

РАЗДЕЛ 4

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ИНФОРМАЦИОННУЮ ЭПОХУ

Раздел, посвященный проблемам психического здоровья детей и молодежи в современном мире, оказался одним из самых больших по количеству участников и опубликованных материалов, что, безусловно, отражает высочайшую актуальность проблематики. Блюма Вульфовна во всех сборниках по патопсихологии всегда уделяла внимание вопросам детской патопсихологии, детского психического здоровья. В этом отношении настоящая конференция, приуроченная к 120-летию со дня рождения Б.В. Зейгарник, продолжает традиции, заложенные классиком. Материалов, относящихся к «привычной» детской патопсихологии, немного, но полностью представлено современное расширение проблем и сфер интересов, областей деятельности клинических психологов. Изменившаяся общая культурно-историческая ситуация и индивидуальные социальные ситуации развития отражаются в тех ключевых проблемах, вокруг которых можно сгруппировать материалы данного раздела:

- Детско-родительские отношения и проблемы семьи, имеющей «особого» ребенка.
- Вопросы кризисов развития и их значение как факторов риска для психического здоровья.
- Суицидальное поведение, факторы и риски его возникновения у детей, подростков и молодежи, возможность предупреждения, профилактики и помощи.
- Оценка разных типов дизонтогенеза в современной ситуации увеличения определенных вариантов отклонений (расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания с гиперактивностью), снижения количества других (умственная отсталость), изменение клинической картины третьих (шизофрения и другая психическая патология).
- Новые области приложения клинико-психологического анализа в детстве (перинатальная психология, вопросы влияния или последствий экстракорпорального оплодотворения на психическое развитие детей, рожденных с помощью этой процедуры и др.).
- Интернет и психическое здоровье детей и подростков.
- Возрастно-специфическая патология детства и юности, ее риски для психического здоровья.
- Новые взгляды на раннее развитие с позиций формирования психического здоровья/патологии и многое другое.

Отрадно, что представлены в большинстве своем эмпирические и экспериментальные исследования, есть сообщения о работе разнообразных центров помощи детям, новых средствах диагностики, абилитации, реабилитации и коррекции, затрагиваются вопросы дифференциальной диагностики в детской клинической патологии. Также раздел включает и описание отдельных случаев, как иллюстрации психологической квалификации разных видов патологии, подхода в работе, вида диагностики и др. Отдельной строкой хочется выделить работы, отражающие организационные вопросы работы психологов, отдельных центров, или в научно-практической работе по проблематике болезни (травмы, стресс, дизонтогенез, нозология).

Раздел включает и работы, где исследование сосредоточено на проблемах обучающейся молодежи (студентов), детей на разных уровнях и программах образовательной траектории. Последнее особенно важно в свете современного инклюзивного образования.

Есть и теоретические работы, представляющие подходы к уже существующим проблемам нарушенного или особого развития ребенка, или новым, возникающим у нас на глазах.

Широко представлена география авторов материалов (Россия, Узбекистан, Украина, Белоруссия, Финляндия и др.). Варьируется масштаб представленных выборок, многосторонности обследования, своеобразия и новизны дизайна исследований, однако все они вносят свой вклад в картину психического здоровья и его нарушений у детей и молодежи в современной цифровой (и не только!) эпохе.

Благодарим всех участников за желание поделиться результатами своих исследований, практической работы, теоретических размышлений. Сплав науки и практики, междисциплинарность проводимых исследований отражают «смежный» (по выражению Б.В.Зейгарник) характер патопсихологии (и современной клинической психологии!), в том числе в детской клинической психологии.

***Наталья Владимировна Зверева, к.псх.н.**
профессор кафедры нейро- и патопсихологии
развития факультета клинической и
специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ;
ведущий научный сотрудник отдела
медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ*

Особенности суицидальных тенденций у подростков

Абдуллаева В.К., Бабаракхимова С.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ключевые слова: подростки; эмоциональные расстройства; суицидальное поведение; самоповреждения

Features Of Suicidal Tendencies In Adolescents

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: adolescent; emotional disorders; suicide behavior; self-harm

Введение: усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [1;3]. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях зарубежные и отечественные психиатры и психологи [2;4;5].

Цель исследования: изучить особенности формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: в группу исследования вошли 86 подростков в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга, а для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых использован ПДО А.Е. Личко.

Результаты исследования и обсуждения: по данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46 %) и эмоциональное отвержение (25,5 %). Реже встречались семьи с гиперпротекцией – доминирующей (14 %) и потворствующей (10 %), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5 %). При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, забо-

ты и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. При этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующую гиперпротекцию установили, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка. Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции. При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, которым уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими, несоразмерными вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков. С помощью опросника Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10 %), психастенический тип личности у 22 больных (25,5 %), лабильный тип был выявлен в 46 % случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14 %), в 4,5 % случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного

расстройств у 71 % пациентов, в 29 % случаев – депрессивное расстройство средней степени. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69 %), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23 %). Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15 % обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42 % обследуемых, в 1/3 (33 %) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Основными причинами суицидальных тенденций были проблемы во взаимоотношениях с родителями (50 % случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25 %), конфликты со сверстниками (15 %), внутриличностные проблемы (10 %).

Выводы: таким образом, проведенное исследование установило, что неблагоприятный психоэмоциональный фон является предрасполагающим фактором в формировании суицидальных тенденций у подростков в силу их незрелости в личностном плане и наличие стилей неправильного родительского воспитания в дисфункциональных и деструктивных семьях способствует развитию суицидального риска.

Литература

1. *Абдуллаева В.К.* Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал № 6(52) март 2019. С. 54–59.
2. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей. /Актуальные вопросы психического здоровья /Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015 – С. 12–18.
3. *Искандарова Ж.М., Бабарахимова С.Б.* Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. 2016. № 11–12. С.98–100.
4. *Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52–55
5. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24–27.

Успех работы полипрофессиональной команды в реабилитации детей с особенностями ментальной сферы

Абрамов К.В., Астафьева А.С., Ермакова М.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Ключевые слова: дети и подростки, ментальные нарушения, реабилитация, социализация, блиц-осмотр, полипрофессиональная команда

The success of the polyprofessional teams in the rehabilitation of children with the peculiarities of the mental sphere

Abramov K.V., Astafieva A.S., Ermakova M.V.

SBHI of city Moscow “Scientific-practical center of mental health of children and adolescents in the name of G. E. Sukhareva health department of the city of Moscow”

Keywords: children and adolescents, mental disorders, rehabilitation, socialization, blitz examination, polyprofessional team

Глобальным трендом в сфере психического здоровья является создание полипрофессиональной команды для оказания помощи пациентам. Такой подход является более эффективным в связи с тем, что у команды специалистов есть возможность увидеть особенности функционирования пациента на разных уровнях: биологическом, психологическом, микро – и макро – социальном.

В нашей работе мы поделимся опытом Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ по внедрению данного подхода.

В нашем центре создано отделение Реабилитации, Адаптации и Социализации (РАС), среди ключевых принципов работы которого – подключение полипрофессиональной команды. Для создания системной и эффективной программы реабилитации на базе отделения РАС разработана процедура диагностики и построения коррекционно-развивающего маршрута для ребенка и его семьи – блиц-осмотр.

Необходимость этой процедуры обусловлена тем, что в реабилитацию каждого пациента в среднем включено 7 специалистов разных профилей: врач-психиатр, клинический психолог (нейропсихолог), патопси-

холог), семейный психолог, арт-терапевт, инструктор АФК, логопед, дефектолог, воспитатель.

Блиц-осмотр – часовое структурированное мероприятие, на котором присутствует пациент с родителями или законными представителями, лечащий врач пациента, специалисты разных направлений и профилей.

Блиц-осмотр состоит из нескольких этапов:

1. Краткое ознакомление с анамнезом пациента до приглашения семьи;
2. Обозначение для семьи состава команды специалистов, описание процедуры осмотра, его целей и задач;
3. Структурированный вопрос семьи, включающий формулирование основных трудностей, ожиданий от госпитализации, общие сведения о семье;
4. Последовательные вопросы от каждого специалиста семье и/или пациенту;
5. Резюмирование и обратная связь для семьи;
6. Групповое обсуждение случая всеми специалистами в отсутствие семьи, определение направления, количества и частоты занятий.

Для проведения блиц-осмотра важно наличие просторного кабинета с безопасной богатой сенсорной средой. Ребенок может делать в кабинете то, что он хочет: играть один или со взрослым, рассматривать материалы, пользоваться спортивным инвентарем и так далее. Параллельно с расспросом, частью диагностической процедуры является включение специалистов во взаимодействие с ребенком и наблюдение за его спонтанной деятельностью. При таком одновременном описании родителями трудностей ребенка и игрой специалистов с ним, удастся в реальном времени сформулировать и проверить диагностические гипотезы.

Преимущества блица заключаются в том, что:

1. Каждый специалист интерпретирует совместно наблюдаемый феномен с позиции своего подхода и в итоге процедуры мы получаем более полное, объемное и системное видение пациента и его ситуации.
2. По итогу осмотра команда специалистов имеет возможность выработать общую стратегию коррекционной работы и разделить зоны ответственности с учетом рекомендаций смежных специалистов по взаимодействию с ребенком и его семьей.
3. Совместный блиц-осмотр позволяет в сжатые сроки приступить к коррекционно-реабилитационной работе, не затрачивая время каждого специалиста в отдельности на сбор анамнеза и прояснение запроса. Это имеет решающее значение в связи с ограниченными сроками госпитализации.
4. Родители с самого начала госпитализации включаются в сотрудничество не только с лечащим врачом, но и с другими специалистами, что помогает им лучше ориентироваться в направлении работы каж-

дого специалиста, систематизировать запрос и увидеть пути его реализации. Все это вкупе способствует повышению комплаентности.

5. Уже по итогам одной процедуры родитель получает развернутую обратную связь, касающуюся особенностей, трудностей, ресурсов и адаптационного потенциала.

Преимущества блиц-осмотра во многом обеспечены подбором тематических блоков вопросов для этапа структурированного расспроса. Их особенностью является то, что информация, полученная из ответов может быть использована специалистом каждого профиля для выдвижения и проверки диагностических гипотез в своей области, а также выделения направления индивидуальной и групповой коррекционной работы. В качестве примера такого тематического блока можно привести: «Интересы ребенка», включающего вопросы относительно содержания, разнообразия и устойчивости интересов; «Эмоциональная сфера», включающего вопросы относительно уместности и силы эмоциональных реакций, способности к дифференциации и номинации своих и чужих эмоциональных состояний, динамики эмоционального состояния, навыков эмоциональной регуляции.

Таким образом, успех работы полипрофессиональной команды обусловлен возможностью рассматривать нарушения пациента с разных точек зрения и опираясь на разные научные парадигмы, а затем обобщать полученные данные и объединять их в общую концепцию. Далее, опираясь на общее видение, выстраивать комплексный и внутренне непротиворечивый реабилитационный маршрут для пациента и его семьи.

Влияние насилия в детском возрасте на формирование аутоагрессивного поведения

*Абрамова А.А., Кузнецова С.О.,
Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г.*
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
aida-abramova@yandex.ru

Ключевые слова: насилие, аутоагрессия, самоповреждение

Influence of violence in childhood on the formation of autoaggressive behavior

*Abramova A.A., Kuznetsova S.O.,
Enikolopov S.N., Efremov A.G.*
FSBSI “Mental Health Research Center”
aida-abramova@yandex.ru

Keywords: violence, auto-aggression, self-harm

Введение. Актуальность данного исследования продиктована постепенно увеличивающимся количеством исследований в медицинской и психологической науке, посвященным исследованию особенностей самоповреждающего поведения и аутоагрессии норме и при психических расстройствах [1, 2]. Многие исследователи показывают значимые корреляции между физическим и сексуальным насилием, случившемся в детстве, с различными формами аутоагрессивного поведения в более старшем возрасте. Следует отметить, что в современном обществе число аутоагрессоров молодого возраста увеличивается с каждым годом, также растет количество совершения повторных попыток самоповреждений. При этом юношеский возраст наиболее сильно подвержен данным тенденциям, именно в этом возрасте отмечаются самые разнообразные формы и степени аутоагрессивного поведения и рост тенденции к повторному совершению самоповреждений.

Цель нашего исследования состояла в изучении взаимосвязи между пережитым в детстве сексуальным злоупотреблением (насилием) и формами, выраженностью аутоагрессии, наличием самоповреждающего поведения, расстройствами пищевого поведения, наличием суицидальных мыслей и неудовлетворенностью собственным телом у людей в более старшем возрасте. Мы опираемся на предположение о том, что сниженное чувство собственного достоинства, выступающее как результат неудовлетворенности собственным телом, будет служить свя-

зующим звеном между пережитым в детстве насилием и проявлениями аутоагрессивного поведения во взрослом возрасте.

Материал и методы. В нашем исследовании участвовали 113 человек юношеского возраста, из них 104 девушки и 9 юношей. Средний возраст испытуемых составил 19,9 лет (стандартное отклонение – 5,2). Испытуемые отбирались в рамках плановой диспансеризации абитуриентов и студентов нескольких вузов г. Москвы. Испытуемые заполняли в электронном виде анонимные опросники, обязательно указывая демографические данные, а также информацию о частоте, дате начала, длительности и способах аутоагрессивного поведения. Участие в исследовании было добровольным.

В данном исследовании нами были использованы методы опроса, субъективного шкалирования и математический анализ. Для сбора первичной информации была написана соответствующая программа на языке программирования Visual Basic (версия 6.0). Исходя из цели исследования, нами были использованы следующие методики: 1) краткая методика фиксации нарушений пищевого поведения (The SCOFF Questionnaire), 2) шкала измерения степени неудовлетворенности имиджем тела (The Body Satisfaction Scale), 3) шкала самоповреждающего поведения, 4) шкала фиксации пережитых травм детства (краткая форма), 5) шкала оценки частоты появления суицидальных мыслей (The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory). Математическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием основных базовых статистических процедур и процедуры анализа дисперсий one-way ANOVA.

Результаты. Согласно результатам, полученным в нашем исследовании, испытуемые, имеющие пережитое в детстве сексуальное насилие, статистически значимо чаще ($p < 0,05$) говорят и о других различных травмирующих моментах пережитого опыта, эмоциональном злоупотреблении взрослыми в детстве, эмоциональном игнорировании ребенка значимыми взрослыми, а также о физическом пренебрежении, заброшенности ребенка со стороны родителей, физическом насилии со стороны значимых взрослых, по сравнению с группой испытуемых без опыта насилия в детском возрасте. В тоже время было выявлено, что такие типы самоповреждений, как порезы, удары, прижигания статистически значимо чаще присутствуют в группе испытуемых с сексуальным насилием, по сравнению с контрольной группой. При этом, еженедельно совершают акты аутоагрессивного поведения 46,9 % испытуемых из группы с сексуальным насилием. По количеству видов физических самоповреждений группы также различались, у 82,3 % испытуемых с сексуальным насилием было выявлено более двух видов физических самоповреждений.

Статистически значимые различия между исследуемыми группами были получены также по шкале нарушений пищевого поведения,

в группе аутоагрессоров выше показатели по шкале. Настоящие результаты подтверждаются данными исследований, отмечающими наличие положительных корреляций между пережитым сексуальным насилием в детском возрасте и расстройствами пищевого поведения во взрослом возрасте. Таким образом, можно сделать вывод о том, что травмирующий опыт пережитого в детстве сексуального насилия может являться фактором, связанным с формированием неудовлетворенности собственным телом, как в целом, так и отдельных частей. При этом, данная травмирующая связка пережитого насилия с образом тела (или его частей) вызывает расстройства пищевого поведения или повышает риск преднамеренного самоповреждающего поведения, имея своей целью, желание изменить форму своего тела (или какую-то его часть), уменьшив, тем самым, интенсивность переживания от травматического события.

Также, в группе испытуемых с опытом сексуального злоупотребления отмечались статистически значимые более высокие показатели риска суицидального поведения и степени наличия суицидальных мыслей, чем в группе испытуемых без злоупотребления. Таким образом, пережитый травматический опыт в детстве вызывает большое количество негативных эмоциональных переживаний, с которыми человек не может справиться, что в свою очередь приводит к аутоагрессивному поведению, которое является предиктором суицидального поведения. Важно отметить, что до сих пор остаются невыясненными дифференцирующие критерии, согласно которым одни люди, пережившие сексуальное насилие в детстве, приходят к суицидальному поведению на фоне суицидальных мыслей, а другие – на таком же фоне суицидальных мыслей – к преднамеренному самоповреждающему поведению несуйцидального характера. Исходя из результатов нашего исследования, можно выдвинуть гипотезу о том, что, преднамеренное самоповреждение может выступать в качестве альтернативы суицидальному поведению, как способ совладания с эмоциональными переживаниями, связанными с травмирующей, стрессовой, шоковой ситуацией от пережитого в раннем возрасте сексуального насилия.

Выводы. Данное исследование направлено на акцентирование внимания на проблеме влияния пережитого в детстве сексуального насилия и других форм злоупотребления на возникновение самоповреждающего поведения в более старшем возрасте, а также рассматривает пережитое сексуальное насилие в детском возрасте как фактора риска возникновения целого ряда других негативных поведенческих проявлений, сопровождающих аутоагрессию. Полученные нами результаты можно использовать для создания индивидуальных психопрофилактических программ, а также для психокоррекционной, психотерапевтической работы с детьми, подростками и людьми более старшего возраста.

Литература

1. *Масагутов Р.М.* Гендерные различия в проявлениях аутоагрессии у подростков // Вопросы психологии. 2003. № 3. С. 35–42.
2. *Остроглазов В., Лисина М.А.* Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии. 2000. № 6. С. 18–20.

Привязанность и способность к ментализации у подростков-сирот

Авакян Т.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

avakyantv@mgppu.ru

Воликова С.В.

МНИИП (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН

им. В.П. Сербского»), Москва, Россия

svetlanavv2006@yandex.ru

Ключевые слова: привязанность, подростки-сироты, ментализация, социальное познание

Attachment and mentalization in adolescent orphans

Avakyan T.V.

Moscow State University of Psychology and Education

Volikova S.V.

Moscow Research Institute of Psychiatry

(branch of the V. Serbsky FMRCPN), Russia

Keywords: attachment, adolescent orphans, mentalization, social cognition

Введение. Привязанность является важной характеристикой, тесно связанной с развитием социального познания и определяющей качество взаимоотношений с окружающими людьми [А.Б. Холмогорова, 2016; M.A.J. Zeegers et al., 2019]. Одно из направлений исследования социального познания – способность к ментализации – изучает понимание психического состояния (эмоций, чувств, намерений) других людей. Показано, что сироты хуже понимают чувства и эмоции окружающих [А.В. Хачатурова, Е.А. Сергиенко, 2009; J. Vick et al., 2017]. Процесс формирования личности подростка-сироты проходит в условиях особой социальной ситуации – проживании в учреждении, где уклад жизни коренным образом отличается от проживания в семье, что не может не оказывать влияния на дальнейшую социализацию [А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, 2009]. В связи с этим, важно исследовать, с какими факторами связаны нарушения социального познания у подростков-сирот.

Материал и методы. Для исследования влияния специфики социальной ситуации на способность к ментализации у подростков-сирот нами было выделено несколько параметров: наличие опыта жизни

в семье, возраст изъятия из кровной семьи, количество перемещений из учреждения в учреждение в течение жизни, длительность проживания в учреждении. Кроме этого оценивался тип привязанности. Выборку составили 68 подростков-сирот, воспитывающихся в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Возраст от 10 до 17 лет ($M=14$ лет). Из них 5 подростков не имели опыта жизни в семье, а 63 подростка проживали в кровной семье до помещения в учреждение. Распределение подростков по возрасту изъятия из кровной семьи следующее: 14 чел. помещены в учреждение до 3 лет, 12 чел. с 4 до 6 лет, 27 чел. с 7 до 11 лет, 15 чел. в возрасте старше 12 лет. Оценка привязанности осуществлялась с помощью «Теста привязанности», разработанного на основе классификации М. Эйнсворт (С. Hazan, P. Shaver). Испытуемому предлагалось выбрать из трех утверждений то, которое наиболее точно описывает ощущения и переживания, возникающие в процессе общения с людьми. В нашей работе избегающий и амбивалентный типы были объединены в общую группу «ненадежная привязанность», что обусловлено малочисленностью выборки. Способность к ментализации оценивалась с помощью подростковой версии теста «Чтение психического состояния по глазам» (С. Baron-Cohen), в котором необходимо определить, что чувствует изображенный на фотографии человек. Каждая фотография, представляющая собой только область глаз, сопровождается 4 вариантами ответа, из которых нужно выбрать правильный вариант. Уровень алекситимии оценивался с помощью опросника TAS-20-R (G.J. Taylor с соавт.), включающего в себя 3 субшкалы. Статистическая обработка проводилась методом двухфакторного дисперсионного анализа 2-way ANOVA (3x2).

Результаты. Количество подростков-сирот с надежной привязанностью составило 37 человек, а с ненадежной – 28. Было обнаружено, что тип привязанности совокупно с возрастом изъятия из кровной семьи оказывают влияние на способность к ментализации в дальнейшем ($p=,008^{**}$). Так наибольший дефицит способности к пониманию психического состояния другого человека наблюдается у подростков с ненадежной привязанностью, изъятых из кровной семьи в раннем (до 3 лет) возрасте. А среди подростков с надежной привязанностью лучше с задачей на ментализацию справляются те, кто был изъят из семьи в раннем возрасте, по сравнению с подростками-сиротами, поступившими в учреждение в дошкольном и школьном возрасте. Можно предположить, что надежная привязанность выступает в качестве основы для более успешного развития ментализации.

Длительность проживания в учреждении (более 5 лет или менее 5 лет) в совокупности с типом привязанности не обнаруживает различий в способности к ментализации. Однако получено различие в трудностях с описанием собственных чувств другим людям. Так, у подростков-си-

рот с надежной привязанностью больше трудностей в описании своих чувств среди тех, кто длительно проживает в учреждении, более 5 лет. Проживая в учреждении, подросток реже обращается к своим чувствам, меньше говорит о своих переживаниях с другими. Долго проживая в институциональной системе, подросток медленней развивает рефлексивные навыки, ему становится сложнее определять свое состояние и подбирать нужные слова для описания другому человеку. У подростков-сирот с ненадежной привязанностью наоборот – труднее описать свои чувства и состояние тем, кто проживает в учреждении менее 5 лет. Вероятно, выявленные затруднения связаны с медленно перерабатываемым стрессом, вызванным изъятием из семьи или переводом в новое учреждение – резко поменявшийся порядок жизни приводит к необходимости адаптироваться к новому окружению, привыкнуть к новым правилам и ограничениям. Подросткам с ненадежной привязанностью требуется больше времени для переживания такого сильного стресса, чем подросткам с надежной привязанностью. Значительно больше ресурсов нужно для того, чтобы почувствовать себя в безопасности и описывать окружающим людям свое внутреннее состояние. Кроме этого с помощью корреляционного анализа показано, что чем чаще подросток перемещался из одного учреждения в другое в течение жизни, тем выше общий показатель алекситимии и тем меньше удовольствия от общения с окружающими людьми он получает.

Выводы. Таким образом, специфические характеристики социальной ситуации подростков-сирот (возраст изъятия из кровной семьи, длительность проживания в учреждении) в совокупности с типом привязанности оказывают влияние на развитие компонентов социального познания. Эти данные важно учитывать при составлении коррекционных программ и в реабилитационной работе с подростками, проживающими вне семьи.

Литература

1. Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе [Текст] / под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: НЕОЛИТ, 2016. – 312 с.
2. Прихожан, А. М., Толстых, Н.Н. Особенности развития личности детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации [Текст] / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 3. – С. 5–12.
3. Хачатурова, А. В., Сергиенко, Е.А. Становление модели психического в условиях семейной депривации [Текст] / А.В. Хачатурова, Е.А. Сергиенко // Психология. Журнал ВШЭ. – 2009. – № 2. – С. 161–172.
4. Bick, J., Luyster, R., Fox, N. A., Zeanah, C. H., Nelson, C.A. Effects of early institutionalization on emotion processing in 12-year-old youth [Text] / J. Bick, R. Luyster, N.A. Fox, C.H. Zeanah, C.A. Nelson //

Dev. Psychopathol. – 2017. – Vol. 29. – P. 1749–1761. -doi: 10.1017/S0954579417001377.

5. *Zeegers, M. A. J., Meins, E., Stams, G.-J. J. M., Bögels, M. S., Colonnesi, C.* Does attachment security predict children's thinking-about-thinking and thinking-about-feeling? A meta-analytic review [Text] / M. A.J. Zeegers, E. Meins, G.-J. J.M. Stams, M.S. Bögels, C. Colonnesi // *Developmental review.* – 2019. – 54. DOI: 10.1016/j.dr.2019.100885

Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия матерей с детьми дошкольного возраста, с учетом объективных и субъективных составляющих жизненной ситуации

Александрова О.В.

ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербург, Россия

al-ov@bk.ru

Петрасова Е.Г.

ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербург, Россия, Финляндия

elena.petrasovapsy@gmail.com

Ключевые слова: болезнь, ребенок, родители, оценка ситуации, родительское отношение

Emotional side of the parent-child interaction between mothers and preschool children, taking into account the objective and subjective components of the life situation

Alexandrova O.V.

