*, 1958, vol. 115, 25 p.
20. Payne R.W., Friedlander, D.A. Short battery of simple tests for measuring overinclusive thinking. *Journal of Mental Science*, 1962, vol. 108, pp. 355–362.
21. Wechowicz T.E., Blewett D.S. Size constancy and abstract thinking of schizophrenic patients. *J. ment. Sci.*, 1959, vol. 105.

# Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение

**Решетников М.М.,**

*заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор, ректор Восточно-Европейского института психоанализа, Санкт-Петербург, Россия, veip@yandex.ru*

**Уласень Т.В.,**

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета дополнительного профессионального образования, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», Смоленск, Россия, ulasen.tatjana@yandex.ru*

---

В работе представлены результаты комплексного изучения особенностей формирования агрессивных и враждебных тенденций в зависимости от характера перенесенного ранее травматического опыта у воспитанников социозащитных учреждений. Проведенное исследование позволяет говорить о двух разных профилях агрессивных и враждебных тенденций с учетом принадлежности к группе. У подростков, проживающих в семьях, но оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определено превалирование физической, вербальной, косвенной агрессивности, достоверно чаще встречаемой раздражительности, превалирование «индекса агрессивности». У подростков-сирот (истинных и социальных), напротив, выявлены повышенные уровни негативизма, подозрительности, «индекса враждебности». Сделан вывод о необходимости дифференцированного подхода в оценке психотравмирующих аспектов формирования агрессивных и враждебных тенденций у воспитанников социозащитных учреждений, что позволит разработать персонифицированный алгоритм индивидуальных/групповых психокоррекционных мероприятий в зависимости от принадлежности к группе.

**Ключевые слова:** депривация, страх, фрустрация, агрессия, враждебность.

---

**Для цитаты:**

Решетников М.М., Уласень Т.В. Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение [Электронный

ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 111–123. doi: 10.17759/psyclin.2018070208

**For citation:**

Reshetnikov M.M., Ulasen T.V. Psychological Analysis of Aggressive Tendencies in Adolescents Firstly Entered Socio-Protective Institution [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 111–123. doi: 10.17759/psycljn.2018070208 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В последнее время изучение понятий «враждебность» и «агрессивность» составляет самостоятельные направления в психиатрии, психосоматике, клинической и социальной психологии [5–10; 20]. Особого внимания в изучаемом контексте заслуживают воспитанники социозащитных учреждений, среди которых по результатам исследований Д.А. Тихомирова только 10% «удаётся встать на ноги и наладить нормальную жизнь» [18, с. 4].

Проведенный анализ имеющихся научных данных по проблеме междисциплинарного изучения последствий детского депривационного опыта свидетельствует о необходимости продолжения исследования мультифакторного влияния хронической травматизации на психическое здоровье детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации [4; 14; 19]. Как подчеркивают Д.Д. Савченко и Т.И. Шульга, «понимание особенностей социальных отношений подростков-сирот с разным уровнем жизни в семье имеет большое практическое значение для специалистов помогающих профессий для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» [15, с. 75].

В связи с этим представляется актуальным изучение агрессивных и враждебных тенденций у подростков – воспитанников социозащитных учреждений в зависимости от характера перенесенного ранее травматического опыта.

## Характеристика эмпирических данных

Были обследованы 82 подростка 11-18 лет, воспитывающиеся в социозащитных учреждениях (сироты, социальные сироты и дети из малообеспеченных семей). Средний возраст обследуемых – 13,3±2,1. Для более точного дифференцированного анализа маркеров дезадаптационных проявлений выделены две идентичные друг другу по возрасту и полу группы: I группа – сироты (истинные и социальные); II группа – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях.

Социальный статус подростков I группы (22 девочки, 19 мальчиков): истинные сироты – 15%, социальные сироты – 85%.

Социальный статус воспитанников II группы, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (21 девочка, 20 мальчиков): 28,5% – подростки из полных семей; 62% – подростки из неполных семей и 9,5% – подростки из многодетных семей.

В статье представлены результаты применения клинико-психопатологического и психодиагностического методов с использованием полуструктурированного интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей, опросника агрессивности Басса–Дарки и опросника «Подростки о родителях».

Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПВВППСД) разработано А.И. Щепиной и А.В. Макачук (2004) [17]. Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов ПТСР по критериям DSM-IV: «немедленное реагирование», «навязчивое воспроизведение», «избегание», «возросшая возбудимость», «нарушения функционирования». Для ответов детей были использованы шкалы Лайкерта («да», «не знаю», «нет» либо «никогда», «один раз за последний месяц», «более одного раза за последний месяц»). Выделены следующие травмирующие факторы: «физическое насилие», «сексуальное насилие», «пренебрежение», «трудная жизненная ситуация», «зависимое поведение родителей», «смерть одного или обоих родителей». С целью выявления триггеров формирующихся социально-психологических нарушений дополнительно в скрининговую часть введен фактор «субъективный эмоциональный дефицит», оцениваемый ответами «да», «не знаю», «нет».

Опросник агрессивности Басса–Дарки предназначен для выявления уровня агрессивности респондентов [2]. Опросник состоит из 75 утверждений. Испытуемый должен выбрать один из ответов («да» либо «нет»). Опросник стандартизирован А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой (2005). Индекс враждебности высчитывается по показателям шкал «обида» и «подозрительность», а индекс агрессивности (как прямой, так и мотивационной) – по шкалам «физическая агрессия», «раздражение», «вербальная агрессия». Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная  $21 \pm 4$ , а враждебности –  $6,5 \pm 3$ .

Опросник «Подростки о родителях» позволяет изучить установки, поведение и методы воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом возрасте, позволяет описать отношения с родителем по наиболее общим проявлениям: доброжелательность, враждебность, автономия, директивность и непоследовательность родителя [5]. В связи с отсутствием в большинстве изучаемых случаев отцов у обследуемых подростков опросник использован с целью оценки стиля материнского воспитания.

Статистический анализ был выполнен с использованием F-критерия Фишера, критерия Манна–Уитни, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена и частного корреляционного анализа [11].

### Критерии отбора респондентов

Было проведено выборочное обследование воспитанников, впервые поступивших в социозащитное учреждение. Из выборки были исключены инвалиды, подростки с диагнозом «умственная отсталость», воспитанники с расстройствами психического развития (включенными в рубрики F80-F89 МКБ-10), умеренно-выраженными и тяжелыми формами органического поражения головного мозга, эндогенными заболеваниями.

### Результаты исследования

В ходе проведения полуструктурированного интервью для выявления признаков посттравматического стресса изучены травматические события, перенесенные воспитанниками социозащитных учреждений (табл.1). Выявлена наибольшая частота встречаемости случаев травматических переживаний, связанных с трудным материальным положением ( $M(SD)=0,93(0,24)$ ), зависимым поведением родителей ( $M(SD)=0,69(0,43)$ ), ситуациями пренебрежения ( $M(SD)=0,62(0,48)$ ), физического насилия ( $M(SD)=0,19(0,34)$ ), смерти родителя (родителей) ( $M(SD)=0,19(0,39)$ ), сексуального домогательства ( $M(SD)=0,04(0,21)$ ).

Таблица 1

**Показатели травматических событий у подростков с учетом принадлежности к группе**

| Показатели                           | I группа<br>(n=41)<br>M(SD) | II группа<br>(n=41)<br>M(SD) | Критерий<br>Фишера | p    |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|------|
| Физическое насилие                   | 0,26(0,44)                  | 0,12(0,33)                   | 1,83               | 0,96 |
| Сексуальное домогательство           | 0,07(0,26)                  | 0,02(0,15)                   | 2,85               | 0,31 |
| Пренебрежение                        | 0,78(0,41)                  | 0,46(0,50)                   | 1,45               | 0,00 |
| Смерть родителя/лей                  | 0,29(0,46)                  | 0,09(0,30)                   | 2,35               | 0,02 |
| Зависимое поведение родителя/лей     | 0,85(0,35)                  | 0,53(0,50)                   | 1,99               | 0,00 |
| Трудное материальное положение       | 0,95(0,21)                  | 0,92(0,26)                   | 1,46               | 0,64 |
| «Субъективный эмоциональный дефицит» | 0,82(0,38)                  | 0,53(0,50)                   | 1,75               | 0,00 |

Получены различия между группой сирот (I группа) и подростков, воспитывающихся в кровной семье (II группа), по критерию «субъективный эмоциональный дефицит», предложенному нами для оценки отмечаемого подростками чувства недостатка эмоционального тепла, понимания и внимания со стороны близкого окружения. Изучены корреляционные связи фактора субъективного эмоционального дефицита с травмирующими событиями (физическим насилием, пренебрежением, сексуальным домогательством, трудным материальным положением, смертью родителя/родителей, зависимым поведением родителей). У подростков I группы корреляционные связи не обнаружены. У подростков II группы были выявлены значимые корреляционные связи между субъективным эмоциональным дефицитом и травмирующими событиями: физическим насилием, пренебрежением, зависимым поведением родителей (табл. 2).

Таблица 2

**Взаимосвязи между субъективным эмоциональным дефицитом и травмирующими факторами у подростков II группы**

| Травмирующие факторы             | Субъективный эмоциональный дефицит |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Физическое насилие               | 0,31*                              |
| Сексуальное домогательство       | 0,13                               |
| Пренебрежение                    | 0,58*                              |
| Смерть родителя/родителей        | 0,28                               |
| Алкоголизм, наркомания родителей | 0,61*                              |
| Трудное материальное положение   | 0,14                               |

Примечание. \* – корреляционные связи значимы на уровне 0,05.

Данные сравнительного анализа клинических и социально-психологических критериев травматических переживаний у воспитанников социозащитных учреждений по опроснику ПИВППСД свидетельствуют о наличии высоких уровней балльных оценок по критериям ПТСР (по DSM-IV): немедленному реагированию, навязчивому воспроизведению, избеганию, возросшей возбудимости и нарушений функционирования (табл. 3).

У подростков I группы отмечены более высокие балльные оценки по критерию «немедленное реагирование» ( $\rho=0,029$ ) в ответ на стрессовые ситуации, чем у подростков II группы. Достоверных различий в группах сравнения по балльным оценкам остальных критериев выявлено не было.

Таблица 3

**Показатели балльных оценок критериев ПТСР в общей группе воспитанников социозащитных учреждений (N=82)**

| Критерии ПТСР              | M     | SD   | Min  | Max   |
|----------------------------|-------|------|------|-------|
| Немедленное реагирование   | 7,50  | 2,45 | 0,00 | 10,00 |
| Навязчивое воспроизведение | 11,21 | 2,93 | 2,00 | 16,00 |
| Избегание                  | 14,14 | 3,19 | 7,00 | 20,00 |
| Взросшая возбудимость      | 12,46 | 3,52 | 2,00 | 19,00 |
| Нарушения функционирования | 7,38  | 2,26 | 0,00 | 12,00 |

Результаты данных, полученных по опроснику Басса–Дарки во всей изучаемой группе подростков, свидетельствуют о повышенном уровне балльных оценок по шкалам «вербальной агрессии» – M(SD)=79,37(39,39) при усредненном диапазоне балльных оценок 31–52; «раздражения» – M(SD)=59,02(24,04) при усредненном диапазоне балльных оценок 15–36; «чувства вины» – M(SD)=57,81(23,56) при нормативных показателях 53–74; «подозрительности» – M(SD)=54,75(20,91) при диапазоне нормативных показателей 15–36.

При сравнительном анализе агрессивных и враждебных тенденций в зависимости от принадлежности к группе у воспитанников социозащитных учреждений выявлены различия по шкалам «раздражение» и «подозрительность», по другим шкалам опросника Басса–Дарки статистических различий не выявлено (табл. 4).

Таблица 4

**Показатели агрессивности и враждебности у подростков I и II групп (опросник Басса–Дарки)**

| Показатель          | I группа (n=41)<br>M(SD) | II группа (n=41)<br>M(SD) | Критерий Фишера | p    |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------|------|
| Физическая агрессия | 47,56 (21,88)            | 50,37 (23,03)             | 1,11            | 0,57 |
| Косвенная агрессия  | 36,24 (13,56)            | 41,12 (16,98)             | 1,56            | 0,15 |
| Раздражение         | 53,65 (22,96)            | 64,39 (24,17)             | 1,11            | 0,04 |
| Негативизм          | 61,95 (41,91)            | 52,19 (35,74)             | 1,37            | 0,26 |
| Обида               | 50,92 (24,69)            | 54,65 (22,89)             | 1,16            | 0,48 |
| Подозрительность    | 59,26 (17,52)            | 50,24 (23,18)             | 1,75            | 0,05 |
| Вербальная агрессия | 72,14 (32,78)            | 86,61 (44,28)             | 1,82            | 0,09 |
| Чувство вины        | 56,87 (24,70)            | 58,75 (22,62)             | 1,19            | 0,72 |

Межгрупповых различий по параметрам «индекс агрессивности» и «индекс враждебности» не выявлено.

В контексте сказанного интересными представляются результаты изучения типов родительского воспитания (отношение к матери) с помощью опросника «Подростки о родителях» у обследуемого контингента с учетом принадлежности к группе. Подростки I группы материнский тип воспитания характеризуют в большинстве случаев как «враждебный» ( $\rho=0,04$ ).

### **Обсуждение результатов и выводы**

Проведенное исследование позволило выявить следующие психологические особенности воспитанников социозащитных учреждений в контексте изучаемых агрессивных и враждебных проявлений:

1) высокий уровень травматических переживаний;

2) агрессивные/враждебные тенденции, характер и степень выраженности которых зависят от принадлежности к группе. В частности, у подростков I группы преобладают тенденции к подозрительности, негативизму (не достигая статистической разницы). У подростков II группы достоверно чаще встречается «раздражение».

При анализе агрессивных и враждебных тенденций необходимо учитывать два момента, имеющих между собой причинно-следственную связь.

Предполагается, что перенесенные психологические травмы в условиях депривационного опыта могли привести к тому, что у обследуемых нами подростков сформировалась психологическая готовность отвечать агрессией на трудные жизненные ситуации в силу негативных реакций проекции и переноса на окружающих их людей, что в итоге позволяло им обосновывать свою агрессию.

С другой стороны, уместным становится упоминание о понятии жизненного сценария, представляющего собой «бессознательный жизненный план, позаимствованный у родителей» [3, с. 7]. Изучая вопросы происхождения жизненного сценария, С. Вуллэмс сделал вывод о том, что большой стресс обуславливает большую вероятность вхождения человека в сценарий [15]. Учитывая высокие уровни реагирования на стресс с выраженным преобладанием балльных оценок по клиническим проявлениям травматических переживаний, актуальными становятся вопросы прогностической оценки дезадаптивных проявлений у воспитанников социозащитных учреждений. Подростки I группы могут оказаться более подверженными «вхождению в асоциальный жизненный сценарий» с преобладанием враждебных форм поведения.

Следует подчеркнуть, что выявленные особенности на момент первичного обращения в социозащитное учреждение и начального пребывания в нем имеют важное прогностическое значение. В силу социально-психологических особенностей подросткового возраста воспитанники на начальном этапе пребывания в



реабилитационном центре начинают копировать поведение друг друга, приобретая тем самым новые формы патологической социализации с формированием «сиротской субкультуры». Иными словами, подростки из семей, наряду с агрессивными тенденциями, при определенных обстоятельствах могут перенимать у подростков-сирот враждебно настроенную позицию.

Принимая во внимание контингент обследуемых, особенности их травматических переживаний в условиях депривационного опыта, можно предположить, что одним из триггеров патогенеза социально-психологической дезадаптации может быть страх взаимодействия подростка с обществом, приводящий впоследствии к фрустрации.

Позволим себе акцентировать внимание на одном историческом событии. В своем докладе «Влечение к агрессии в жизни и в неврозе» Альфред Адлер, объясняя феномен агрессии, указывал на «влечение к отвоеванию удовлетворения у враждебного внешнего мира» [1, с. 27-28] и характеризовал страх, как одну из фаз влечения к агрессии. Эта идея в изучаемом контексте актуальна и сегодня: страх как одна из фаз влечения к агрессии [12].

В связи с этим уместным становится рассмотрение вопросов психотравмы психологических расстройств подростков социозащитных учреждениях с позиций фрустрационной и депривационной теорий [12]. Так, согласно первой из них, депривация ведет к фрустрации; фрустрация – к агрессии; агрессия – к тревоге, далее последовательно следуют возникновение защитных реакций, торможение, возвращение вытесненного и формирование симптома. По другой схеме прослеживается другая этапность: депривация – фиксация – замедление развития – устойчивость инфантильной потребности в материнской заботе и регрессивное поведение [12]. Принимая во внимание результаты опросника оценки травматических переживаний, опросников Басса–Дарки и «Подростки о родителях», эти два варианта могут участвовать в патогенезе формирования определенной психопатологической симптоматики у воспитанников социозащитных учреждений, но в случае низкой «фрустрационной толерантности» развитие агрессивных тенденций занимает одно из ведущих положений.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о необходимости дифференцированного подхода в оценке психотравматических аспектов формирования агрессивных и враждебных тенденций у воспитанников социозащитных учреждений и об актуальности разработки персонифицированного алгоритма психокоррекционной помощи в зависимости от принадлежности к группе.

## **Литература**

1. Адлер А. Влечение к агрессии в жизни и в неврозе // В кн.: Отчет о первом частном Психоаналитическом собрании в Зальцбурге 27 апреля 1908 года / Сост. О. Ранк. Ижевск: ERGO, 2011. С. 27–28.

*Решетников М.М., Уласень Т.В.* Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 111–123.

*Reshetnikov M.M., Ulasen T.V.* Psychological Analysis of Aggressive Tendencies in Adolescents Firstly Entered Socio-Protective Institution  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 111–123.

2. *Батаршев А.В.* Темперамент и характер: Психологическая диагностика. М.: Владос-пресс, 2001. 336 с.

3. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры – Екатеринбург: ЛИТУР, 2002. – С. 7.

4. *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. Т.17. № 1. С. 36–42.

5. *Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е.* Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. СПб.: ФАРМиндекс, 2001, 68 с.

6. *Гаранян Н.Г.* Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств. Дис. докт. психол. наук. М., 2010. 429 с.

7. *Гаранян Н.Г.* Теоретические модели и эмпирические исследования враждебности при депрессивных и тревожных расстройствах. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2011. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.10.2017).

8. *Ениколопов С.Н., Садовская А.В.* Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100. № 7. С. 59–64.

9. *Ениколопов С.Н.* Психология враждебности в медицине и психиатрии // Современная терапия психических расстройств. 2007. № 1. С. 231–246.

10. *Кассинов Г., Тафрейт Р.Ч.* Психотерапия гнева. М.: АСТ, 2006. 480 с.

11. *Кобзарь А.И.* Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. М.: Физматлит, 2006. 816 с.

12. *Райкрофт Ч.* Критический словарь психоанализа (пер. с англ. Л.В. Топорова, С.В. Воронина, И.Н. Гвоздева) / Под ред. С.М. Черкасова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. 54 с.

13. *Решетников М.М.* Феномен агрессивности в психологии, психиатрии и в социуме // Образование личности. 2013. № 3. С. 8–17.

14. *Решетников М.М., Уласень Т.В.* Изучение социально-психологических и клинических проявлений травматических переживаний у воспитанников социозащитных учреждений // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. Т. 61. Ч. 2. С. 96–99. doi.org/10.23670/IRJ.2017.61.009.

15. *Савченко Д.Д., Шульга Т.И.* Социальные отношения подростков-сирот с разным опытом жизни в семье // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 2. С. 75–86. doi: 10.17759/pse.2017220207

*Решетников М.М., Уласень Т.В.* Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 111–123.

*Reshetnikov M.M., Ulasen T.V.* Psychological Analysis of Aggressive Tendencies in Adolescents Firstly Entered Socio-Protective Institution  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 111–123.

16. *Смыслов Д.А.* Почерк как средство экспресс-диагностики и психотерапии личности // Психология телесности между душой и телом / Под ред. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М.: АСТ Москва, 2005. 370 с.
17. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
18. *Тихомиров Д.А.* Состояние и динамика проблемы социального сиротства в России // Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение». 2014. №1. С. 4.
19. *Уласень Т.В., Сулимова Н.В.* Алекситимические проявления и адаптационный потенциал подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // Новое в психолого-педагогических исследованиях. Теоретические и практические проблемы психологии и педагогики. 2017. Т. 46. № 2. С 127–138.
20. *Beck A.* Hostility: Cognitive basis of anger. NY: Harper Collins Publishers, 1999. 353 p.

# Psychological Analysis of Aggressive Tendencies in Adolescents Firstly Entered Socio-Protective Institution

**Reshetnikov M.M.**

*Doctor in Psychology, Meritorious Scientist of Russia, Rector, East European Psychoanalytical Institute, Saint-Petersburg, Russia, veip@yandex.ru*

**Ulasen T.V.**

*PhD (Medicine), Associate professor, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy Faculty of Post Graduate Studies, Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia, ulas.tat@yandex.ru*

---

The paper presents the results of a comprehensive study of aggressive and hostile tendencies among pupils of socio-protective institutions. In adolescents living in families, but found themselves in a difficult life situation, the prevalence of physical, verbal and indirect aggressiveness, significantly more frequently encountered irritability was revealed. In adolescents, orphans (true and social), on the contrary, the prevalence of negativism and the significantly more frequent suspicion are determined. The conducted research allows us to speak about two different reaction profiles in a collision with a new stressful situation in pupils of social protection institutions, depending on their belonging to the group. In one case, we are talking about the prevalence of the "aggressiveness index" (adolescents from families), in the case of orphanhood, the prevalence of hostile tendencies attracts attention. The data obtained are consistent with the results of the evaluation of traumatic experiences on the PIVIPSD questionnaire and the results of the determination of coping strategies of behavior, which is reflected in the article. It was concluded that there is a need for a differentiated approach in studying the issues of psychotraumatology in pupils of socio-protective institutions, one of the aspects of which should be a detailed study of aggressive and hostile tendencies at the affective, cognitive and behavioral levels. This approach explains the need to develop an appropriate algorithm for clinical, psychological and social assistance, depending on who belongs to the group.

**Keywords:** deprivation, fear, frustration, aggression, hostility.

---

## References

1. Adler A. Vlechenie k agressii v zhizni i v nevroze [Attraction to aggression in life and in neurosis]. In O. Rank (ed.) *Otchet o pervom chastnom Psihoanaliticheskoj sobranii v*

*Zal'cburge 27 aprilja 1908 goda [In the book: Report on the first private Psychoanalytical Assembly in Salzburg on April 27, 1908]. Izhevsk: ERGO, 2011, pp. 27–28. (In Russ.).*

2. Batarshev A.V. Temperament i karakter: Psihologicheskaja diagnostika [Temperament and character: Psychological diagnostics]. Moscow: Vlado-press, 2001. pp. 187–191. (In Russ.).

3. Bern Je. Igry, v kotorye igrajut ljudi. Ljudi, kotorye igrajut v igry [Games People Play. People who play games]. Ekaterinburg: LITUR, 2002. 576 p. (in Russ.).

4. Bobrov A.E., Ulasen' T.V., Sulimova N.V., Nivenicin Je.L. Psihiatricheskie aspekty sirotstva s pozicij biopsihosocial'noj koncepcii [Psychiatric aspects of orphanhood from a biopsychosocial perspective]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov [Mental health issues of children and adolescents]*, 2017, vol. 17, no.1, pp. 36–42. (In Russ.).

5. Vasserman L.I., Gor'kovaya I.A., Romitsyna E.E. Psikhologicheskaya metodika "Podrostki o roditelyakh" i ee prakticheskoe primenenie [The Psychological Technique "Adolescents about Parents" and its practical application]. Saint-Petersburg: «FARMindeks», 2001, 68 p. (In Russ.).

6. Garanjan N.G. Perfekcionizm i vrazhdebnost' kak lichnostnye faktory depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstv [Perfectionism and hostility as personal factors of depressive and anxiety disorders. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Moscow, 2010, 429 p. (In Russ.).

7. Garanjan N.G. Teoreticheskie modeli i jempiricheskie issledovanija vrazhdebnosti pri depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstvah [Theoretical models and empirical studies of hostility in depressive and anxiety disorders]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: ehlektronnyj nauchnyj zhurnal [Medical psychology in Russia: electronic scientific journal]*, 2011, no. 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (Available at : 10.10.2017) (In Russ.).

8. Enikolopov S.N., Sadovskaja A.V. Vrazhdebnost' i problema zdorov'ja cheloveka [Hostility and the problem of human health]. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of Neuropathology and Psychiatry of S.S. Korsakov]*, 2000, no.7. pp. 59–64. (In Russ.).

9. Enikolopov S.N. Psihologija vrazhdebnosti v medicine i psichiatrii [Psychology of hostility in medicine and psychiatry]. *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv [Modern therapy of mental disorders]*. 2007, vol. 100, no. 1, pp. 231–246. (In Russ.).

10. Kassinov G., Tafrejt R.Ch. Psihoterapija gneva [Psychotherapy of anger]. Moscow: AST, 2006. 480 p. (In Russ.).

11. Kobzar' A.I. Prikladnaja matematicheskaja statistika. Dlja inzhenerov i nauchnyh rabotnikov [Applied mathematical statistics. For engineers and scientists]. Moscow: Fizmatlit, 2006. 816 p. (in Russ.).

12. Rajkroft Ch. Kriticheskij slovar' psihoanaliza [Critical Dictionary of Psychoanalysis]. S.M. Cherkasova (ed.). Saint-Petersburg: publ. of Vostochno-Evropejskij Institut Psihoanaliza, 1995. 54 p. (In Russ.).

13. Reshetnikov M.M. Fenomen agressivnosti v psihologii, psihiatrii i v sociume [The phenomenon of aggressiveness in psychology, psychiatry and in society]. *Obrazovanie lichnosti [Formation of Personality]*. 2013, no. 3, pp. 8–17. (In Russ.).

14. Reshetnikov M.M., Ulasen' T.V. Izuchenie social'no-psihologicheskikh i klinicheskikh projavlenij travmaticheskikh perezhivanij u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij [The study of socio-psychological and clinical manifestations of traumatic experiences in pupils of socio-protective institutions]. *Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal [International Research Journal]*. 2017, vol. 61, no. 7, p. 2, pp. 96–99. doi.org/10.23670/IRJ.2017.61.009 (In Russ.).

15. Savchenko D.D., Shul'ga T.I. Social'ny'e otnosheniya podrostkov-sirot s razny'm opy'tom zhizni v sem'e [Social relations of orphans with different experiences of living in the family]. *Psixologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological science and education]*. 2017, vol. 22, no. 2, pp. 75–86. doi: 10.17759/pse.2017220207. (In Russ.).

16. Smyslov D.A. Pocherk kak sredstvo jekspress-diagnostiki i psihoterapii lichnosti [Handwriting as a means of express diagnostics and psychotherapy of personality]. In V.P. Zinchenko, T.S. *Psihologiya telesnosti mezhdru dushoj i telom [Levy Psychology of corporality between the soul and the body]*. Moscow: AST Moscow, 2005. 370 p. (In Russ.).

17. Tarabrina N.V. Psihologija posttravmaticheskogo stressa [Psychology of post-traumatic stress]. Moscow: Publ. of Institut psihologii RAN, 2009. 304 p. (In Russ.).

18. Tihomirov D.A. Sostojanie i dinamika problemy social'nogo sirotstva v Rossii [The state and dynamics of the problem of social orphanhood in Russia]. *Informacionnyj gumanirarnyj portal «Znanie. Ponimanie. Umenie» [Information Humanitarian Portal "Knowledge. Understanding. Skill"]*, 2014, no. 1. 4 P. (Accessed: 23.08.2016).

19. Ulasen' T.V., Sulimova N.V. Aleksitimicheskie projavlenija i adaptacionnyj potencial podrostkov, okazavshisja v trudnoj zhiznennoj situacii [Aleksitimicheskie manifestations and adaptation potential of adolescents caught in a difficult life situation]. *Novoe v psihologo-pedagogicheskikh issledovanijah. Teoreticheskie i prakticheskie problemy psihologii i pedagogiki [New in psychological and pedagogical studies. Theoretical and practical problems of psychology and pedagogy]*. 2017, vol. 46, no. 2, pp. 127–138.

20. Beck A. Hostility: Cognitive basis of anger. NY: Harper Collins Publishers, 1999. 353 p.

# Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni I

**Veitová-Šilarová L.,**

*PhD student, department of Special Education Studies, Palacky University, Olomouc; dramatherapist, Centrum Sámovka, Praha, Czech Republic, silarova.lena@gmail.com*

**Valenta M.,**

*Doctor in Psychology, Professor, Head of the Department of expressive psychotherapy and personal and social development, Palacky University Olomouc Olomouc, Czech Republic, valentam22@seznam.cz*

---

This is the first part of an article dealing with an evaluation of the dramatherapy process. The first part introduces a long-term research project assessing the dramatherapy process at the 17B Addiction Recovery Unit of the Kroměříž Psychiatric Hospital. Building on therapeutic community principles, the treatment provided at the Unit is a medium-term addiction recovery programme (4 to 6 months). The part of the research discussed in this paper is focused on an evaluation of the dramatherapy process as seen by alumni (abstainers), who received therapy at the Unit between February 2014 and June 2017. The data was collected from semi-structured focus groups organized as part of alumni meetings at the Unit. The findings of the focus group analysis will be presented in the second part of the article. They are designed to describe the specific benefits of dramatherapy intervention in the treatment of addictions and the potential of the transfer of experience, obtained in dramatherapy interventions, for the abstainer's daily life from the perspective of alumni.

**Keywords:** dramatherapy, dramatherapy process, addiction treatment, substance dependence, evaluation.

---

## Для цитаты:

Вейтова-Силарова Л., Валента М. Анализ драматерапии, проходящей в отделении по восстановлению после зависимости абстинентами [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 124–134. doi: 10.17759/psyclin.2018070209

## For citation:

Veitová-Šilarová L., Valenta M. Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni I [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 124–134. doi: 10.17759/psycljn.2018070209 (In Engl., abstr. in Russ.)

## Introduction

Substance abuse is a serious public health problem and social issue at present. It is a cause of psychiatric and somatic co-morbidity, including infectious diseases, higher mortality rates, social exclusion and crime [11].

The system of medium-term and long-term residential addiction treatment in the Czech Republic is provided by specialized centres in psychiatric hospitals and in therapeutic communities. Over the last 30 years, clinical specialities dealing with expressive therapy have been developing and working at gaining a firm place in the system of helping professions in the Czech Republic. Expressive therapies are increasingly popular with substance-abusing clients. Art therapy in particular has built itself a strong foundation in both the medical and social departments. Many therapeutic communities have also added dramatherapy to their treatment programmes, whether as part of group therapy or as a leisure drama activity (e.g. TC Magdalena, TC Renarkon, TC Salebra, TC Podcestný dům). Although many addiction recovery wards of psychiatric hospitals are transforming toward the therapeutic community approach, other expressive therapies, apart from art therapy, are much less common and established part of the programmes.

Despite the fact that the number of clinical practices in dramatherapy has been on the rise in the Czech Republic, this practice is rarely analysed and verified by research studies [8]. Given the high and, more importantly, constantly growing prevalence of substance abuse clients in the therapeutic process in the Czech Republic and abroad, the research theme of dramatherapy intervention with these clients receives very little professional attention.

The present paper introduces a long-term research project assessing the dramatherapy process at an addiction recovery ward of a psychiatric hospital. The main focus will be on the evaluation of key topics reflecting the specific contribution of dramatherapy to clients treated for addictions from the perspective of alumni (abstainers).

This survey also aimed at extending the data of the extensive interim evaluation, verifying its conclusions, and hence reducing the degree of subjective interpretation.

## Theoretical Framework of the Research Project

The principal objective of the entire long-term research project was to assess dramatherapy from the point of view of the participants in the process – the clients and the dramatherapists. The aim of the research is to use qualitative analysis in order to understand the dramatherapy process from the perspective of the main participants in the process and characterize the specifics of the process, noting the relevant context of the psychiatric hospital environment and the general characteristics of the clients in question. These variables largely determine the process itself. The qualitative analysis explores the participants' subjective image of the process as they interpret their experience and feelings.

The research likewise aims at assessing the potential benefits of dramatherapy, its influence on psychotherapy as part of treatment programmes, and the effective factors of



dramatherapy with substance abuse clients. The evaluation is used to identify the key processes that make up the general principles of dramatherapy.

The terminology used in this study, in relation to key processes in dramatherapy intervention, is based on Phil Jones' theory of core processes [6]. Jones identified eight core processes: dramatic projection, dramatherapy empathy and distancing, role playing and personification, interactive audience and active witnessing, embodiment, playing, life-drama connection and transformation.

For the purposes of this paper we chiefly focus on two core dramatherapy processes, namely life-drama connection and transformation. The aim of the partial research was to verify the potential of dramatherapy intervention over the long run with an emphasis on achieving the potential of transferring experience from dramatherapy intervention to the daily life of alumni-abstainers.

An interim analysis of the three-year process, from the viewpoint of clients in treatment, has strongly verified and evaluated in particular the situation-specific benefits of dramatherapy intervention at present over the course of treatment (e.g. emotional outlet, mood change, group cohesion). Given the context of data collection, it was impossible to ask and answer the crucial question of whether dramatherapy intervention also fulfils core processes such as life-drama connection and transformation. As these core processes can only be reflected in hindsight, partial research focused on the residential treatment alumni was carried out.

During the research we drew on the basic theoretically described potentialities concerning the effectiveness and singularity of art therapies (including dramatherapy) in the psychotherapeutic care system. We drew on the following phenomena: the therapeutic potential of art, inner experience, physical experience, self-awareness through a powerful experience, expression, the phenomenon of play, the space of play and the principle of fiction and metaphor.

As with other complex processes, dramatherapy is not created through gradual development but rather through extraordinary moments, which are characterized by quantitative leaps and indicate discontinuity. These exceptional moments are milestones on a path taken by the individual and the group in the drama space of play, which are often linked to deep personal insight on the part of clients. It is often difficult to put these moments and experiences, accompanied by strong emotions, into words, to consciously register and process them [13].

Dramatherapy deliberately uses the drama medium for therapeutic purposes. It is important to understand the phenomenon of drama and theatre in a wider sense than just a specific type of art.

Theatre helps to understand oneself and the world. Theatre helps one view oneself from a distance, answering the question Who am I?, finding where one stands, and reflecting on one's own present, past and future. Theatre has the capacity to pack a story into a single time, place and act. The compactness facilitates learning from the story, widening one's perspective of the world, and finding inspiration in the new solutions [9].

Theatre and art serve humans in their efforts to find and comprehend the meaning of their existence [4].

The need to express oneself through art is as old as the beginning of time. People have always needed to express their emotions and feelings through art. Art helps to heighten the immediate experience, and brings relief through expressing intense emotions. It is the ability of humans to express their thoughts, feelings and ideas. Creative artistic activities are also reflective. They always mirror and comment on human existence [2]. The need for self-expression is one of the elementary human instincts. Creative instinct includes basic needs such as the need to play and the need to decorate (the need to be appreciated for creativity) [14].

Artistic activity is always expressive, evoking impressions and experiences which are real and often more pressing than ordinary reality, although the viewer or listener is aware of their fictional nature.

Goodman [3] ranks 'expression' as one of the basic types of symbolization. Symbolization is a tool conveying the contents of experience between people who can understand symbolic expression. Croce [1] describes expression as an independent type of intuitive sensory knowledge, which he distinguishes from logical conceptual knowledge. Similarly, Russell (1910–1911) divides human knowledge into two types: knowledge by acquaintance and knowledge by description. Knowledge by acquaintance requires the perceptual presence of the object to be known. The same applies to expression. Expression also requires the perceptual presence of the known object. In other words, it is impossible to gather meaningful knowledge of an expressive object through its description. Otherwise instead of listening to, for example, Beethoven's 9th Symphony one could simply read a report about it or study a sound wave diagram [15; 16].

Every expression is a certain type of symbolization requiring interpretation. It is important to bear in mind, however, that each interpretation has its own subjectivity, and therapists working with clients need to adopt a critical approach to the overestimation of interpretation as an instrument of understanding.

Art and the need to express oneself are natural phenomena of human society, which are perceived and experienced on the sensory level, always evoking feelings, impressions and emotions. These are the basic and core principles explaining the efficiency and effectiveness of expressive therapies, including dramatherapy in the treatment of clients. Any creative activity involves being in touch with oneself, a reflection on the present, and the intense experiencing of this process. The art form creates a safe space for conveying negative or traumatizing emotions and feelings. Unlike other expressive therapies, dramatherapy, as a means of this expression, uses movement and one's body to dynamize the creative process of experience, shorten the client's distance, while requiring the construction of safety and the inner commitment and motivation of the client to work on internal transformation.