Herzen State Pedagogical University

of Russia, Saint Petersburg, Russia

Petrosova E.G.

Herzen State Pedagogical University of

Russia, Saint Petersburg, Russia, Finland

Keywords: illness, child, relative, situation assessment, parents' attitude

Введение. Система детско-родительских отношений является важным показателем социально-психологической адаптации ребенка к особенностям той жизненной ситуации (ЖС), в которой находится семья. Поскольку при взаимодействии родителя и ребенка наиболее активной стороной является именно взрослый человек, родитель, который целенаправленно организует данное взаимодействие и направляет его, встает вопрос – какое значение на этот процесс оказывает комплекс субъективных и объективных составляющих ЖС, где к первым относят средовые значимые для человека условия, а ко вторым – особенности отношения субъекта к ним и к самому себе в этих условиях [2]. Исходя из

этого, мы предположили, что неоднозначность отражения объективной ситуации в ее субъективной репрезентации матерями дошкольников, соотносится со степенью выраженности характеристик, относящихся к эмоциональной стороне детско-родительского взаимодействия.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 74 женщины, имеющие в семье детей дошкольного возраста от 3 до 6 лет. В группу матерей, находящихся в объективно трудной ЖС (группа № 1), вошли матери ($n=24$) в возрасте от 19 до 40 лет с детьми (средний возраст детей $M=4,26$ лет) с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями. Нормативная выборка (обыденная ЖС) представлена русскоязычными женщинами ($n=50$) в возрасте от 19 до 40 лет из России и из-за рубежа, с условно здоровыми детьми (средний возраст детей $M=4,9$ лет). Из них: женщины, проживающие в России ($n=33$; $M=29,48$ лет) – группа № 2; женщины из Финляндии ($n=17$; $M=30,71$ лет) – группа № 3. В качестве контрольной выборки использовались данные, приведенные в литературе ($n=104$) [2].

Субъективное отражение текущей ЖС исследовалось с помощью авторской анкеты и методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» О.В. Александровой, И.Б. Дермановой («СДЖС»). Сбор биографические данных также производился с помощью анкеты, а для выявления выраженности основных параметров родительского отношения к ребенку, использовался опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой («ОДРЭВ»). Математическая обработка результатов проводилась с помощью методов описательной статистики, U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. В объективно трудной ЖС, обусловленной длительной неизлечимой болезнью ребенка, для матерей (группа № 1), в среднем, не характерен ярко выраженный дефицит какой-либо характеристики эмоциональной стороны взаимодействия («ОДРЭВ»). Исключение: матери недостаточно понимают чувства и желания ребенка на уровне ниже критериального значения по методике ($M=3,017$ и $M=3,2$), а стремление физически контактировать со своим ребенком (обнимать, держать за руку), напротив, превышает средние значения ($M=4,11$ и $M=4,033$) [2].

Для последующего анализа родительского отношения матерей, находящихся в объективно нормативной ЖС, были обследованы русскоязычные женщины, проживающие в России и за рубежом. Им было предложено оценить основные сферы своей жизни по десятибалльной шкале. Обнаружено: матери из России (группа № 2), в сравнении с женщинами из зарубежной выборки (группа № 3), воспринимают текущую ЖС как менее благополучную. А именно: общее состояние оценивается ими как менее позитивное ($M=4,91$ и $7,59$; при $p=0,000$); они в меньшей степени удовлетворены своим финансовым ($M=3,7$ против $6,88$; при $p=0,000$) и социальным положением ($M=5,52$ и $M=6,88$; при $p=0,041$). Эмоциональная ($M=5,33$ и $M=7,12$; при $p=0,037$), интимная ($M=5,33$ и

$M=7,24$; при $p=0,002$) и профессиональные ($M=4,61$ и $6,71$; при $p=0,007$) стороны жизни воспринимаются ими как менее успешные, а возможности личностного роста, как недостаточные ($M=5,33$ и $7,24$; при $p=0,002$) (анкета). Уровень эмоционального переживания ($M=29,48$ и $M=17,76$; при $p=0,007$) и энергетический заряд ситуации ($M=28,80$ и $M=19,09$; при $p=0,024$), а также ощущение владения ситуацией ($M=30,17$ и $16,44$; при $p=0,002$) – у них выше, как и позитивные ожидания от ситуации ($M=28,97$ и $18,76$; при $p=0,019$), («СДЖС»). То есть, объективно нормативная ЖС, в которой находятся матери дошкольников из России, в сравнении с русскоязычными женщинами из Финляндии, воспринимается ими как более трудная (напряженная) и эмоционально-заряженная. При этом, высокие позитивные ожидания и ощущение владения ситуацией, могут выполнять как роль защитного механизма психики, так и личностного ресурса личности при низком ощущении собственного благополучия в оценке основных сфер жизни. Обнаружено, что матери из России менее чувствительны к своим детям и хуже понимают их чувства и желания ($M=3,6$ и $M=4,6$; при $p=0,005$) в сочетании с более низким уровнем понимания причин их состояния ($M=3,2$ и $M=4,2$; при $p=0,043$). Они более критичны к себе и демонстрируют большую неуверенность в своей родительской позиции ($M=4$ и $M=5$; при $p=0,026$). Их отличает сниженный эмоциональный фон при взаимодействии с ребенком ($M=3,2$ и $M=4,6$; при $p=0,022$), а также более низкая способность воздействовать на его эмоциональное состояние ($M=3,6$ и $M=4,6$; при $p=0,039$).

Матери болеющих детей (группа № 1) значительно превосходят матерей в нормативной ЖС (группа № 2) в способности рефлексировать чувства и настроение ребенка ($M=3,49$ и $M=3,18$; при $p=0,021$). Их тенденция испытывать позитивные чувства в ситуации взаимодействия с ребенком, умение получать удовольствие от общения с ним – более выражены ($M=3,69$ и $M=3,43$; при $p=0,044$). Преобладает позитивный эмоциональный фон взаимодействия ($M=3,33$ и $3,05$; при $p=0,014$); отмечается выраженное стремление к телесному контакту ($M=3,77$ и $M=3,43$; при $p=0,015$) и оказанию ребенку эмоциональной поддержки ($M=3,58$ и $M=3,3$; при $p=0,002$). Тогда как эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия матерей с болеющими детьми (группа № 1) значительно отличается от русскоязычных матерей из Финляндии (группа № 3) лишь низкой способностью правильно оценивать эмоциональное состояние собственного ребенка ($M=3,26$ и $M=3,67$; при $p=0,016$).

Заключение. На гармоничность детско-родительского взаимодействия в условно нормативной (обыденной) ЖС влияет скорее субъективное восприятие степени тяжести переживаемой ЖС, а в объективно трудной ЖС, по-видимому, важное значение играет сам характер переживаемой ЖС. Так, ситуация длительной и неизлечимой болезни ребенка отличается высокой степенью экзистенциальной исполненности,

что, по-видимому, способствует снижению негативных проявлений по всем параметрам эмоционального взаимодействия.

Литература

1. *Александрова О.В., Дерманова И.Б.* Семантический дифференциал жизненной ситуации // *Консультативная психология и психотерапия.* – 2018. – Т. 26. № 3. – С. 127–145.
2. *Захарова Е.И.* Особенности взаимодействия матерей с детьми в условиях «позднего» материнства // *Национальный психологический журнал.* – 2014. – № 2 (14) – С.97–101.

Оценка эмоционального состояния и отношения к ребенку у женщины во время беременности и после его рождения как способ раннего выявления риска нарушений психического здоровья

Аникина В.О.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Ключевые слова: ранее выявление, психическое здоровье, беременность, эмоциональное состояние, представление о ребенке

Assessment of emotional states and attitude to a child in pregnancy and after birth of a child as a tool for early detection of mental health problems

Anikina V.O.

Saint-Petersburg State University, Russia

Keywords: early detection, mental health, pregnancy, emotional state, attitude to a child

Исследования показывают, что ранний детский опыт, отношения с близким, ухаживающим за ребенком взрослым, сказываются на его последующем функционировании во взрослом возрасте, а нарушения в сфере ранних отношений могут приводить к трудностям в отношениях с другими людьми в жизни, к нарушениям психического и физического здоровья (тревоги, депрессии, и пр., суицидальным попыткам, девиантному поведению, расстройствам пищевого, сексуального поведения, сердечно-сосудистым, легочным заболеваниям, диабету, пр.).

Эти данные и клинические наблюдения привели специалистов-психологов к вопросам профилактики нарушений в области психического здоровья. Все больше разрабатывается программ психологического сопровождения семей с маленькими детьми, которые семья может выбрать самостоятельно, ориентируясь на свой запрос. Таким запросом чаще всего является раннее (педагогическое) развитие ребенка, то есть освоение им определенных навыков. При этом нередко из внимания родителей, а иногда и самих специалистов, занимающихся ранним развитием, уходит важность качества взаимодействия, подстройка матери и ребенка, которые являются основой отношений привязанности и залогом будущего психического здоровья ребенка. Если же у семьи нет запроса, если роди-

тели ребенка не осознают наличия у них проблем воспитания, то может пройти достаточно большое количество времени, прежде чем ребенок и семья получат необходимую помощь в области психического здоровья. Если время будет упущено, проблема может усугубиться. О важности раннего выявления риска развития проблем психического здоровья много лет говорят зарубежные коллеги (Аникина, 2016).

В связи с задачей раннего выявления представляется важным сотрудничество со специалистами медицинских учреждений, которые наблюдают ребенка и семью с момента беременности и после его рождения, а именно – совместная работа психологов с неонатологами, педиатрами, гинекологами. Именно эти специалисты могут заметить признаки депрессии у матери, как во время беременности, так и после рождения ребенка; именно к этим специалистам женщина обращается, если у нее возникают вопросы, связанные со здоровьем и развитием ребенка. В настоящее время наблюдается положительный сдвиг в такой совместной работе психологов и медиков. Психологи работают в больницах и родильных домах, но в системе поликлинического приема психологическая служба отсутствует.

Одним из направлений психологической работы, позволяющих выявить риск возникновения нарушений психического здоровья, является оценка динамики эмоционального состояния женщины, ее представлений о ребенке в момент беременности и после его рождения. Многое известно про физиологические изменения в организме женщины, однако мало изучен вопрос ее эмоционального состояния, динамики представлений о ребенке и отношения к нему. Исследования показывают, что такие характеристики матери как депрессия, стресс, тревожность могут влиять на ее восприятие характеристик младенца, его поведения и его настроения (McGrath et al., 2008), она более чувствительна к негативным сигналам ребёнка и его дистрессу (Radesky et al., 2013), склонна к пренебрежению, насильственному обращению (Turney, 2011).

Одним из важных элементов, влияющих на отношение матери к ее ребенку, является ее представления о ребенке. Эти представления впоследствии могут оправдаться либо, наоборот, возникают противоречия между ожиданиями от ребенка и его реальными особенностями. Беременные женщины могут иметь идеализированные представления о себе (Setterberg, 2017), а искажение представлений о ребенке после его рождения в сравнении с представлениями о нем во время беременности у матерей в основном обусловлены проблемами ее психического здоровья, а также особенностями родов и самого младенца (Flykt, et al., 2014). У матерей, имеющих более сбалансированные представления о ребенке, дети демонстрируют безопасную привязанность в возрасте 1 года (Huth-Vocks, et al., 2011), а родители с небезопасной привязанностью имеют менее позитивные представления о своей способности заботиться о ребенке, их родительская мотивация более эгоистичная (Fonseca, et al., 2018).

Особую группу женщин составляют те, кто прибегает к зачатию при помощи экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Существующие исследования и клинические наблюдения показывают, что эти женщины нередко обладают специфическими психологическими характеристиками и отношением к ребенку. Данная группа женщин продолжает расти благодаря развитию медицины, но остается практически не изученной, а имеющиеся научные данные противоречивы.

Таким образом, оценка эмоционального состояния женщины во время беременности, ее представлений о ребенке и отношения к нему, а также динамики этих состояний является важным инструментом для раннего выявления нарушений психического здоровья. Такая работа возможна в тесном сотрудничестве со специалистами медицинских учреждений, сопровождающих женщину во время беременности и после рождения ребенка. Исследование поддержано грантом РФФИ № 20–013–00859 А.

Литература

1. *Аникина В.О.* Проблема раннего выявления нарушений психического здоровья. // Психическое здоровье человека XXI века: Сборник научных статей. ИД “Городец”, 2016. — 237–239.
2. *Flykt M., Palosaari E., Lindblom J., Vänskä M., Poikkeus P., Repokari L., Tiitinen A., Tulppala M., Punamäki R.* What Explains Violated Expectations of Parent–Child Relationship in Transition to Parenthood? *Journal of Family Psychology*. 2014, Vol. 28, No. 2, 148–159.
3. *Fonseca A, Nazaré B., Canavarro C.* Mothers’ and fathers’ attachment and caregiving representations during transition to parenthood: an actor–partner approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2018. 36:3, 246–260.
4. *Huth-Bocks, A., Theran S., Levendosky A., Bogat A.* A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant–mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 2011. Vol. 32(4), 405–426
5. *McGrath J.M., Records K., Rice M.* Maternal depression and infant temperament characteristics // *Infant Behavior and Development*. January 2008. Vol. 31. Issue 1. P.71–80.
6. *Radesky J.S., Zuckerman B., Silverstein M., Rivara F.P., Barr M., Taylor J.A., Lengua L.J., Barr R.G.* Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms // *Pediatrics*. June 2013. Vol. 131. № 6. e1857–e1864.
7. *Setterberg S.* The Fantasmatic and Imaginary Child of the Pregnant Woman. *Gen Psychiatr.* 2019; 32(2)
8. *Turney K.* Labored love: Examining the link between maternal depression and parenting behaviors // *Social Science Research*. 2011. № 40 (1). P. 399–415.

Отношение к болезни девушек с анорексией на ранних этапах ремиссии

Баканова А.А., Новикова С.В.

ФГБОУ ВО «РГПУ им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия

ba2006@mail.ru, sofina1ove2012@gmail.com

Ключевые слова: анорексия, ремиссия, отношение к болезни

Attitude to the disease in girls with anorexia in the early stages of remission

Bakanova A.A., Novikova S.V.

The Herzen State Pedagogical

University of Russia, St. Petersburg, Russia

Keywords: anorexia, remission, relationship to the disorder

Введение. Анорексия, согласно МКБ-10, определяется как расстройство, характеризующееся снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Это очень тяжёлое и трудно поддающееся лечению заболевание, распространённое, по большей части, среди женщин [3]. Чаще всего данное заболевание характерно для подростков от 13 до 20 лет, а самый пик приходится на 15–16 лет [1]. Среди факторов заболевания выделяют социальный и биологический [2], а также личностные факторы, факторы культуры, фактор стрессовых событий и возрастной фактор [3].

Так как формирование анорексии связано с целым рядом факторов, то достижение ремиссии и приверженность лечению является сложным и длительным процессом, что обуславливает актуальность исследования отношения девушек с анорексией к своему заболеванию в контексте психологических факторов приверженности лечению.

Материал и методы. Целью исследования являлось изучение отношения к своему заболеванию у девушек, больных анорексией, в контексте приверженности лечению. Гипотезой выступило предположение о том, что в отношении к своему заболеванию у девушек с анорексией можно выявить характеристики, которые могут способствовать или препятствовать приверженности лечению и, соответственно, достижению ремиссии.

В основу исследования был положен феноменологический подход, в рамках которого было разработано структурированное клинико-психологическое интервью, состоящее из 25 вопросов преимущественно открытого типа, разбитых на три блока. Первый блок содержит соци-

ально-демографическую информацию. Второй блок вопросов посвящён отношению девушек с анорексией к своей болезни (от начала заболевания до ремиссии). Третий блок вопросов раскрывает субъективные ресурсы и препятствия к выздоровлению у девушек с анорексией.

В исследовании приняли участие 7 девушек в возрасте от 16 до 25 лет (средний возраст – 19,8 лет). Все девушки состояли в тематических группах в социальных сетях и принимали участие в исследовании добровольно. Двум девушкам был поставлен диагноз F50.0 «Нервная анорексия» более 5-ти лет назад. Вне зависимости от наличия или отсутствия официального диагноза девушки сообщили, что наблюдают симптомы расстройства пищевого поведения на протяжении от 1,5 до 13 лет (средний стаж заболевания составил 5 лет). С учетом их актуального возраста начало заболевания приходится у этих девушек на период с 12 до 17 лет (средний возраст начала заболевания 14 лет). На момент исследования их заболевание (по субъективным оценкам) находится в ремиссии не меньше года. Результаты, полученные с помощью интервью, обрабатывались с помощью нарративного анализа.

Результаты.

1. Среди пусковых механизмов расстройства пищевого поведения чаще называются недовольство своим телом, негативная оценка собственной внешности, недовольство жизнью («я ненавижу своё отражение в зеркале»). Можно предположить, что похудание рассматривается девушками как способ изменения себя и своей жизни.
2. Изменения в пищевом поведении девушками не идентифицируются как начало развития заболевания, что приводит к отказу за помощью к медицинской помощи на протяжении всего заболевания («больной я себя не считала в период расстройств никогда. Только позже я узнала, что РПП – это серьёзный диагноз»). Примечательно, что отношение к болезни в начальном ее периоде является, скорее, положительным («считала, что нашла лёгкий и приятный способ быстро худеть»). В случае медикаментозного лечения приверженность к нему оказывается низкой («мне назначали гормоны, витамины и антидепрессанты, но это было бесполезно»).
3. Развитие заболевания характеризуется снижением физической и социальной активности (вплоть до утраты отношений с друзьями), представлением о враждебности со стороны окружающих, негативным фоном настроения, а также усиливающейся ненавистью к себе («я не гуляла, ни с кем не общалась и только училась; все считали меня странной»).
4. При описании динамики развития заболевания характерным ее признаком является волнообразный характер течения и цикличность: диета (снижение веса) – осознание проблемы (попытка уйти в ремиссию) – компульсивное переедание (набор веса) – диета и т.д.

(«я была полностью поглощена этой темой, а также я находилась в замкнутом круге «диета-срыв-обжираловка»»). Достижение ремиссии для большинства девушек оказывается трудной задачей, связанной с переживанием гнева по отношению к себе.

5. Девушки с анорексией в большей степени склонны обращаться за психологической помощью, чем за медицинской, однако приверженность профессиональной психологической поддержке также оказывается низкой. Девушки предпочитают искать поддержку в различных интернет-сообществах, площадках с видеоресурсами и в литературе, избегая обращаться к врачам («мой опыт лечения – книги, ютуб каналы, блоги в инсте, фильмы, поддержка от близких»).
6. Признаками, характерными для ремиссии, называются улучшение отношения к себе, стабильные отношения с едой, контролируемость мыслей о еде и похудании. Субъективным препятствием для ремиссии выступает амбивалентное отношение к еде, которая воспринимается как нечто одновременно враждебное и желанное; а процесс приёма пищи сопровождается чувством стыда и ненависти к себе.

Выводы. Исследование показало, что у девушек с анорексией не сформировано отношение к изменению пищевого поведения как к болезни, что может обуславливать их редкое обращение за медицинской помощью. Также результаты позволяют предположить, что значимым препятствием в лечении РПП является представление о внешности как о «мериле собственной ценности».

Среди характеристик отношения к болезни и себе, субъективно затрудняющих наступление ремиссии и препятствующих приверженности лечению, можно выделить: 1) негативное отношение к своей жизни и личности вместе с представлением о том, что причина этой неудовлетворенности – излишний вес; 2) представление о похудании как о способе решения проблем, возникающих в отношениях с собой и другими; 3) амбивалентное отношение к пище, вызывающее чувство стыда.

Среди характеристик, позитивно влияющих на приверженность лечению и выход в ремиссию, можно выделить следующие: 1) психологическая поддержка близких людей и специалистов, а также информационная поддержка о лечении расстройств пищевого поведения (РПП) как способы поддержания мотивации к выздоровлению; 2) постепенное улучшение физического и психологического состояния в процессе лечения/ремиссии; 3) понимание причин РПП, лежащих больше в плоскости отношений с собой («осознать, для чего мне тело и почему оно не должно быть истощённым»); 4) такие личностные качества, как терпение, упорство и принятие ответственности за свое здоровье.

Основными направлениями для психопрофилактики расстройств пищевого поведения можно назвать следующие: информирование о пищевых расстройствах как о заболеваниях, имеющих свои симптомы,

риски и последствия для здоровья; работа с самооценкой своей личности, своей внешности и собственной жизни; актуализация внутренних ресурсов, способствующих повышению удовлетворенности жизнью, отношениями с собой и другими людьми.

Литература

1. *Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия: Монография. М.: Медицина, 1986 [Электронный ресурс] // URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/58> (Дата обращения: 02.08.2020)
2. *Сулейманов Р.А., Артемьева М.С.* Социальные и биологические факторы в генезе нервной анорексии// Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – М., 2006. – С. 183–184. [Электронный ресурс] // URL:<http://www.phil.gu.se/sffp/reports/36.%20Solejmanov%20&%20Artemeva.pdf> (Дата обращения: 02.08.2020);
3. *Kinnaird E., Norton C., Tchanturia K.* Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study. *BMJ Open* 2018; 8. doi:10.1136/bmjopen-2018-021934 [Электронный ресурс] // URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e021934> (Дата обращения: 02.08.2020)

Сравнительный анализ удовлетворенности качеством жизни студентов Кировского ГМУ с учетом влияния полового фактора

Барбакова Л.М.

*Кировский государственный
медицинский университет, Россия*
liliabarbakova@yandex.ru

Ключевые слова: Качество жизни, половой фактор, гендер, студенты

Comparative analysis of satisfaction with the quality of life of students of Kirov state medical university, taking into account the influence of sex factor

Barbakova L.M.

Kirov State Medical University, Russia

Keywords: quality of life, sex factor, gender, students

Введение. Качество жизни (КЖ) является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанной на субъективном восприятии респондента. [1] Удовлетворенность КЖ является составной частью более широкого понятия «субъективного благополучия». [2] В литературе имеется информация о том, что пол является важным фактором, определяющим различия в физическом и психологическом здоровье. [3, 4] Считается, что для женщин характерны более низкие субъективные показатели здоровья. Существует следующий парадокс – «женщины болеют чаще, мужчины умирают раньше». [5] Настоящая исследовательская работа направлена на выявление различий показателей КЖ у мужчин и женщин, студентов Кировского государственного медицинского университета (КГМУ).

Целью исследования является проведение сравнительного анализа удовлетворенности КЖ студентов КГМУ с учетом влияния полового фактора.

Материалы и методы. С целью выявления особенностей удовлетворенности в различных сферах жизни среди студентов КГМУ, было опрошено 60 студентов в возрасте 18–26 лет (30 мужчин и 30 женщин). Средний возраст в группе мужчин составил $22,1 \pm 1,62$ года; женщин – $21,5 \pm 1,52$ года. Группы формировались методом случайной выборки: по возрасту, социальному положению, уровню образования были од-

народными. КЖ оценивалось с помощью русскоязычной версии международного стандартизированного опросника SF-36. Представленный опросник является общим и позволяет оценивать КЖ здоровой популяции, обладает высокой чувствительностью, является кратким и обладает достаточной простотой в интерпретации результатов. Опросник SF-36 включает в себя 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое функционирование (MH). Респонденты получали анкету, в которой самостоятельно отмечали наиболее подходящие для них варианты ответа. Результаты опроса представляются в виде оценок в баллах от 0 до 100.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office с помощью t критерия Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Средние показатели в группах мужчин и женщин [среднее арифметическое \pm стандартное квадратичное отклонение (медиана)]: физическое функционирование $94,2 \pm 12,12$ (100) и $95,5 \pm 6,1$ (97,5), статистическая значимость 0,59; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием $88,3 \pm 20,14$ (100) и $75 \pm 39,79$ (100), статистическая значимость 0,11; интенсивность боли $83,9 \pm 21,64$ (100) и $76,2 \pm 27,06$ (84), статистическая значимость 0,23; общее состояние здоровья $71,2 \pm 17,69$ (72) и $66,5 \pm 16,14$ (69,5), статистическая значимость 0,28; жизненная активность $67,5 \pm 19,01$ (67,5) и $67,8 \pm 16,26$ (70), статистическая значимость 0,94; социальное функционирование $80,83 \pm 18,18$ (87,5) и $77 \pm 24,60$ (87,5), статистическая значимость 0,10; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием $71,1 \pm 7,78$ (100) и $68,5 \pm 17,43$ (70) статистическая значимость 0,50; психическое функционирование $70 \pm 18,98$ (72) и $68,5 \pm 17,43$ (70), статистическая значимость 0,76.

Выводы. В данном исследовании показатели КЖ, оцениваемые с помощью опросника SF-16, статистически значимо не отличались между студентами мужчинами и студентами женщинами.