Drama reality is the key concept in dramatherapy and perhaps its only true characteristic. Compared with verbal therapy, where interventions are primarily held as

part of an actual situation by means of the therapeutic relationship, interventions in dramatherapy develop exclusively through the drama reality. Dramatherapy always carries a form of contact with this experience, whether through roles, improvisation, action, contact, meeting, dramatization of stories, game and rituals [12].

### **Research Goals**

While conducting the partial research into the evaluation of dramatherapy by alumni, we asked ourselves the following question: Has participation in dramatherapy influenced the personal lives of the clients? If it has, how do the clients describe and interpret this influence?

The question is based on the prediction of the need to seek the specific potential of the dramatherapy intervention at an addiction recovery unit from the perspective of support for a long-term change in the client's life. The interim analysis principally suggests a situation and the dynamics specific contribution of dramatherapy to treatment, resting in change of mood, ventilation of negative emotions, group cohesion, diversion, etc. Given the nature of the respondents, clients in treatment, there is no other possibility to generate data on the said potential of the dramatherapy intervention than from respondents-successful alumni. This is why alumni focus groups were held during alumni meetings at the hospital unit. The partial research aims at describing the potential application of conscious transfer of experience from dramatherapy interventions to normal life from the perspective of the abstainer.

### **Research Participants and Setting**

Research participants were selected on the basis of non probability institutional sampling. The participants were selected with respect to the main purpose and objective of the research. The research sample was composed of participants who took an active part in dramatherapy interventions at the addiction recovery unit of the Kroměříž Psychiatric Hospital between February 2014 and June 2017, completed the residential treatment, and have been abstaining.

The empirical research was held at an addiction recovery unit operating on the principles of therapeutic community. It is an open coed ward designed for substance dependence treatment. Structured into four phases of varying length, the treatment is medium-term (four to six months). The ward has 24 beds. The Mandala ward was established on 1 February 2014. Two weeks into the existence of the ward, dramatherapy became part of the patient treatment programme. The 90-minute dramatherapy interventions were held once a week. The drama therapists are external employees of the ward. Additionally, the drama therapists entered the process without prior knowledge of the client's history or diagnosis, relying solely on the client's involvement during the intervention. Spanning a period of nearly three years, the dramatherapy process was suspended for the summer breaks and over Christmas. These breaks divided the process into time-limited stages, each concluded with an evaluation meeting with the clients. The process in the therapeutic community never comes to an end. The open group does not allow for a clear determination of the end of the process. The end of treatment depends on every personality. The group never terminates for all its members at the same time.

Data for the partial research was collected at alumni meetings, which are held once a month at the addiction recovery unit, between April and September 2017. It was impossible for ethical reasons to contact the successful alumni in any other way than at these meetings. The sample was therefore to a certain extent distorted because the alumni groups were only frequented by a small number of alumni, who were the abstaining part of the alumni community. These respondents may have been more motivated than the alumni who did not participate in the groups. Furthermore, a large share of the alumni also continued with treatment in a therapeutic community or a follow-up care centre, joining alumni groups in relation to the institution they last attended. There were also a high number of clients-alumni, who relapsed and lost touch with the unit.

Ten respondents voluntarily participated in the research, of whom 2 were women and 8 were men, aged 22 to 38. Two alumni abstained for 3 years without relapse and joined a follow-up centre after the treatment, 2 alumni abstained for 1 year without any follow-up treatment, 1 alumnus abstained for a year and has recently returned from a year-long programme in a therapeutic community, 1 alumnus abstained for 1 year with one relapse without follow-up care, and 4 alumni abstained for 3 months or less and have not yet entered any follow-up treatment.

### Research Methodology

Due to the subject of the research, the qualitative approach was primarily employed to collect, process and analyse the data. The principal characteristics of this qualitative survey agree with the characteristics provided by [7]. When describing the phenomenon, the analysis method depends on words not on figures, the survey is strongly focused on a small number of cases, the context of the entire case is used to understand part of the experience and the process is inductive.

The research design was based on semi-structured interviews in the form of a focus group. This method facilitated a study of the opinions, feelings, values, and attitudes of the target population and their influence by group phenomena [10]. The focal point of discussion was: *the specific contribution of dramatherapy intervention during and after treatment from the perspective of the alumni*. The focal point was clearly defined and comprehensible for all the participants.

Due to the selected semi-structured concept of the focus group, model questions concerning the perceptions, motives, feelings, impressions, and judgements of the participants, in the context of personal experience with the dramatherapy intervention during treatment, were determined.

Model questions:

- What vivid memories of the dramatherapy do I have?
- What role and function did dramatherapy have for me in the unit's treatment programme?
- Am I aware of the benefits of the dramatherapy experience in my daily life?

The data was made anonymous, open-coded, reduced, and subsequently reconstructed based on categories. The relations between categories and concepts were defined [5].

The ethical aspects of the qualitative survey were ensured with the data anonymization and informed consent signed by all the respondents.

### Conclusion

The first part of the article: Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni I introduces the research design and objective of the long-term research project at the addiction recovery unit of Kroměříž Psychiatric Hospital. The article describes the theoretical background of the research, the research methodology and the research participants. The findings and the qualitative analysis of the focus groups will be discussed in the second part of the article: Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni II. Given the conciseness of data collected within the qualitative analysis and the need to introduce the context of the issue under research, the comprehensive article was split into two parts.

### Funding

This paper was methodologically supported by grant funds of Palacký University Olomouc IGA\_PdF\_2017\_005 – Research Strategies, Diagnosis, and Therapeutic Intervention in Special Education.

### References

1. Croce B. *Philosophy, Poetry, History: An Anthology of Essays*. London: Oxford University Press, 1966. 1133 p.
2. Freeland C., A. *Teorie umění*. Praha: Dokořán, 2011. 192 p.
3. Goodman N. *Jazyky umění – nástin teorie symbolů*. Praha: Academia, 2007. 2016 p.
4. Gordon R. *Playing on Many Stages*. In S. Jennings (Ed.) *Theory and Practice for Teachers and Clinicians*. Cambridge: Brooklyne Books, 1987. 279 p.
5. Hendl J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. 440 p.
6. Jones P. *Drama as Therapy: Theatre as Living*. New York: Routledge, 2000. 326 p.
7. Knox S., Hess S., Petersen D., Hill C.A. qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self – disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 1997, vol. 44, no. 3, pp. 274–283.

Вейтова-Силарова Л., Валента М. Анализ драматерапии, проходящей в отделении по восстановлению после зависимости абстинентами. Клиническая и специальная психология 2018. Том 7. № 2. С. 124–134.

Veitová-Šilarová L., Valenta M. Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni I. Clinical Psychology and Special Education 2018, vol. 7, no. 2, pp. 124–134.

8. Lištiaková I., Valenta M. *Evaluace v dramaterapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 92 p.
9. Meldrum B. Historical Background and Overview of Dramatherapy. In S. Jennings, A. Cattana, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum *The Handbook of Dramatherapy*. New York: Routledge. 1994, pp. 12–28.
10. Miovský M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 p.
11. Mravčík V., Csémy L., Orliková B. *Evaluace léčby závislostí v ČR: Plán studie*. Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí. Klecany: Národní ústav duševního zdraví. Nепublikovaný text., 2015.
12. Pendzik S. On Dramatic Reality and its Therapeutic Function in Drama Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 2006, vol. 33, no. 4, pp. 271–280.
13. Pitruzella S. *Okamžiky povznesení: momenty transformace v dramaterapii*. Arteterapie. Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2010. no. 22-23, pp. 106–107.
14. Prinzhorn, H. *Výtvarná tvorba duševně nemocných*. V Řevnicích: Arbor vitae, 2009, 392 p.
15. Slavík J. *Expres – ztělesněné metafory* In M. Friedlová, M. Lečbych *Společný prostor (sborník příspěvků)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, pp. 132–146.
16. Slavík J., Chrz V., Štech S. et. al. *Tvorba jako způsob poznávání*. Praha: Karolinum, 2013. 538 p.

# Анализ драматерапии, проходящей в отделении по восстановлению после зависимости абстинентами

## **Вейтова-Силарова Л.**

*аспирант, факультет специального образования, Университет Палацкого, Оломоуц;  
драматерапевт, Социальный центр «Самовка», Прага, Чешская Республика,  
silarova.lena@gmail.com*

## **Валента М.,**

*доктор психологии, профессор, заведующий отделом экспрессивной психотерапии и  
личностно-социального развития, Институт специальных образовательных  
исследований, педагогический факультет, Университет Палацкого, Оломоуц, Чешская  
Республика, valentam22@seznam.cz*

---

Настоящий текст – первая часть статьи, описывающей анализ процесса драматерапии. Первая часть представляет собой длительный исследовательский проект по анализу процесса драматерапии в отделении по восстановлению после зависимостей в Психиатрическом госпитале в Кромержиже. Терапевтическая работа в отделении основывается на принципах системного взаимодействия специалистов и представляет собой среднюю по продолжительности программу восстановления после зависимости (от 4 до 6 месяцев). Обсуждаемая в данной статье часть исследования посвящена анализу процесса драматерапии с позиции абстинентов, проходивших терапию в отделении в период с февраля 2014 по июнь 2017 года. Данные были получены в рамках полуструктурированного опроса фокус-групп. Результаты анализа данных, полученных от фокус-групп, будут представлены во второй части статьи. Настоящие результаты имеют цель описать конкретные преимущества драматерапевтических интервенций в лечении зависимостей, а также передать опыт, полученный в ходе драматерапевтических интервенций, для использования в повседневной жизни абстинента с точки зрения уже прошедших терапию.

**Ключевые слова:** драматерапия, процесс драматерапии, терапия зависимости, токсикомания, анализ

---

## Финансирование

Данная работа была методологически поддержана грантом Университета Палацкого в Оломоуце IGA\_PdF\_2017\_005 – «Исследовательские стратегии, диагностические и терапевтические интервенции в специальном образовании».

## Литература

1. *Croce B.* Philosophy, Poetry, History: An Anthology of Essays. London: Oxford University Press, 1966. 1133 p.
2. *Freeland C.A.* Teorie umění. Praha: Dokořán, 2011. 192 p.
3. *Goodman N.* Jazyky umění – nástin teorie symbolů. Praha: Academia, 2007. 2016 p.
4. *Gordon R.* Playing on Many Stages. In S. Jennings (Ed.) Theory and Practice for Teachers and Clinicians. Cambridge: Brooklyne Books, 1987. 279 p.
5. *Hendl J.* Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2008. 440 p.
6. *Jones P.* Drama as Therapy: Theatre as Living. New York: Routledge, 1996. 326 p.
7. *Knox S., Hess S., Petersen D., Hill C.A.* qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self – disclosure in long-term therapy // Journal of Counseling Psychology, 1997. Vol. 44. № 3. Pp. 274–283.
8. *Lištiaková I., Valenta M.* Evaluace v dramaterapii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 92 p.
9. *Meldrum B.* Historical Background and Overview of Dramatherapy. In S. Jennings, A. Cattana, S. Mitchell, A. Chesner, B. Meldrum The Handbook of Dramatherapy. New York: Routledge. 1994. Pp. 12–28.
10. *Miovský M.* Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. 332 p.
11. *Mravčík V., Csémy L., Orlíková B., Nečas.* Evaluace léčby závislostí v ČR: Plán studie. Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí. Klecany: Národní ústav duševního zdraví. Nepublikovaný text., 2015.
12. *Pendzik S.* On Dramatic Reality and its Therapeutic Function in Drama Therapy // The Arts in Psychotherapy. 2006. Vol. 33. № 4. Pp. 271–280.
13. *Pitruzella S.* Okamžiky povznesení: momenty transformace v dramaterapii. Arteterapie. Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2010. № 22-23, pp. 106–107.
14. *Prinzhorn H.* Výtvarná tvorba duševně nemocných. V Řevnicích: Arbor vitae, 2009. 392 p.



*Вейтова-Силарова Л., Валента М.* Анализ драматерапии, проходящей в отделении по восстановлению после зависимости абстинентами  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 124–134.

*Veitová-Šilarová L., Valenta M.* Evaluation of Dramatherapy at the Addiction Recovery Unit by Alumni I  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 124–134.

15. *Slavík J.* Expresse – ztělesněné metafory In M. Friedlová, M. Lečbych Společný prostor (sborník příspěvků). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Pp. 132–146.
16. *Slavík J., Chrz V., Štech S. et. al.* Tvorba jako způsob poznávání. Praha: Karolinum, 2013. 538 p.

# Хроническая бессонница в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению

**Мелёхин А.И.,**

*клинический психолог высшей квалификационной категории, Российский геронтологический научно-клинический центр РНИМУ им. Пирогова, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru*

В статье показано, что при лечении хронической бессонницы у гериатрических пациентов рекомендовано использовать поэтапное лечение и начинать с шагов, направленных на устранение соматических, средовых и психологических барьеров, влияющих на качество сна. Впервые описан алгоритм оценки расстройств сна в пожилом возрасте. Представлена специфика клинико-психологической оценки качества сна у гериатрического пациента. На основе ряда зарубежных исследований представлены доказательные по эффективности немедикаментозные подходы для лечения хронической бессонницы в позднем возрасте. В качестве первой линии терапии хронической бессонницы в пожилом возрасте рекомендовано использовать мультикомпонентную когнитивно-поведенческую психотерапию. Детализированы виды, формы и структурные компоненты когнитивно-поведенческой психотерапии хронической бессонницы в пожилом возрасте. Представлены практические трудности и рекомендации по назначению фармакотерапии для лечения хронической бессонницы в гериатрической практике.

**Ключевые слова:** расстройства сна, хроническая бессонница, острая бессонница, когнитивно-поведенческая психотерапия, медикаментозные подходы, немедикаментозные подходы, пожилой возраст, гериатрический пациент.

## Для цитаты:

Мелёхин А.И. Хроническая бессонница в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 135–161. doi: 10.17759/psycljn.2018070210

## For citation:

Melehin A.I. Chronic Insomnia in the Elderly: Current Approaches to Diagnosis and Treatment [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 135–161. doi: 10.17759/psycljn.2018070210 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Хроническая бессонница позднего возраста (late life insomnia, geriatric insomnia) является одной из наиболее распространенных проблем в гериатрической практике [4; 20; 27; 33; 35].

Примерно 40-50% людей пожилого (55–74 лет) и старческого (75–90 лет) возраста предъявляют жалобы на пре-, интра- и постсомнические нарушения сна, которые наблюдаются у них более трех месяцев [5; 20; 37; 40]. Это говорит о наличии у этой возрастной группы пациентов большого *инсомнического потенциала* [5; 20]. Часто хроническая бессонница в позднем возрасте остается не распознанной и не вылеченной вовремя в связи с тем, что ее считают неизбежным следствием старения [44].

В пожилом возрасте в связи с наличием полиморбидности чаще говорят о вторичной («коморбидной») бессоннице, которая встречается в 50-80% случаев [4; 5; 20; 25; 27; 33]. Наличие хронической бессонницы сопровождается повышенной воспалительной активностью в организме, которая увеличивает риски развития ожирения, сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваний (болезнь Паркинсона, Альцгеймера), диабета 2 типа, падений и аффективного спектра расстройств [19]. Проблемы со сном у пожилых людей удваивают риск смертности от различных причин [9].

Бессонница в гериатрической практике – это чаще симптом, чем полноценный диагноз [20]. Согласно моделям 3-П бессонницы А. Спиелмена (3P Model of Insomnia) [11], гипервозбуждения Д. Риемана (hyperarousal model of insomnia) [36], когнитивно-поведенческим моделям А. Харвей и С. Морин (cognitive model of insomnia) [31], основной тактикой лечения хронической бессонницы в пожилом возрасте является минимизация или устранение соматических, средовых и психологических барьеров, влияющих на качество сна [40].

Однако при лечении хронической бессонницы в пожилом возрасте часто используется монотерапия с акцентом на медикаментозный подход, который направлен не на предрасполагающие и поддерживающие факторы, а на симптоматическое лечение («симптомы-якоря»), что приводит к низкой ремиссии и высокой частоте рецидивов с течением времени [17; 20; 27; 33; 40; 44].

В связи с этим **цель статьи** – ознакомить специалистов в области гериатрии и психологического здоровья с современными подходами к диагностике и с эффективными формами лечения хронической бессонницы в пожилом возрасте.

### Клинико-психологическая оценка нарушений сна в пожилом возрасте

На рис. 1 представлен предложенный Кейсаки Сузуки и Масауки Миямото [40] экспресс-алгоритм диагностики расстройств сна в позднем возрасте. На основе приведенного алгоритма и ряда зарубежных руководств [11; 20; 24; 25; 27; 33; 35; 39; 44] опишем специфику клинико-психологической оценки качества сна в пожилом возрасте.

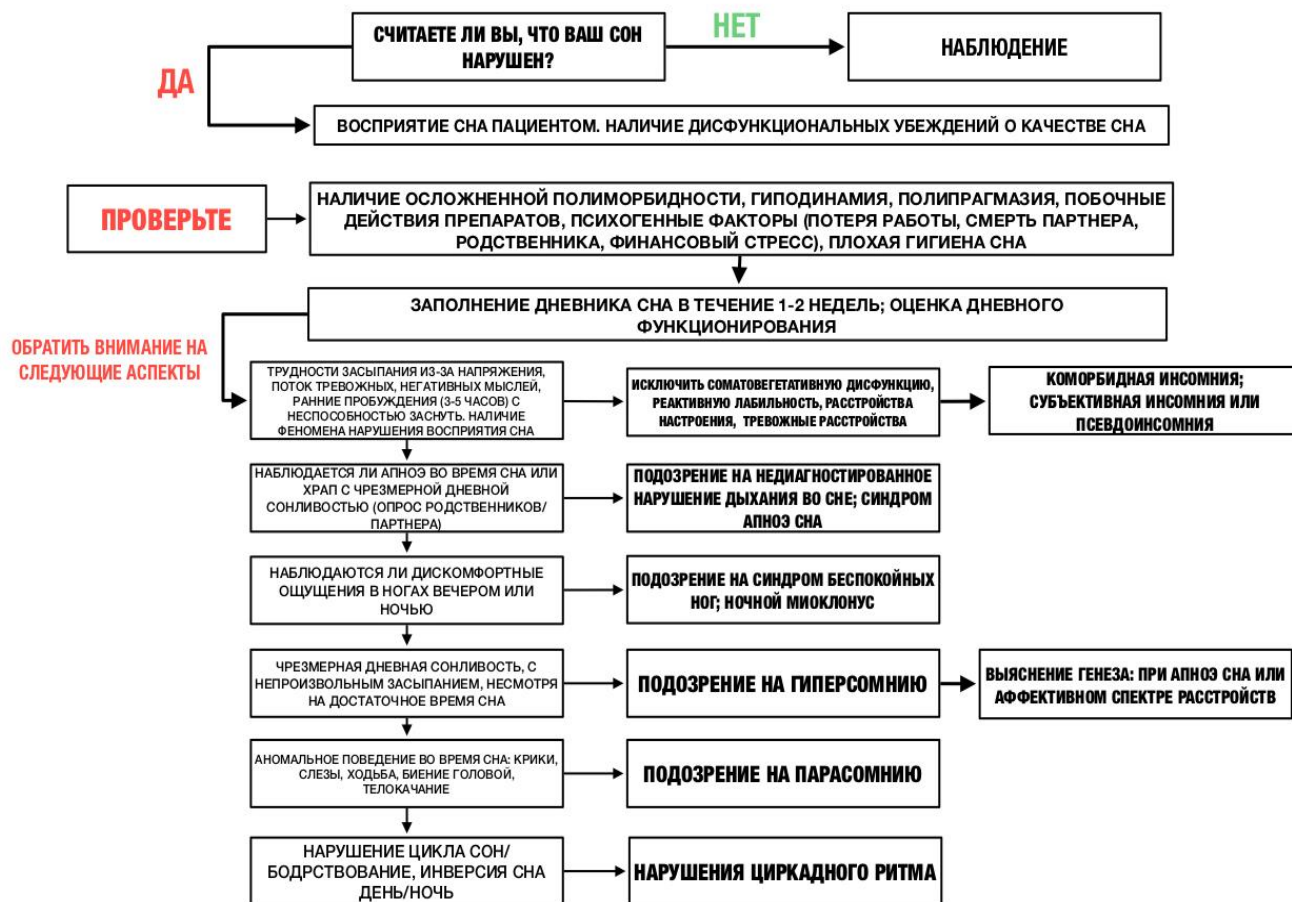


Рис. 1. Алгоритм оценки расстройств сна в пожилом возрасте  
К. Сузуки и М. Миямото

### ***I. Субъективное восприятие качества сна. Наличие страха сна (insomniaphobia)***

- Жалобы на изменения сна с наличием выраженных изменений в дневном функционировании.
- «Маскированные» жалобы, связанные с коморбидными факторами: соматическим и психологическим благополучием. Наличие *агнозии сна* или феномена *искаженного восприятия собственного сна*. Например, «не сплю уже давно... порядка 3 лет» (ж, 59<sup>1</sup>), «уже месяц сплю по два-три часа, хотя ложусь рано» (ж, 66). *Феномен раннего пробуждения*.
- Неадаптивные дисфункциональные убеждения и иррациональные установки о собственном сне [1; 2; 3; 11; 28; 29]. Для их выявления можно использовать

<sup>1</sup> Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст.

короткую шкалу дисфункциональных убеждений в отношении сна (DBAS-16, С.М. Morin). Выделяют следующие формы убеждений:

– долженствования: «поскольку я становлюсь старым, то должен заставлять себя ложиться спать раньше» (м, 64), «мне нужно спать как минимум 8 часов, чтобы чувствовать себя отдохнувшей и быть не разбитой на следующий день» (ж, 66), «я должен ночью спать; когда я не могу уснуть, я должен оставаться в кровати и продолжать пытаться уснуть» (м, 61);

– катастрофизации: «если у меня будет плохой сон, следующий день будет потерян» (ж, 57), «если у меня была плохая ночь, я должна поваляться в кровати подольше утром, чтобы попытаться восстановить силы» (ж, 59); «а вдруг если я буду соблюдать рекомендации, то все равно не засну» (ж, 58), «когда темнеет, я думаю, а вдруг я опять не засну сегодня» (ж, 61);

– непереносимость фрустрации: «я не вынесу еще одну ночь без сна» (ж, 67).

• *Субъективные причины нарушения сна*: жизненные события, стресс, неприятные ощущения в ногах/руках и др.

• *Формы избегающего поведения*: в кровати (длительное пребывание в кровати, рано ложиться); в течение дня (длительный дневной сон).

**II. Оценка индивидуального паттерна сна** пациента осуществляется с помощью следующих тактик.

• *Применение диагностических шкал оценки качества сна* [2; 9; 25; 27; 35; 40]:

– для оценки степени выраженности бессонницы – Питтсбургский индекс качества сна (PSQI), Индекс выраженности бессонницы (ISI), Анкета оценки субъективных характеристик сна Я.М. Левина, А.М. Вейна;

– для оценки дневной сонливости – Шкала дневной сонливости (ESS), Анкета оценки апноэ сна (STOP-Bang Questionnaire).

• *Мониторинг сна*. Заполнение дневника сна пациентом в течение 1-2 недель [9;11] продолжается в процессе лечения и в период наблюдения; заполнение осуществляется в бумажном формате (рис. 2) или с помощью мобильных приложений (например, *CBT-i Coach*) [23].

На основе заполненного дневника сна анализируются следующие показатели: время, требующееся для засыпания; количество пробуждений; общее время сна, проведенное в состоянии бодрствования после пробуждения в течение ночи; оценка эффективности сна и качество сна; время пребывания в кровати после пробуждения [32].



Рис. 2. Дневник сна гериатрического пациента

• *Использование протокола проведения интервью с пациентом и его близкими* Дж. Мартин и Т. Шотчат [25] (см. Приложение).

**III. Оценка факторов риска** развития нарушений сна осуществляется с помощью алгоритма, предложенного П. Кришанан и П. Хавраник [20] (рис. 3).

При оценке соматического статуса пожилого человека применяется индекс полиморбидности (CIRS-G) [20].

Проводятся дополнительные клинические исследования: клинический анализ крови; замеры глюкозы, гликированного гемоглобина; ферритина; креатинина, мочевины; С-реактивного белка; ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>; В12 и фолиевой кислоты; функциональные почечные пробы [20; 33; 35; 40]. Наличие симптомов депрессии и тревоги оценивается с помощью шкал GDS-30; GAD-7; PHQ-9 [9; 20; 35].

**IV. Ответ на лечение.** Отсутствие ответа на терапию наблюдается при снижении суммарного индекса по шкалам оценки качества сна <35-50%. Также при отсутствии данных, свидетельствующих о достижении положительной динамики [44].

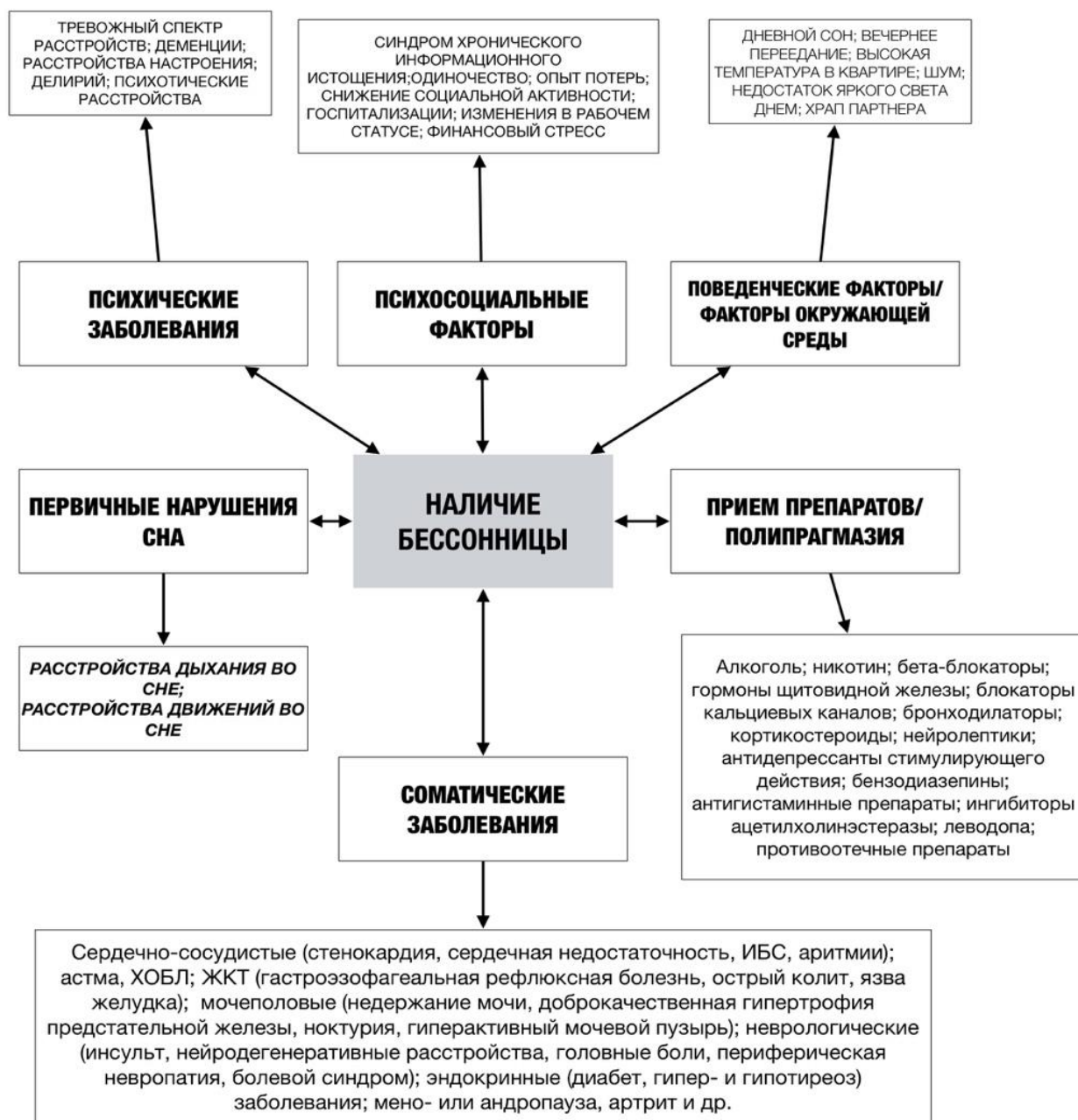


Рис. 3. Факторы, влияющие на качество сна в пожилом возрасте (по П. Кришанан и П. Хавраник)

### Подходы к лечению хронической бессонницы в пожилом возрасте

Согласно зарубежным рекомендациям [9; 11; 18; 20; 24; 27; 33; 35], хроническая бессонница лечится с помощью фармакологической, психологической (psychological therapy, drug-free method) или комбинированной видов терапии.

В табл. 1 представлены оценки эффективности различных подходов к лечению хронической инсомнии у гериатрических пациентов [17].

Таблица 1

**Рекомендации по лечению хронической инсомнии в пожилом возрасте  
(по П. Харсору и Дж. Кессманн)**

| Подход                   | Содержание   | Оценка эффективности  |
|--------------------------|--|---|
| Немедикаментозный подход | Использовать в качестве первой линии выбора алгоритм комплексной когнитивно-поведенческой терапии хронической инсомнии (cognitive behavioral therapy for insomnia) с включением протокола усиления осознанности (mindfulness-based therapy for insomnia)   | A – директивное, доказательное лечение, пациент-ориентированный подход                                |
|                          | Изолированное применение короткой поведенческой терапии (brief behavioral therapy)   | B – не директивно, ограниченная (селективная) эффективность, частичный пациент-ориентированный подход |
|                          | Поведенческое изменение образа жизни (физическая активность, питание). Светотерапия. Альтернативная медицина (иглоукалывание, фитотерапия)   | B – не директивно, ограниченная (селективная) эффективность, частичный пациент-ориентированный подход |
| Комбинированный подход   | Комбинированная терапия с использованием и когнитивно-поведенческой и фармакотерапии   | B – не директивно, ограниченная (селективная) эффективность, частичный пациент-ориентированный подход |
| Медикаментозный подход   | Фармакотерапия с акцентом на низкие стартовые дозировки и краткосрочный курс (<4 недели): <ul style="list-style-type: none"> <li>• бензодиазепиновые гипнотики (BDZs) ультракороткого (triazolam, temazepam) или кратковременного (etizolam, brotizolam) действия;</li> <li>• Z-гипнотики (non-BDZs): zolpidem, zopiclone, Zaleplon, eszopiclone;</li> <li>• антидепрессанты (doxepin; trazodone);</li> <li>• аминокислоты (L-tryptophan, L-theanine);</li> <li>• агонисты мелатониновых рецепторов (ramelteon);</li> <li>• агонисты рецепторов орексина (suvorexant)</li> </ul> | C – болезнь-ориентированный подход с доказательным эффектом, но рисками побочных эффектов и рецидива  |



Из рис. 4 видно, что при лечении хронической бессонницы рекомендовано использовать пошаговое лечение (decision-making approach) [20; 24].



Рис. 4. Алгоритм лечения хронической бессонницы в пожилом возрасте

Согласно клиническим зарубежным исследованиям [11; 18; 20; 24; 33; 35; 40], рекомендуется использовать в качестве первой линии терапии хронической бессонницы немедикаментозные подходы – когнитивно-поведенческую психотерапию (КПП), т.к. она носит неинвазивную форму, опирается на пациент-ориентированный подход и превосходит фармакотерапию (eszopiclone, temazepam) в плане безопасности, долгосрочной, устойчивой ремиссии (от 6 месяцев). Улучшает показатели сна: время, требующееся для засыпания (до 8-10 мин); количество пробуждений (1-2); общее время сна, проведенное в состоянии бодрствования после пробуждения в течение ночи (до 9-10 мин); эффективность и качество сна [1–3; 7; 8; 12; 22; 28; 30; 32; 38; 43]. Однако КПП является трудоемким процессом для пожилого пациента, уступает фармакотерапии в плане достижения быстрого улучшения. Требуется минимум 2 недели психотерапии [20].

Медикаментозный подход рекомендуется применять в тех случаях, когда хроническая бессонница значительно нарушает качество жизни пожилого человека, и немедикаментозные подходы оказались недостаточно эффективными из-за наличия имеющихся барьеров [20; 25; 27; 33; 37; 44]. Применение медикаментозного подхода в гериатрической практике сопровождается рядом практических трудностей. Например, безопасный подбор препарата; контроль дозировки и длительность терапии, а также контроль побочных эффектов (каждую неделю) для минимизации развития зависимости, синдрома «отмены» [5; 9; 11; 17; 20; 25; 40].

Рассмотрим современные формы КПП хронической бессонницы, применяемые в зарубежной гериатрической практике.

### **Краткая поведенческая психотерапия («первая волна») бессонницы**

Этот вид психотерапии направлен на изменение дисфункционального поведения, приводящего к нарушению сна [41].

*Поведенческий алгоритм контроля побуждений* (stimulus control therapy) направлен на установление поведенческой связи между сном и кроватью с быстрым наступлением сна [7; 11]. На основе данных дневника сна для пациента составляются рекомендации [1; 11; 14; 38]:

– не нужно заранее определять время отхода ко сну. Ложиться спать, когда испытываете ощущение сонливости;

– если легли в кровать в состоянии сонливости и не можете заснуть в течение 15-20 минут, нужно встать с кровати, не фокусироваться на часах, не смотреть на мобильный телефон, а заняться монотонной деятельностью. Почувствовав сонливость, вернуться в кровать. Повторять эти действия при необходимости в течение ночи;

– выбор фиксированного времени утреннего пробуждения независимо от количества часов сна.

Длительность формирования поведенческой связи в среднем 2-4 недели [11].

*Ограничение пребывания в постели без сна* (bedtime restriction therapy) направлено на увеличение гомеостатического желания спать. Регулирование цикла сон-бодрствование путем ограничения количества времени, проведенного в кровати без сна. Ограничивая количество времени в постели без сна, пациент избегает компенсаторных форм поведения, увеличивающих бессонницу. На основании данных дневника сна [1; 11; 14]:

– вычисляется среднее общее время сна за неделю;

– ограничивается время пребывания в кровати до общего времени сна + 30 минут в течение 7 дней. Не меньше 5,5 часов. Минимальное время пребывания в кровати за ночь – 4-5 часов;

– если эффективность сна  $\geq 85-90\%$ , то увеличивается время пребывания в кровати на 15-30 минут;

– если эффективность сна  $< 80\%$ , то уменьшается время пребывания в кровати на 15-30 минут.

Терапия проводится 3-4 недели, в начале у пациента может наблюдаться дневная сонливость, о чем следует его предупредить, а также отслеживать это состояние с помощью шкалы дневной сонливости (ESS) [11].

*Сжатие сна* (sleep compression). На основе разницы между временем пребывания в кровати и общим временем сна на протяжении недели. Например:

пациент (ж, 72), время пребывания в кровати (6,9 ч) – общее время сна (4,7 ч) = 2,2 ч (132 мин). Эти 132 минут делим на 5 недель терапии = 26 минут. Каждую неделю время пребывания в кровати снижается на 26 мин [7; 11; 25].

*Интенсивное переобучение сна* (intensive sleep retraining) – это краткосрочное поведенческое лечение, направленное на реорганизацию условий сна за односуточный период. Пациенту разрешают спать в течение коротких промежутков времени (до 3-4 минут), прежде чем он будет разбужен. Таким образом, в течение целой ночи у пациента увеличивается желание спать. Формируется быстрое наступление сна (<5 мин) [35].

*Парадоксальная интенция* (paradoxical intention therapy). При наличии сонливости пациенту дается инструкция отказаться от попытки лечь в кровать и уснуть в течение определенного времени, рекомендованного специалистом [2; 14; 20].

### **Когнитивно-поведенческая психотерапия («вторая волна») бессонницы**

Этот терапевтический этап направлен на выявление и изменение дисфункциональных физиологических, эмоциональных и когнитивных факторов, приводящих к нарушению сна [41]. Структура КПП хронической бессонницы для гериатрических пациентов включает в себя следующие компоненты [2; 7; 11; 12; 14; 30; 32; 38; 42; 44].

*Мониторинг качества сна.* С помощью дневника сна выявляется индивидуальная модель сна пациента, а также отслеживается прогресс терапии.

*Психообразование о сне и его изменениях.* Пациента знакомят с нормальными и аномальными возрастными изменениями во сне. С предрасполагающими (нейротизм, эмоциональная реактивность, дезадаптационный перфекционизм, склонность к «чувствительному» сну), провоцирующими (острый стресс, госпитализация, гиподинамия, перенесенная операция) и поддерживающими (чрезмерное пребывание в кровати, дневной сон, побочные эффекты от препаратов, когнитивное и эмоциональное возбуждение) факторами развития бессонницы.