Литература

1. Сирусина Ад. В., Сирусина Аэ. В., Ком Т.Л., Шаламова Е.Ю., Рагозин О.Н. Гендерные и возрастные особенности качества жизни населения северного региона // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2014. № 3(30) С. 33–39. [<https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-i-vozzrastnyie-osobennosti-kachestva-zhizni-naseleniya-severnogo-regiona/viewer>]

2. *Галиахметова Л.И.* Благополучие, субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью: проблема взаимосвязи // Вестник Башкирского университета. 2015. № 3(20). С. 1114–1118. [<https://cyberleninka.ru/article/n/blagopoluchie-subektivnoe-blagopoluchie-udovletvorennost-zhiznyu-problema-vzaimosvyazi/viewer>]
3. *Агаджанян Н.А., Радыш И.В.* Качество и образ жизни студенческой молодежи // Экология человека. 2009. № 5. С. 3–8. [<https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-i-obraz-zhizni-studencheskoj-molodezhi/viewer>]
4. *Захаров Н.Б.* Уровень качества жизни больных с расстройствами шизофренического спектра с учетом гендерного фактора // Вятский медицинский вестник. 2018. № 2(58). С. 40–44. [<https://cyberleninka.ru/article/n/uroven-kachestva-zhizni-bolnyh-s-rasstroystvami-shizofrenicheskogo-spektra-s-uchetom-gendernogo-faktora/viewer>]
5. *Шаламова Е.Ю., Сафонова В.Р.* Гендерно-половые особенности качества жизни студентов младших курсов северного медицинского вуза // Экология человека. 2013. № 4. С. 8–12. [<https://cyberleninka.ru/article/n/genderno-polovye-osobennosti-kachestva-zhizni-studentov-mladshih-kursov-severnogo-meditsinskogo-vuza/viewer>]

Проявление перфекционизма у студентов-педагогов

Басанова Е.Е.

ФГБОУ ВО «Пятигорский

государственный университет», г. Пятигорск

lenmit@yandex.ru

Ключевые слова: здоровый перфекционизм, патологический перфекционизм, перфекционистская самопрезентация, студенчество

Manifestation of perfectionism in students-teachers

Basanova E.E.

FSBEI HE at Pyatigorsk State University

Keywords: healthy perfectionism, pathological perfectionism, perfectionist self-presentation, students

Проблема перфекционизма становится все более распространенной, она связана с возрастающими требованиями к выполняемой деятельности. Исследователи феномена перфекционизма едины в своем мнении и обозначают его, как стремление к получению идеального результата деятельности, выдвижению высоких требований к выполняемой деятельности.

Деятельность учащихся постоянно оценивается педагогами, родителями, другими учащимися и, несомненно, самими студентами тоже. И даже, если ребенок не являлся изначально перфекционистом, то он может обучаться у педагога, склонного к перфекционизму, что также может осложнять обучение.

Принято выделять здоровый и патологический перфекционизм [Н.Г. Гараян, А.Б.Холмогорова, Т.Ю.Юдеева]. Здоровый перфекционизм является движущей силой развития личности. При здоровом перфекционизме личность, достигая поставленной цели, как правило, удовлетворена результатом, объективно оценивает свои возможности и ограничения, оптимистично настроена в отношении результата деятельности. Патологический или «невротический» перфекционизм превращает жизнь человека в испытание. Им движет страх не справиться, стыд за не идеальный результат деятельности, в результате человек переживает высокий уровень тревожности. Внимание фокусируется не на ресурсах личности, а на ограничениях, которые необходимо преодолеть любым способом.

Патологический перфекционизм крайне негативно влияет на психическое и физиологическое здоровье. Некоторые ученые связывают перфекционизм с тревожными и депрессивными расстройствам [Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева], с нарушениями пищевой жизни [И.Г. Малкина-Пых], с неблагополучием личности [Е.А. Филатова, Е.П. Пчелкина].

Существует прямая и сильная взаимосвязь между перфекционизмом и тревожностью личности. В процессе постоянного недовольства своей работой или своими действиями, в различных жизненных ситуациях, даже по относительно малым поводам, человек склонен часто переживать сильную тревогу.

Исследование проявления здорового и патологического перфекционизма у студентов проводилось на базе Пятигорского государственного университета. В исследовании приняли участие 120 человек, обучающихся по направлению «Педагогические науки». Субъекты исследования были выбраны не случайно, поскольку психологическое благополучие и психологическое здоровье педагога непосредственно влияет на качество образования и эффективность педагогической деятельности.

Для исследования перфекционизма применялись методика П. Хьюитта и Г. Флетта «Многомерная шкала перфекционизма», методика П. Хьюитта «Шкала перфекционистской самопрезентации», методика исследования самооценки личности С.А.Будасси.

Студенты были разделены на две группы. Критерием выделения групп послужила интегральная шкала методики П. Хьюитта и Г. Флетта. В первую группу вошли учащиеся с высоким уровнем перфекционизма ($M=173,10$). Во вторую группу вошли студенты с низким уровнем перфекционизма ($M=138,0$). Таким образом, первая группа была названа – перфекционисты, вторая группа – неперфекционисты.

Между группами были обнаружены статистически значимые различия по всем четырем шкалам методики П. Хьюитта и Г. Флетта «Многомерная шкала перфекционизма» (при $p \leq 0,001$). Так, перфекционизм проявляется у студентов-педагогов во всех сферах: по отношению к себе, по отношению к окружающим. Они стремятся соответствовать стандартам и ожиданиям других, даже, если считают их чрезмерно завышенными. К себе перфекционисты выдвигают высокие требования, занимаются постоянным мониторингом своей деятельности и личности. К окружающим людям перфекционисты также серьезно требовательны, стараются их подвести под завышенные собственные стандарты, что приводит к нарушению межличностных отношений, отсутствию доверия и повышению конфликтности.

Значимые различия между перфекционистами и неперфекционистами студентов-педагогов были выявлены по шкале «Демонстрация совершенства» методики П. Хьюитта «Шкала перфекционистской самопрезентации» (при $p \leq 0,001$). Таким образом, перфекционисты стремят-

ся выглядеть для окружающих безупречными, с целью замаскировать собственное несовершенство от других. Интересным представляется тот факт, что по двум другим шкалам методики «Шкала перфекционистской самопрезентации»: шкале «Поведенческое не проявление несовершенства» и шкале «Вербальное не проявление несовершенства» между исследуемыми группами студентов-педагогов не было выявлено статистических различий. При этом средние показатели обеих групп по шкале «Поведенческое не проявление несовершенства» ($M=49,78$ и $M=41,64$ соответственно) попали в диапазон высоких значений, несмотря на то, что у перфекционистов это значение объективно выше. На основании чего можно сделать вывод, что студенты педагоги независимо от уровня перфекционизма стремятся так себя вести публично, чтобы окружающим не было заметно их несовершенство. По шкале «Вербальное не проявление несовершенства» средние значения обеих групп попали в диапазон средней выраженности ($M=27,84$ и $M=24,4$ соответственно), что свидетельствует о склонности студентов педагогов избегать разговоров с окружающими о собственном несовершенстве.

Многие исследователи утверждают, что уровень перфекционизма влияет на самооценку личности. Этот факт был подтвержден и в данном исследовании. Так, обнаружены значимые различия в уровне самооценки по методике С.А.Будасси между перфекционистами и неперфекционистами студентами педагогами (при $p \leq 0,03$). Так, перфекционисты характеризуются низкой самооценкой ($M = -0,06$), оценивают свои возможности и ресурсы ниже реально существующих. Студенты неперфекционисты, напротив, характеризуются средней адекватной самооценкой ($M = 0,46$), они знают ограничения собственных возможностей и акцентируют внимание на своих достоинствах, принимая свои недостатки.

Таким образом, среди студентов – педагогов были выявлены лица с высоким и низким уровнем перфекционизма. Перфекционисты характеризуются высокими требованиями к себе и окружающим, для них важно соответствовать, даже завышенным, стандартам других людей. Можно предположить, что в процессе профессиональной деятельности у данных студентов могут возникнуть трудности с качеством образования, с формированием доверия к ученикам и построению межличностных отношений. Перфекционисты стремятся любым способом замаскировать свои недостатки, чтобы получить высокую оценку окружающих. Эти люди фокусируются на своих ограничениях, осознание которых приводит к снижению самооценки.

Поэтому необходимо среди студентов, будущих педагогов, выявлять лиц, склонных к патологическому перфекционизму, и проводить среди них коррекционную работу силами Психологических служб ВУЗов и средних профессиональных заведений, с целью профилактики психологического и физиологического здоровья учащихся и самих педагогов.

Литература

1. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал, 2001, № 4. URL: https://psyjournals.ru/files/22758/mpj_2001_n4_Garanyan%20i%20dr.pdf
2. *Малкина-Пых И.Г.* Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением // Экология человека. 2010. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perfektsionizm-i-udovletvorennost-obrazom-tela-v-strukture-lichnosti-patsientov-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya-i-alimentarnym>
3. *Филатова Е.А., Пчелкина Е.П.* Исследование характеристик идеального я при перфекционизме // Научные ведомости БелГУ. Серия: Гуманитарные науки. 2016. № 28 (240). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-harakteristik-idealnogo-ya-pri-perfektsionizme>

Особенности произвольного внимания детей с СДВГ, учащихся начальных классов

Белоусов А.А., Горячева Т.Г.

МЕДСИ, Москва, Россия; РНИМУ

им. Н.И.Пирогова, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

npsbelousov@mail.ru

Ключевые слова: гиперактивность, нарушение внимания, трудности обучения, нейропсихология, социальная дезадаптация

Features of voluntary attention of children with ADHD, primary school students

Belousov A. A., Goryacheva T. G.

MEDSI, Moscow, Russian Federation;

Pirogov Russian National Research Medical University,

Moscow University of Psychology and Education

Keywords: hyperactivity, attention disorders, learning difficulties, movement disorders, neuropsychology, social disadaptation

Введение. Задержка формирования произвольного внимания в начальных классах является одной из причин трудностей обучения учащихся. Повышенное напряжение на уроках, отставание в скорости усвоения умений и навыков по сравнению со сверстниками отражается на мотивации к обучению. Особенно это касается детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ).

Последствием описанных трудностей может стать негативная, неадекватная самооценка, социальная дезадаптация, неврозоподобные и психопатологические расстройства, проявляющиеся в виде навязчивых действий или повышенной тревожности. Отвлекаемость во время уроков, отсутствие заинтересованности, непонимание длинных объяснений, невосприимчивость, как к похвале, так и к наказаниям, ведут к постоянным конфликтам с учителями.

По статистическим данным СДВГ встречается примерно у 5 % детей. Высокая частота встречаемости СДВГ, трудности усвоения школьной программы, школьная дезадаптация, угроза формирования делинквентного поведения, создают необходимость в своевременной диагностике и подборе наиболее эффективных программ психологической коррекции.

В соответствии с основными подходами отечественной нейропсихологии, эффективным методом коррекции, является воздействие на центральные механизмы этих нарушений. Чтобы определить эти меха-

низмы, симптомы имеющихся нарушения необходимо квалифицировать, т.е. необходимость понять какие свойства внимания нарушены и оценить особенности их взаимоотношений с отклонениями в функционировании определенных областей мозга.

Целью работы стало эмпирическое исследование особенностей основных характеристик внимания (концентрация, объем, распределение, устойчивость, переключаемость) у детей 9–11 лет, страдающих СДВГ.

Материал. В экспериментальную группу вошло 25 детей, имеющих диагноз по МКБ-10 F90.0 «Нарушение активности и внимания», из них 10 в возрасте 9 лет, 11 в возрасте 10 лет и 4 в возрасте 11 лет. Все дети экспериментальной группы были обследованы психиатром, невропатологом и клиническим психологом. Отношение мальчиков и девочек в группе составило 19 и 6 человек соответственно. Контрольная группа так же состояла из 25 человек. Основаниями для включения в контрольную группу были отсутствие неврологических и психических заболеваний, жалоб родителей и учителей на поведение ребенка и хорошая успеваемость в школе на момент обследования

В исследовании применялись следующие методики: Корректирующая проба (тест Бурдона), Методика «Совмещение признаков» В.М. Когана, Таблицы Шульте, Методика Пьерона-Рузера. Статистическая обработка данных была произведена с использованием программы SPSS Statistics 23.0.

Полученные результаты показали что:

1. Дети 9–11 лет, страдающие СДВГ, отстают в степени концентрации, устойчивости, распределении, объеме и переключении внимания от здоровых сверстников.
2. У детей с СДВГ в результате выполнения нескольких чередующихся заданий, направленных на разные свойства внимания, утомление наступает гораздо быстрее, чем у здоровых детей и проявляется к концу исследования в более выраженном снижении устойчивости и концентрации внимания. Это говорит о трудностях переключения внимания с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на другой.
3. По ходу выполнения заданий утомление у детей с СДВГ более выражено в первую очередь в концентрации внимания, в то время как у здоровых детей в результате усталости замедляется деятельность, изменяется стратегия выполнения задания, но при этом концентрация внимания сохраняется на том же уровне.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать выводы, что во время коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими СДВГ, нужно использовать методики, направленные на развитие всех основных свойств внимания. Необходимо уделять достаточное количество времени каждому из них. В дополнение к классическим

упражнениям, направленным на тренировку концентрации внимания, насыщенным дистракторами, использовать одновременную работу с несколькими объектами и проводить переключение между способами выполнения заданий. Важно учитывать более низкий энергетический потенциал таких детей и проводить занятия в небольших временных промежутках, уделяя больше времени восстановлению.

Специфика логического мышления современных дошкольников с ЗПР

Беляева С.И., Дребезгина И.В.

Российский государственный педагогический

университет имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

belyaevavsveta@inbox.ru, inesss.drebezgina@gmail.com

Ключевые слова: логическое мышление, современные дошкольники, задержка психического развития

Specificity of logical thinking of modern preschoolers with mixed specific developmental disorders

Belyaeva S.I., Drebezgina I.V.

*Herzen State Pedagogical University of
Russia, St. Petersburg, Russian Federation*

Keywords: logical thinking, modern preschoolers, mixed specific developmental disorders

Введение. Развитие интеллектуальной сферы современных старших дошкольников происходит в особых условиях, отличных от условий развития прошлых поколений, что связано с возрастанием влияния информационной среды и тем, какой объем времени она занимает в их жизни [2]. При этом дети с задержкой психического развития также подвергаются этому воздействию, так как на структуру дефекта оказывают влияние не только биологические предпосылки, но и та информационная и историческая среда, в которой растет ребенок, имеющий особенности развития [1]. В связи с активным влиянием информационных технологий на формирующуюся психику ребенка, актуальным представляется исследование изменений специфики логического мышления современных детей с задержкой психического развития (ЗПР) в сопоставлении с исследованиями прошлого века. Целью исследования стало изучение особенностей логического мышления современных старших дошкольников с задержкой психического развития.

Материал и методы Для реализации поставленной цели в 2019 году на базах дошкольных учреждений города Санкт-Петербурга было организовано и проведено исследование старших дошкольников с ЗПР с применением методик, полностью аналогичных использованным в архивном исследовании 1982 года [3] с последующим сопоставлением полученных результатов с данными архивной работы. Выборку современного исследования составили 30 детей в возрасте 6,5–7 лет (эксперимен-

тальная группа – 15 детей с ЗПР, контрольная группа – 15 нормативно развивающихся детей), которые сопоставлялись с архивной выборкой из 54 детей (34 ребенка – с ЗПР, 20 – нормативно развивающихся). Использовалась методика, разработанная Т.В. Розановой и Т.А. Стрекаловой [3], которая представляет собой серию обучающих экспериментов. В настоящей работе представлены две серии экспериментов: изучение умения формулировать общие и частные суждения с кванторами «все» и «некоторые», а также изучение умения формулировать выводы на основе двух исходных суждений.

Результаты В первой серии экспериментов исследовалось умение формулировать общие и частные суждения с кванторами «все» и «некоторые». Для этой цели перед испытуемым по порядку раскладывались шесть наборов, каждый из которых состоял из девяти карточек с изображением предметов, о свойствах которых задавались последовательные вопросы (например, «Все или некоторые черные предметы на картинках – это обувь?»). Средний процент количества правильных ответов по всем шести заданиям значимых различий не обнаружил: у современных дошкольников с ЗПР он составил 48 %, а в архивной выборке – 53,3 %, однако показательной оказалась динамика успешности выполнения заданий. Было выявлено, что у современных дошкольников с ЗПР наблюдалось постепенное снижение успешности выполнения заданий от первого к последнему по мере их усложнения (успешность выполнения падала от 67 % в первом задании до 20 % в последнем). Этот результат является прямо противоположным данным исследования прошлых лет, где дети постепенно научаясь, справлялись с заданиями все лучше (от 0 % в первом задании до 85 % в последнем). Полученные данные свидетельствуют о том, что современные дети с ЗПР, усвоив принцип применения понятий «все» и «некоторые» в более легких заданиях, продолжали стереотипно применять его и в более сложных, что можно определить как случай неадекватного логического переноса. При этом, дети современной выборки более успешно, чем дети сопоставляемой группы, справлялись с заданиями, где были вопросы о конкретных характеристиках объектов, которые могут быть представлены наглядно (цвет, форма, материал), но менее успешно выполняли задания, в которых содержались вопросы об абстрактных характеристиках объектов, обозначенных обобщенными понятиями (например, «Вся или некоторая мебель – стулья?», «Все или некоторые стулья – мебель?»).

Во второй серии экспериментов исследовалось формальная логика – умение формулировать выводы на основе двух исходных суждений без опоры на наглядный материал (например, «Корова приносит пользу, лошадь тоже приносит пользу и собака приносит пользу. Корова, лошадь и собака – это домашние животные. Значит, ...»). Если ребенок не мог ответить самостоятельно, то давалась возможность получения помощи

(наводящего вопроса) от экспериментатора («Что можно сказать про домашних животных?»). Результаты показали, что никто из современных детей с ЗПР не справился с построением умозаключений самостоятельно, и даже после оказания помощи. В архивной выборке дети с ЗПР справились с заданием более успешно – среди них только 27 % детей не смогли выполнить задание, остальные либо справились самостоятельно (20 %), либо после оказания помощи (53 %).

Резюме По результатам сравнительного анализа современной и архивной выборок детей старшего дошкольного возраста с ЗПР было выявлено, что при выполнении заданий на исследование умения формулировать общие и частные суждения современные дети менее успешно, чем дети прошлого века, справляются с заданиями, в которых необходимо осуществить обобщение и сопоставление абстрактных свойств предметов. При этом, они успешнее, чем дети сопоставляемой выборки, выполняют задания, где можно оперировать с конкретными наглядными характеристиками объектов.

Исследование формальной логики свидетельствует о том, современные дети с ЗПР затрудняются в осуществлении логических операций по построению умозаключения путем сопоставления суждений без опоры на наглядность.

Таким образом, можно сделать вывод о снижении способности современных старших дошкольников с ЗПР к оперированию абстрактными и обобщенными свойствами предметов.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 3. Проблемы развития психики / под ред. А.М. Матюшкиной. М.: Педагогика. 1983. 368 с.
2. *Карцева А.А.* Социокультурные параметры общества: содержание современного культурно-исторического процесса / А.А. Карцева // Известия СПбГАУ. 2015. № 5. С.34–38.
3. *Стрекалова Т.А.* Формирование логического мышления у дошкольников с задержкой психического развития.: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.10. Москва. 1982. 166 с.

Особенности детско-родительских отношений в семьях с подростком, больным бронхиальной астмой

Васина А.Н.

Московская служба психологической помощи населению,
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва, РФ
vsnssh2@mail.ru

Климашева Т.Д.

Центр по работе с населением
«Преображенец», г. Москва, РФ
tatyana.klimasheva@mail.ru

Ключевые слова: бронхиальная астма, детско-родительские отношения, тяжесть болезни, пол

Features of child-parent relationships in families with a teenager with bronchial asthma

Vasina A.N.

psychologist of the first category of the Moscow service
of psychological assistance to the population, associate Professor
of the Department of pedagogy and medical psychology of The First
Sechenov Moscow state medical University, Moscow, Russia

Klimasheva T.D.

a psychologist at the Centre for work with population of the
«Preobrazhenets», Moscow, Russia, tatyana.klimasheva@mail.ru

Keywords: bronchial asthma, child-parent relationships, severity of the disease, gender

Введение Подростковый возраст характеризуется кардинальными физиологическими, социальными и психологическими изменениями. На этом жизненном этапе возрасте часто обостряются болезни. Это обусловило наше внимание к этой возрастной группе. Наш интерес к больным бронхиальной астмой обусловлен тем, что психосоматические факторы имеют большое влияние в патогенезе бронхиальной астмы. Исследователи неоднократно отмечали, что больные бронхиальной астмой характеризуются изменениями в психологической сфере, отмечены изменения в детско-родительских отношениях данных больных ([1, 2, 3 и пр.) и т.д. Наша работа продолжает исследование детско-родительских отношений подростков, больных бронхиальной астмой, конкретизируя факторы тяжести болезни и пола больных.

Материал Мы исследовали 30 подростков: 15 детей – условно здоровые, 15 детей, больных бронхиальной астмой различной степени тяжести. Возраст детей составлял от 11 до 16 лет. В исследуемой группе преобладали мальчики – 69 %, девочек было 31 %. Дети с тяжелым течением бронхиальной астмы (I группа) составили 18 %, со средне тяжелым (II группа) – 60 %, с легким (III группа) – 22 %.

Методы. Были использованы следующие методики: 1) проективный тест «Рисунок семьи»; 2) детский проективный тест Рене Жиля; 3) методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним», в основе которой – опросник, создан Е.Шафер; 4) «Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-5)» Д.Х. Олсона.

Результаты. Методика Рене Жиля показала, что отношения подростков с бронхиальной астмой характеризуются нарушением отношений в семье. При этом наблюдались и изменения в зависимости от тяжести заболевания. Так, чем тяжелее было заболевание, тем больше снижались показатели по следующим параметрам: «близкие отношения с матерью», «близкие отношения с отцом», «близкие отношения с сестрами и братьями», «близкие отношения с бабушками и дедушками», «стремление доминировать», «товарищеский тип взаимодействия», повышались показатели по параметру «ограничение контакта». Не наблюдалось различий по параметру «отношения к матери и к отцу как к супругам».

Методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» также показала, что отношения «мать – дитя» зависят от тяжести заболевания: близкие эмоциональные отношения обнаружены у 66,7 % детей II группы, у 87 % – III группы, и в 42,9 % случаев – изолированность, замкнутость (I группа). Также было показано повышение уровня директивности, подростки с бронхиальной астмой также отметили отсутствие проявлений враждебности со стороны родителей к ним. Наряду с этим родителями детей с бронхиальной астмой постоянно демонстрируется положительная активность, ответственность за судьбу своих детей. Родители больных детей более непоследовательны в своих воспитательных требованиях, чем родители здоровых детей. По шкале «Автономность» ситуация одинакова.

Процесс рисования дети всех групп больных бронхиальной астмой начинали не сразу. Рисунок «Семья» дети почти во всех случаях начинали с изображением матери, ее фигуры, лица. Лицо матери как наиболее выдающееся рисовалось тщательно, дети старались отобразить те или иные особенности. В последнюю очередь ребенок рисовал себя (II и III группы).

В I группе, где дети имели тяжелое течение бронхиальной астмы, 38 % рисунков начинались с абстрактного изображения или с изображения других членов семьи, при этом воспроизведение несколько раз

уничтожалось. Фигуру матери дети рисовали последней, неоконченной, часто на расстоянии от себя. Здоровые дети принимали задание сразу, рисовали радостно, с объяснением рисунков. Практически не было исправлений, что свидетельствует об эмоциональном благополучии.

Структура семьи на рисунках детей I группы неполная: отсутствуют или фигура матери, или отца, или все члены семьи. Это говорит о негативном отношении к семье в целом (42,9 %), к матери (38 %) или к другому члену семьи. У детей II группы только в 8 % рисунков отсутствовало изображение самого ребенка, а другие дети рисовали полную семью. Дети, которые имели длительную ремиссию или легкое течение заболевания, воспроизвели полную семью, как и дети контрольной группы.

Расположение членов семьи и особенности изображенных фигур у детей I группы значительно отличаются от рисунков здоровых детей. Фигуры изображены на рисунках на расстоянии друг от друга, для работы часто избирался черный цвет. Изображения были схематичными, иногда незаконченными. Фигура матери рисуется нечетко, без деталей, с длинными руками, что говорит о низком уровне эмоциональных связей в семье, отрицательное отношение к матери, удаленность, низкий уровень собственного восприятия.

У детей II и III групп мать, как правило, представлена самостоятельной фигурой, подчеркнута ее значимость для ребенка (92 % и 100 % соответственно). Фигура матери изображена тщательно, с большим количеством деталей. Другие члены семьи нарисованы рядом, яркими цветами. Это подчеркивает положительное отношение к матери, высокий уровень эмоциональных связей.

Как показывают полученные данные по методике Д.Х. Олсона, процент функциональных семейных структур по оценкам больных подростков составляет только 46,43 % у девочек и 56,81 % у мальчиков, что меньше, чем в контрольной группе. Семейная структура характеризуется сбалансированным объединенным гибким типом (32,14 % девочек, 45,45 % мальчиков). Несбалансированные типы семьи встречаются в 32,14 % девочек и 22,73 % мальчиков, при этом у девочек доминирует раздельный хаотичный (10,71 %), у мальчиков – объединенный хаотический тип (18,18 %). Восприятие своей семьи, как дисфункциональной, определено у 21,42 % девочек и у 20,45 % мальчиков, при этом доминирующими являются разобщенный хаотичный (10,71 % у девочек, 11,36 % у мальчиков) и запутанный хаотичный (10,71 % у девочек и 6,82 % – у мальчиков) типы.

Выводы. Т. о. детско-родительские отношения подростков, больных бронхиальной астмой, отличаются от детско-родительских отношений здоровых подростков, при чем отмечаются различия у детей с разной тяжестью заболевания и у детей разного пола.