На основе модели факторов бессонницы А. Спилмена [11] составляется персональная модель трех групп факторов, влияющих на качество сна пациента. Проводится оценка целей пациента по лечению, и обсуждается реалистичность этих целей с учетом жизненных обстоятельств.

*Гигиена сна.* Уменьшить дезадаптивные привычки, которые мешают оптимальному качеству сна. С использованием дидактического и сократического подходов специалист и пациент рассматривают каждый пункт из гигиены сна [34] (табл. 2).

На основе индивидуальной модели сна пациента определяются приоритетные гигиенические практики оптимизации сна, и составляется индивидуальный поведенческий план [34].

Таблица 2

**Шаблон гигиены сна для гериатрических пациентов**

| Рубрика          | Рекомендации  |
|------------------|---|
| В течение дня    | Увеличьте дневную физическую активность. Избегайте чрезмерной физической активности за 3 часа до сна. Умеренная физическая активность облегчает начало сна и делает сон более глубоким  |
|                  | Установите регулярный режим приема пищи (дробное питание), работы, отдыха. Получайте в течение дня яркий солнечный свет   |
|                  | Избегайте длительного дневного сна. Бодрствование в течение дня поможет вам заснуть ночью. Прибегайте к короткому дневному сну (от 30–60 минут до 2-3 часов)  |
| В течение вечера | Сократите прием продуктов, содержащих кофеин. Даже чрезмерное употребление кофеина в начале дня (более 2 чашек кофе) может привести к нарушениям сна в форме трудностей засыпания, частые ночные пробуждения, поверхностный сон   |
|                  | Избегайте прием алкоголя, особенно вечером. Хотя прием алкоголя при напряжении помогает заснуть легко, он вызывает частые ночные пробуждения  |
|                  | Старайтесь не курить перед сном и ночью, когда есть проблемы со сном  |
|                  | Используйте ритуалы успокоения. Тусклое освещение. Акцент на монотонную деятельность  |
|                  | Не переносите проблемы и тревогу в кровать. Состояние тревоги влияет на трудности с засыпанием и вызывает поверхностный сон   |
|                  | Убедитесь, что Ваша спальня комфорта, в ней минимизированы яркий свет и шум   |
|                  | Убедитесь, что в спальне комфортная температура ночью. Чрезмерное тепло или холод вызывают нарушения сна  |
| Сон              | Разработка ритуала отхода ко сну (теплая ванна/душ). Выполняйте эту процедуру каждый день   |
|                  | Приучите себя использовать кровать только для сна и сексуальной активности. Это поможет выработать у Вас условный рефлекс: вижу кровать – это место где я сплю. Не читайте, долго не смотрите телевизор, телефон, не работайте в кровати. Выключайте телевизор перед тем, как заснуть |
|                  | Не заставляйте себя засыпать. Вместо этого включите свет, встаньте с кровати, займитесь не стимулирующей, а монотонной деятельностью. Например, прочтите книгу. Вернитесь в кровать только тогда, когда почувствуете сонливость   |
|                  | Не фиксируйтесь на часах, когда легли в кровать. Наблюдая за временем на часах, Вы можете усилить у себя тревогу, гнев, разочарование, что приведет к большому нарушению сна  |
| Утро             | Вставайте в одно и то же время каждый день, 7 дней в неделю. Сразу как прозвенел будильник. Регулярное, стабильное пробуждение по утрам способствует к регулярному времени начала сна и помогает урегулировать Ваши внутренние «биологические» часы                                   |

*Контроль напряжения.* Снижение физического и когнитивного возбуждения перед сном. Выделяют следующие формы [2; 7; 12–14; 19; 38; 44]:

– активные формы: прогрессирующая мышечная релаксация Э. Джекобсона. Диафрагмальное дыхание. Осознанное дыхание. Для минимизации тревожных мыслей используются внимание-центрированные процедуры. Например, техника снятия напряжения через образы.

– подход «тело–разум» (mind-body approach): йога и тай-чи;

– пассивные формы. Техника когнитивной смены фокуса, заключающаяся в прослушивании перед сном аудиокниг (не более 90-120 минут), а также аудиозаписей аутотренинга с включением прогрессирующей мышечной релаксации и техник расслабления.

*Время для беспокойства (worry time).* Формируется ограниченный во времени период в течение дня, посвященный исключительно суе и тревожным мыслям [14].

*Когнитивная реструктуризация негативных мыслей, связанных со сном.* Применяется адаптированный протокол ABCD [11] (табл. 3)

Таблица 3

**Примеры заполнения протокола формирования альтернативных интерпретаций ситуаций ABCD**

| <b>А</b>   | <b>В</b>  | <b>С</b>   | <b>Д</b>  |  |
|--|---|--|---|--|
| Ситуация   | Автоматическая мысль  | Реакция на ситуацию  | Альтернативная автоматическая мысль   | Альтернативная реакция   |
| - Какая ситуация привела к возникновению переживаний, связанных со сном? | - О чем Вы могли подумать в этот момент, что вызвало именно такую реакцию, а не другую?<br>- Насколько подобная мысль соответствует реальности? (где 0% – совершенно не соответствует и 100% – абсолютная правда) | - Что Вы почувствовали в этот момент?<br>- Оцените интенсивность этой эмоции (0-10 баллов)<br>- Что Вы делали в этот момент? | Что самое страшное может случиться?<br>Каковы шансы, что это действительно произойдет? Что может помочь думать, что этого не произойдет (0–100%)? | - Что Вы почувствовали сейчас, думая таким образом?<br>- Оцените интенсивность этой эмоции (0-10 баллов) |

| <b>А</b>   | <b>В</b>   | <b>С</b>   | <b>Д</b>   |  |
|--|--|--|--|--|
| Проснулась в 1 часа ночи и не могу заснуть (ж, 59)   | Сколько можно уже. А вдруг я завтра не смогу работать и буду вся разбитая в течение дня. Надоело (90%) | Тревога (8 баллов), смотрела на часы и ворочалась, вставала в туалет | Нет смысла так остро реагировать. Часто даже после плохой ночи, я могу переделать много дел (67%)  | Тревога (3 балла). Не буду смотреть на часы. Встану с кровати. Спокойное дыхание   |
| Представила, когда придет муж. Мы спим в одной комнате, и он будет храпеть, и я всю ночь не буду спать (ж, 63) | Я буду плохо спать или не спать вовсе и буду неработоспособной (90%)                                   | Тревога (8 баллов). Напряжение в руках и спине                       | Да, мой муж может храпеть, но это не катастрофа. Я могу воспользоваться берушами, уйти в другую комнату, если мне будет совсем дискомфортно. Сон не всегда равен высокой или хорошей работоспособности | Тревога (2 баллов). Узнаю про беруши. Буду практиковать техники по минимизации навязчивых, дискомфортных мыслей, связанных со сном |

Применяется протокол выявления несоответствия между ожиданиями и фактами [11]:

– составляется список событий (5-10), которые, по мнению пациента, приводят к нарушению сна (1 столбец). События ранжируются от самого катастрофического до менее. Например, «Посещала свою маму, которой 82 года» (ж, 67);

– степень убежденности (от 0 до 100%) пациента в том, что каждое из выделенных событий приводит к «плохой» ночи (2 столбец). Например, 90%.

– как часто пациент наблюдает нарушения сна, сколько лет страдает от них (3 столбец). Например, 800 раз в течение 3 лет;

– как часто по факту после катастрофического события возникает «плохая» ночь (4 столбец). Например, 500 раз в течение 3 лет;

– степень несоответствия между ожиданиями (3 столбец) и фактическим результатом (4 столбец). Например, 720/500 раз.

*Минимизация множественных тревожных сновидений и кошмаров.*  
Применяется образно-репетиционная терапия (Image rehearsal therapy) [6], которая

направлена на развитие у пациента чувства контроля над тревожными сновидениями через экспозицию и через трансформацию угрожающих изображений. Применяется когнитивная реструктуризация исходной темы и сюжетной линии, окончания или любой части сна на более благоприятный/нейтральный исход. С пациентом проводится образная репетиция переписанного сценария, чтобы он мог когнитивно сдвинуть нежелательное содержание, когда сон повторяется. Для контроля напряжения используется методика градиента экспозиции (self-exposure therapy) [6]. Пациента просят составить иерархический список тревожно-провоцирующих тем сновидений. Затем пациенту дается домашнее задание самостоятельно перемещаться и представлять темы в списке, начиная с самой низкой тревожной ситуации, пока страх/тревога не уменьшится.

**Поведенческая активация.** Усиление физической активности до 30-40 минут 3-4 раза в неделю в форме аэробных упражнений на воздухе, быстрой ходьбы, бега с умеренной интенсивностью [9; 11; 17; 20; 35; 44].

**Прекращение приема препаратов. Преодоление синдрома отмены.** На основе ряда исследований [23; 25; 27; 30; 38; 39] нами был сформирован следующий поведенческий алгоритм (рис. 5).

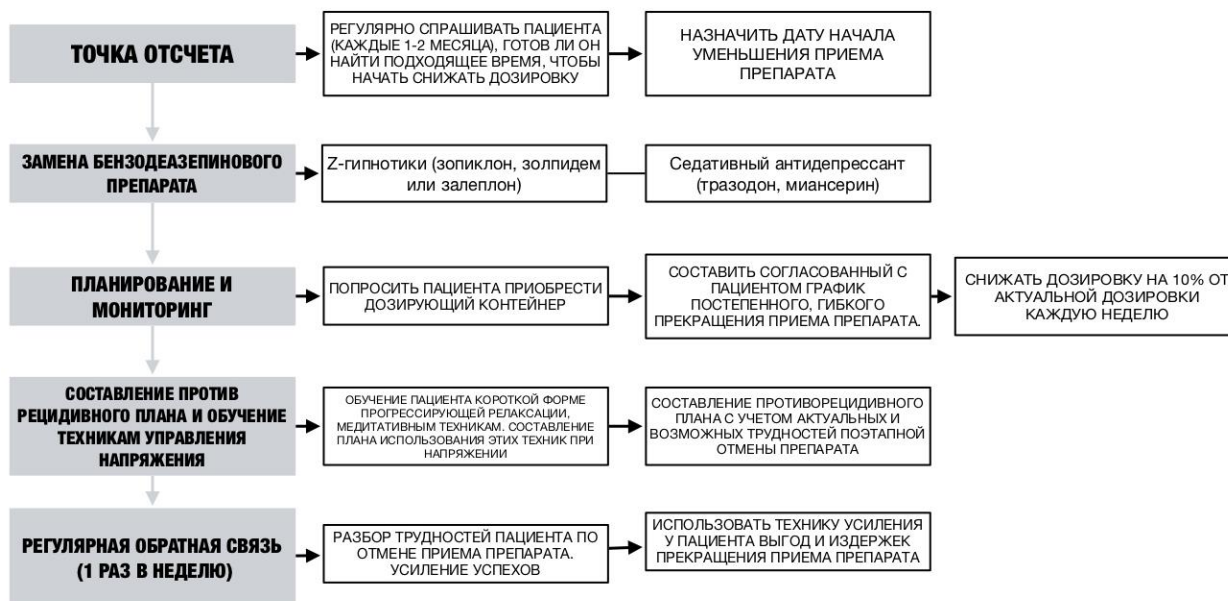


Рис. 5. Алгоритм прекращения приема препаратов и преодоление синдрома отмены

- **Противорецидивный план** [11]:

- выделяются ситуации повышенного риска возникновения нарушений сна;
- выделяются ранние негативные признаки, которые за собой наблюдает пациент со стороны своих поведения, мыслей, эмоций;

– составляется поведенческий план по предотвращению дисфункционального паттерна поведения.

Когнитивно-поведенческая психотерапия хронической бессонницы подразделяется на следующие формы:

– *Полная очная форма индивидуальной или групповой формы* (от 4 до 9, 2 раза в неделю от 45 до 60 минут) [2; 7; 12; 22; 38; 43]. Протоколы: Ч. Морина, К. Эспи [18], У. Пигеона [32]. Ремиссия: от 3 месяцев до 2 лет.

– *Краткосрочная индивидуальная или групповая форма КПП* от 2 до 4 сессий (45-60 минут) [10; 38; 42; 43] и в форме 1 сессии 45-60 минут (brief «one-shot» intervention) с использованием брошюр самопомощи [8]. Ремиссия: от 3 до 6 месяцев.

– *Телемедицина. Онлайн-интернет формы КПП* (d/eCBT-I, Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy) [17]. Посредством телефона, скайп-консультации. Использование онлайн-курсов («Как улучшить сон» Р.В. Бузунова), интерактивных приложений. Например, SHUTi, Sleepio (6 еженедельных сессий по 20 минут) и CBT-i Coatch [11; 21–23; 38; 42; 44]. Ремиссия: от 6 месяцев.

### **Когнитивно-поведенческая психотерапия («третья» волна) бессонницы**

Этот этап предназначен для смещения акцента с результат-ориентированного (действия по снижению стресса) на процесс-ориентированный (я обратил(а) внимание, я почерпнул(а), я могу использовать) подход. Направлен на усиление осознанности и метауровневое управление мыслями/убеждениями [41].

– *Терапия принятия и ответственности* (acceptance and commitment therapy for insomnia) направлена на формирование гибкой, отстраненной позиции по отношению к негативным мыслям. Эти мысли следует принимать и воспринимать как «когнитивный мусор», делая осознанный акцент на настоящем моменте [31; 35].

– *Терапия усиления осознанности* (mindfulness-based therapy for insomnia) направлена на изменение реакций на стресс путем снижения «автопилота», на обучение целенаправленной осознанности, принятие настоящего состояния. Включает в себя усиление осознанных привычек, дыхательные техники, сканирование тела, осознанную медитацию и движения. Проводится 8 индивидуальных сеансов (45-60) в течение 8 недель. Снижает риск рецидива в течение 3-6 месяцев [11; 13; 15; 26; 31; 38; 41]. В связи с тем что данная терапия основывается на буддийской философии при ее применении мы заметили, что со стороны пожилого человека могут наблюдаться религиозные барьеры.

– *Метакогнитивная терапия* (metacognitive therapies for insomnia) направлена на изменение не только первичных, но и вторичных (метакогнитивных) негативных мыслей, связанных с изменением сна и его негативным влиянием на качество жизни [31] (рис. 6).



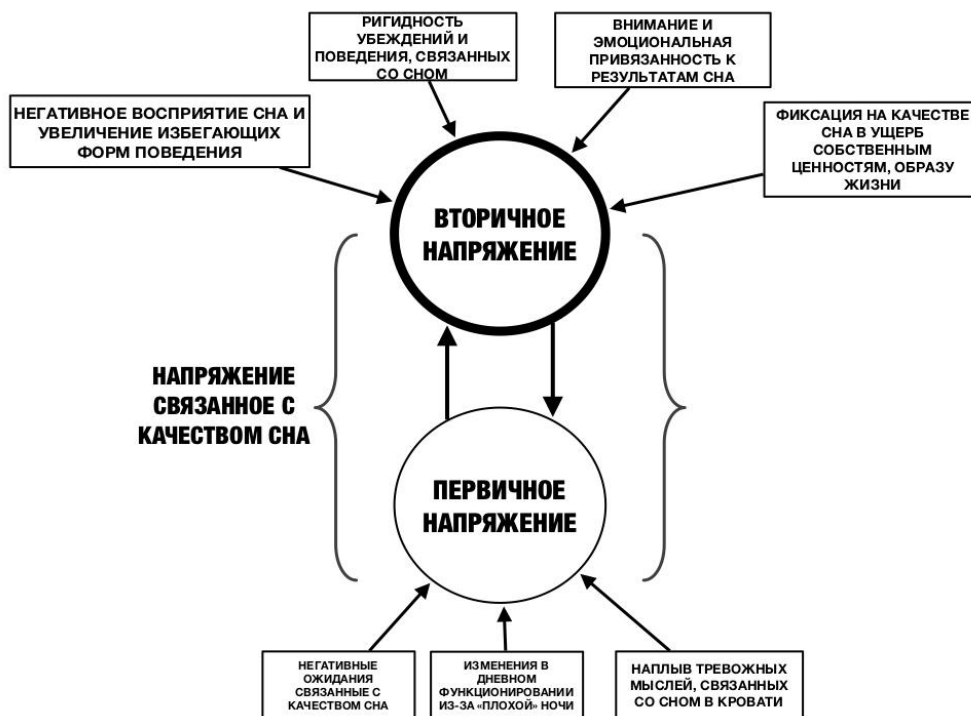


Рис. 6. Метакогнитивная модель инсомнии Дж. Онга, С. Алмер, Р. Манбер

Это достигается с помощью следующих стратегий [31; 41].

I. *Усиление у пациента метакогнитивного мониторинга, познания или осведомленности (metacognitive awareness) об актуальной проблеме.* Пациента обучают технике «судья–адвокат», т.е. при оценке качества сна направляется фокус внимания на объективные альтернативные факты («адвокат») о сне и его влиянии на дневное функционирование.

II. *Метакогнитивный сдвиг с негативных мыслей и убеждений (metacognitive shifting)* делает акцент на перемещении фокуса внимания с «отношения/оценки к...» (узкий фокус) на «содержание» (широкий фокус). Происходит формирование «сдвига» в отношении пациента к мыслям о собственном сне (степень важности, значение, ценность сна). Это позволяет быть менее уязвимым к воздействию переживаний, связанных с качеством сна.

III. *Формирование новой метакогнитивной позиции по отношению к проблеме.* Переход к новой позиции осуществляется с помощью ряда принципов.

- Принцип баланса: управление оценками пациента о привлекательности и неприязненном отношении ко сну.
- Принцип гибкости: усиление у пациента состояния любознательности, открытости, принятия широкого спектра когнитивных и эмоциональных феноменов. Применяется техника «глаза новичка» с акцентом подходить к вопросу сна без предубеждений, прошлого опыта и негативных ожиданий от будущего [31].

- Принцип невозмутимости делает акцент на отсутствии оценочных негативных суждений по отношению ко сну и на усилении спокойствия и хладнокровия (нет привязанности к исходам сна).

- Принцип приверженности личным ценностям. У пациентов с хронической бессонницей наблюдается смещение фокуса ценностей на контроль за качеством сна. Применяется техника жизненного компаса (life compass), которая направлена на усиление установки совершать действия, служащие заявленным ценностям пациента [31]. Выявляются ценности пациента в контексте различных сфер его жизни. Как только ценности определены, они связываются с дезадаптивным поведением. Происходит вовлечение в действия, а не избегание этих действий даже в контексте негативных мыслей и эмоций.

### Выводы

При лечении хронической бессонницы у гериатрического пациента рекомендовано использовать пошаговое лечение и начинать с шагов, направленных на выявление и устранение соматических, средовых и психологических барьеров, влияющих на качество сна.

Клинико-психологическая качества сна в пожилом возрасте включает в себя: субъективное восприятие качества сна; оценку индивидуального паттерна сна; факторов риска развития нарушений сна; анализ ответа на лечение.

При лечении хронической бессонницы в пожилом возрасте часто используется монотерапия с акцентом на медикаментозный подход, направленный не на предрасполагающие и поддерживающие факторы, а на симптоматическое лечение, что приводит к краткосрочной ремиссии и высокой частоте рецидивов.

При назначении фармакотерапии при лечении хронической бессонницы необходимо учитывать практические трудности: безопасный подбор препарата; контроль дозировки и длительность терапии; контроль побочных эффектов (оценка каждую неделю) для минимизации развития зависимости, синдрома отмены.

В качестве первой линии терапии хронической бессонницы в пожилом возрасте рекомендовано использовать очную полную (4-9 сессий) или краткосрочную (2-4 сессии) формы мультикомпонентной когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП). Также применять телемедицину, т.е. онлайн-интернет формы КПП или использовать интерактивные приложения по улучшению качества сна. При острой бессоннице рекомендовано применять не только фармакотерапию, но и короткую однократную сессию КПП с использованием брошюр самопомощи.

Мультикомпонентная КПП хронической бессонницы в гериатрической практике включает в себя: мониторинг качества сна; психообразование о сне и его изменениях; усиление гигиены сна; обучение управлению напряжением; когнитивную реструктуризацию негативных мыслей, связанных со сном; обучение минимизации множественных тревожных сновидений и кошмаров; усиление

поведенческой активности; прекращение приема препаратов, преодоление синдрома отмены; разработку противорецидивного плана.

Начинают появляться исследования по эффективности применения КПП хронической бессонницы «третьей волны» (терапия усиления осознанности, метакогнитивная терапия, терапия принятия и ответственности) в гериатрической практике. Это направление смещает акцент с результат-ориентированного на процесс-ориентированный подход. Она направлена на усиление осознанности и метауровневое управление мыслями/убеждениями, связанными с качеством сна.

## Литература

1. Мелехин А.И. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в поздних возрастах // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 709–710.

2. Мелехин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройства сна в пожилом и старческом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 84–103.

3. Мелехин А.И. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении расстройства сна (СВТ-I) у гериатрических пациентов // Сборник тезисов X Всероссийской научно-практической конференции Актуальные проблемы сомнологии / Под ред. М.Г. Полуэктова, К.Н. Стрыгина. М., 2016. С. 74–75.

4. Полуэктов М.Г. Диагностика и лечение расстройств сна. М.: МЕДпресс-информ, 2016, 256 с.

5. Полуэктов М.Г., Стрыгин К.Н. Расстройства сна в пожилом возрасте [Электронный ресурс] // Медицинский совет. 2014. № 5. URL: <http://www.med-sovet.pro/jour/article/view/572> (дата обращения: 20.03.2018). doi: 10.21518/2079-701X-2014-5-74-81

6. Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults // J Clin Sleep Med. 2010. Vol. 6. № 4. P. 389–401. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919672/> (дата обращения: 20.03.2018).

7. Belanger L., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults // Cognitive and Behavioral Practice. 2012. Vol. 19. № 1. P. 101–115. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.003

8. Boullin P., Ellwood C., Ellis J.G. Group vs. Individual Treatment for Acute Insomnia: A Pilot Study Evaluating a “One-Shot” Treatment Strategy [Электронный ресурс] // Brain Sciences. 2017. Vol. 7. № 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297290/> (дата обращения: 20.03.2018). doi: 10.3390/brainsci7010001

9. *Brewster G.S., Riegel B., Gehrman P.R.* Insomnia in the Older Adult. // *Sleep Med Clin.* 2018. Vol. 13. № 1. P 13-19. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.002.
10. *Buysse D.J., Germain A., Moul D.E.* Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults // *Arch Intern Med.* 2011. Vol. 171. № 10. P. 887–895. doi: 10.1001/archinternmed.2010.535.
11. *Clinical Handbook of Insomnia.* 3rd Edition. P. Hrayr (ed.). Chicago: Springer. 2017. 292 p.
12. *Creti L., Libman E.* Effectiveness of Cognitive-Behavioral Insomnia Treatment in a Community Sample of Older Individuals: More Questions than Conclusions // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* 2005. Vol. 12. № 2. P. 153–164 doi: 10.1007/s10880-005-3275-8
13. *Cunninghama J.E., et al.* Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review// *Journal of Psychosomatic Research.* 2018. Vol. 106. P. 1–12. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.12.012
14. *Fiorentino L., Martin J.L.* Awake at 4 AM: treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults // *J Clin Psychol.* 2010. Vol. 66. № 11. P. 1161–1174. doi: 10.1002/jclp.20734.
15. *Gong H., Ni C.X., Liu Y.Z.* Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials // *J Psychosom Res.* 2016. Vol. 89. P. 1–6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.016
16. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry.* N Lindefors, G. Andersson (eds.). Stockholm: Springer, 2016, 244 p.
17. *Harsora P., Kessmann J.* Nonpharmacologic management of chronic insomnia // *Am Fam Physician.* 2009. Vol. 79. № 2. P. 125–130.
18. *Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment.* C.M. Morin, C.A. Espie (eds.). New York: Springer, 2004. 190 p.
19. *Irwin M.R., Olmstead R., Carrillo C.* Cognitive behavioral therapy vs. Tai Chi for late life insomnia and inflammatory risk: a randomized controlled comparative efficacy trial // *Sleep.* 2014. Vol. 37. № 9. P. 1543–1552. doi: 10.5665/sleep.4008
20. *Krishnan P., Hawranik P.* Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. // *J Am Acad Nurse Pract.* 2008. 20. Vol. 12. P. 590-9. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x
21. *Kuhn E., Weiss B.J., Taylor K.L.* CBT-I Coach: A Description and Clinician Perceptions of a Mobile App for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia // *J Clin Sleep Med.* 2016. Vol. 12. № 4. P. 597–606. doi: 10.5664/jcsm.5700

22. Kyle S.D., Hurry M.E. Effects of digital Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia on cognitive function: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017. Vol. 18. № 1. P. 281–290 doi: 10.1186/s13063-017-2012-6
23. Luik A.I., Kyle S.D., Espie C.A. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review // *Current Sleep Medicine Reports*. 2017. Vol. 3. № 2. P. 48–56. doi:10.1007/s40675-017-0065-4
24. Management of Chronic Insomnia [Электронный ресурс]. Ontario, Toronto: Centre for Effective Practice. 2017. URL: [https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/01/20170116\\_Insomnia\\_FINAL.pdf](https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/01/20170116_Insomnia_FINAL.pdf) (дата обращения: 20.03.2018).
25. Martin J., Shochat T., Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults // *Clin Psychol Rev*. 2000. Vol. 20. № 6. P. 783–805. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00063-X
26. Mathur S., Sharma M.P., Bharath S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series // *International Journal of Yoga*. 2016. Vol. 9. № 2. P. 168–172. doi: 10.4103/0973-6131.183711
27. McCrae C.S., et al. Treatment of Late-life Insomnia // *Sleep Medicine Clinics*. 2009. Vol. 4. № 4. P. 593–604. doi: 10.1016/j.jsmc.2009.07.006
28. Newman C. Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study // *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*. 2014. Vol. 32. P. 139–149. doi: 10.1007/s10942-013-0174-z
29. Ogundele A., Ighoroje M. Insomnia and Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep among Elderly Persons in Abeokuta, Nigeria // *International Journal of Clinical Psychiatry*. 2017. Vol. 5. № 2. P. 25–31 doi:10.5923/j.ijcp.20170502.01
30. Ong J., Suh S. Utilizing Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Facilitate Discontinuation of Sleep Medication in Chronic Insomnia Patients // *Sleep Med Res*. 2012. Vol. 3. № 1. P. 1–6 doi: doi.org/10.17241/smr.2012.3.1.1
31. Ong J., Ulmer C.S., Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia // *Behav Res Ther*. 2012. Vol. 50. № 11. P. 651–660. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001
32. Pigeon W.R. Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy // *J Clin Psychol*. 2010. Vol. 66. № 11. P. 1148–1160. doi: 10.1002/jclp.20737
33. Qaseem A., Kansagara D., Forcica M.A. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians // *Ann Intern Med*. 2016. Vol. 165. P. 125–133. doi: 10.7326/M15-2175
34. Riemann D. Sleep hygiene, insomnia and mental health // *J Sleep Res*. 2018. Vol. 27. № 1. P. 3. doi:10.1111/jsr.12661

35. *Riemann D., Baglioni C., Bassetti C.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia // *J Sleep Res.* 2017. Vol. 26. № 6. P. 675–700. doi: 10.1111/jsr.12594
36. *Riemann D., Spiegelhalder K., Feige B.* The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence // *Sleep Med Rev.* 2010. Vol. 14. № 1. P. 19–31. doi: 10.1016/j.smrv.2009.04.002
37. *Rodriguez J.C., Dzierzewski J. M., Alessi C.A.* Sleep Problems in the Elderly // *The Medical Clinics of North America.* 2015. Vol. 99. № 2. P. 431–439. doi: 10.1016/j.mcna.2014.11.013
38. *Rybarczyk B., Lund H.G.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol // *Clinical Gerontologist.* 2013. Vol. 36. № 1. P. 70–93. doi.org/10.1080/07317115.2012.731478
39. *Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D.* Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline // *J Clin Sleep Med.* 2017. Vol. 13. № 2. P. 307–349. doi: 10.5664/jcsm.6470
40. *Suzuki, K., Miyamoto M., Hirata K.* Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management // *Journal of General and Family Medicine.* 2017. Vol.18. № 2. P. 61–71. doi: 10.1002/jgf2.27
41. *Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J.* Third-Wave Therapies for Insomnia // *Curr Sleep Medicine Rep.* 2015. Vol. 1. № 3. P. 166–176 doi: 10.1007/s40675-015-0020-1
42. *Trauer J.M., Qian M.Y., Doyle J.S.* Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis // *Ann Intern Med.* 2015. Vol. 163. № 3. P. 191–204. doi: 10.7326/M14-2841
43. *Vitiello M.V., Rybarczyk B., Von Korff M.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis // *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2009. Vol. 5. № 4. P. 355–362.
44. *Wennberg A.M., Canham S.L., Smith M.T.* Optimizing Sleep in Older Adults: Treating Insomnia // *Maturitas.* 2013. Vol. 76. № 3. P. 247–252 doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007.

## Протокол стандартизированного интервью оценки бессонницы у гериатрического пациента

### Оценка качества сна гериатрического пациента

ФИО пациента \_\_\_\_\_  
 Возраст \_\_\_\_\_ Рабочий статус \_\_\_\_\_ Семейный статус \_\_\_\_\_

#### Картина сна

| Время до сна   | Сон  | Дневное функционирование  |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Освещение                     | <input type="checkbox"/> Длительность засыпания _____                    | <input type="checkbox"/> Способность управлять автомобилем                            |
| <input type="checkbox"/> Обстановка в спальне          | <input type="checkbox"/> Количество пробуждений _____                    | <input type="checkbox"/> Катаплексия  |
| <input type="checkbox"/> Симптомы беспокойных ног      | <input type="checkbox"/> Причины пробуждения _____                       | <input type="checkbox"/> Засыпаете когда смотрите телевизор или читаете (после обеда) |
| <input type="checkbox"/> Болевой синдром               | <input type="checkbox"/> Ночные и ранние пробуждения                     | <input type="checkbox"/> Изменения в концентрации внимания и памяти                   |
| <input type="checkbox"/> Нервно-психическое напряжение | <input type="checkbox"/> Ноктурия  | <input type="checkbox"/> Наличие дневной сна  |
| <input type="checkbox"/> Ритуал отхода ко сну          | <input type="checkbox"/> Боль, сердцебиение, затруднение дыхания, изжога | <input type="checkbox"/> Ощущение несвежести  |
|  | <input type="checkbox"/> Тревожные сновидения, кошмары                   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Беспокойные ноги                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Храп партнера                                   |   |

#### Картина по дневнику сна (1-2 недели)

Время требующееся для засыпания \_\_\_\_\_ (SOL); количество пробуждений \_\_\_\_\_ ;  
 общее время сна проведенное в состоянии бодрствования после пробуждения в течении ночи \_\_\_\_\_ (WASO);  
 общее время сна \_\_\_\_\_ (TST); эффективность сна \_\_\_\_\_ (SE); качество сна \_\_\_\_\_ (SQ);  
 время пребывания в кровати \_\_\_\_\_ (TIB)

#### REST

R – восстанавливающий сон?      E – чрезмерная дневная сонливость, усталость?  
 S – храп?      T – Общее время ночного сна

#### Оценка качества сна и психического состояния пациента

PSQI= \_\_\_\_\_      ESS= \_\_\_\_\_      GDS-15= \_\_\_\_\_

#### Социальные факторы

| Деятельность                                    | Физическая активность                   | Привычки                              |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Смена рабочего статуса | <input type="checkbox"/> Прогулки, бег  | <input type="checkbox"/> Кофеин       |
| <input type="checkbox"/> Работа по сменам       | <input type="checkbox"/> Фитнесс, спорт | <input type="checkbox"/> Курение      |
| <input type="checkbox"/> Частые командировки    | <input type="checkbox"/> Йога, тай-чи   | <input type="checkbox"/> Алкоголь     |
| <input type="checkbox"/> Отсутствие выходных    | <input type="checkbox"/> Другое _____   | <input type="checkbox"/> Другое _____ |

#### Прием лекарств. Наличие полипрагмазии

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Адреномиметики   | <input type="checkbox"/> Гипотензивные   | <input type="checkbox"/> Снотворные       | <input type="checkbox"/> Теофиллин                 |
| <input type="checkbox"/> Антибиотики      | <input type="checkbox"/> Противоотечные  | <input type="checkbox"/> Леводоба         | <input type="checkbox"/> Гормоны щитовидной железы |
| <input type="checkbox"/> Антikonвульсанты | <input type="checkbox"/> Диуретики       | <input type="checkbox"/> Бронходилататоры | <input type="checkbox"/> ИХЭ                       |
| <input type="checkbox"/> Антидепрессанты  | <input type="checkbox"/> Глюкокортикоиды | <input type="checkbox"/> Стимуляторы      | <input type="checkbox"/> Антигистаминные           |
|   |  | <input type="checkbox"/> Другие _____     |  |

#### Соматический статус. Полиморбидность

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ревматоидные заболевания  | <input type="checkbox"/> Мено-, андропауза | <input type="checkbox"/> Недержание мочи, ноктурия        |
| <input type="checkbox"/> Стенокардия, ИБС, аритмии | <input type="checkbox"/> Гипе-, гипотериоз | <input type="checkbox"/> Болевой синдром                  |
| <input type="checkbox"/> Астма, ХОБЛ               | <input type="checkbox"/> ГЭРБ              | <input type="checkbox"/> Нейродегенеративные расстройства |
| <input type="checkbox"/> Перенесенный инсульт. ДЭ  | <input type="checkbox"/> СРК               | <input type="checkbox"/> Аденома простаты                 |
|  | <input type="checkbox"/> Другое _____      |   |

#### Клиническое интервью

Когда у Вас начались проблемы со сном? \_\_\_\_\_  
 Когда Вы легли в кровать есть ли у Вас сонливость? \_\_\_\_\_  
 Бывают ли у Вас периоды хорошего сна? \_\_\_\_\_  
 Сколько плохих ночей у Вас в неделю в месяц? \_\_\_\_\_  
 Что Вы делаете если не спитесь? \_\_\_\_\_  
 Что Вы делаете для улучшения сна? \_\_\_\_\_  
 Влияет ли погода, время года, менструальный цикл на сон? \_\_\_\_\_  
 Как часто Вы смотрите на часы лежа в кровати? \_\_\_\_\_  
 Что из того что Вы делаете улучшает сон? \_\_\_\_\_  
 Какой интервал по времени у Вас между ужином и сном? \_\_\_\_\_  
 Если у Вас была плохая ночь, Вы остаетесь в кровати дольше на следующий день? \_\_\_\_\_  
 Есть ли у Вас состояние напряжения, тревога перед сном? \_\_\_\_\_  
 Меняется ли Ваш сон в выходной, праздники? \_\_\_\_\_

# Chronic Insomnia in the Elderly: Current Approaches to Diagnosis and Treatment

**Melehin A.I.,**

*Clinical psychologist of the highest qualification category of the Russian gerontological scientific clinical center, Russian national research medical University them. Pirogov, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru*

---

The article shows that in the treatment of chronic insomnia in geriatric patients, it is recommended to use a step-by-step treatment and start with steps aimed at the elimination of somatic, environmental and psychological barriers which affect the quality of sleep. An algorithm for the evaluation of sleep disorders at a later age firstly described. The specifics of the clinical and psychological evaluation of the quality of sleep in geriatric patients presented. Evidence on the effectiveness of pharmacological and non-pharmacological approaches for the treatment of chronic insomnia at a later age presented on the basis of a number of foreign studies. It is recommended to use multicomponent cognitive-behavioral psychotherapy as a first-line treatment of chronic insomnia at a later age. Types, forms and structural components of cognitive-behavioral therapy of chronic insomnia in the elderly are detailed. Practical difficulties and recommendations for the use of medical approach in the treatment of sleep disorders in the elderly are also presented. .

**Keywords:** sleep disorder, chronic insomnia, acute insomnia, cognitive behavioral therapy, pharmacological approaches non-pharmacological approaches

---

## References

1. Melehin A.I. Effektivnost' kognitivno-povedencheskoj psihoterapii v pozdних vozrastah [The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in later ages]. *XVI S'ezd psixiatrov Rossii. Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya «Psihiatriya na etapah reform: problemy i perspektivy»*. pod red. N.G. Neznanova [XVI Congress of Russian psychiatrists. All-Russian scientific-practical conference "Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects"]. Saint-Petersburg: Al'ta Astra, 2015. pp. 709–710.
2. Melehin A.I. Kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya rasstrojstva sna v pozhilom i starcheskom vozraste [Cognitive-behavioral psychotherapy sleep disorders in elderly].



*Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Consultative psychology and psychotherapy]*, 2015, vol. 23, no. 1, pp. 84–103.