Литература

1. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
2. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. – М.: М50 ИД Городец, 2016. – 596 с.
3. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.

Влияние дисфункциональных семейных коммуникаций на запрет на выражение чувств у молодежи

Воликова С.В., Данилова Е.К., Снегирева Т.В.

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ
psytab2006@yandex.ru*

Ключевые слова: семейные факторы, запрет на выражение чувств, молодежь

The dysfunctional family communication influence to the ban on expressing feelings among the young people

Volikova S.V., Danilova E.K., Snegireva T.V.

*Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology
Moscow State University of Psychology & Education*

Keywords: family factors, the ban on the expression of feelings, young people

Введение. Исследования показывают, что дисфункциональные установки по отношению к проявлению чувств связаны с эмоциональными нарушениями у пациентов разного возраста, в том числе и молодежи. Запрет на выражение чувств (ЗВЧ) является личностным фактором течения и хронификации нарушений эмоциональной сферы. Поэтому актуальным остается вопрос исследования факторов, влияющих на возникновение такой дисфункциональной личностной установки как запрет на выражение чувств. Опыт практической работы говорит о том, что запрет на выражение чувств (ЗВЧ) у молодежи зависит от установок в родительской семье по отношению к эмоциональной сфере, от характера эмоциональных коммуникаций в семье. Исследования этих факторов важны, т.к. позволяют более точно понять механизм возникновения нарушений в эмоциональной сфере у молодежи, а также понять системный механизм возникновения, течения и хронификации нарушений эмоциональной сферы молодежи, в том числе и в виде симптомов депрессивных и тревожных расстройств.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 200 человек из популяции (110 девушек, 90 юношей) в возрасте от 21 до 24 лет.

Методики: 1) для исследования нарушений семейной системы: опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК) (Холмогорова, Воликова); опросник «Self-Expressiveness in the family questionnaire» (SEFQ) (Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke, Fox); 2) для исследования уровня запрета на выражение чувств: опросник «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ) (Зарецкий, Холмогорова, Гаранян); опросник «Emotion Regulation Questionnaire» (ERQ) (Гросс, адаптация А.А. Панкратовой, Д.С. Корниенко).

Результаты. Выделены три подгруппы: 1) с высоким уровнем ЗВЧ (основная группа), 2) с низким уровнем ЗВЧ (контрольная группа), 3) со средним уровнем ЗВЧ (группа сравнения). В данной публикации описаны результаты сравнения группы с высоким и низким уровнем ЗВЧ. Сравнение особенностей эмоциональных коммуникаций в родительских семьях у молодых людей с высоким и низким уровнем ЗВЧ выявило, что молодые люди с высоким уровнем ЗВЧ воспитывались в семьях с большим количеством дисфункциональных установок по отношению к эмоциональной сфере. Молодые люди с высоким уровнем ЗВЧ описывают свои родительские семьи как семьи с повышенным уровнем родительской критики. Отмечают, что родители были склонны либо фиксироваться на негативных чувствах, либо игнорировать эмоциональную сферу членов семьи. Исследование выявило, что в родительских семьях молодежи с высоким уровнем ЗВЧ имела место установка на то, чтобы представлять семью в глазах окружающих исключительно в позитивном свете. Также результаты исследования позволяют говорить, что чем выше запрет на выражение чувств, тем больше нарушений в семейных коммуникациях.

Был проведен регрессионный анализ с целью проверки гипотезы о влиянии нарушений в семейных коммуникациях на проявление запрета на выражение чувств у молодежи. Регрессионный анализ показал, что на выраженность установки на ЗВЧ оказывают влияние нарушения семейных эмоциональных коммуникаций в виде: родительской критики, игнорирования эмоциональной сферы, стремления любой ценой скрывать проблемы семьи и представлять семью в глазах других исключительно в позитивном свете, деструктивного родительского контроля. Все обозначенные показатели способствуют усилению выраженности запрета на выражение чувств у молодежи.

Выводы. Семейные дисфункции в виде родительской критики, фиксации родителей на негативных событиях, игнорирование эмоций и чувств, стремления скрывать проблемы семьи перед окружающими, деструктивный родительский контроль могут приводить к тому, что у растущего в такой семье ребёнка формируется убеждение, что чувства надо игнорировать, подавлять или скрывать. Запрет на выражение чувств возникает, закрепляется в детском, подростковом возрасте и сохраня-

ется в виде убеждений во взрослом возрасте. Все это может негативно сказываться на эмоциональной сфере, усиливать риски возникновения и хронификации симптомов эмоциональных нарушений. Таким образом, семейные дисфункции, а также личностная установка на запрет на выражение чувств должны быть мишенями психологической помощи молодежи и подросткам из группы риска по эмоциональным расстройствам, а также с симптомами депрессивных и тревожных расстройств.

Особенности структуры темперамента у детей с трудностями обучения (опыт применения опросника структуры темперамента ОСТ-77)

Дианова А.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, ЧОУ СОШ

начальная Ломоносовская Школа, Москва, Россия

andradianova@gmail

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: структура темперамента, трудности обучения, индивидуальные особенности

Особенности структуры темперамента у детей с трудностями обучения (опыт применения опросника структуры темперамента ОСТ-77)

Dianova A.A.

MSUPE, educational psychologist

Primary Lomonosov School, Russia

Sergienko A.A.

Mental Health Research Center (MHRC), MSUPE, Russia

Keywords: temperament, learning difficulties, individual characteristics

Введение. Современные исследования [1] отмечают увеличение числа детей в начальной школе, которые испытывают значительные проблемы в обучении и в усвоении школьных предметов. При этом, у большинства из этих детей не выявляют грубой патологии, а обнаруживают варианты развития в пределах нижних границ нормы (по данным психолого-педагогических (ППК) и психолого-медико-психологических (ПМПК) комиссий, а также по данным патопсихологических клинических исследований).

Как нам представляется, одним из предикторов развития успешности таких детей, в частности, успешности в обучении, могут служить темперамент и особенности его структуры [2,4].

Темперамент человека, являясь базисной составляющей психики, влияет на различные психические процессы и их составляющие, такие как: скорость восприятия, быстрота мышления, длительность сосредоточения внимания и т.п.); пластичность и устойчивость психических явлений, лёгкость их смены и переключения; темп и ритм деятельности;

интенсивность психических процессов (например, сила эмоций, активность воли); направленность психической деятельности на определённые объекты (экстраверсия или интроверсия). Согласно В.М.Русалову темперамент является психосоциобиологической категорией, независимым базовым образований психики [2,3,5].

Цель работы: 1) определить сочетание черт или определенных яркие черты в структуре темперамента, которые часто встречаются у детей с трудностями обучения; 2) проверить существует ли корреляция между особенностями темперамента (структурой или определенными характеристиками темперамента) у младших школьников с трудностями обучения.

Материалы и методы. Испытуемые: дети в возрасте 7–10 лет, ученики 1–3 классов ЧОУ СОШ «Ломоносовская школа» (32 учащихся) и ГБОУ № 630 имени дважды Героя Советского Союза Г.П. Кравченко г. Москвы (15 учащихся). Из них 19 мальчиков и 24 девочки. У всех детей была проведена диагностика наглядно-образного, вербально-логического, и наглядно-действенного мышления, на основании результатов которой и по «четвертным» оценкам дети были разделены на группы «дети с трудностями обучения» (18 учащихся), «успешные школьники» (29 учащихся).

Методы исследования: для исследования мышления использовались методики с применением балльных оценок: методика «Кубики Кооса» (англ. Kohs Block Design Test); методика «Малая предметная классификация» (модифицированная Т.К.Мелешко и др.); методика «Рассказ по картинкам с последовательным развертыванием сюжета «Умная галка» (предложено Цветковой Л.С. и др.); для оценки структуры темперамента использовался вариант опросника ОСТ-77 (STQ-77), версия для оценивания детей 8–11 лет (STQ-77E-C3) В.М. Русалова, И.Н. Трофимовой, на вопросы которого отвечали родители испытуемых [2].

Результаты. Анализ результатов теста ОСТ-77 показал, что самыми часто встречающимися чертами в структуре темперамента детей с трудностями обучения являются: моторная и социальная эргичность (у 7 из 18 детей), нейротизм (у 6 из 18 детей). Отмечено, что у 4 из 7 детей моторная и социальная эргичность одновременно показали высокий уровень. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что дети с трудностями обучения обладают предпосылками наибольшей выносливости (способности продолжать деятельность без снижения работоспособности) при выполнении двигательной и социальной деятельности, и одновременно тревожны. Чертами, которые представлены в структурном ансамбле темперамента детей с трудностями обучения в наименьшей степени являются поиск впечатлений и вербально-социальный темп (у 12 из 18 детей). Это указывает на то, что дети с трудностями обучения не склонны к поиску рискованных видов деятельности ради необычных впечатлений и обладают низким темпом в ситуациях вербального общения.

По результатам исследования был составлен усредненный профиль ансамбля темперамента детей с трудностями обучения: низкий уровень в структуре темперамента имеют черты «Социальный темп» и «Поиск Впечатлений», а высокий – «Нейротизм», «Моторная» и «Социальная» эргичность.

Анализ корреляционных взаимосвязей, составляющих структуры темперамента в группе детей с трудностями обучения показал, что моторная эргичность и моторный темп имеют ряд корреляций с другими параметрами структуры темперамента. Среди них наибольшая положительная корреляция с поиском впечатлений, социальной эргичностью, социальным темпом, пластичностью. Отрицательная корреляция с нейротизмом.

Заключение. Исследование показало, что существует определенная специфичность структуры темперамента, характеризующая детей с трудностями обучения. Возможно такой специфический функциональный ансамбль базово заданных черт темперамента, где наряду с высокой моторной и социальной выносливостью заложена высокая тревожность и низкая способность понимания речи в коммуникативных взаимодействиях вкупе с низкой способностью поиска возбуждающих адреналиновую систему впечатлений, формирует личностные особенности характерные для детей с трудностями обучения.

Литература

1. *Гриндер М.* Исправление школьного конвейера. пер с англ. М., 1989 г.
2. *Русалов В.М.* Биологические основы индивидуально-психологических различий. – М.: Наука, 1979 г.
3. *Русалов В.М., Трофимова И.Н.* О представленности типов психической деятельности в различных моделях темперамента. Психологический журнал, 2011, том 32, № 3, с. 74–84
4. *Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии. – М.: Прогресс, 2007. – 70 с.
5. *Trofimova I.* (2016) The interlocking between functional aspects of activities and a neurochemical model of adult temperament. In: Arnold, M. C (Ed.) Temperaments: Individual Differences, Social and Environmental Influences and Impact on Quality of Life. Nova Science Publishers, Inc., NY pp. 77–147.

Установки студентов разных специальностей по отношению к работе психолога-консультанта

Долныкова А.А., Коренькова П.А.

Московский НИИ психиатрии –

филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»

Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, Россия

psylab2006@yandex.ru

Ключевые слова: студент, студенты-психологи, психологическое консультирование

Different specialties students' attitudes to the psychologist-counselor's work

Dolnykova A.A., Koren'kova P.A.

Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of The Serbsky

Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology

Moscow State University of Psychology & Education

Keywords: a student, students-psychologists, psychological counseling

Введение. В последние десятилетия отечественная практическая психология стала стремительно продвигаться от диагностических задач к задачам психологического консультирования и психотерапии. Отношение к деятельности практического психолога также изменилось. Психологи стали работать в образовательных учреждениях, не только в психиатрических медицинских учреждениях. Появились муниципальные и частные учреждения, где психологи занимаются и диагностикой, и консультированием, и психотерапией. Фигура консультирующего психолога стала часто появляться в масс-медиа, что является косвенным, но значимым признаком изменения роли психолога в социуме. При этом по-прежнему нередко приходится сталкиваться с негативными установками по отношению к фигуре психолога и возможностям психологического консультирования. Негативное отношение к психологам и возможности получения психологической помощи препятствует обращению за такой помощью. Поэтому нам представлялось важным исследовать установки молодого поколения по отношению к психологам и получению психологической помощи и факторы, которые влияют на формирование этих установок. С этой целью мы провели исследование отношения студентов (психологов и студентов других специальностей) к работе психолога.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 98 студентов (52 студента обучающихся психологическом факультете, и 46 студентов, получающих другие специальности, (56 девушек, 42 юноши) в возрасте от 20 до 27 лет. Для выяснения установок по отношению к психологическому консультированию мы создали анкету, направленную на выявление установок по отношению к личности психолога и возможности обратиться за психологической помощью.

Результаты. Сравнивались результаты двух групп студентов – имеющих и не имеющих психологическую подготовку. Согласно полученным результатам и молодые люди, выбравшие психологию как профессию, имеющие психологические знания и студенты не психологических специальностей, не считают работу психолога несерьёзной, подавляющее большинство людей в обеих группах убеждены, что психологи хорошо разбираются в людях. Почти все студенты психологи и три четверти студентов других специальностей считают, что словам психолога можно доверять. В остальном разница во взглядах между двумя обследованными группами была гораздо больше. Примерно половина студентов не психологических специальностей, в отличие от студентов-психологов, считают, что сами психологи – странные люди, что они могут повлиять на психику клиента, очень многие студенты – не психологи, убеждены, что психолог навязывает свою точку зрения, что в общении с ним человек испытывает дискомфорт, что ему не очень то можно доверять. Знаменательно, что почти треть студентов – психологов считает, что психологи – сложные и непонятные люди, к ним присоединяется подавляющее большинство студентов – не психологов.

Подавляющее большинство студентов всех специальностей готовы прибегнуть при необходимости к помощи психолога, считают, что в этом нет ничего страшного, что при тревожных и депрессивных состояниях психологи, как и врачи могут помогать тем, кто к ним обращается. Все студенты-психологи считают, что не нужно стесняться обращения к психологу. Важно, что примерно две трети студентов- не психологов считают также.

Выводы. В результате исследования можно сделать вывод о том, что сейчас молодёжная студенческая среда обладает представлениями о возможности обращения к психологу для получения консультации, о том, что работа с психологом может приносить пользу. Достаточно большое число студентов считает, что этого не стоит стесняться. Но многие студенты – не психологи ожидают, что будут испытывать дискомфорт на консультации, что психолог навязывает свои точки зрения, не очень доверяют психологам. Эти данные говорят о том, что знание психологии способствует положительному отношению к возможности получения психологической помощи, но и многие люди, не сведущие в психологии, на нынешнем этапе развития нашего социального сознания готовы её принимать, хотя старые представления о психологах пока ещё сохраняются в какой-то мере и в молодёжной среде.

О взаимосвязи личностных черт и фаббинга у молодежи*

Екимчик О.А., Рулева Е.С., Крюкова Т.Л.

*Костромской государственной
университет, Кострома, Россия*

tat.krukova44@gmail.com,

olga-ekimchik@rambler.ru, e.ruleva44@gmail.com

Ключевые слова: фаббинг, личностные черты, психическое здоровье, молодежь

About the relationship of personality traits and fabbing for youth

*Ekimchik O.A., Ruleva E.S., Kryukova T.L.
Kostroma State University, Kostroma, Russia*

Keywords: fabbing, personality traits, mental health, youth

В последнее десятилетие среди молодежи отмечается резкий рост аддикций, возникающих на фоне использования смартфона: Интернет-зависимость, игровая зависимость, зависимость от социальных сетей, смс-зависимость. Кроме того, возник такой феномен социального поведения как фаббинг или пренебрежение собеседником в процессе общения посредством отвлечения на смартфон / гаджет [1]. Дискуссионным является вопрос: фаббинг – это зависимость или социальная норма? Факторы фаббинга нуждаются в тщательном изучении, и, по нашему мнению, из всех психологических факторов большой интерес представляют личностные черты.

Изучение взаимосвязи личностных черт и фаббинга представлено небольшим количеством исследований. Среди изучаемых черт – нарциссизм, перфекционизм, а также нейротизм и добросовестность (черты Большой пятерки). Было установлено, что нейротизм как прямо, так и косвенно связан с фаббингом. Люди с высоким уровнем эмоциональной нестабильности более уязвимы к критике и негативным реакциям, идущим из реального мира. Общение в социальных сетях является для них более безопасной платформой представления своего «Я» [4]. Оказалось, что добросовестность, в отличие от нейротизма, является фактором-протектором проблемного использования Интернета и фаббинга. Пользователь с выраженной добросовестностью способен удерживаться от чрезмерного увлечения Интернетом и социальными сетями [2].

* работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ № 18-013-01005.

Значительный вклад в проблемное использование Интернета и фаббинга вносят, как установлено исследователями, такие черты, как нарциссизм и перфекционизм. Именно Сеть предоставляет возможность удовлетворения нарциссической потребности в одобрении в относительно безопасных условиях виртуальной среды [2].

В предыдущем исследовании нами была обнаружена взаимосвязь личностных черт тревожности и локуса контроля – с игровой зависимостью как предпосылкой фаббинга. В исследовании приняли участие 66 человек (в основном, юноши в возрасте 16–17 лет), разделенные на 2 группы: зависимые от игр и без игровой зависимости. Установлено, что для зависимых от игр были характерны высокая личностная тревожность и экстернальный локус контроля. Различия выявлены и в копинг-стратегиях: дистанцирование, уход в себя, несовладание, игнорирование в первой группе и решение проблемы, задачи, друзья, работа, достижения, позитивный фокус и чувство принадлежности во второй [3].

Основная проблема настоящего исследования: существует ли взаимосвязь между проявлениями фаббинга и личностными чертами? Цель: изучить проявления фаббинга и их взаимосвязь с личностными чертами в студенческой среде. Мы предположили, что отдельные черты, измеряемые с помощью «Большой пятерки», сопряжены с проявлениями фаббинга.

Метод. В исследовании приняли участие 44 студента в возрасте от 18 до 24 лет: 17 юношей (ср. возраст – 21) и 27 девушек (ср. возраст – 20). Методики: Шкала «Фаббинг» (Phubbing, Roberts, 2015, апробирована Крюковой, Екимчик, Крыловой, Рулевой 2019), методика «Фаббинг партнера» (Partnerphubbing, Roberts, David, 2015, апробирована Екимчик, Крыловой, 2019); вариант пятифакторного личностного опросника Косты и МакКре (5PFQ, Tsuji, 1992, адаптирован Хромовым, 1999); методы статистического анализа.

Результаты. В целом фаббинг ($m=29,95$; $SD=8,39$) и фаббинг партнера ($m=3,43$; $SD=0,93$) выражены умеренно в данной выборке. Преобладают открытость новому опыту ($m=52,93$; $SD=29,95$) и добросовестность ($m=50,11$; $SD=13,24$). Наименьшие показатели получены по экстраверсии ($m=45,14$; $SD=13,65$).

Выявлены достоверно значимые разнонаправленные корреляционные связи между личностными чертами и интенсивностью проявлений фаббинга: отрицательные – между фаббингом и экстраверсией ($r=-0,41$; $p=0,01$); дружелюбием ($r=-0,50$; $p=0,000$). Для респондентов с высоким уровнем экстраверсии характерны ориентированность на общение с людьми и поиск возможностей для социального взаимодействия, а дружелюбие предполагает потребность в социальном окружении, гармоничность существования в социуме, взаимоуважение. Фаббинг положительно связан с нейротизмом ($r=0,42$; $p=0,01$). Люди с высоким уровнем эмоциональной нестабильности склонны к негативному восприятию мира, что может при-

вести к избеганию реальных взаимодействий через проблемное использование Интернета и, как следствие, фаббинг. Уход от общения в социальные сети может являться для них защитным механизмом.

Установлено, что одна из личностных черт «Большой пятерки» и возраст являются предикторами фаббинга в поведении молодежи ($R=0,66$ $R^2=0,43$ $F=15,4$ $p=0,000$). А именно, вероятность проявления фаббинга в поведении снижают дружелюбие ($\beta=-0,62$ $p=0,000$) и возраст ($\beta=-0,39$ $p=0,003$). Причем влиянием этих факторов объясняется 43 % дисперсии фаббинга у молодежи.

Связей между оценкой фаббинга партнера и личностными чертами субъекта не выявлено. Это подтверждает такой факт: фаббинг является объективно существующим феноменом социального поведения, а не особенностью восприятия общения с партнером, обусловленной личностными чертами.

Согласно результатам исследования, констатируем подтверждение гипотезы: черты личности, характеризующие ее направленность на социальное взаимодействие и общительность, снижают проявления интенсивности фаббинга у студентов, а эмоциональная неустойчивость способствует ему.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать: личностные черты могут являться факторами фаббинга. Фаббинг как вид аддиктивного поведения может иметь множество последствий для психического здоровья человека: тревожность, беспокойство и депривационные расстройства при отсутствии доступа к гаджету [1], а нарушение самоконтроля в отношении использования компьютера и Интернета приводит к ухудшению самочувствия и дистрессу [5]. Личностные черты являются предикторами фаббинга, что, в свою очередь, может повлечь за собой нарушения психического здоровья. Эта идея требует дальнейшего исследования и тщательной проверки.

Литература

1. *Крюкова Т.Л., Екимчик О.А.* Фаббинг как угроза благополучию близких отношений // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 3. С. 61–76.
2. *Холмогорова А.Б., Герасимова А.А.* Психологические факторы проблемного использования Интернета у девушек подросткового и юношеского возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 3. С. 138–155. doi: 10.17759/cpp.2019270309
3. *Tatiana Kryukova, Maria Saporovskaya* (2017). What specific computer games addicted teens' traits may contribute to addictive behaviour? Journal of Behavioral Addictions. Vol. 6, Number 1, March 2017. Suppl. 1. Pp. 1–74 (2017). P. 28. [<http://www.akademai.com/doi/pdf/10.1556/JBA.6.2017.Suppl.1>].
4. *T'ng S. T., Ho K.H., & Low S.K.* (2018). Are you “phubbing” me? The Determinants of Phubbing Behavior and Assessment of Measurement In-

- variance across Sex Differences. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*. 7(2), 159–190. doi: 10.17583/rimcis.2018.3318
5. *Weinstein A., Lejoyeux M.* (2010). Internet addiction or excessive Internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 36(5), 277–283. doi:10.3109/00952990.2010.491880

Прямая и непрямая самооценка у подростков с шизотипическим расстройством и расстройством личности

Зверева М.В., Казачкова М.А.

ФГБНУ Научный центр

психического здоровья, Москва, Россия

maremerald@gmail.com

ГБУЗ «Научно-практический центр

психического здоровья детей и подростков

им. Г.Е. Сухаревой», Москва, Россия

m.a.kazachkova@gmail.com

Ключевые слова: самооценка, подростки, расстройства личности, шизотипическое расстройство, цветовой тест

Direct and indirect self-esteem in adolescents with schizotypal and personality disorder

Zvereva M.V., Kazachkova M.A.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Sukhareva Scientific-practical Children's

Mental Health Centre, Moscow, Russia

Keywords: self-esteem, adolescent, personality disorder, schizotypal disorder, color test

Введение: В материалах работы представлен первый этап модификации и нового способа применения двух классических тестов на самооценку Дембо-Рубинштейн и Цветового теста отношения Эткинда. Самооценка по Дембо-Рубинштейн метод диагностики, направленный на изучение самооценки испытуемого, разработанный Т. В. Дембо в 1962 году и дополненный С. Я. Рубинштейн в 1970 году [2]. Наиболее известна модификация А.М. Прихожан, которая предполагает количественный подсчет данных и получение уровня притязаний испытуемого: вычисляется путем вычитания из оценки «идеального я» оценки «реального я». Цветовой тест отношений (ЦТО) – проективная методика, разработанная в 80х советским психиатром Е. Ф. Бажиным совместно с психологом А. М. Эткиндом [3]. ЦТО направлен на отражение неосознаваемых и частично сознательных эмоциональных отношений человека по отношению к другим: людям, объектам, а также явлениям окружающей действительности. В основе цветового теста отношений лежит предположение о том, что существует прямая взаимосвязь между

цветовыми ассоциациями, которые возникают у человека при взаимодействии с чем-либо из его окружения, и непосредственным к ним отношением человека. Таким образом, ЦТО минуя защитные механизмы сознания, благодаря непрямой оценке через выбираемые стимулы, позволяет получить доступ к реальным, но неосознаваемым компонентам отношений человека. Модификация прямой и непрямой самооценки по Дембо-Рубинштейн и ЦТО заключается в следующем предположении. Самооценка по Дембо-Рубинштейн отражает социально желаемые, приемлемые (или наоборот в случае психопатологии достаточно вычурные) показатели самооценки «реальное я» и уровень притязаний через «идеальное я». Тогда как методика ЦТО позволяет выявить неосознаваемые параметры самооценки «реальное я» и уровня притязаний через «идеальное я». Чем сильнее рассогласование между прямой самооценкой по Дембо-Рубинштейн и непрямой по ЦТО, тем вероятнее наличие внутреннего конфликта у испытуемого, трудностей рефлексии относительно собственной самооценки, возможно даже и неосознание наличия патологического процесса. В связи с этим предположением была проведена модификация обеих методик для проведения совместного анализа данных по самооценке прямой (Дембо-Рубинштейн) и непрямой (ЦТО) [1]. Самооценка по Дембо-Рубинштейн проводится по 4 классическим шкалам «Здоровье», «Разум», «Характер», «Счастье» по 8 см каждая (для удобства сравнения с 8ми цветовой шкалой ЦТО). Подросткам предлагается обозначить свое положение в «реальном» и «идеальном» месте на каждой шкале. Тест отношения к цвету предлагает выбрать один цвет из восьми на выбранные позиции «реальный» и «идеальный» по тем же шкалам, что и «здоровье», «ум», «характер», «счастье». После выбора по всем шкалам предлагается расположить цвета от неприятного к приятному. Интерпретация данных проходит в два этапа. На первом этапе данные по шкалам Дембо-Рубинштейн переводятся в цифровые значения. Восьмибальная шкала от 1 до 8, где положениям «в данный момент» (реальное я) и «где бы хотелось» (идеальное я) присваивается значение исходя из того, в какой промежуток попала отметка. Баллы по цветовому тесту отношений присваиваются исходя из ранга, полученного благодаря восьмибальной шкале от неприятного (1 балл) к приятному (8 баллов). Таким образом получается прямая оценка «реального я» и «идеального я» по методике самооценки Дембо-Рубинштейн и непрямая по цветовому тесту отношений. Следующий этап интерпретации данных состоит в вычислении «разрывов» между показателями по каждой из шкал по «реальному я» и «идеальному я» отдельно для методики Дембо-Рубинштейн и для цветового теста отношений. Данный показатель получается путем вычитания из показателя «идеальное я» показателя «реальное я» по каждой шкале в методиках. Заключительный этап интерпретации данных – сравнение «разрывов» по шкалам между прямой оценкой по Дембо-Рубинштейн и

непрямой по цветовому тесту отношений. Показатель получается путем вычитания из «разрыва» по шкале по Дембо-Рубинштейн «разрыва» по той же шкале по цветовому тесту отношений. Данные берутся по модулю, чтобы избежать попадания в отрицательные значения. Конечные результаты методики прямой и непрямой оценки по Дембо-Рубинштейн и цветовому тесту отношений – показатель «разрыва» по шкалам между прямой и непрямой оценкой. Чем больше показатель разрыва, тем сильнее выражен конфликт самооценки прямой – по Дембо-Рубинштейн и непрямой – по ЦТО. Предполагается, что у здоровых испытуемых разрыв находится в пределах одного-двух стандартных отклонений.