3. Melehin A.I. Effektivnost' kognitivno-povedencheskoj psihoterapii pri lechenii rasstrojstva sna (CBT-I) u geriatricheskix pacientov [The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of sleep disorders (CBT-I) in geriatric patients]. In M.G. Poluektova, K.N. Strygina (Eds.) *Sbornik tezisov X Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii Aktual'nye problemy somnologii. [Proceedings of the X All-Russian Scientific and Practical Conference Actual problems of somnology]*. Moscow, 2016, pp. 74–75.

4. Poluektov M.G. Diagnostika i lechenie rasstrojstv sna. [Diagnosis and treatment of sleep disorders]. Moscow: MEDpress-inform, 2016, 256 p.

5. Poluektov M.G., Strygin K.N. Rasstrojstva sna v pozhilom vozraste [Sleep disorders in old age]. *Medicinskij sovet [Medical advice]*, 2014, no. 5. URL: <http://www.med-sovet.pro/jour/article/view/572>. doi: 10.21518/2079-701X-2014-5-74-81

6. Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med*, 2010, vol. 6, no. 4, pp. 389–401. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919672/>

7. Belanger L., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012, vol. 19, no. 1, pp. 101–115. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.003

8. Boullin P., Ellwood C., Ellis J.G. Group vs. Individual Treatment for Acute Insomnia: A Pilot Study Evaluating a “One-Shot” Treatment Strategy. *Brain Sciences*, 2017, vol. 7, no. 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297290/>. doi: 10.3390/brainsci7010001

9. Brewster G.S., Riegel B., Gehrman P.R. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Med Clin*, 2018, vol. 13, no. 1, pp. 13–19. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.002.

10. Buysse D.J., Germain A., Moul D.E. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.*, 2011, vol. 171, no. 10, pp. 887–895. doi: 10.1001/archinternmed.2010.535.

11. *Clinical Handbook of Insomnia Third Edition*. P. Hrayr (ed.). Chicago: Springer. 2017. 292 p.

12. Creti L., Libman E. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Insomnia Treatment in a Community Sample of Older Individuals: More Questions than Conclusions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2005, vol. 12, no. 2, pp. 153–164 doi: 10.1007/s10880-005-3275-8

13. Cunninghama J.E., et al. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2018, vol. 106, pp. 1–12. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.12.012

14. Fiorentino L., Martin J.L. Awake at 4 AM: treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *J Clin Psychol*, 2010, vol. 66, no. 11, pp. 1161–1174. doi: 10.1002/jclp.20734.
15. Gong H., Ni C.X., Liu Y.Z. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*, 2016, vol. 89, no. 1–6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.016
16. Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry. N. Lindefors, G. Andersson (eds.). Stockholm: Springer, 2016, 244 p.
17. Harsora P., Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *Am Fam Physician*, 2009, vol. 79, no. 2, pp. 125–130.
18. Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment. C.M. Morin, C.A. Espie (eds.). New York: Springer, 2004. 190 p.
19. Irwin M.R., Olmstead R., Carrillo C. Cognitive behavioral therapy vs. Tai Chi for late life insomnia and inflammatory risk: a randomized controlled comparative efficacy trial. *Sleep*, 2014, vol. 37, no. 9, pp. 1543–1552. doi: 10.5665/sleep.4008
20. Krishnan P., Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*, 2008, vol. 12, no. 20, pp. 590–599. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x
21. Kuhn E., Weiss B.J., Taylor K.L. CBT-I Coach: A Description and Clinician Perceptions of a Mobile App for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *J Clin Sleep Med*, 2016, vol. 12, no. 4, pp. 597–606. doi: 10.5664/jcsm.5700
22. Kyle S.D., Hurry M.E. Effects of digital Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia on cognitive function: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2017, Vol. 18, no 1, pp. 281–290 doi: 10.1186/s13063-017-2012-6
23. Luik A.I., Kyle S.D., Espie C.A. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review. *Current Sleep Medicine Reports*, 2017, vol. 3, no. 2, pp. 48–56. doi:10.1007/s40675-017-0065-4
24. Management of Chronic Insomnia. Ontario, Toronto: Centre for Effective Practice. 2017. URL: [https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/01/20170116\\_Insomnia\\_FINAL.pdf](https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/01/20170116_Insomnia_FINAL.pdf)
25. Martin J., Shochat T., Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clin Psychol Rev*, 2000, vol. 20, no. 6, pp. 783–805. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00063-X
26. Mathur S., Sharma M.P., Bharath S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series. *International Journal of Yoga*, 2016, vol. 9, no. 2, pp. 168–172. doi: 10.4103/0973-6131.183711

27. McCrae C.S., et al. Treatment of Late-life Insomnia. *Sleep Medicine Clinics*, 2009, vol. 4, no. 4, pp. 593–604. doi: 10.1016/j.jsmc.2009.07.006
28. Newman C. Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 2014. vol. 32, pp. 139–149. doi: 10.1007/s10942-013-0174-z
29. Ogundele A., Ighoroje M. Insomnia and Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep among Elderly Persons in Abeokuta, Nigeria. *International Journal of Clinical Psychiatry*, 2017, vol. 5, no. 2, pp. 25–31 doi:10.5923/j.ijcp.20170502.01
30. Ong J., Suh S. Utilizing Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Facilitate Discontinuation of Sleep Medication in Chronic Insomnia Patients. *Sleep Med Res*, 2012, vol. 3, no. 1, pp. 1–6 doi: doi.org/10.17241/smr.2012.3.1.1
31. Ong J., Ulmer C.S., Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*, 2012, vol. 50, no. 11, pp. 651–660. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001
32. Pigeon W.R. Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychol*, 2010, vol. 66, no. 11, pp. 1148–1160. doi: 10.1002/jclp.20737
33. Qaseem A., Kansagara D., Forcica M.A. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2016, vol. 165, pp. 125–133. doi: 10.7326/M15-2175
34. Riemann D. Sleep hygiene, insomnia and mental health. *J Sleep Res*, 2018, vol. 27, no. 1, pp. 3. doi:10.1111/jsr.12661
35. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*, 2017, vol. 26, no. 6, pp. 675–700. doi: 10.1111/jsr.12594
36. Riemann D., Spiegelhalder K., Feige B. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*, 2010, vol. 14, no. 1, pp. 19–31. doi: 10.1016/j.smr.2009.04.002
37. Rodriguez J.C., Dzierzewski J. M., Alessi C.A. Sleep Problems in the Elderly. *The Medical Clinics of North America*, 2015, vol. 99, no. 2, pp. 431–439. doi: 10.1016/j.mcna.2014.11.013
38. Rybarczyk B., Lund H.G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol. *Clinical Gerontologist*, 2013, vol. 36, no. 1, pp. 70–93. doi.org/10.1080/07317115.2012.731478
39. Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*, 2017, vol. 13, no. 2, pp. 307–349. doi: 10.5664/jcsm.6470

40. Suzuki, K., Miyamoto M., Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 2017, vol. 18, no. 2, pp. 61–71. doi: 10.1002/jgf2.27
41. Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J. Third-Wave Therapies for Insomnia. *Curr Sleep Medicine Rep*, 2015, vol. 1, no. 3, pp. 166–176 doi: 10.1007/s40675-015-0020-1
42. Trauer J.M., Qian M.Y., Doyle J.S. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*, 2015, vol. 163, no. 3, pp. 191–204. doi: 10.7326/M14-2841
43. Vitiello M.V., Rybarczyk B., Von Korff M. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2009, vol. 5, no. 4, pp. 355–362.
44. Wennberg A.M., Canham S.L., Smith M.T. Optimizing Sleep in Older Adults: Treating Insomnia. *Maturitas*, 2013, vol.76, no. 3, pp. 247–252 doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007.

# Динамические характеристики взаимодействия как основа формирования рекомендаций для семьи с ребенком раннего возраста с расстройствами аутистического спектра

**Рубченя С.Л.**

*преподаватель-стажер, кафедра специальной педагогики Института Инклюзивного Образования Белорусского Государственного Педагогического Университета им. Максима Танка, Минск, Республика Беларусь, svetarubchenya@gmail.com*

---

В статье описывается применение методики «Оценка детско-родительского взаимодействия» (Evaluation of child-parent interaction; ECPI), которая направлена на выявление индивидуальной чувствительности коммуникативных маркеров ребенка к изменению в родительском поведении на основании анализа динамических характеристик. В статье подробно описывается случай применения данной методики для диады родителя и ребенка 2,8 лет с диагнозом расстройства аутистического спектра с целью составления индивидуальных рекомендаций. Согласно последним исследованиям, специфические особенности социально-коммуникативных навыков проявляются во взаимодействии детей с расстройствами аутистического спектра со значимым взрослым уже на первом году жизни. Для исследования особенностей протекания взаимодействия недостаточно изучить те или иные характеристики субъектов по отдельности, необходимо наблюдать партнеров во взаимодействии. Предметом исследования явились особенности взаимодействия родителя и ребенка раннего возраста с РАС в процессе спонтанной игры. В статье описывается применение методики «Оценка детско-родительского взаимодействия» (Evaluation of child-parent interaction; ECPI), которая направлена на выявление индивидуальной чувствительности коммуникативных маркеров ребенка к изменению в родительском поведении на основании анализа динамических характеристик. В статье подробно описывается случай применения данной методики для диады родителя и ребенка 2,8 лет с диагнозом расстройства аутистического спектра с целью составления индивидуальных рекомендаций. В заключении отражены возможности и ограничения применяемого метода для детей данной категории. В заключении отражены возможности и ограничения применяемого метода для детей данной категории.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, ранний возраст, видеоисследование.

**Для цитаты:**

Рубченя С.Л. Динамические характеристики взаимодействия как основа формирования рекомендаций для семьи с ребенком раннего возраста с расстройствами аутистического спектра [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 162–173. doi: 10.17759/psyclin.2018070211

**For citation:**

Recommendations on the Dynamic Characteristics of Interaction for Families with Toddlers with Autism Spectrum Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 162–173. doi: 10.17759/psycljn.2018070211 (In Russ., abstr. in Engl.)

Многочисленные проспективные исследования последних лет выделили специфические особенности поведения у младенцев, позволяющие прогнозировать расстройства аутистического спектра (РАС) уже в возрасте шести месяцев. [7]. Среди них: особенности зрительного сосредоточения на социальных объектах (Chawarska, 2013), особенности восприятия объектов (Clifford, 2013), особенности микродвижений глаз в определенных условиях (Elison, 2013) [цит. по 7]. К двенадцати месяцам можно выделить более обширный список проявлений ранних сигналов РАС у детей, такие как сниженное количество вокализаций и улыбок, направленных близкому взрослому, уменьшение частоты и длительности зрительной фиксации на лице взрослого, низкие показатели участия в социальных интеракциях [9]. Также могут появляться устойчивые изменения настроения и активности ребенка, которые сложно интерпретировать, ограниченное и необычное гуление, сложности с имитацией движений крупной и мелкой моторики, артикуляторных движений [3].

Описание данных проявлений дает возможность специалистам выделить группу риска развития РАС у детей в первые годы жизни, что в свою очередь требует организации и оказания ранней помощи. Согласно исследованиям отечественных и зарубежных специалистов, в раннем возрасте особое значение в психическом развитии ребенка отведено значимому взрослому, качеству эмоционального контакта между партнерами и особенностям их сотрудничества [4]. Согласно исследованию, опубликованному в The Lancet в 2016 году, раннее вмешательство при РАС, направленное на помощь родителям в коммуникации со своим ребенком, эффективно снижает проявления симптомов данного нарушения развития, определенных DSM-V. Позитивные изменения в поведении детей продолжались в течение шести лет после его окончания [8]. Таким образом, организация ранней помощи для детей с подозрением на РАС должна основываться на нормализации взаимодействия родителя и ребенка с методической поддержкой специалистов, что

в свою очередь позволяет не только оказывать эффективную помощь с учетом социальной ситуации развития, но и обеспечивает стойкость терапевтического эффекта после окончания вмешательства.

Одним из самых сложных факторов реализации взаимодействия диады «родитель –ребенок с РАС» является отсутствие или слабый отклик ребенка на любую попытку родителя включиться в активное взаимодействие. В то время, когда нормативно развивающиеся дети на эмоциональную включенность родителя, как правило, отвечают улыбкой, зрительным контактом, смехом и другими реакциями, такие отклики у детей с РАС могут возникать очень редко либо отсутствовать вообще. Несомненно, все это сказывается на качестве взаимодействия, снижении его развивающего потенциала, на возможности реализации условий ощущения родительской компетентности и на психоэмоциональном состоянии близких взрослых [3].

Вслед за Фроловым С.С. мы трактуем взаимодействие, как «систему взаимообусловленных социальных действий, связанных циклической зависимостью, при которой действие одного субъекта является одновременно причиной и следствием ответных действий другого субъекта» [5, стр. 65]. Для составления психолого-педагогических рекомендаций, направленных на организацию взаимодействия, необходимо осуществить качественный анализ актуального репертуара коммуникативных средств и уровня согласованности поведения субъектов-участников. Для данной цели мы использовали не стандартизированную методику «Оценка детско-родительского взаимодействия» (Evaluation of child-parent interaction; ECPI), разработанную И.Н. Галасюк и Т.В. Шининой. Основными инструментами данной методики являются «Шкала родительской отзывчивости» и «Шкала коммуникативных сигналов ребенка» [2].

Шкала родительской отзывчивости, разработанная И.Н. Галасюк [2], включает в себя оценку поведенческих проявлений родительской отзывчивости на эмоциональном (вербальные и невербальные эмоциональные реакции), физическом (двигательная активность родителя и синхронизация действий с ребенком), познавательном (разделенное внимание родителя к действиям ребенка и поддержка познавательной активности ребенка) и действенном (скорость реакции взрослого и разделенная деятельность с ребенком) уровнях. Выраженность каждого параметра соответствует числовому значению от 1 до 5, согласно выделенным автором характеристикам. Для анализа поведения ребенка была использована шкала коммуникативных сигналов ребенка, разработанная Т.В. Шининой. На основе качественной оценки потребности ребенка во впечатлениях, особенностей фокуса внимания ребенка (предмет или родитель), проявления инициативы к взаимодействию с родителем, средств общения и эмоциональных переживаний присваивается числовое значение от 1 до 5, на основании чего в последующем возможно построение профиля коммуникативных сигналов ребенка [2].

Для изучения детско-родительского взаимодействия, согласно методике «Оценка детско-родительского взаимодействия», согласно методике «Оценка

детско-родительского взаимодействия», было использовано наблюдение с видеофиксацией данных. Данный метод создает постоянную и полную запись, предусматривает возможность многократного просмотра детско-родительского взаимодействия и обеспечивает достаточную детализацию при качественном анализе и самоанализе. Мы также учитывали, что данный метод может вызывать сомнения у участников исследования по поводу конфиденциальности данных, и нами было использовано соглашение о сотрудничестве; была подобрана портативная камера небольших размеров на штативе; учитывалась необходимость просмотра и кодирования данных видеозаписи [6].

### Процедура исследования

*Предварительный этап исследования* включал приглашение семьи для участия в исследовании и подписание соглашений о сотрудничестве. В исследовании принял участие мальчик С., 2,8 лет. С. живет в полной семье, сиблингов нет. Ребенок к году утратил речевые навыки (присутствовал лепет, порядка трех редуцированных слов), не смотрел на взрослых, не искал взаимодействия с ними. После осмотра психиатра в полтора года С. было выдвинуто подозрение на атипичный аутизм (F 84.1).

На момент исследования, ребенок мог имитировать разные движения, выполнять простые инструкции на слух, выполнять задания на визуальное восприятие согласно нормативным показателям (сортировка по цвету, размеру, форме, беглое соотнесение идентичных и неидентичных объектов, составление вкладышей, постройка кубиков по модели из 4-5 объектов и пр.). Словарный запас составлял четыре редуцированных существительных («мама», «пу» (пузыри), «мулики» (мультики), два глагола («иди», «дай»); наблюдался низкий уровень сформированности социального поведения (не реагировал на имя, зрительный контакт ограничен, эпизоды разделенного внимания демонстрировались крайне редко, редко проявлял инициативу ко взаимодействию со взрослым, никогда к детям, сложности с ожиданием очереди, проблемное поведение (крик, плач, битье) при необходимости ждать получения значимого объекта, доступа к деятельности). Наблюдались проблемы пищевого поведения (питание ограничено четырьмя продуктами), сложности, связанные со сменой помещений/мест, сложности в социально-бытовых навыках (одевание/раздевание, прием пищи).

*Основной этап исследования* включал в себя проведение видеосъемки детско-родительского взаимодействия в условиях спонтанной игры в специально оборудованной игровой комнате на протяжении 15 минут. Мы учли, что ситуация исследования провоцирует родителя к изменению привычного поведения во взаимодействии с ребенком. Это происходит по ряду причин: во-первых, первая очная встреча с исследователями проходила в незнакомом ранее помещении; во-вторых, родитель был осведомлен, что постфактум будет осуществляться анализ взаимодействия, что могло быть проинтерпретировано им как оценивание его поведения; в-третьих, как было описано ранее, родители детей с РАС часто испытывают ощущение родительской некомпетентности, что повышает уровень тревожности.



Учитывая указанные факторы, в начале встречи проводилась беседа, включавшая в себя знакомство, обмен ожиданиями между исследователями и родителями, неформальные вопросы о настроении и ребенке, основная направленность вопросов была направлена на снижение напряжения родителя. Также диаде давалось время освоиться в новом помещении без спешки. Перед началом видеозаписи родитель получал инструкцию: «Чувствуйте себя максимально свободно. Поиграйте так, как обычно вы играете дома. Не ставьте никаких обучающих задач, просто играйте». После подачи инструкции исследователь уходил из игровой комнаты, оставляя только штатив с небольшой камерой, что способствовало созданию максимально комфортных условий для игры диады.

По завершении видеозаписи проходила беседа с родителем о том, что в данной игре было для него особенно важным и приятным, а что, возможно, встревожило. Исследователи задавали уточняющие вопросы и давали общие рекомендации для улучшения взаимодействия с ребенком.

### Заключительный этап исследования. Результаты и их интерпретация

Согласно методике «Оценка детско-родительского взаимодействия», для оценки уровня отзывчивости матери и коммуникативных маркеров ребенка мы разбивали видеозапись на пятиминутные сюжеты, что позволило увидеть динамические изменения в демонстрации поведенческих маркеров в диаде при сравнении трех этапов. Для визуализации полученных данных были составлены графики (см. рис. 1, рис. 2, рис. 3).

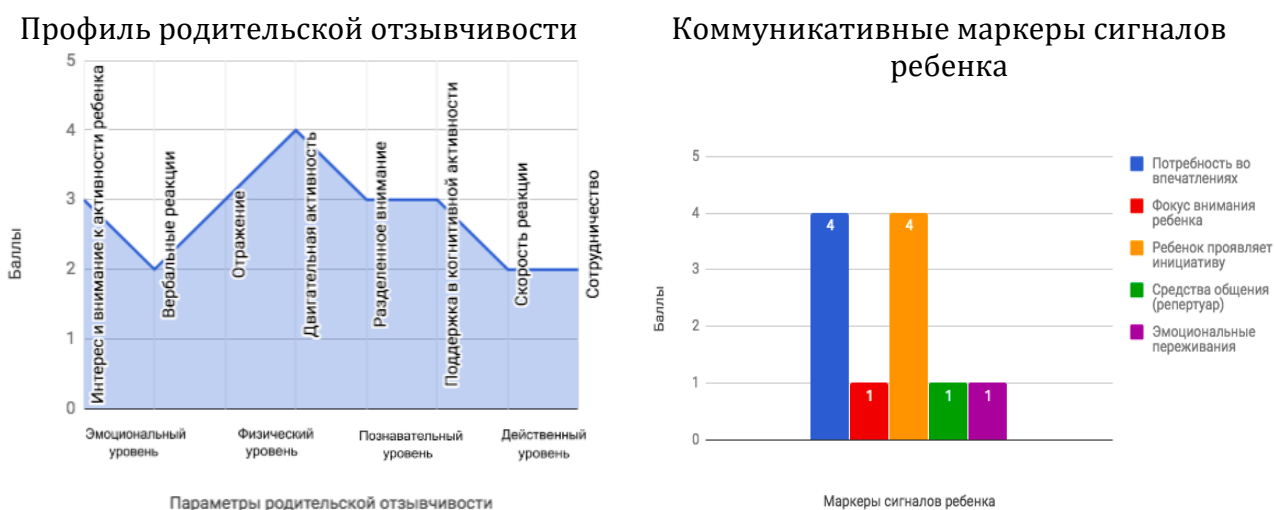
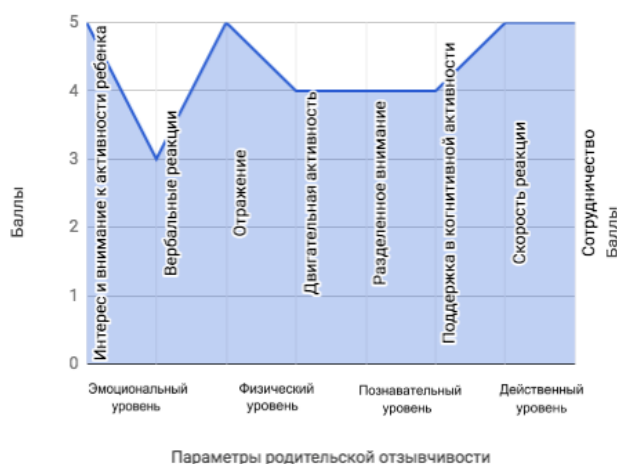


Рис. 1. Профили родительской отзывчивости матери и коммуникативных маркеров сигналов ребенка на первом этапе

Оценивая графики, видно зависимость между степенью выраженности показателей родительской отзывчивости и коммуникативными сигналами ребенка

на протяжении трех этапов. Наиболее выраженные качественные изменения показателей родительской отзывчивости наблюдались на физическом уровне, особенно для параметра «синхронизация действий с ребенком». На первом этапе взаимодействие было организовано напротив друг друга за столом, и родитель не демонстрировал попыток отражать поведение ребенка (см. рис. 1). В течение второго этапа мать постоянно отражала мимику, жесты ребенка, описывала его эмоциональное состояние (см. рис. 2). На третьем этапе показатели родительской отзывчивости снижаются (см. рис. 3).

### Профиль родительской отзывчивости



### Коммуникативные маркеры сигналов ребенка

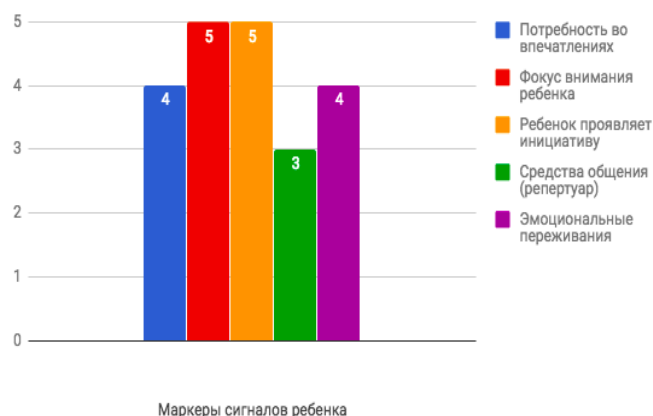


Рис. 2. Профили родительской отзывчивости матери и коммуникативных маркеров сигналов ребенка на втором этапе

### Профиль родительской отзывчивости



### Коммуникативные маркеры сигналов ребенка

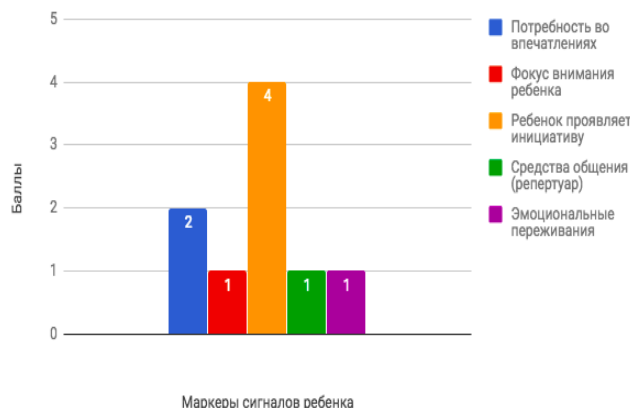


Рис. 3. Профили родительской отзывчивости матери и коммуникативных маркеров сигналов ребенка на третьем этапе

Значительные изменения наблюдались на действенном уровне. Анализируя поддержание инициатив родителем на первом этапе, видно, что из шестнадцати инициатив ребенка (открыть банку с монетами, взять горсть монет, потрясти банку и пр.) только две были поддержаны мамой, что составило 12,5% инициатив. Интересным является то, что на 3 мин 22 сек, мама поменяла положение и села по правую руку от ребенка, продолжая давать ему указания по манипуляциям с предметом, после чего мальчик оттолкнул ее, продолжая играть самостоятельно. На втором этапе родитель в большей степени следил за проявлением инициативы ребенка: из тринадцати инициатив было поддержано десять, что составляет 76%. Также мама постоянно создавала возможности для интеракций с ребенком: наклонялась, подключалась к деятельности ребенка, давала ему положительные формы обратной связи (хвалила, смеялась, щекотала).

Оценивая эмоциональный уровень, можно отметить двадцатикратное использование родителем простых форм обратной связи («молодец», «умница», «хорошо», «здорово») в течение первых пяти минут (в среднем один раз в 11,5 сек). Данные формы не включали указания на действия, которые использовал ребенок, или их характеристики. Родитель, скорее всего, старался максимально проявлять социально-желательное поведение (чрезмерная похвала, неестественность реакций). На втором этапе количество позитивных форм обратной связи снизилось до 11 за пятиминутный отрезок, но качественно улучшилось, например: «ничего себе ты придумал», «здорово ловишь пузыри» и т.п. На третьем этапе мама использовала только инструкции к деятельности, без подачи обратной связи ребенку.

Оценивая познавательный уровень на первом этапе, мы наблюдали, что внимание мамы в большей степени направлено на организацию правильно повторяющихся манипуляций с игрушками (сбор монет, мозаика). Прослеживалась четкая установка мамы на директивное обучающее взаимодействие (например, мама комментировала: «сейчас занимаемся», «учись давай», «нам нужно вставить эту штуку»). При попытке ребенка внести разнообразие в предложенную деятельность мать блокировала действия и физически помогала сыну вернуться к осуществлению повторяющихся манипуляций, согласно определенным ранее обучающим задачам. На втором этапе мама в большей степени следила за инициативой ребенка, подключалась к его деятельности, умеренно приносила новые элементы. На третьем этапе наблюдались лишь директивные инструкции в поведении родителя.

В профилях коммуникативных сигналов ребенка наблюдалась чувствительность к изменениям родительской отзывчивости. Произошли увеличение всех показателей на втором этапе и возвращение к первоначальному уровню на третьем этапе. Так, в первые пять минут наблюдался один непродолжительный эпизод зрительного контакта между матерью и ребенком (параметр «Фокус внимания ребенка»). В то время как на втором этапе наблюдалось четыре эпизода зрительного контакта между матерью и ребенком. И более пяти раз происходили возможности для зрительного контакта, но мы не могли их наблюдать

(положение лиц в диаде не захватывалось камерой). На третьем этапе ребенок вновь действовал автономно от матери, зрительных контактов не было.

В первые пять минут наблюдался один случай использования ребенком лепета в виде просьбы (ребенок тянулся к предмету и использовал лепет, 4 мин 23 сек), ребенок получил комментарий о том, что просьбу услышали, но мама не предоставила желаемое, а помогла вернуться к обучающей деятельности. Один раз наблюдалась улыбка, направленная в пространство, перед попыткой уйти из-за стола. На протяжении второго этапа ребенок проявлял слабо выраженные средства общения, но количество используемых средств значительно увеличилось (с 1 до 3) по сравнению с первым этапом. На протяжении второго этапа наблюдались четыре случая использования ребенком лепета в виде просьбы (ребенок тянулся к предмету и использовал лепет, с вербальной подсказкой мамы). В этом периоде ребенок четыре раза притягивал к себе маму, инициируя тактильное взаимодействие. Далее наблюдалось снижение показателей.

Анализируя полученные данные, было ясно, что у мамы в репертуаре поведения есть реакции, демонстрирующие родительскую отзывчивость. Одновременно с этим присутствовала установка на организацию обучения ребенка за столом и игнорирование преимуществ игрового взаимодействия для реализации обучающих задач. Перед собой мы ставили задачу показать родителю ресурсы использования определенных моделей поведения для формирования коммуникативного поведения ребенка, оценивая индивидуальную чувствительность коммуникативного поведения ребенка к изменениям в поведении матери. Для реализации данных задач мы составили письменные рекомендации с указанием позитивных примеров взаимодействия и ссылкой на время на видео. Некоторые выдержки из индивидуальных рекомендаций:

«...На протяжении взаимодействия с малышом вы стараетесь регулярно давать ему обратную связь, но не всегда эффективно (малыш не обращает на это внимание, не ждет вашей реакции). Для повышения эффективности обратной связи старайтесь предоставлять ее “за дело”, включать указание действия, его характеристики (например, “ты так быстро забрасываешь монетки”, “ты так внимательно собираешь”). Особенно хорошо вы использовали этот прием на 5 мин 10 сек. Обратите внимание, как С. смотрит на вас и улыбается...».

«...На 8 мин 35 сек вы активно следуете за призывом малыша подключиться к игре в кресле и располагаетесь в зоне его видимости. Ребенок внимательно смотрит на вас, его взгляд сосредоточен на вашем лице, он улыбается, также значительно увеличивается количество вокализаций по сравнению с предыдущей деятельностью...».

## Выводы

Взаимодействие рассматривается как циклический процесс взаимосогласованных действий его субъектов. Для осуществления анализа взаимодействия родителя и ребенка с РАС раннего возраста необходимо

рассмотреть особенности коммуникативного поведения каждого из субъектов и выявить особенности их взаимовлияния.

Коммуникативное поведение детей с РАС требует тщательного подсчета коммуникативных сигналов, учитывая их слабую выраженность и стертость проявлений. Особенности проявлений нарушений в области социального взаимодействия и коммуникации в большей степени требуют фокусировки на индивидуальной чувствительности и динамике изменений коммуникативных маркеров ребенка, тренинга родителей в распознавании и интерпретации стертых коммуникативных реакций ребенка. Специфические особенности интересов и деятельности ребенка с РАС требуют повышенной чувствительности родителя к фокусу внимания ребенка, к организации физического пространства и правил взаимодействия.

Результаты качественного анализа видеозаписи взаимодействия на трех этапах позволяет осуществить оценку динамических изменений поведенческих маркеров, их чувствительности друг к другу и сформулировать индивидуальные рекомендации. Данный подход к анализу позволяет учитывать индивидуальные характеристики субъектов, актуальный репертуар поведенческих реакций и использовать имеющиеся ресурсы для организации эффективного взаимодействия и определения текущих обучающих целей.

Бесспорно, данные, полученные в ходе нашего поискового исследования, еще не могут рассматриваться самостоятельно, а лишь в комплексе с результатами стандартизированных диагностических исследований.

## Литература

1. *Баенская Е.Р.* Мы: общение и игра взрослого с младенцем: Книга для родителей / под ред. Е.Р. Баенской, Ю.А. Разенковой, И.А. Выродовой. М.: Полиграф сервис, 2002. 132 с.
2. *Галасюк И.Н., Шинина Т.В.* Методика «Оценка детско-родительского взаимодействия» Evaluation of child-parent interaction (ЕСPI). М.: Перспектива, 2017. 304 с.
3. *Нестерова А.А., Айсина Р.М., Сулова Т.Ф.* Руководство для родителей ребенка с расстройством аутистического спектра: вопросы самопомощи и социального развития ребенка. М.: РИТМ, 2016. 203 с.
4. *Стребелева Е.А.* Коррекционная помощь детям раннего возраста / под общ. ред. Е.А. Стребелевой. 3-е изд. М.: Экзамен, 2007. 127 с.
5. *Фролов С. С.* Общая социология: учебник. М.: Проспект, 2011. 384 с.

Рубченя С.Л. Динамические характеристики взаимодействия как основа формирования рекомендаций для семьи с ребенком раннего возраста с расстройствами аутистического спектра  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 2. С. 162–173.

*Rubchenia S.L. Recommendations on the Dynamic Characteristics of Interaction for Families with Toddlers with Autism Spectrum Disorders*  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 2, pp. 162–173.

6. *Asan O., Montague E.* Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions // *Journal of Innovation in Health Informatics*. 2014. Vol. 21. № 4. P. 161–170. doi: <http://dx.doi.org/10.14236/jhi.v21i4.72>

7. *Jones E., Gliga T., Bedford R., Charman T., Johnson M.* Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014. №39. P. 1–33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.001>

8. *Picles A.* Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial // *The Lancet*. 2016. №10059. Vol. 388. №10059. P.2501–2509. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31229-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31229-6)

9. *Ozonoff S., Iosif A., Baguio F., Cook I., Hill M., Hutman T., Rogers S., Rozga A., Sangha S., Sigman M., Steinfeld M., Young G.* Prospective Study of the Emergence of Early Behavioral Signs of Autism // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010. Vol. 49. № 3. P. 256–266. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.009>

# Recommendations on the Dynamic Characteristics of Interaction for Families with Toddlers with Autism Spectrum Disorders

**Rubchenia S.L.,**

*Assistant lecturer department of special pedagogic of Institute of Special education Belorussian State Pedagogical University named after Maxim Tank, Minsk, Republic of Belarus, svetarubchenya@gmail.com*

---

The article describes the application of the "Evaluation of Child-Parent Interaction (ECPI)", which aims to identify the individual sensitivity of children's communicative markers to a change in parental behaviour based on dynamic characteristics' analyses. The article describes in detail the case of using this technique for a parent and child dyad of 2.8 years with a diagnosis of an autism spectrum disorder with the aim of making individual recommendations. According to recent studies, specific features of social and communicative skills are manifested in the interaction of children with autism spectrum disorders (ASD) with a significant adult already in the first year of life. The lack of work devoted to identifying the characteristics and characteristics of the behavior of the parent and child. To study the characteristics of the interaction, it is not enough to study certain characteristics of the subjects individually, it is necessary to observe the partners in the interaction. The subject of the study was the peculiarities of the interaction of a parent and an early child with ASD in the process of spontaneous play. The article describes the application of the "Evaluation of child-parent interaction (ECPI)" method, which is aimed at revealing the individual sensitivity of communicative markers of the child to a change in parental behavior on the basis of the analysis of dynamic characteristics. The article describes in detail the case of using this technique for a parent and child dyad of 2.8 years with a diagnosis of an autism spectrum disorder with the aim of making individual recommendations. In conclusion, the possibilities and limitations of the applied method for children of this category are reflected. In conclusion, the possibilities and limitations of the applied method for children of this category are reflected.

**Keywords:** autism spectrum disorders, early age, video-research.

---

## References

1. Baenskaja E.R. My: obshhenie i igra vzroslogo s mladencem: Kniga dlja roditelej [We: communication and the game of an adult with a baby: A book for parents]. Moscow: Poligraf servis, 2002. 132 p. (In Russ.).
2. Galasjuk I.N., Shinina T.V. Metodika «Ocenka detsko-roditel'skogo vzaimodejstvija» Evaluation of child-parent interaction (ECPI) [Method "Evaluation of child-parent interaction" Evaluation of child-parent interaction (ECPI)]. Moscow: Perspective, 2017. 304 p. (In Russ.).
3. Nesterova A.A., Ajsina R.M., Suslova T.F. Rukovodstvo dlja roditelej rebenka s rasstrojstvom autisticheskogo spektra: voprosy samopomoshhi i social'nogo razvitija rebenka [A guide for parents of a child with an autism spectrum disorder: self-help and child development issues]. Moscow: RHYTHM, 2016. 203 p. (In Russ.).
4. Strebeleva E.A. Korrekcionnaja pomoshh' detjam rannego vozrasta [Correction help for young children] Moscow: Exam, 2007. 127 p. (In Russ.).
5. Frolov S. S. Obshhaja sociologija: uchebnik [General sociology: a textbook] Moscow: Prospekt, 2011. 384 p. (In Russ.).
6. Asan O., Montague E. Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. *Journal of Innovation in Health Informatics*. 2014, vol. 21, no. 4, pp. 161–170. doi: <http://dx.doi.org/10.14236/jhi.v21i4.72>
7. Jones E., Gliga T., Bedfordc R., Charmanb T., Johnsona M. Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2014, no. 39, pp. 1–33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.001>
8. Picles A. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2016, vol. 388, no. 10059, pp. 2501–2509. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31229-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31229-6)
9. Ozonoff S., Iosif A., Baguio F., Cook I., Hill M., Hutman T., Rogers S., Rozga A., Sangha S., Sigman M., Steinfeld M., Young G. Prospective Study of the Emergence of Early Behavioral Signs of Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010, vol. 49, no. 3, pp. 256–266. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.009>