Цель: изучение различий между прямой и непрямой самооценкой у подростков с диагнозами шизотипическое расстройство (F21) и расстройство личности (F60).

Материал: Подростки обоего пола, средний возраст 15,6: F21–9 человек, F60–12 человек, нормативная группа (N) – 12 человек.

Методы: прямая самооценка по тесту Дембо-Рубинштейн и непрямая самооценка по тесту Эткинда по цветовому отношению.

Результаты. Использованы непараметрический критерий Краскала – Уоллиса. Достоверные различия были получены по шкалам Дембо-Рубинштейн «Здоровье» между нормативной группой (N) и группой с расстройством личности (F60) для обоих показателей: «реальное Я» ($N = 10,208$, $p < 0,009$), «идеальное Я» ($N = 7,750$, $p < 0,015$), и шкале «Характер» «реальное Я» между группой N и группой с F60 ($N = 9,500$, $p < 0,024$) и между нормативной группой (N) и группой с шизотипическим расстройством (F21) ($N = 9,375$, $p < 0,016$). Что касается разрыва между прямой и косвенной самооценкой, значимые различия были получены по шкале «Здоровье» между группой N и каждой из клинических групп: группа N и группа F21 – $N = 10,333$, $p < 0,043$, группа N и группа F60 – $N = 15,167$, $p < 0,000$; а также для шкалы «Счастье» между группой N и группой F60 – $N = 10,083$, $p < 0,029$.

Выводы: Исходя из данных, полученных на первом этапе модификации совместного применения методик на самооценку Дембо-Рубинштейн и ЦТО, у здоровых подростков не наблюдается значимого разрыва между «реальным Я» и «идеальным Я» при сравнении прямой и непрямой самооценки. Подростки с диагнозом шизотипическое расстройство (F21) и расстройства личности (F60) имеют статистически значимый больший разрыв между прямой и косвенной самооценкой по показателям «Здоровье» и «Счастье», что может свидетельствовать о наличии нестабильного отношения к себе и внутренних противоречий, а также о возможном неосознаваемом «понимании» своего болезненного состояния.

Литература

1. *Зверева М.В.* Опыт комплексного использования цветового теста отношений и методики Дембо-Рубинштейн в исследовании личност-

- ных особенностей лиц молодого возраста с психической патологией // Психиатрия № 3(71) 2016 56–57 с.
2. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Изд-во Института Психотерапии, 2010 г., С. 224.
 3. *Эткинд А.М.* Цветовой Тест Отношений: метод, рекомендации / А.М. Эткинд; Ленинградский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Л., 1983 г.

Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков при шизофрении: диагноз и ведущий синдром

Зверева Н.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Балакирева Е.Е.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: когнитивный дизонтогенез, шизофрения, дети и подростки, патопсихологическая диагностика, психопатологические синдромы

Differential diagnosis of cognitive dysontogenesis in children and adolescents with schizophrenia

Zvereva N.V.

FSBSI Mental Health

Research Center, Moscow, Russia

Moscow State University of Psychology

and Education, Moscow, Russia

Balakireva E.E.

FSBSI Mental Health Research

Center, Moscow, Russia

Keywords: cognitive dysontogenesis, schizophrenia, children and adolescents, pathopsychological diagnostics, psychopathological syndromes

Введение. Практика совместной клинико-психологической диагностики, осуществляемой психиатрами и психологами в детской психиатрической клинике, насчитывает в нашей стране более полувека. С классических работ, проводимых в 6-й детской психиатрической больнице в г.Москве (в настоящее время НИЦ ПЗДП им. Сухаревой Г.Е.) с середины 1960-х гг XX века и выполненных под руководством Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, до настоящего времени важной задачей остается диагностика познавательного развития (наличие специфических нарушений, дефекта) при проведении дифференциальной диагностики заболеваний [3]. Основываясь на данных работ наших учителей, Б.В. Зейгарник, Г.Е. Сухаревой, мы придерживаемся и в настоящее время совместной деятельности при постановке диа-

гноза. Верный диагноз помогает в правильном, дифференцированном подходе к лечению пациента, с рекомендациями по прогнозу заболевания и выработке дальнейшего маршрута ведения пациентов. Введение в ракурс рассмотрения ведущего синдрома при психологической диагностике детей и подростков, страдающих шизофренией, встречается нечасто, однако современные реалии требуют дифференцированного подхода с опорой на преморбидные (с учетом ранних антенатальных факторов), клинические и социальные характеристики пациентов [4]. В отделе клинической психологии НЦПЗ с начала 2000-х годов разрабатывается концепция когнитивного дизонтогенеза. Оценивается степень выраженности дефицитов в развитии познавательных процессов, наличие специфических для патологии признаков, а также сформированного/формирующегося дефекта в когнитивной сфере [1,2] у пациентов в сопоставлении с нормативным развитием сверстников. С точки зрения психиатрии прогностическая значимость ведущего синдрома при эндогенной психической патологии имеет большое значение, это м.б. и специфически детские (патологическое фантазирование, например) и базовые психопатологические синдромы (кататонический, аффективный, психопатоподобный). В данной работе мы обобщили материалы патопсихологической квалификации когнитивного дизонтогенеза с учетом фактора ведущего синдрома у детей и подростков при шизофрении. Частота встречаемости этого расстройства относительно невелика и является устойчивой, при этом почти каждый случай вызывает много вопросов при проведении дифференциальной диагностики. Мы проанализировали имеющиеся материалы исследований для того, чтобы наши коллеги, и детские психиатры, и детские клинические психологи могли воспользоваться нашим опытом в своей работе.

Цель работы выделение основных позиций для дифференциальной диагностики когнитивного дизонтогенеза при эндогенной психической патологии.

Материал. Обследованы дети и подростки (141 человек) в возрасте от 6 до 16 лет, которые являлись пациентами детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ. Среди них 93 мальчика (средний возраст 11,3 лет) и 48 девочек (средний возраст 12,4 лет). Все дети находились на стационарном лечении, получали специализированную терапию, были проконсультированы научными сотрудниками отдела детской психиатрии. В результате обследования диагностированы следующие нозологические формы по МКБ 10 (F20.8–54 ребенка – Г1, F21.x – 68 детей – Г2, F2xx – 14 детей -Г3).

Методы: клиничко-психопатологический, с проведением анализа истории болезни, экспериментально-психологический. Методики патопсихологической диагностики: 10 слов, простые и сложные парные ассоциации, таблицы Шульце, конструирование объектов [2]. Математическая обработка данных – критерий Фишера.

Результаты. Получено, что в каждой диагностической группе есть все виды когнитивного дизонтогенеза (КД). Регрессивно-дефектирующий КД (далее Р-Д): Г1–40 %, Г2–33 %, Г3–14 %; дефицитарный КД (далее Д): Г1–24 %, Г2–27 %, Г3–21 %; искаженный КД (далее И): Г1–24 %, Г2–25 %, Г3–38 %. Отсутствие КД: Г1–13 %, Г2–15 %, Г3–29 %. Различия между группами Г1 и Г3 достоверны по частоте Р-Д КД на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 1.904$).

Рассмотрим виды КД и уровня когнитивного развития (дефицитов в отдельных познавательных процессах) для всех диагнозов: для Р-Д чаще всего встречаются дефициты в простых парных ассоциациях (63 %), в таблицах Шульте (28 %), а коэффициент стандартности – 6 %; для Д – наиболее частотные дефициты в таблицах Шульте (31 %), коэффициенте стандартности (23 %), простых парных ассоциациях (22 %), объеме непосредственного слухоречевого запоминания (14 %); для И – частотные дефициты коэффициента стандартности (42 %), в таблицах Шульте (22 %) и сложных парных ассоциациях (14 %). У пациентов без когнитивных нарушений можно отметить легкие дефициты в коэффициенте стандартности (38 %), простых парных ассоциациях (19 %). Различия по коэффициенту стандартности достоверны Р-Д и других видов КД на уровне 0,01 ($\phi^*_{эмп} = 4.123$). По простым парным ассоциациям различия также достоверные отличия между Р-Д и И на уровне 0,01 ($\phi^*_{эмп} = 5.388$).

Рассмотрим ведущие синдромы (кататонический, аффективный, психопатоподобный) при выделенных видах КД. Частота кататонического синдрома при Р-Д – 9 %, при Д КД – 17 %, при И – 2 %, различия Р-Д и И КД значимы на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 2.004$). Частота аффективного синдрома при Р-Д – 16 %, при Д – 31 %, при И – 30 %, различия Д и И с Р-Д достоверны на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 1.871$). Частота психопатоподобного синдрома при Р-Д – 12 %, при Д – 32 %, при И – 19 %, различия Р-Д и Д достоверны на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 2.151$). **Максимальное синдромальное разнообразие встречалось при Р-Д.**

Резюме. Совместная работа врача и психолога позволяет оценить вклад ведущего синдрома в картину когнитивных дефицитов при эндогенной психической патологии у детей и подростков, что в свою очередь помогает в верификации диагноза. Синдромальный подход с учетом когнитивного дизонтогенеза определенного вида позволяет выделить наиболее подверженные дефицитарности познавательные процессы (или их составляющие). Проведенное исследование показало, что наиболее тяжелым является кататонический синдром, а – аффективный менее тяжелым. Для разных вариантов когнитивного дизонтогенеза определены наиболее информативные показатели патопсихологической диагностики: при Р-Д – это объем простых парных ассоциаций, при Д – временные показатели в таблицах Шульте, при И – показатели коэффи-

циента стандартности. Чем тяжелее протекает заболевание, тем меньше проявлений диссоциации и больше нарушений динамических параметров деятельности, чем легче протекает заболевание, тем более заметными становятся нарушения мышления или его выраженное своеобразие. Выделенные параметры познавательной деятельности вместе с клинической оценкой необходимы при проведении дифференциальной диагностики.

Литература

1. *Зверева Н.В.* Концепция когнитивного дизонтогенеза: история разработки и результаты исследований нарушений мышления. // Психиатрия, 2018. № 2 (78). С. 31–40.
2. *Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И.* Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 5–2. С. 3–11.
3. *Иванова А.Я.* Сборник трудов по патопсихологии детского возраста/ А.Я.Иванова, Э.С.Мандрусова; под ред. Э.С.Мандрусовой – М-Берлин: Директ –Медиа, 2015.
4. *Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б.* Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб.: Питер, 2006.

Оценка когнитивного развития детей и подростков, зачатых с помощью ЭКО: клинико-психологический и психометрический подходы

Зверева Н.В., Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Строгова С.Е., Суркова К.Л., Зверева М.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: дети, подростки, когнитивное развитие, психологическая диагностика, ЭКО

Assessment the cognitive development of children and adolescents conceived with IVF: clinical psychological and psychometric approaches

Zvereva N.V., Sergienko A.A.,

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

MSUPE, Moscow, Russia

Strogova S.E., Surkova K. L, Zvereva M.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: children, adolescents, cognitive development, psychological diagnostics, IVF

Введение. Увеличение частоты рождений детей с ЭКО и противоречивость данных об их психическом (эмоциональном и когнитивном) развитии, а также малое количество работ, анализирующих когнитивное развитие детей в широком возрастном диапазоне, определили цель и постановку задач исследования. Исследование является комплексным (психологическое, нейрофизиологическое и иммунологическое) и посвящено изучению когнитивного развития детей 3–15 лет, рожденных с применением ЭКО. Представлены результаты по психологической диагностике.

Цель: оценка особенностей когнитивного онтогенеза (дизонтогенеза) у детей 3–15 лет, зачатых с помощью ЭКО и других ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий).

Методы исследования: беседа и анкетирование родителей, WISC-II (детский тест Векслера), экспериментально-психологические методики для оценки когнитивного развития (память, внимание, мышление и восприятие), нейропсихологическая диагностика (дети 3-4 лет проходили

адаптированное нейропсихологическое обследование и не участвовали в психометрии по тесту Векслера), методы математической обработки данных (описательные статистики).

Материал исследования. Критерии включения: возраст ребенка от 3 до 15 лет включительно, зачатие с помощью процедуры ЭКО и других ВРТ. Критерии исключения: естественное зачатие.

Испытуемые: Обследовано 27 детей (13 мальчиков и 14 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет, рожденных с помощью ЭКО. Из них 3 пары дизиготных близнецов. 4 ребенка имели выставленный диагноз нарушения психического развития в виде: аутизма, эпилепсии, шизотипического расстройства. Все дети, за исключением трех случаев, воспитывались в полных семьях. Большинство детей обучаются в общеобразовательных учреждениях, посещают детский сад. Испытуемые участвовали в исследовании добровольно с письменного согласия родителей. Причины обращения к процедуре ЭКО связаны либо с женским, либо с мужским бесплодием. Процедура ЭКО проводилась по короткому или по длинному протоколу, в платных центрах и по квоте Минздрава или по ОМС, для оплодотворения использовался только родительский материал. Количество проведенных подсадов (процедур ЭКО) от 1 до 6. Примерно половина исследуемых детей появилось на свет в результате кесарева сечения. Сроки раннего психомоторного развития детей, со слов родителей, в большинстве случаев совпадали с нормативными. Наблюдались разнообразные варианты своеобразия речевого развития, работа с логопедом, нейропсихологом.

Результаты. По результатам беседы с родителями и анкетирования выявлено, что в анамнезе у большинства прошедших исследование детей и подростков отмечалось то или иное перинатальное или пренатальное поражение ЦНС.

По результатам теста Векслера общий интеллектуальный показатель не идентичен в группах с малым (111 баллов) и большим (104 балла) количеством подсадов. Диссоциация между вербальным и невербальным интеллектом встречалась более чем у 80 % испытуемых. Чаще встречалось преобладание невербального интеллекта, у испытуемых из группы с малым числом подсадов ЭКО. У испытуемых с выставленными диагнозами средние показатели интеллекта были ниже, чем у остальной группы (84,5 балла), также отмечалась диссоциация вербального и невербального интеллекта.

Оценка когнитивного развития по данным экспериментально-психологического исследования (патопсихологическая диагностика состояния памяти, внимания, мышления и восприятия) проводилась с детьми от 5 лет, выявлено широкое разнообразие вариантов развития. Опережающего когнитивного развития не было ни у одного из обследованных детей. У части младших детей отмечается общее недоразвитие

речи, различные варианты темпов познавательного развития, проблемы с произвольной слухоречевой памятью: снижение объема, трудности включения в деятельность, невысокие показатели эффективности памяти и т.д. Отмечается низкий показатель первоначального объема при запоминании 10 слов и хороший показатель отсроченного воспроизведения в той же методике. Для внимания отмечены как нормативные показатели, так и снижение темпа деятельности, трудности распределения внимания, поведенческие особенности по типу элементов полевого поведения. Особенности памяти и внимания оказываются более заметными по сравнению с результатами методик на оценку мышления, в основном выполнение заданий в пределах возрастной нормы для тех, кому, они доступны, исключение составляют 3 детей, страдающих психической патологией. Наиболее благоприятной остается сфера зрительного восприятия, где практически нет проблем ни с перцептивными действиями, ни с синтезом или избирательностью.

По результатам нейропсихологического обследования имеется сходство части обследованных испытуемых с детьми и подростками с резидуальной органической патологией разной степени тяжести, преили перинатального генеза. В когнитивном развитии обнаружено, в той или иной степени тяжести, недоразвитие или дисфункция следующих нейропсихологических факторов: 1) Энергетического фактора (диэнцефального и стволового) – в разной степени выраженности наблюдается у всех обследованных детей; 2) Регуляторного фактора; 3) Кинетического; 4) Слухо-речевой памяти – по типу повышенной тормозимости следов, наблюдается как про- так и, чаще, ретроактивное торможение следов. Выявлена зависимость увеличения функциональной недостаточности (увеличения симптомов дисфункции) энергетического и регуляторного факторов в зависимости от увеличения количества подсадов ЭКО (данные по другим нейропсихологическим факторам – в стадии анализа). Наибольшие отличия выявлены у тех, у кого количество подсадов было больше 3 (4–6 подсадов). Степень «тяжести» дисфункции энергетического фактора и на уровне стволовых и на уровне диэнцефальных структур возрастает на 12 %. Функциональная недостаточность регуляторного фактора возрастает почти на 30 %. В зависимости от возраста испытуемых (анализ в группах до 8 лет и старше) выявлена тенденция снижения обнаружения дисфункции энергетического фактора на уровне стволовых структур (~25 %) и функциональной недостаточности регуляторного фактора (~30 %). Сравнение усредненных данных в группах по функциональному состоянию энергетического фактора на уровне диэнцефальных структур не показало различий. Нейропсихологическая и логопедическая оценка детей младшей группы показала, что рожденные после многократных попыток ЭКО дети находятся в зоне риска по негативному развитию когнитивной и речевой сферы

Резюме. При комплексном обследовании на первый план выступают тенденция к снижению динамических показателей познавательной деятельности, при этом общая оценка когнитивного развития наблюдалась в вариантах от высокой нормы до значительной задержки развития (при наличии психиатрического диагноза). Полученные результаты будут дополнены и верифицированы при расширении основной выборки, сопоставлении с нормативной группой во всему комплексу методик, с учетом их возраста, особенностей перинатального периода, сроков овладения «miles stones» (ключевыми навыками), а также особенностей самой процедуры ЭКО и семейной ситуации.

Влияние родительских установок на коррекционный процесс у детей с аутистическими расстройствами

Иванова И.А., Султанова А.С.

Психологический Центр

«Сателлит», Москва, Россия

irina_a_ivanova@mail.ru

ФГБНУ «Институт изучения детства,

семьи и воспитания РАО», Москва, Россия

alfiya_sultanova@mail.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, родительские установки, динамика коррекционного процесса

The influence of parental attitudes on the correction process in children with autistic disorders

Ivanova I.A., Sultanova A.S.

Psychological Center “Satellite”, Moscow, Russia

Institute for the study of childhood, family and education

of Russian academy of education, Moscow, Russia

Keywords: autism spectrum disorders, parental attitudes, dynamics of the correctional process

На протяжении последних лет специалисты во всем мире отмечают неуклонный рост числа детей с аутистическими расстройствами. Разработка вопросов помощи детям с данной патологией является актуальнейшей междисциплинарной проблемой. За последние десятилетия создано достаточно много коррекционных и обучающих программ для детей с РАС; в нашей стране начинают внедряться различные формы инклюзивного обучения этих детей. Эффективность коррекционно-обучающих мероприятий зависит от многих факторов, и одним из ключевых факторов является позиция/установки членов семьи, воспитывающей ребенка с РАС. Под родительскими установками, или позициями, понимается «система или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним» [Бодалев А. А., Столин В. В. и др., 1989, с. 19–20]. От родительских установок зависят, в частности, принятие диагноза ребенка, качество комплаенса, выбор коррекционных методов, соблюдение рекомендаций педагогов и других специалистов, стабильность в посещении развивающих занятий.

С целью уточнения влияния родительских установок и некоторых других семейных факторов на коррекционный процесс детей с РАС нами было предпринято исследование, в котором приняли участие 65 детей в возрасте от 3,5 до 13 лет с различными формами аутизма: детский аутизм (F84.0) – 33 чел., атипичный аутизм (F84.1) – 21 чел., синдром Аспергера (F84.5) – 11 чел. Использовались следующие методы: стандартизированная беседа, сочинение «Мой ребенок», опросник «Анализ семейного воспитания» (АСВ) [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2008]. Дети с РАС и их семьи находились под наблюдением специалистов на фоне консультативной и коррекционной работы.

Результаты исследования показывают, что во многих семьях с детьми с аутистическими расстройствами наблюдаются нарушения стиля воспитания. Отмечались случаи эмоционального отторжения родителями ребенка с РАС (9%), но чаще (около 25%) регистрировалось возникновение патологической привязанности к ребенку. В 35% случаев отмечалось сочетание гиперопеки, потворствующей гиперпротекции, снижения требований-обязанностей, запретов и санкций; в 25% – сочетание неустойчивости стиля воспитания (переходы от повышенного внимания к эмоциональному отвержению) и воспитательной неуверенности. Данные нарушения родительской позиции крайне негативно сказываются на коррекционном процессе. В случае гиперопеки родители не закрепляют результат, полученный на занятиях. При потворствующей гиперопеке члены семьи сконцентрированы на желаниях ребенка с РАС и часто отказываются от всего, на что ребенок реагирует негативно, в том числе и от посещения коррекционных занятий. Родители с воспитательной неуверенностью, как правило, не готовы к регулярным длительным (часто – многолетним) коррекционно-развивающим занятиям с постепенным включением специалистом дополнительных методов, а постоянно находятся в поисках «волшебного средства». Дети в таких семьях часто перегружены занятиями, посещениями различных учреждений и специалистов, кратковременными программами коррекции, откровенно сомнительными «лечебными» и развивающими методами, измучены всевозможными диетами и различными сменяющими друг друга процедурами, эффективность которых при аутизме является недоказанной (например, клизмами, хелированием, гирудотерапией и пр.). Наша практика наблюдения за такими случаями показывает, что этот подход к коррекции РАС оказывается крайне неэффективным и может привести к негативному результату, усугубляя аутистические проявления у ребенка. Похожий вариант, при котором также наблюдается негативный результат, – самостоятельное, бесконтрольное и поэтому, как правило, несвоевременное и неадекватное применение родителями техник и методов, доказавших свою эффективность при работе специалистов с детьми, имеющими РАС.

В исследовании довольно часто регистрировалась разноплановость стилей воспитания у членов семьи детей с РАС (около 40 %). Наиболее характерны следующие сочетания: гиперпротекция со стороны матери и эмоциональное отвержение со стороны отца; эмоциональное отвержение и нетерпимость со стороны матери и доминирующая гиперпротекция со стороны бабушки; воспитательная неуверенность у матери и чрезмерность санкций у отца. Противоречивость и неадекватность родительских позиций наносит ущерб психическому развитию ребенка и препятствует ходу коррекционного процесса. Также для многих семей, воспитывающих детей с РАС, характерна тенденция к социальной изоляции, повышенное внимание к здоровью ребенка (в т.ч. физическому), снижение эмоционального фона, повышение конфликтности у членов семьи, недостаточная гибкость стиля воспитания при изменении состояния ребенка в процессе коррекции.

Данные проведенного исследования позволяют выделить основные факторы, оказывающие влияние на формирование родительских установок в семьях с ребенком с РАС: 1. Социально-психологический статус семьи: является ли семья полной или неполной, молодой или зрелой, работают ли родители, какое количество детей в семье. Эти факторы являются особенно важными для своевременного выявления РАС. 2. Личностные особенности взрослых членов семьи. Выбор способа взаимодействия с особым ребенком, пути коррекционной работы зависит от особенностей личности родителей, их мировоззрения, уровня личностного развития. 3. Внутрисемейные, в т.ч. супружеские, взаимоотношения. Зачастую вместо совместной содружественной работы по преодолению болезненного состояния ребенка начинаются взаимные обвинения, семейные конфликты, препятствующие проведению коррекционных мероприятий.

Таким образом, особенности родительской позиции, специфика семейного воспитания являются важнейшими факторами, которые могут как положительно, так и отрицательно влиять на ход коррекционного процесса и динамику психического развития детей с РАС. Для успешной коррекционной работы необходима помощь специалистов не только ребенку с аутизмом, но и всей семье в целом.

Литература

1. *Бодалев А.А., Столин В.В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С.* и др. Семья в психологической консультации: опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Педагогика, 1989.
2. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2008.

Исследование внутренней картины дефекта подростков с нарушением интеллекта: постановка проблемы

Илларионова-Шелковская М.С.

Костромской государственный университет, Москва, Россия

psihosska@gmail.com

Ключевые слова: внутренняя картина дефекта, нарушения интеллекта, подростковый возраст, Я-концепция

Study of the internal picture of the defects in adolescents with intellectual disorders: formulation of the problem

Illarionova-Shelkovskaya M.S.

Kostroma State University, Moscow, Russia

Keywords: internal picture of the defect, intellectual disabilities, adolescence, self-concept

Гуманистическая цель современного образования заключается в максимальном раскрытии потенциальных возможностей личности ребенка, содействии полноценному развитию в личностном и познавательном плане, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с нарушением интеллекта.

Актуальность и значимость изучения внутренней картины дефекта подростков с нарушением интеллекта определяется необходимостью выявить особенности их самовосприятия, перспективы личностного развития, социальной адаптации, выявить затруднения, которые отрицательно сказываются на функциональной стороне процесса взаимодействия с социумом, особенно на этапе обучения в выпускных классах. Исследования Т.Н. Адеевой (2019), Е.Е. Бочаровой (2017), Е.Б. Быковой (2017) и других ученых доказывают, что усиление переживания дефекта интеллектуального нарушения приходится именно на подростковый возраст.

Как показывает анализ научных исследований особенностей личностного и социального развития подростков с интеллектуальными нарушениями, психическое недоразвитие носит тотальный характер, охватывает все сферы психики: сенсорную, моторную, интеллектуальную, эмоциональную, волевую, личностную, что является определяющей характеристикой умственной отсталости.

При сравнении личностного развития подростков с типичным и нарушенным интеллектом, мы можем отметить общие закономерности,

однако имеются и различия в сроках и темпах, в своеобразии характеристик самооценки, самовосприятия, развития Я – концепции, что связано с имеющимися дефектами умственного развития.

Т.И. Кузьмина отмечает [2], что структура и содержание Я-концепции подростков с нарушением интеллекта во многом определяют характер деятельности и поведения, адекватность общения и взаимодействия с окружающими. Нарушение личностного и социального развития подростков с нарушением интеллекта связано с той средой развития, в которой осуществляется их жизнедеятельность, социализация. Говоря о подростках с умственной отсталостью, ученые (С.Я. Рубинштейн, И.В. Белякова, В.Ф. Петренко и др.) обращают внимание на то, что данной категории детей наиболее присущи: нарушение различных типов идентификации (именной, возрастной, половой, телесной), недоразвитие рефлексии.

Внутренняя картина дефекта, которая является составной частью Я-концепции и представляет собой сложное интегративное образование, включающее в себя комплекс физических ощущений, эмоциональных состояний и переживаний, систему знаний о причинах своего нарушения и возможностях его изменения, представления о самореализации и оценку жизненной перспективы [3], влияет на мотивацию к достижению успеха, успешность социальной адаптации лиц с нарушением интеллекта.

Внутренняя картина дефекта как личностная реакция на дефект может привести как к формированию комплекса неполноценности, заниженной самооценке и уровню притязаний, так и к возникновению компенсаторной активности, являющейся источником развития (у различных нозологических групп). Реакция большинства инвалидов по зрению на собственный дефект может характеризоваться как крайне болезненная, приводящая к депрессии. В свою очередь, глухие дети дошкольного и младшего школьного возраста переживают наличие дефекта не так остро, как их слепорожденные сверстники. Е.А. Гайдукевич отмечает схожесть личностной реакции на дефект детей с нарушениями зрения и слуха, которая нередко принимает острый характер [1]. У подростков часто возникает подавленное настроение, тоска, ощущение безысходности, мысли о собственной неполноценности, обреченности.

Самоописания подростков с умственной отсталостью представляют характеристики преимущественно положительной направленности. Только к старшему подростковому возрасту они начинают более объективно оценивать себя, признавать у себя наличие отрицательных характеристик. Изучая самосознание учащихся с недоразвитием интеллекта, исследователи (Е.А. Гайдукевич, О.В. Корчагина, Т.Н. Адеева и др.) отмечают у них сниженную потребность в саморефлексии. Представления о себе у умственно отсталых подростков формируются на усвое-

нии обобщенных оценочных характеристик, даваемых окружающими. В результате этого подростки, обучающиеся в специальных школах, не имеют четкого, полного и адекватного представления о собственных качествах, некритично оценивают свои возможности и не соотносят их с уровнем сложности выполняемой деятельности.

Несмотря на широкое внимание ученых к изучению личностного и социального развития детей с умственной отсталостью, внутренняя картина дефекта подростков с нарушением интеллекта требует продолжения исследований, и остается актуальной для дальнейшего изучения.

Мы можем предположить, что переживание дефекта подростками с нарушением интеллекта находит отражение в содержании Я-концепции, которое обуславливает специфику их личностного развития в целом. Исходя из результатов предыдущих исследований, мы выдвигаем гипотезы: 1) о существовании специфики отношения к дефекту подростков с интеллектуальными нарушениями в сравнении с другими нозологическими группами; 2) о существовании отличий в структуре внутренней картины дефекта у младших и старших подростков с интеллектуальными нарушениями.

На наш взгляд, также недостаточно разработанной остается проблема создания диагностического инструментария для исследования Я-концепции при нарушении интеллекта, а также описания состояния Я-концепции и предпосылок к ее становлению у лиц с легкой умственной отсталостью на разных возрастных этапах: от младшего школьного возраста до юношеского.

Литература

1. *Гайдукевич Е.А.* Проблема внутренней картины дефекта в специальной психологии // Известия РГПУ им. А.И. Герцена, – 2011. – № 132. – С.331–336
2. *Кузьмина Т.И.* Динамика формирования Я-концепции у лиц с легкой степенью умственной отсталостью: автореф. дис...канд. психол. наук. – Москва, 2009. – 26 с.
3. *Тихонова И.В., Адеева Т.Н., Севастьянова У.Ю.* Внутренняя картина дефекта и личностные особенности младших школьников с дефицитным развитием как факторы нарушения адаптации // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: Материалы V международной научной конференции, Кострома, 2019. – Т. 2 – С. 98–103.

Особенности пространственного восприятия у подростков с шизотипическим расстройством личности

Кладкова К.Н.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ksn02021994@mail.ru

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: пространственное восприятие, шизотипическое расстройство, подростковый возраст

Spatial perception features in adolescents with schizotypal personality disorder

Kladkova K.N.

MSUPE master's graduate, Moscow, Russia

Sergienko A.A.

Mental Health Research Center (MHRC), MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: spatial perception, schizotypal personality disorder, adolescence

Введение. Пространственная организация психической деятельности является основой для нормативного формирования и развития многих аспектов психики, включая необходимые когнитивные навыки, предопределяющие как готовность к освоению школьной программы, так и успешное завершение данного процесса. Сформированность пространственного и квазипространственного восприятия составляет основу вербального и конструктивного мышления. Малейшие отклонения от нормативного созревания мозга в подростковом возрасте, в том числе связанные с нейрокогнитивным дизонтогенезом, порождаемым психическими нарушениями, могут приводить к нарушениям формирования пространственного фактора. Анализ литературных источников по проблеме показывает, что несмотря на имеющиеся исследования в сфере нарушения пространственного фактора при шизотипическом расстройстве личности (ШТР) [1; 2 и др.], законченной модели таких нарушений в подростковом возрасте еще не создано. Возникает потребность в комплексном исследовании и последующем формировании нейропсихологической модели нарушений пространственного фактора у подростков с ШТР.

Цель работы – исследование особенностей пространственного фактора (пространственного и квази-пространственного восприятия, пространственных представлений) у подростков с шизотипическим расстройством личности.

Материалы и методы.

Исследуемые и базы исследования. В исследовании приняли участие 26 подростков в возрасте 11–16 лет (учащиеся средней и старшей общеобразовательной школы). Из них 13 (6-мальчиков, 7-девочек) составили экспериментальную группу – подростки с подтвержденным наличием ШТР (F21), которые находились на стационарном лечении в 7 детском отделении ФГБНУ НЦПЗ. Остальные 13 подростков (8-мальчиков, 5-девочек) учащиеся общеобразовательной школы без каких-либо выставленных диагнозов составили контрольную группу, отнесенную к условной норме.

Методы исследования. Использовалась специально подобранная батарея нейропсихологических проб, направленная на исследование пространственного восприятия и его составляющих, латеральных предпочтений. Также применялись пробы на исследование зрительной памяти, зрительного внимания, динамического праксиса, в которых, путем качественного и количественного анализа выявлялись особенности пространственного и квазипространственного восприятия, пространственных представлений. Для статистической обработки был применен непараметрический критерий U Манна-Уитни, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками.

Результаты. В исследовании выявлено, что у подростков с ШТР функциональная сформированность пространственной организации движений и действий (сомато-пространственное восприятие и сомато-пространственные представления) снижена по отношению к нормотипичной группе и коррелирует со спецификой профиля латеральных предпочтений (ПЛП). Кроме этого, подростков с ШТР характеризует определенная специфичность латеральных предпочтений. Так 38 % испытуемых с ШТР имеет тенденцию к правополушарному профилю, 38 % – к смешанному профилю и 24 % имеет тенденцию к левополушарному профилю, в то время как большинство нормотипичных испытуемых (92 %) имеет тенденцию к левополушарному ПЛП. Также была выявлена дефицитарность межполушарного взаимодействия, как на уровне кинетического, так и на уровне кинестетического фактора.

Функциональная сформированность зрительно-пространственного восприятия и зрительно-пространственных представлений в подростков с ШТР имеет свои особенности. Подростки с ШТР допускают достоверно больше метрических ошибок и 180 градусных зеркальных реверсий чем испытуемые контрольной группы ($p < 0,05$).

В плане функциональной сформированности квази-пространственного восприятия были выявлены значимые отличия в понимании фраз,

требующих двойного сопоставления (тесты Бине – $p < 0,01$). Снижение в других пробах на квази-пространственное восприятие (понимание предложных конструкций, понимание флективных отношений, понимание конструкций родительного падежа) – выявлено на уровне тенденций.

Подростки с ШТР отличаются дефицитарностью пространственного компонента в мыслительной деятельности, что свидетельствует о нарушении перцептивной стороны аналитико-синтетической деятельности. Также, на уровне тенденции они имеют трудности программирования хода решения при выполнении задач и заданий.

В группе подростков с ШТР выявлено меньшее количество корреляций между показателями успешности выполнения нейропсихологических проб, что может свидетельствовать о некоторой редукции функциональных связей между разными компонентами пространственного фактора при ШТР.

При исследовании зрительного внимания и нейродинамических показателей психической деятельности, как базисных составляющих пространственного восприятия, было обнаружено, что подростки с ШТР имеют более выраженную асимметрию и меньшую скорость, подвижность произвольного зрительного внимания ($p < 0,01$). Также, у испытуемых с ШТР наблюдался дефицит общей нейродинамики в ходе всего обследования. Можно говорить о негативном влиянии функции зрительного внимания и фактора общей нейродинамики в структуре зрительно-пространственного восприятия.

Изначально предполагалось, что у подростков с ШТР недостаточность межполушарного взаимодействия (на уровне кинестетики и/или на уровне кинетического фактора) влияет на пространственное и/или квази-пространственное восприятие. Данное предположение частично подтвердилось: успешность выполнения проб на межполушарное взаимодействие на уровне кинестетического фактора коррелирует с успешностью квази-пространственного восприятия ($R=0,8$). Чем сложнее испытуемым было справиться с пробой на перенос позы по кинестетическому образцу, тем более низкие результаты они показали в пробах на квази-пространственное восприятие (понимание флективных отношений и конструкций родительного падежа).

Резюме. У подростков с ШТР существуют специфические особенности пространственного восприятия и ряда составляющих пространственной организации психической деятельности, отличающиеся от состояния аналогичных функций в группе «нормотипичного развития».

Литература

1. *Ferri F., Ambrosini E., Costantini M.* Spatiotemporal processing of somatosensory stimuli in schizotypy // *Sci Rep.* 2016. № 6. P. 38735.
2. *Gogtay N, Vyas N.S., Testa R., Wood S.J., Pantelis C.* Age of Onset of Schizophrenia: Perspectives from Structural Neuroimaging Studies // *Schizophrenia Bulletin.* 2011. № 37. P. 504–513.

Своевременное выявление и сопровождение обучающихся с поврежденным или искаженным вариантом развития в связи с нарушениями мышления

Коблик Е.Г., Садовникова Т.А.

*ГАОУ ДПО г. Москвы «Московский центр качества образования», Москва, Россия
soc-in@bk.ru, tanuya99@mail.ru*

Сотникова Ю.А.

*НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва «Русское поле», Москва, Россия
sotnikovaua@mail.ru*

Ключевые слова: поврежденное развитие, искаженное развитие, нарушения мышления, специальные условия для получения образования, своевременность

Early identification and support of students with distorted and damaged development due to thought disorder

Koblik E.G. Sadovnikova T.A.

State Autonomous Educational Institution for Supplementary Professional Education of Moscow. Moscow, Russia

Sotnikova Y.A.

Dmitry Rogachev National Medical research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology. Moscow, Russia

Keywords: distorted development, damaged development, thought disorder, specific educational conditions, timeliness

Аннотация: дети с поврежденным и искаженным развитием в силу имеющихся нарушений мышления составляют одну из категорий детей, нуждающихся в определении специальных условий образования и межведомственном сопровождении на всех этапах обучения. Своевременный переход при обучении на адаптированные основные образовательные программы, индивидуальный образовательный маршрут обеспечивает ребенка единой системой сопровождения в процессе обучения.

Все препятствия и трудности – это ступени, по которым мы растем ввысь...

Фридрих Вильгельм Ницше

Для прогноза психического развития и выбора траектории обучения детей с вариантом поврежденного или искаженного развития крайне важна своевременная диагностика, последовательная и скоординированная работа коррекционных педагогов, родителей, медиков. Особую категорию детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью составляют дети, перенесшие инфекционные заболевания, интоксикацию, онкологические заболевания, травмы ЦНС, дети, имеющие наследственные дегенеративные и обменные заболевания головного мозга, выраженные психические расстройства, эпилепсию. У части детей с поврежденным развитием на первый план выступают обеднение или утрата сформированных ранее навыков, снижение интеллектуальной работоспособности и продуктивности, уплощение мотивации, патохарактерологическое развитие личности, низкая социальная адаптация. У детей с искаженным развитием в первую очередь наблюдаются нарушения мышления (искажение процесса обобщения, нарушение потребностно-мотивационного компонента мышления) и, безусловно, выраженное снижение активной социализации.

При разработке адаптированных основных общеобразовательных программ (АООП) и реализации коррекционных направлений работы специалистов с такими детьми важно учитывать различные формы патологии мышления в становлении и развитии познавательной деятельности ребенка. В структуре патологически измененного мышления детей с ОВЗ и инвалидностью наблюдаются сложные сочетания разных видов нарушений: нарушения операционной стороны мышления, нарушения динамики мышления, нарушения личностного компонента мышления [1].

Заболевания детей, которые могут привести к комплексным вариантам нарушений мышления – это эпилепсия, психические расстройства, инсульты, онкологические заболевания, перенесенные инфекционные заболевания, а также различные повреждения ЦНС. Кратко обозначим специфику нарушений мышления некоторых из них.

Эпилепсия – достаточно распространенное неврологическое заболевание, которое приводит к двигательным, чувствительным, вегетативным и когнитивным нарушениям. Эпилепсия у детей проявляется гораздо чаще, чем у взрослых, по причине динамично развивающегося головного мозга ребенка. Причины эпилепсии у детей могут быть самыми различными: генетическая предрасположенность и наследственность, черепно-мозговые травмы, родовые травмы, перенесенные инфекционные заболевания (грипп, пневмония), также на развитие заболевания оказывают влияние различные опухолевые процессы в головном мозге

(опухоль, киста, гематома). В качестве наиболее значимых последствий болезни можно выделить следующее: задержка психического развития или тотальное недоразвитие психических функций, низкая социальная адаптация, нарушения памяти, личностные изменения. Если эта болезнь началась в детском возрасте происходят изменения личности, которые характеризуются обычно как сочетание агрессивности, угодливости и педантичности. Мышление при эпилепсии становится конкретным, тугоподвижным, обстоятельным, характеризуется нарушением способности отделять главное от второстепенного, затруднениями в оперировании абстрактными понятиями. В динамике мышления отмечается ригидность, трудности переключения с одной темы на другую, застревание на деталях. Все это приводит к снижению обучаемости, памяти, работоспособности. Происходит обеднение словарного запаса, понижение речевой активности. Эпилепсия может стать причиной умственной отсталости. В результате дети с эпилепсией часто сталкиваются с невозможностью осваивать основную образовательную программу (ООП) и нуждаются в своевременном переводе на АООП, чаще всего на АООП для обучающихся с задержкой психического развития или на АООП для обучающихся с умственной отсталостью. Своевременная медицинская диагностика и диагностика уровня мышления крайне важна и при инсультах. Инсульт у детей возникает реже, чем у взрослых и пожилых людей, но его последствия бывают не менее опасными. К основным факторам риска возникновения инсультов можно отнести: разнообразные аутоиммунные заболевания; лейкемии; операции на головном мозге или сердце; мигрени с аурой; травмы шеи или головного мозга; метаболические болезни. Несвоевременно диагностированные геморрагические и ишемические инсульты в детском возрасте могут стать причиной инвалидности и даже летального исхода. Благодаря тому, что детский организм находится в стадии активного роста и развития, инсульт у детей переносится легче, чем у взрослых. Способность к регенерации и росту способствует замене отмерших клеток и возникновению новых нейронных связей. В большинстве случаев при должном лечении и реабилитации ребенок после инсульта полностью восстанавливается. Однако при поздней диагностике возникают следующие последствия: увеличение количества детей, нуждающихся в постоянном уходе, в 70 % случаях возможны постоянные или временные нарушения в виде паралича, неврологические заболевания, задержка психического развития, выраженное снижение памяти, нарушения мышления по типу снижения процесса обобщения, эмоциональная лабильность. В свою очередь, при поздней диагностике, либо при неполном восстановлении дети, пережившие инсульт также, как и дети с эпилепсией испытывают трудности в освоении ООП и нуждаются в как можно более раннем переводе на АООП, соответствующую ведущему поражению.

Что касается детей с психическими расстройствами шизотипического круга, то для них характерны трудности адаптации, нарушения эмоционально-волевой сферы, протестные реакции, негативизм в общении, импульсивность, раздражительность, высокий уровень тревожности, стереотипные действия, психосоматические реакции. При обучении в школе у таких детей отмечается острое восприятие неудачи в обучении, критики одноклассников, болезненное реагирование на оценки, трудности в общении, демонстрация заниженной самооценки, проявление агрессивности. В подростковом возрасте школьная неуспешность таких детей может приводить к различным формам девиантного и саморазрушающего поведения, невротическим реакциям, срывам привычных адаптационных механизмов, полному отказу от учебы и изоляции. К особенностям мыслительной деятельности данной группы детей следует отнести разноплановость, соскальзывания, сочетание конкретности и сверхабстрактности суждений, вязкость или расплывчатость мыслительных процессов, сложности обобщения, установления причинно-следственных связей. Зачастую наблюдается распад целенаправленной психической деятельности, хаотичность и непредсказуемость поведения, стойкие нарушения мышления и восприятия реальности, необоснованная агрессивность. В связи с подобными нарушениями мышления таким детям также важно перейти на АООП (чаще на АООП для детей с задержкой психического развития) или на обучение по индивидуальному учебному плану. Кроме того, часто они переходят на обучение на дому или в рамках медицинской организации.

Отдельно необходимо выделить категорию детей, перенесших онкологическое заболевание, особенно опухоли ЦНС. Как в связи с заболеванием, так и в связи с высокой интоксикацией в процессе лечения у достаточно большой части детей наблюдаются следующие последствия: так называемые нейрокогнитивные дефициты (снижение уровня обобщения, снижение концентрации внимания, снижение памяти, медленный темп обработки информации, низкая скорость реакции); синдром хронической усталости (фатиг синдром); социальные дефициты (потеря или недоразвитие коммуникативных навыков, узкий круг общения); низкоадаптивные копинг-стратегии, такие как избегание, дефицит поиска помощи, дефицит поведения преодоления; трудности целеполагания и др. Эти дети чаще оказываются в изоляции, становятся жертвами буллинга, имеют мало друзей, так как длительно находятся на домашнем обучении. Подчеркнем, что мероприятия, способствующие возвращению ребенка в сад или школу в виде скоординированного партнерства пациентов, их семей, медиков и школьного персонала крайне важны для его последующей адаптации.

Своевременный перевод в случае трудностей освоения ОПП на АООП также необходим большей части этих детей для более гармо-

ничного вхождения в социум и прицельности оказываемой им помощи в обучении. В зависимости от ведущих поражений это могут быть все 10 видов АООП.

Большая роль в психолого-медико-педагогическом сопровождении детей с данными видами нарушений отводится медицинским психологам и педагогам – психологам, так как они выступают связующим звеном между семьей, ребенком, медицинскими работниками, различными социальными службами. Психолог принимает активное участие в программе реабилитации, а затем сопровождает ребенка в ходе адаптации к социуму после перенесенного заболевания.

Необходимо также отметить, что возможно, после пандемии коронавируса при возвращении учеников в школы, появится определенная категория учащихся, которая будет нуждаться в психологическом сопровождении школьного психолога. Психолого-педагогические консилиумы образовательных организаций будут выявлять таких детей, оказывать им психологическую помощь и поддержку, а при необходимости направлять таких детей на ПМПК для определения или изменения образовательного маршрута.

Заканчивая описывать детей выбранной категории, стоит отметить, что спецификой нарушений мышления при поврежденном развитии является мозаичный характер имеющихся трудностей. Например, дети, перенесшие опухоли головного мозга, даже при диагнозе «умственная отсталость» сохраняют ряд функций на уровне «до болезни». При различного рода повреждениях мы сталкиваемся, как правило, с неравномерным характером нарушений – часть функций невозможно реализовать, а часть остается на прежнем уровне. Мозаичность нарушений мышления касается и искаженного развития, так ребенок может иметь специфический интерес и достигать ощутимых успехов в этой сфере. Подобную специфику необходимо иметь в виду при диагностике актуального уровня развития.

Итак, мы осветили некоторую специфику когнитивных нарушений у детей при различных видах поврежденного и искаженного развития. Безусловно данная категория детей с ОВЗ и инвалидностью особенно нуждается в последовательной траектории развития, социализации и обучения, в том числе профессионального, с созданием специальных условий, удовлетворяющих их особые образовательные потребности, с системным подходом к их развитию на всех этапах образования.

Специальные условия, для получения образования детей с ОВЗ, инвалидностью определяются в Москве Центральной психолого-медико-педагогической комиссией (ЦПМПК), деятельность которой регламентируется Приказом Минобрнауки РФ от 20.09.2013г. № 1082. Основные направления деятельности ЦПМПК:

– проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования обучающихся с целью как можно раннего выявления

особенностей их развития, затрудняющих освоение основных образовательных программ;

- рекомендации по разработке оптимального образовательного маршрута для каждого обучающегося с ОВЗ, инвалидностью, перевод на АООП;
- рекомендации по созданию для обучающегося с ОВЗ, инвалидностью специальных условий при сдаче ГИА.

В ходе обследования специалисты ЦПМПК учитывают возрастные особенности и нормативы развития детей, выявляют актуальное развитие психических функций и определяют в ходе обучающего эксперимента зону ближайшего развития ребенка.

Крайне важными критериями психологического оценивания являются также, как и при классическом патопсихологическом обследовании (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн): степень включенности ребенка в ситуацию обследования, целенаправленность и мотивированность его деятельности, критичность к своим результатам, особенности работоспособности и динамики психических процессов.

Опыт работы ЦПМПК показывает, что своевременный перевод обучающегося на АООП позволяет преодолеть возникшие трудности в обучении, успешно освоить образовательную программу. Кроме того, таким детям может быть рекомендовано обучение по индивидуальному учебному плану (ст.34 ФЗ от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в РФ») или организация обучения на дому (Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 436 н «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому»). Профессиональное обучение и профессиональное образование обучающихся с ОВЗ также осуществляются на основе образовательных программ, адаптированных при необходимости для их обучения [ФЗ № 273 гл.11, статья 79, п.8].

ЦПМПК города Москвы успешно взаимодействует с медицинскими и образовательными организациями. Совместно со специалистами ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» проводятся расширенные межведомственные заседания ЦПМПК. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» при необходимости рекомендует родителям после лечения и реабилитации обратиться на ЦПМПК для уточнения, изменения образовательного маршрута. С ФГБНУ Научный центр психического здоровья, ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО» специалисты ЦПМПК участвуют в совместных конференциях, обмениваются опытом по сопровождению детей с ОВЗ и инвалидностью. Для образовательных организаций города Москвы специалисты ЦПМПК проводят обучающие семинары.

Только слаженная работа медиков, образовательных организаций и ЦПМПК обеспечит каждого ребенка, нуждающегося в специальных условиях образования, своевременной помощью и индивидуальным подходом к образованию и развитию в целом.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология – Изд. 2-е, переработанное и дополненное. – М.: Издательство Московского университета, 1986.
2. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013г. № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии». <https://минобрнауки.рф/>
3. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ <https://минобрнауки.рф/>

Виртуальная коммуникация о депрессии и суициде с использованием интернет-мемов

Костюхина Е.Д., Холмогорова А.Б.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
houspaj@gmail.com, psylab2006@yandex.ru

Ключевые слова: интернет-мемы, депрессия, копинг-стратегии

WEB-communication about depression and suicide using internet memes

Kostuyhina E.D., Kholmogorova A.B.
*Moscow State University of
Psychology and Education, Moscow, Russia*

Key words: internet memes, depression, coping strategies

В 21 веке новым способом выражения смешного стали интернет-мемы, интегрировавшие или вытеснившие другие формы юмора из интернет-пространства. При этом в последние годы набирают популярность мемы про депрессию и суицид, т.н. депрессивные мемы. Рассматривающие депрессивную симптоматику, переживания и поведение людей с депрессией и суицидальными мыслями, а также отношения общества к людям с депрессией, они становятся важной частью репрезентации депрессии как расстройства в интернете.

По данным Всемирной организации здравоохранения на 2020 год в мире более 264 миллионов людей имеют депрессию, а суицид при этом является второй по распространенности причиной смерти людей от 15 до 29 лет, что определяет депрессию как одну из важнейших проблем.

По данным исследования U. Akram с коллегами респонденты с симптомами депрессии чаще оценивали депрессивные мемы как более смешные, близкие, повышающие настроение, чем недепрессивные мемы и в сравнении с респондентами без симптомов депрессии [U. Akram et al, 2020].

Особенности чувства юмора при депрессии, такие как более частое использование самоуничижительного стиля юмора и редкое использование позитивных стилей юмора [M.L. Kfrerer, 2018], могут приводить к тому, что подобный контент, в значительной части содержащий элементы черного юмора, привлекателен для подростков и молодых людей с симптомами депрессии.

Сочетание данных факторов показывает важность изучения влияния просмотра депрессивных мемов на людей с симптомами депрессии.

В нашем исследовании были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Имеется связь между интересом к интернет-мемам про депрессию и суицид и способами совладания со стрессом, в частности респонденты, имеющие с симптомами депрессии и интересующиеся интернет-мемами про депрессию и суицид, чаще используют копинг-стратегию «Использование юмора» для совладания со стрессом.
2. После просмотра интернет-мемов про депрессию и суицид имеет место положительная динамика настроения.

Исследование проводилось в два этапа:

На первом был проведен интернет-опрос респондентов для выявления особенностей эмоциональной регуляции у респондентов, интересующихся мемами про депрессию и суицид.

Выборку составили 447 респондентов в возрасте от 13 до 25 лет, средний возраст 19,3. Из них: 42,4 % респондентов не имеют симптомов депрессии, 17,1 % имеют симптомы легкой степени тяжести, 19,3 % – симптомы умеренной степени тяжести, 21,3 % – тяжелой.

На втором этапе был проведен интернет-опрос респондентов, использующих интернет-мемы про депрессию и суицид в повседневном общении, для выявления влияния данного контента на настроение.

Выборку составили 687 респондентов в возрасте 14–25 лет, средний возраст 19,3. Из них: не имеют симптомов депрессии 45,7 % респондентов, у 20,2 % – легкая степень, 19,2 % – умеренная степень и у 15,8 % респондентов тяжелая степень выраженности симптомов депрессии; 53,1 % респондентов отмечают, что им «часто» или «почти всегда» нравятся мемы про депрессию и суицид.

По результатам исследования была выявлена обратная связь между близостью мемов про депрессию и суицид и продуктивными копинг-стратегиями, направленными на эмоциональную проработку, планирование и решение проблем, а также прямая связь с копинг-стратегиями избегающего и отрицающего характера.

Аналогичные связи прослеживаются между копинг-стратегиями и интересом к мемам про депрессию и суицид.

Также было выявлено, что респонденты, не имеющие симптомов депрессии, не демонстрируют значимых различий по ухудшению/улучшению настроения после просмотра мемов. При этом респонденты, имеющие выраженные симптомы депрессии разной степени тяжести, чаще отмечают улучшение настроения, чем ухудшение после просмотра мемов про депрессию и суицид. Наиболее выражено это разделение в группе респондентов с тяжелой степенью выраженности симптомов депрессии.

Эти результаты позволяют предположить, что просмотр мемов про депрессию и суицид респондентами с выраженными симптомами депрессии является формой избегающего поведения. Просмотр подобного контента и смех над ним позволяет респонденту дистанцироваться

от своих ощущений и переживаний, что означает, что в долгосрочной перспективе проблема остается нерешаемой.

Таким образом, согласно данным проведенного корреляционного анализа близость и интерес к мемам про депрессию и суицид отрицательно связаны с продуктивными копинг-стратегиями и положительно связаны непродуктивными копинг-стратегиями избегающего характера. Связи с копинг-стратегией «Использование юмора» не обнаруживается. Из чего следует, что просмотр интернет-мемов про депрессию и суицид является непродуктивной формой совладания с депрессивной симптоматикой и связанными с этим переживаниями, так как является способом неконструктивного самовыражения и совладания в форме отрицания и дистанцирования от тяжелых чувств и проблем.

В целом просмотр интернет-мемов про депрессию и суицид не оказывает значительного влияния на настроение. При этом наибольшая связь прослеживается с интересом к подобному контенту: респонденты, которым нравятся мемы про депрессию и суицид, чаще отмечают улучшение настроения после их просмотра. Респонденты, не имеющие симптомов депрессии, не демонстрируют значимых различий по ухудшению/улучшению настроения после просмотра мемов. А респонденты, имеющие выраженные симптомы депрессии разной степени тяжести, чаще отмечают улучшение настроения, чем ухудшение после просмотра мемов про депрессию и суицид. Наиболее выражено это разделение в группе респондентов с тяжелой степенью выраженности симптомов депрессии. Таким образом, данный в целом неконструктивный способ совладания с тяжелыми чувствами дает временное облегчение и таким образом может закрепляться как поведенческая стратегия.

Литература

1. Akram U., Drabble J., Cau G., Hershaw F., Rajenthiran A, Lowe M., Trommelen C., Ellis J.G. Exploratory study on the role of emotion regulation in perceived valence, humour, and beneficial use of depressive internet memes in depression. *Scientific Reports* – 2020. № 10(899).
2. M.L. Kfrerer. “An Analysis of the Relationship between Humor Styles and Depression” (2018). *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 5687.

Участие в фитнес-блогах и неудовлетворенность своим телом у девушек

Лепешева С.О.

ГБОУ Школа № 152, Москва, Россия

lanalepeshevapsy@yandex.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: неудовлетворенность телом, девушки, фитнес-блоги

Participation in fitness blogs and dissatisfaction with their bodies in girls

Lepesheva S.O.

GBOU School number 152, Moscow, Russia

Kholmogorova A.B.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: body dissatisfaction, girls, fitness blogs

За последнее десятилетие социальные сети глубоко укоренились в нашей культуре. В то время как социальные сети первоначально были созданы, чтобы помочь каждому человеку оставаться на связи с друзьями и семьей, на данный момент их использование стало более разнообразным. Например, набирает популярность ведение фитнес-блогов с изображениями спортивных фигур и организация фитнес-марафонов. Участвуя в таких проектах, девушки стремятся быть похожими на создателя и автора этого блога. Но многим из них никогда не удастся выглядеть так же, и их ждет разочарование. Это переживание может привести к снижению самооценки и неудовлетворенности своим телом.

Только на первый взгляд, фитнес-культура в социальных сетях способствует здоровому питанию, вырабатывает привычку тренироваться и пропагандирует идею, что достижение вашей идеальной физической формы в ваших руках. Большое количество исследований показывает, что именно масс-медиа оказывает преимущественное влияние на рост неудовлетворенности своим телом [А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова, 2]; [О.В. Шалыгина, А.Б. Холмогорова, 4]; [Д.Х. Клэй, 6].

Изучение взаимосвязи между просмотром Интернет-контентов, посвящённых «идеальным» параметрам тела и внешности, и неудовлетворённостью собственной внешностью является актуальной проблемой. Изображения в контенте, посвящённых фитнесу, влияют на

восприятие человеком своего внешнего вида, а также на его мысли и чувства, которые возникают в результате этого восприятия.

В современном мире мы постоянно видим нереалистичные образы красоты. Тем не менее, социальные сети безостановочно распространяют информацию о том, что идеальные фигуры нормальны, желательны и достижимы. В последнее время спортивное телосложение, характеризующееся тонкой талией в сочетании с рельефным, подтянутым животом, мощными бицепсами и упругими ягодицами стало более популярным в СМИ и на данный период считается «идеалом» для женщин [Д.Х. Клэй, 6]. Это смещение популярности на спортивный идеал фигуры, произошло благодаря глобальному движению в социальных сетях, известному как «fitspiration» (объединение слов «фитнес» и «вдохновение»). В основе изучения воздействий идеальных изображений на восприятие собственного тела лежит теория социального сравнения. Теория процессов социального сравнения, разработанная Фестингером, является одной из самых влиятельных попыток объяснить, каким образом другие люди влияют на наше собственное мышление. Данная теория утверждает, что процессы социального сравнения формируют нашу самооценку. Чаще всего сравнение у женщин происходит относительно культурных идеалов красоты, транслируемых СМИ и своих сверстников. Процесс социального сравнения собственной фигуры с изображениями в спортивных блогах/журналах приводит к тому, что девушки начинают чувствовать себя несовершенными, непривлекательными, неудачливыми. Несоответствие какой-либо части тела такому изображению формирует чувство вины за то, что она недостаточно старается, либо совсем не старается выглядеть так же. Негативные последствия такого рода социокультурного давления на эмоциональное благополучие и удовлетворенность своим телом у девушек на российской популяции впервые рассмотрены в дипломе А.А. Рахманиной [А.А. Рахманина, 1].

В данном исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Мета-анализ информации о фитнес-блогах
2. Анкетирование участников исследования на тему просмотров фитнес-блогов и их представлений о стандартах телесной красоты, эмоционального неблагополучия и личностных характеристик.
3. Измерение уровня физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом у девушек-подписчиц фитнес-блогов
4. Составление психологического портрета девушек, проводящих много времени в фитнес-блогах

Гипотезы исследования:

1. Современные социальные сети используют спортивные блоги в качестве агентов патогенных ценностей и установок в виде пропаганды нереалистичных стандартов идеального тела и фиксированности на внешнем облике

2. Девушки-участницы фитнес-блогов ориентируется на высокие стандарты внешности и имеют жесткие представления об идеальной фигуре и ее отдельных частях
3. Чем чаще девушка, просматривает изображения в фитнес-блогах, тем выше у нее уровень физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом

Методический комплекс:

1. Опросник «Физического перфекционизма» (А.Б. Холмогорова, А.А. Дадеко, 2010)
2. Анкета подписчика фитнес-блогов
3. Опросник «Ситуативной неудовлетворённости образом тела» (SIBID, Cash, 1994; адаптация Баранская, Ткаченко, Татаурова, 2008).

В исследовании приняли участие 112 респондентов женского пола в возрастном диапазоне 18–36. Результаты анкетирования респондентов подтвердили, что за последнее время произошли изменения в представлениях об идеальной фигуре у девушек. «Атлетический идеал», характеризующийся видимым рельефом, мускулистой верхней частью тела, плоским животом с прессом и упругими ягодицами, стал популярным среди различных социальных групп и преобладает в описании их представлений об идеальной фигуре.

Результаты, полученные в данной работе, соответствуют данным многих современных зарубежных и отечественных исследований. Для начала следует отметить то, что были получены данные о смещении популярности с худого на спортивный идеал фигуры, что подтвердило нашу гипотезу для девушек-подписчиц фитнес-блогов, которая ранее была подтверждена на студенческой выборке в дипломной работе А.А.Рахманиной [А.А. Рахманина, 1]. «Атлетический идеал», характеризующийся как тонкостью, так и видимым рельефом, включая более мускулистую верхнюю часть тела, плоский живот с прессом и упругую нижнюю часть тела, стал популярным среди различных социальных групп. Участницы нашего исследования подтвердили данную гипотезу, в описании их представлений об идеальной фигуре значительно преобладает мускулистый, рельефный образ. Было показано, что девушки-участницы фитнес-блогов ориентируется на высокие стандарты внешности и имеют жесткие представления об идеальной фигуре и ее отдельных частях. Если сравнить данные предыдущих исследований, можно сказать об увеличении процента девушек с ориентацией на высокие стандарты внешней привлекательности. Так, в исследовании П.М. Тархановой 70 % девушек имеют чрезвычайно высокую значимость внешности и ориентируются на завышенные стандарты красоты, тогда как в нашем исследовании ориентация на высокие стандарты продемонстрировал 81 % девушек.

В нашем исследовании было продемонстрировано влияние времени, которое девушки тратят в социальной сети Инстаграм на показате-

ли чрезмерных требований к своему телу (неудовлетворенности своим телом, физического перфекционизма и социокультурного давления), эмоционального неблагополучия (симптомов социальной тревожности и депрессии), а также дезадаптивных личностных черт (гиперсензитивного нарциссизма и перфекционизма). Что подтвердило гипотезу о том, что чем больше времени девушки посвящают просмотру изображений в фитнес-блогах, тем выше у них показатели чрезмерных требований к своему телу, эмоционального неблагополучия, а также дезадаптивных личностных черт. Таким образом, в данном исследовании на основе полученных данных был составлен психологический портрет девушек, которые проводят более 90 минут в сутки за просмотром социальной сети Instagram. У данной категории пользователей, которые являются подписчиками фитнес-блогов, новостная лента состоит преимущественно из изображений идеальных спортивных фигур, отмечается сочетание неудовлетворенности своим телом с высоким уровнем перфекционизма. Данной категории девушек свойственен высокий уровень физического перфекционизма, что является фактором риска по эмоциональному неблагополучию. По данным многих исследований это может приводить к появлению у девушек стремления любыми доступными способами добиться идеальной внешности [А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова, 2]. В результате они вовлекаются в деятельность по усовершенствованию своего тела, пренебрегая при этом возможным риском для своего физического здоровья. В качестве такой деятельности выступает увлеченность фитнес-блогами и участие в фитнес-марафонах, которые захватывают внимание девушек, поглощают много времени и способствует формированию представлений о нереалистичных стандартах красоты.

Выводы:

1. На современном этапе идеал «худой» фигуры, характерный для конца 1990-х и начала 2000-х гг., претерпел существенные изменения. Новый идеал – «рельефное» спортивное тело, которое изображается подтянутым и содержащим большое количество мышечной массы с низким содержанием жира в организме – широко пропагандируется в фитнес-блогах и социальных сетях.
2. Переживания, связанные с внешностью, начинают приобретать характер эпидемии – все большее количество людей испытывает озабоченность, а часто и неудовлетворенность тем, как они выглядят. Девушки-участницы фитнес-блогов ориентируются на высокие стандарты внешности и имеют жесткие представления об идеальной фигуре и ее отдельных частях. Эмпирические исследования показали, что просмотр изображений с идеальными фигурами связан с высоким уровнем физического перфекционизма и неудовлетворенности телом, а также тревогой и подавленным настроением.

3. Проведенное эмпирическое исследование девушек-подписчиц показало, что девушки, проводящие в фитнес-блотах более 90 минут в день, отличаются более высоким уровнем физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом.

Литература

1. *А.А. Рахманина*. Влияние социокультурных стандартов на представление о теле и эмоциональное благополучие молодежи, 2018
2. *А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова*. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом, 2013
4. *О.В. Шальгина, А.Б. Холмогорова*. Роль модных кукол в усвоении нереалистичных социальных стандартов телесной привлекательности у девочек-дошкольниц //Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4.
5. *Л.М. Грос, М. П. Левин, С.К. Мурнен*. Влияние экспериментального представления тонких медиаизображений на удовлетворенность телом: метааналитический обзор // Международный журнал расстройств пищевого поведения, 2002. № 16.
6. *Клэй, Д.Х.* Образ тела и самооценка среди девочек-подростков: проверка влияния социокультурных факторов. // Журнал исследований подросткового возраста 2005. № 14.

Физическое и психическое развитие детей, зачатых посредством ЭКО: динамика на протяжении первых полутора лет жизни*

*Лещинская С.Б., Стоянова И.Я.,
Бохан Т.Г., Терехина О.В., Силаева А.В.
Национальный исследовательский Томский
государственный университет, Россия
s_leschins94@mail.ru*

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, психическое развитие, физическое развитие, дети

Physical and mental development of children born through in vitro fertilization: dynamics during first 18 month after birth

*Leshchinskaia S.B., Stoyanova I. Ya.,
Bokhan T.G., Terekhina O.V., Silaeva A.V.
National Research Tomsk State University, Russia*

Key words: assisted reproductive technology, in vitro fertilization, psychological development, physical development, children

Введение. Растущая распространенность экстракорпорального оплодотворения, как одного из наиболее эффективных методов лечения бесплодия, признанного во всем мире, приводит к росту числа детей, рожденных в результате индуцированной беременности. Дискуссии о том, является ли данная категория детей группой риска по соматическому и психическому здоровью и развитию, активно ведутся в научном сообществе. Результаты исследований свидетельствуют как об отсутствии значимых различий [1], так и об их наличии [5]. Более того, особенности развития детей от индуцированной беременности могут нивелироваться или, напротив, проявляться с течением времени [3].

Данное исследование является пилотным. Его цель – предварительный анализ особенностей динамики физического и психического развития детей от индуцированной беременности в период с 9 до 18 мес. жизни.

Материал и методы. Выборку составили участники проспективно-го лонгитюдного исследования детского развития (PLIS): 187 детей от

* Выполнено при поддержке программы повышения конкурентоспособности ТГУ.

естественного зачатия (ЕЗ) и 84 ребенка от беременности, наступившей в результате ЭКО. Было проведено 2 среза: возраст 9 и 18 месяцев.

Данные были получены на основе:

1. Медицинских карт новорожденных детей;
2. Диагностических буклетов для родителей на возраст ребенка 9 и 18 мес.:
 - А. Физическое развитие: данные о росте и массе тела детей на каждом из этапов;
 - Б. Психическое развитие:
 - Темперамент ребенка (The Infant Characteristics Questionnaire, Bates E., 1979). Шкалы: суетливый/сложный, неприспособляемый, скучный, непредсказуемый [2];
 - Социомоторное развитие (методика, используемая в Квебекском лонгитюдном исследовании детского развития QLSCD [4]): социальное развитие, моторное развитие.

Статистическая обработка данных была осуществлена при помощи пакета IBM SPSS Statistics (описательная статистика, критерий χ^2 Пирсона, критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента)

Результаты. На первом этапе осуществлен сравнительный анализ показателей здоровья, развития и темпераментных характеристик детей на каждом из возрастных этапов в группах ЕЗ и ЭКО при помощи критерия Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента, в зависимости от соответствия данных нормальному распределению.

В возрасте 9 месяцев у детей из группы ЭКО был выявлен более низкий рост ($U=1487$; $p=0,026$) и более низкий уровень моторного развития ($U=1673$; $p=0,003$), чем у детей группы ЕЗ. В возрасте 18 мес. различия между группами отсутствовали.

На втором этапе общая выборка детей была разделена на 2 группы на основе данных медицинских карт. В первую группу вошли дети, имеющие не менее одного из следующих факторов риска: тяжелое состояние ребенка при рождении, низкий балл по шкале Апгар, масса тела при рождении менее 3 кг, наличие врожденных пороков развития и родовых травм, перевод на второй этап выхаживания (ЕЗ: 27 детей, ЭКО: 29 детей). Во вторую – контрольную- группу вошли дети, не имеющие ни одного из вышеперечисленных факторов риска (ЕЗ: 160 детей, ЭКО: 55 детей). Согласно критерию χ^2 Пирсона ($\chi^2(1; N=270) = 14,697$; $p=0,000$), в группе ЭКО значимо большее число детей вошло в группу риска, чем в группе ЕЗ.

В возрасте 9 месяцев у детей группы риска, зачатых естественным способом ($U=1042,5$; $p=0,001$) и при помощи ЭКО ($U=392,5$; $p=0,003$) был выявлен значимо более низкий вес, чем у детей из группы условно здоровых. Значимые различия в показателях роста отсутствовали.

Различия между группой риска и контрольной группой детей ЕЗ в темпераменте, моторном и социальном развитии были не значимы. У детей из группы ЭКО значимые различия были выявлены по шкале темперамента «скучный» ($t=-2,386$; $p=0,019$), характеризующей склон-

ность ребенка к избеганию самостоятельной активности и взаимодействия с людьми. Дети из группы риска имели значимо более высокий балл по шкале, чем дети из контрольной группы.

В возрасте 18 мес. значимые различия в показателях физического и психического здоровья и развития между детьми из группы риска и группы здоровых детей отсутствовали как у детей с индуцированной, так и с естественной беременностью.

Выводы. Таким образом, у детей, рожденных в результате индуцированной беременности, был выявлен более низкий рост и более низкий уровень моторного развития, что нивелировалось к возрасту полутора лет. Согласно полученным данным, дети от индуцированной беременности значимо чаще были отнесены к группе риска в связи с такими факторами, как низкий балл по шкале Апгар, врожденные пороки развития, родовые травмы и низкая масса тела. Такие дети, вне зависимости от типа зачатия, в течение первых 9 месяцев жизни имели более низкую массу тела, чем дети, более здоровые при рождении, что, однако, нивелировалось к возрасту 18 месяцев. Показатели моторного, социального и речевого развития детей из группы риска, а также общее состояние их здоровья не отличались от их сверстников из контрольной группы. В возрасте 9 месяцев дети из группы риска, зачатые при помощи ЭКО, имели тенденцию быть более пассивными в игре и общении, что может быть связано с их более низкой массой тела и, следовательно, сниженным жизненным тонусом. К возрасту 18 мес. эти различия исчезали.

Полученные результаты свидетельствуют о благоприятных тенденциях, характеризующих развитие детей с ЭКО. Необходима репликация исследования на расширенной выборке для получения более точных данных.

Литература

1. Орлова О.С., Печенина В.А. Становление речевой функции у детей-близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения экстракорпорального оплодотворения // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2016. – No 4–2. – С. 237–245
2. Bates J.E., C.A. Bennett, Freeland, M.L. Lounsbury. Measurement of Infant Difficultiness // Child Development. – 1979. – Vol. 50, № 3. – P. 794–803.
3. Hediger M., Bell E., Druschel Ch., Louis G. Assisted reproductive technologies and children's neurodevelopmental status. Fertility and sterility. – 2013. – № 99. – P. 311–317
4. Japel C., R.E. Tremblay, P. McDuff. Motor, Social and Cognitive Development, Part I – Motor and Social Development // Longitudinal Study of Child Development in Québec (ÉLDEQ 1998–2002). – 2001. – Vol. 1, № 8. – 86 с.
5. Punamäki R.L., Tiitinen A., Lindblom J. Mental health and developmental outcomes for children born after ART: A comparative prospective study on child gender and treatment type // Human reproduction (Oxford, England). – 2015. – Vol. 31, is. 1. – P. 100–107.

Когнитивный стиль и суицидальный риск обучающихся

Михайлова И.В.

*ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный
университет», г. Ульяновск, Россия
44kd11@gmail.com*

Ключевые слова: полезависимость – полenezависимость, суицидальный риск, пандемия

Cognitive style and suicidal risk of students

Mikhailova I.V.

*Ulyanovsk State University,
Ulyanovsk, Russian Federation*

Keywords: field dependence-field independence, suicidal risk, pandemic

Введение. В настоящее время в обществе существует потребность в понимании ресурсов личности по преодолению трудных или критических ситуаций, особенно это актуально в связи со школьным обучением в период пандемии. В контексте одной ситуации субъекты, имеющие различия в когнитивных конструктах, будут иметь различия в предпочтительных репертуарах поведения, вплоть до наличия суицидального риска.

Проблема когнитивного стиля как способа переработки информации и конструирования социальной реальности представлена в трудах классических и современных авторов (М.В. Балевой [1], С.Н. Сорокоумовой, С.П. Елшанского, Е.Б. Пучковой, Ю.В. Суховершиной [5], О.А. Бокова [2] и др.). Проблема суицидального риска актуальна и в настоящее время, её исследованием продолжают заниматься такие автор, как О.И. Ефимова [4], Е.В. Борисоник [3] и др.

Цель проведенного исследования состоит в изучении когнитивного стиля и суицидального риска обучающихся с разным социометрическим статусом.

Материал и методы. В исследовании использовался метод социометрии Дж. Морено; метод психодиагностики (использовались: методика «Включенные фигуры» К. Готтшальдта и опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой); статистический метод (U-критерий Манна-Уитни).

Исследование проводилось как в очном, так и в дистанционном формате на базе школы «Юного психолога» УИЛ «Психолог» УлГУ, а также общеобразовательных учреждений Ульяновской области с февраля

по май 2020 года. В исследовании приняло участие 118 человек в возрасте от 14 до 18 лет.

Результаты. Первоначально были выявлены респонденты с разным социометрическим статусом, то есть были определены лидеры и аутсайдеры групп учащихся, а также испытуемые со средним социометрическим статусом.

Следующим шагом в нашем исследовании было выявление когнитивного стиля полезависимость – полenezависимость испытуемых по методике «Включенные фигуры» К. Готтшальдта в контексте разного социометрического статуса.

Сравнивая когнитивный стиль обучающихся с разным социометрическим статусом по шкалам полезависимость – полenezависимость с применением U-критерия Манна-Уитни мы выявили различия между аутсайдерами и среднестатусными членами группы на уровне $p < 0,05$, однако не было установлено значимых различий в когнитивном стиле полезависимость -полenezависимость между аутсайдерами и лидерами, а также лидерами и среднестатусными членами группы.

Таким образом, при решении поставленной задачи в виде предложенной нами методики на поиск простых изображений в сложных, испытуемые-аутсайдеры проявили заметную полenezависимость относительно испытуемых со средним социометрическим статусом, что может характеризовать их как субъектов более мобильных, которые могут варьировать когнитивный стиль полезависимость – полenezависимость применительно к контексту каждой ситуации.

Следующим шагом нашего исследования было изучение суицидального риска обучающихся выпускных и не выпускных классов в период пандемии при помощи методики А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой.

По полученным результатам исследования было ожидаемо установлено, что общий суицидальный риск выше у испытуемых выпускных классов, сдающих выпускные экзамены, чем у респондентов не выпускных классов ($p < 0,01$).

Было выявлено, что уровень антисуицидальных факторов выше в группе аутсайдеров, по сравнению с респондентами лидерами и среднестатусными членами группы, хотя стоит подчеркнуть, что уровень суицидального риска был не высоким во всех эмпирических группах.

Выводы. По результатам исследования когнитивного стиля обучающихся с разным социометрическим статусом мы выяснили, что в контексте разных ситуаций, аутсайдеры могут демонстрировать гибкость и мобильность в проявлении когнитивного стиля. В то время как среднестатусным студентам характерен полезависимый подход, переносимый из ситуации в ситуацию. Студенты с высоким социометрическим статусом не выявили значимых различий по данному параметру, однако тяготеют к полезависимому когнитивному стилю.

Уровень суицидального риска был не высоким во всех эмпирических группах, однако этот показатель значимо был выше в группе лидеров и группе со среднестатусными респондентами. Полученные результаты согласуются с другими исследованиями на эту тему. Испытуемые, которые в школьном классе попали в группу аутсайдеров уже могли развить личностные и социально-психологические ресурсы, которые помогли бы им справиться со стрессовой ситуацией. Одним из таких ресурсов, по нашему мнению, является полнезависимость респондентов с низким социальным статусом.

Стоит отметить, что в связи с возникновением пандемии и соблюдением самоизоляции в целях безопасности исследование проводилось дистанционно. Необходимо также отметить, что из-за сложившейся обстановки вследствие пандемии коронавируса некоторые результаты при обработке могут иметь некоторую погрешность в своей достоверности.

Литература

1. *Балева М.В.* Роль когнитивных стилей в процессе социальной перцепции конкретного и безличного другого // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2020. № 1. С. 106–117.
2. *Бокова О.А., Мельникова Ю.А.* Когнитивные стили как метаспособность: теоретические предпосылки исследования // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2019. № 3 (55). С. 85–99.
3. *Борисоник Е.В.* Завершенный суицид и суицидальная попытка близкого человека как ситуация экстремального стресса для ближайшего окружения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 62–67. doi:10.17759/jmfp.2020090106
4. *Ефимова О.И.* Научные подходы к анализу аутодеструктивного поведения // Профилактика зависимостей. 2019. № 1 (17). С. 226–242.
5. *Сорокоумова С.Н.* Когнитивные стили и персонализация обучения студентов-психологов / Сорокоумова С.Н., Елшанский С.П., Пучкова Е.Б., Суховершина Ю.В. // Вестник Мининского университета. 2020. Т. 8. № 1 (30). С. 10.

Особенности зрительного восприятия у детей дошкольного возраста с трудностями зрительного гнозиса (из опыта работы)

Набиулина А.С.

ГБОУ школа № 2089, Москва, Россия

Baburaks@yandex.ru

Матюхина И.В.

ГБОУ школа № 2089, Москва, Россия

Boeva_i@list.ru

Ключевые слова: зрительное восприятие, дошкольный возраст, расстройства аутистического спектра.

The peculiarities of visual perception in preschool children with difficulties in visual gnosis (from experience)

Nabiulina A.S.

GBOU school № 2089 Moscow, Russia

Matyukhina I.V.

GBOU school № 2089 Moscow, Russia

Keywords: visual perception, preschool age, autism spectrum disorders

Как указывают зарубежные и отечественные ученые Баенская Е.Р., Никольская О.С., и мн. др. расстройства аутистического спектра рассматривается как комплексное нарушение развития, включающее стойкие трудности с социальным взаимодействием, когнитивные, двигательные и сенсорные нарушения, обусловленные биологическим характером возникновения [2].

Как указывает Переверзева Д.С., споры о характере нарушения зрительного восприятия у детей с РАС ведутся много лет и есть много трудностей диагностического характера у детей дошкольного возраста [5].

В настоящее время многие исследователи указывают на гипер или гипочувствительность при РАС. Гиперчувствительность как указывает Багдашина О.Б., может быть следствием других отклонений сенсорного восприятия, которые могут включать в себя «трудности фильтрации сенсорной информации, замедленную обработку информации», а расстройство аутистического спектра, по ее мнению, связано с «сенсорными отклонениями», которые намного сложнее, чем тактильная защищенность [1]

У детей с РАС нарушения зрительного реагирования и сосредоточения наблюдаются уже в раннем возрасте [2].

Как отмечают Т.Г. Горячева., Ю.В. Никитина., в дошкольном возрасте чаще становится заметной фрагментарность восприятия, грубые нарушения пространственных представлений, «наблюдается задержка психоречевого развития вследствие недостатка устойчивого внимания и целенаправленных действий, в сфере восприятия наблюдается фиксация на деталях, фрагментарность [3].

Как указывают зарубежные исследователи Ф. Колдуэлл., Д. Хорвуд искажение зрительных объектов проявляется у детей с РАС в виде стремления ребенка «ограничить поле зрения, глядя через крохотное отверстие», объекты и предметы воспринимаются как отдельные детали и не складываются в один образ. При этом детали воспринимать проще, чем целое [4].

На фрагментарность восприятия указывает и Богдашина О.Б., при котором дети с РАС не могут «разделить целостную картину на отдельные значимые единицы, поэтому они обрабатывают только те части, которые привлекли их внимание». Как отмечает Богдашина О.Б., «дети с РАС не способны различать главные и побочные сенсорные стимулы, а именно, они воспринимают все без фильтрации и отбора». Сенсорная информация одновременно воспринимается детально и целостно, при этом все детали воспринимаются, но не обрабатываются» [1].

Мы опишем опыт целенаправленного наблюдения за ребенком дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра, с целью выявления особенностей зрительного гнозиса.

Проиллюстрируем на конкретном примере. Мальчик 6 лет и 2 месяца с РАС.

Посещает дошкольное учреждение с 2017 года, обучается в общеобразовательной группе, в условиях инклюзии.

В ходе целенаправленного наблюдения мы использовали метод наблюдения и опросник Богдашиной О.Б. для определения сенсорного профиля, отражающего основные сенсорные особенности.

Мы выявили определённые черты зрительного восприятия: по наблюдениям за ребенком и фотографируя объекты, на которые он смотрит. Мы увидели, что:

- ребенок смотрит через что – то, что помогает ему, анализировать, дробя сложную форму на более мелкие.

А также в группе:

- не подходит к игрушкам, не берет их, не рассматривает;
- во время приема пищи самостоятельно не находит свое место и не садится за стол;
- взаимодействует с предметами, находящимися от него только на расстоянии вытянутой руки (рассыпает цветные палочки, кубики выстраивает в ряд и т.п.);
- если в руках оказывается предмет или игрушка фиксируется на отдельных деталях (колесо от машинки, стрелка на весах и т.д.).

- среди игрушек внимание мальчика привлекает сова с большими черными глазами (близко подносит к лицу и как бы всматривается в глаза сове, фиксируя свое внимание только на отдельных частях (глазах совы)).
- проявляет интерес к картинкам с изображением природы, долго рассматривает каждую из них;
- при предъявлении геометрических форм особенно выделяет круг, другие геометрические формы игнорирует.
- если смотрит на человека в упор, то разглядывает отдельные части лица или одежды.

Во время прогулки:

- смотрит на небо через отверстие в крыши;
- смотрит через качели в щель, рассматривая покрытие для детских площадок. – ребенок берет конструктор и смотрит в дырочку, отсекая боковое зрение;
- смотрит через рамку, фокусируясь на каком-либо предмете.
- на прогулке дети слепили снеговика, ребенок подходил к нему, ходил вокруг, но фиксировал свое внимание на желтом ведре на голове снеговика.

В ходе применения опросника О.Б. Богдашиной для определения сенсорного профиля, мы можем сделать вывод о том, что основные проблемы связаны со зрительной системой (внимание ребенка часто привлекается не вещью, а ее частью, сенсорно привлекательной).

Литература

1. *О.Б. Богдашина.* Особенности сенсорного восприятия при аутизме.: введение в проблему. Сибирский вестник специального образования № 2(6) 2012. С. – 1–24.
2. *Е.Р. Баенская.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. – 2-е изд. – М.: Теревинф, 2009. – (Особый ребенок). – 112 с.
3. *Т.Г. Горячева., Ю.В. Никитина.* Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции: Учебно-методическое пособие. – М.: Генезис, 2008. – 168 с.
4. *Колдуэлл, Фиби.* Интенсивное взаимодействие и сенсорная интеграция в работе с тяжелыми формами аутизма /Фиби Колдуэлл, Джейн Хорвуд. – М.: Теревинф, 2020. – 128 с.
5. *Д.С. Переверзева.* Особенности процесса зрительного опознания у детей 3–7 лет с расстройствами аутистического спектра. Экспериментальная психология, 2011, том 4, № 3, с. 59–73.

Особенности влияния образовательной среды на формирование жизненных ориентиров студенческой молодёжи, проживающей в экстремальной социогенной ситуации

Никулина А.А.

*ГОУ ВПО «Горловский институт
иностранных языков», г. Горловка, ДНР*

Ключевые слова: ценностные ориентации, экстремальная ситуация, образование, молодёжь

The influence of the educational environment's features on the formation of life guidelines of student youth living in an extreme sociogenic situation

Nikulina A.

*SEI HPE "Gorlovka Institute for
Foreign Languages", Gorlovka, DPR*

Keywords: value orientations, extreme situation, education, youth

Проблема осмысления ценностей человеческого бытия стала одной из ключевых в предыдущем столетии и не теряет своей актуальности и в настоящее время. Ценности и ценностные ориентации выступают важными объектами исследования психологии. Так, в психологии проблема ценностных ориентаций личности и общества изначально занимала ведущие позиции, и, по мнению Вунда В., стала «высшей» в области психологии.

Анализируя научную литературу, мы можем предоставить следующую дефиницию понятию «ценности личности». Так, ценности личности – это «совокупность мотивов и целей личности, определяющих ее направленность, главные устремления, личностную позицию, оказывающих влияние на общий подход к миру, к самому себе, придающих смысл поведению и поступкам» [5, С. 79].

Как мы видим, ценности, как важнейший компонент структуры личности, непосредственно взаимосвязаны с направленностью, устойчивостью, целостностью «Я» и мировоззрением личности.

Актуальным вопросом остается проблема изучения особенностей формирования ценностных ориентаций у студенческой молодёжи, проживающей в экстремальных условиях, а также факторов, которые оказывают влияние на их формирование.

Особенно важно, по нашему мнению, рассмотреть данный процесс на примере студенческой молодёжи, так как именно данный возраст выступает основополагающим в формировании жизненных ориентиров, а молодежь, в свою очередь, является своеобразным социальным аккумулятором тех изменений, которые происходят в обществе.

При этом несформированность системы ценностей является угрозой формирования потребительского отношения к жизни, бездуховности, что в дальнейшем приведёт к безразличию к себе и другим, апатии и, в конечном итоге, грозит потерей нравственного и духовного здоровья нации [2].

Рассматривая проблему человека сквозь призму различных наук, мы можем утверждать, что существует неразрывная связь между человеком и условиями, в которых он проживает. Поэтому, безусловно, важно учитывать особенности жизненных ситуаций, в которых человек находится. Это является необходимостью для того, чтобы предотвратить девиантное развития личности, а также для оказания своевременной социально-психологической помощи [4]. Одной из подобных ситуации, в которых может оказаться человек в роли жертвы, ликвидатора последствий чрезвычайных событий, свидетелем военных действий или террористических актов и является экстремальная ситуация.

Итак, «экстремальная ситуация (от лат. *extremus* – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию» [4]. Именно поэтому, на наш взгляд, особенно сложно формировать ценностные ориентиры у молодых людей, проживающих в экстремальной, социогенной ситуации гражданской войны. Любая экстремальная ситуация оказывается серьезное, а иногда и разрушительное воздействие на личность. Безусловно, проживание в подобных условиях влияет и на формирование ценностных ориентаций.

Особую значимость в реабилитации и в придании позитивного вектора развития личности оказывает именно образовательная среда. Рассмотрим данную проблему более подробно на примере молодёжи, которая являются непосредственным участником образовательного процесса.

В работах Низовских Н.А. представлена иерархическая модель жизненных ориентаций студенческой молодёжи:

1. ценности уважения, любви и доброты по отношению к людям, прежде всего близким, родным;
2. нравственные ценности (не лги, не укради, не мучайся совестью);
3. ориентация на образованность (хорошо учиться, развивать интеллект);
4. ценность воспитанности и самоконтроля;
5. ценность общительности;
6. ценность организованности и аккуратности;
7. ценность трудолюбия и т.д.» [5, С. 79].

Анализируя ряд научных работ и официальных документов, мы пришли к выводу о том, что образовательные учреждения оказывают значимое влияние на формирование ценностных ориентаций молодежи и основаны на следующих параметрах:

- разнообразии направлений научной и творческой деятельности;
- многообразии использования форм, методов и технологий работы с молодёжью с целью создания условий для личностного, профессионального и творческого развития каждого человека, его адаптации к социальным изменениям;
- гуманистической направленности всех видов образовательной деятельности: диалогичности, создания ситуаций успеха, позволяющих сформировать положительное отношение к миру, людям, природе и самому себе, тем самым способствуя формированию ценностных ориентаций;
- коммуникативной функции деятельности учреждений дополнительного образования, способствующей социализации молодёжи, связанной с усвоением социальных ценностей, социального опыта [3].

Таким образом, для формирования ценностных ориентаций у молодёжи и их полноценного функционирования в условиях экстремальности, а также непосредственно адаптации к подобным условиям, реализации собственных социально-значимых качеств и потенциала необходимо посещение ими образовательных учреждений, в которых присутствуют планы взаимодействия, анализ успехов и достижений, создание творческой атмосферы и учета особенностей социума.

Литература

1. *Белашева И.В.* Психология экстремальных и чрезвычайных состояний: учебное пособие / Белашева И.В., Суворова А.В., Польшакова И.Н., Осипова Н.В., Ершова Д.А. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2015. – 262 с.
2. *Капезина Т.Т.* Исследование ценностных ориентаций у студентов младших и старших курсов / Т.Т. Капезина // Общество. Наука. Государство. 2015. № 2 (2). [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-tsennostnyh-orientatsiy-u-studentov-mladshih-i-starshih-kursov/viewer>
3. Концепция модернизации дополнительного образования детей РФ до 2010г. Журнал «Образовательная политика № 2(64), 2014 [электронный ресурс] – Режим доступа. - URL: <https://docviewer.yandex.ru>.
4. *Осухова Н.Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа» / Н.Г. Осухова. – Москва : Академия, 2012. – 319 с.
5. *Ходько А.Ф.* Ценностные ориентации в структуре личности студента / А.Ф. Ходько // Вестник МДПУ имени И.П. Шамякина, 2010. – С. 79.

Возможности и ограничения клинико-психологической диагностики обратимых форм психической ретардации в практике психолого-медико-педагогической комиссии

Новикова Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
gr_novikova@mail.ru

Ключевые слова: психический дизонтогенез, ретардация, клинико-психологическая диагностика, нейропсихологический метод, психолого-медико-педагогическая комиссия

Psychological Diagnosis of Reversible Forms of Mental Delay in the Practice of a Joint Board of Healthcare Specialists and Teachers: Opportunities and Limitations

Novikova G.R.

*Serbsky National Medical Research Centre
for Psychiatry and Addiction, Moscow, Russia*

Keywords: Developmental Disorder, Mental Delay, Psychological Diagnosis, Neuropsychological Assessment, Joint Board of Healthcare Specialists and Teachers

В соответствии с законодательными требованиями (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ) наличие недостатков в физическом и (или) психологическом развитии детей, препятствующих получению ими образования без создания специальных условий, подтверждает психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). При производстве экспертной оценки недостатки в психологическом развитии детей квалифицируются в соответствии с типом психического дизонтогенеза и наличия вторичных дизонтогенетических расстройств, осложняющих первичное нарушение. Итоговое заключение ПМПК оформляется на основании диагностических выводов отдельных специалистов психолого-педагогического и медицинского профиля. Сохраняют актуальность вопросы дифференциальной диагностики сходных клинических проявлений в континууме между нормальным и аномальным онтогенезом при анализе легких форм задержанного психического развития (ЗПР), а также проблема междисциплинарной интеграции разнородных диагностических выводов.

В МКБ-10 задержки психического развития, связанные с незрелостью психики и мозговых структур, рассматриваются как синдром, входящий в структуру группы расстройств: «расстройства психологического (психического) развития» (F80-F89), «эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90-F98), «легкие когнитивные нарушения» (F06.7). Утратив значимость в качестве медицинского (психиатрического) диагноза, представление о задержках психического развития как отдельных групп состояний с патологией развития сохраняется в психолого-педагогической науке и практике. Психолого-педагогическая оценка ЗПР основывается на сопоставлении результатов диагностики реального уровня развития ребенка с возрастными нормативами. Однако сама по себе диагностика возрастного периода даже тогда, когда она выполнена методологически и методически корректно (учет всей совокупности личностных и интеллектуальных особенностей, взятых в единстве и динамике с социальной ситуацией развития), еще не дает ответа на вопрос о мере способности ребенка быть субъектом учения, субъектом педагогического процесса и образовательной деятельности.

С целью разработки интегрированных клинико-психологических критериев обратимых форм психического дизонтогенеза по типу ретардации нами изучались особенности созревания высших психических функций (ВПФ) у детей в возрасте 6–8 лет с ЗПР различной этиологии. С опорой на оригинальную систему нейропсихологической оценки состояний сформированности ВПФ были выделены два механизма структурно-динамических отклонений в рамках общего континуума изучения расстройств. Первый механизм отражает замедление темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам. Он включает легкие формы ретардации различной этиологии (конституциональная; в связи с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробном периоде или в первые годы жизни ребенка; длительное психогенно-стрессовое воздействие, преимущественно различные формы семейной депривации). Второй механизм наблюдается при расстройствах по типу церебральной альтерации, в основе которых лежат ранние резидуальные церебральные органические состояния. Специфика нейропсихологических профилей, соотнесенных с механизмами структурно-динамических отклонений, определяется рядом показателей: а) сформированность компонентов ВПФ, выделенных в соответствии с действием нейропсихологических факторов (регуляционного, нейродинамического, частных модально-специфических), б) этап интериоризации психического процесса (от развернутого, осознанного, произвольного до автоматизации умственных действий и формирования навыка), в) возможность компенсации отклонений; г) динамика

возрастного развития. Предложенный подход к анализу состава сложной популяции детей с ЗПР позволяет исследовать характерные для обратимых форм психической ретардации взаимосвязи между дизонтогенетическими проявлениями и своеобразием психопатологических синдромов дифференцированных вариантов ЗПР.

Реальные потребности консультативно-диагностической практики, когда время проведения эксперимента лимитировано, делают актуальным нейропсихологическое экспресс-обследование. Оно представляет собой ориентировочный этап диагностики и предполагает последующее углубленное изучение основного нарушения с квалификацией синдрома. Его целью является: а) выделение преобладающих в клинико-нейропсихологической картине симптомов либо незрелости, либо повреждения структурных компонентов функциональных систем, б) установление взаимозависимости между наблюдаемой несформированностью высших корковых функций и уровнем организации соответствующей психической деятельности (в частности, недостаточность сенсомоторной основы, особенности речевого регулирования, степень интериоризации). Такой анализ позволяет дифференцировать ретардированные или энцефалопатические формы психического дизонтогенеза, различать степени сформированности ВПФ.

Нейропсихологическое экспресс-обследование детей в возрасте 6–8 лет направлено на изучение состояний сформированности произвольной организации предметных действий, динамического и пространственного праксиса, слухо-речевой памяти, зрительно-пространственного гнозиса, наглядно-образного и вербально-логического мышления. По ходу эксперимента моделируются условия, при которых имеющиеся дефекты либо компенсируются, либо затрудняют выполнение задачи. Нейропсихологическая квалификация симптомов учитывает характер истощения, наступающий в процессе опыта; влияние побочных раздражителей; зависимость эффективности выполнения заданий от скорости предъявления стимулов, темпа деятельности, расширения объема предлагаемых задач. Обязательным экспериментальным приемом является вариация способов организации деятельности ребенка. Диагностический алгоритм включает также приемы клинической беседы и наблюдение.

Особенности исполнительных функций у детей дошкольного и младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Ординарцева Е.В.

ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия

e.ordinarceva@yandex.ru

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: исполнительные функции, произвольная деятельность, дошкольный возраст, младший школьный возраст, ограниченные возможности здоровья

Executive functions peculiarities in children of preschool and primary school age with special needs

Ordinartseva E.

Moscow State University of Psychology&Education,

Sergienko A.

PhD, MHRC of RAMS, MSUPE

Keywords: executive functions, voluntary activity, preschool age, primary school age, special needs

Введение. В связи с тенденцией роста числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в современной популяции, возникает потребность в их адаптации к условиям социума (формировании «запаздывающих» психических функций, выявлении особенностей их развития в разных группах ОВЗ, при необходимости, коррекции функций, имеющих наибольшее значение для процесса адаптации). В частности, такими функциями, которые, с одной стороны, наиболее важны для процесса адаптации, а с другой, недостаточно сформированы у различных групп детей с ОВЗ, являются исполнительные функции.

Исполнительные функции относятся к нисходящим психическим процессам, которые необходимы для произвольной регуляции при невозможности действовать автоматически, непроизвольно. Использование исполнительных функций всегда требует усилий. Многие исследователи выделяют три типа исполнительных функций [4]: ингибирование, рабочая память и когнитивная гибкость. На основании перечисленных исполнительных функций формируются функции высшего порядка: планирование, решение проблем и рассуждение [3]. Исполнительные функции

являются навыками, которые обеспечивают психическое и физическое здоровье, успешность когнитивной и социальной деятельности.

Предполагается, что дети с разными вариантами ОВЗ имеют, наряду с общими, специфические нарушения исполнительных функций. Цель данной работы: выявить особенности исполнительных функций у детей с разными вариантами ОВЗ.

Материал и методы. В рамках тезисов обобщаются результаты двух экспериментальных серий (ЭС1 и ЭС2).

ЭС 1. 14 детей 5–7 лет с ОВЗ, имеющие по заключению психолого-педагогических комиссий общеобразовательных учреждений (ППК) или центральной психолого-медико-педагогической комиссии г. Москвы (ЦПМПК) диагнозы – синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), задержка психического развития (ЗПР), расстройство аутистического спектра (РАС), тяжелые нарушения речи (ТНР). Контрольную группу составили 13 детей, не имеющих ОВЗ. Всего в ЭС1 было включено 27 детей.

ЭС 2. 23 ребенка 6–8 лет с ОВЗ, имеющие диагноз СДВГ, РАС или ТНР по заключению ППК или ЦПМПК.

В исследовании был использован комплекс методов нейропсихологического обследования. Применялся принцип деления методик по сферам, предложенный в работе А.П. Бизюка [2]: кинестетический праксис, динамический праксис, конструктивный и пространственный праксис, внимание, произвольная деятельность (комплексная методика «Построй свой дом» [1] и др.). Также использовались компьютерные методики для оценки исполнительных функций (Simon task тест, Тест Струпа, Висконсинский тест сортировки карточек).

Результаты. В ЭС1 выяснилось, что дети с СДВГ совершают достоверно больше ошибок в выполнении пробы на динамический праксис ($p < 0,05$), чем дети с другими рассматриваемыми типами ОВЗ. Это чаще всего связано с регуляторным фактором. Также в группе детей с СДВГ менее выражен коэффициент асимметрии при выполнении методики «Асимметрия зрительного внимания», чем у других групп ОВЗ ($p < 0,01$). По нашему мнению, такой результат можно объяснить способностью детей с СДВГ к высокой продуктивности только в условиях четко регламентируемой, но непродолжительной деятельности.

Для выявления наиболее «чувствительных» проб в плане определения сформированности исполнительных функций, по результатам ЭС1 был проведен корреляционный анализ между показателями по всем проведенным диагностическим методикам в группе детей с и без ОВЗ. Наибольшее количество достоверных взаимосвязей было обнаружено между показателями методики «Реакция выбора» и остальными. Оказалось, что, чем лучше ребенок с ОВЗ справился с данным заданием, тем лучше у него развиты основные элементы произвольной деятельности: целеполагание, планирование, самоконтроль, саморефлексия и моделирование. В то же время он лучше и быстрее выполняет задания на внимание, про-

бы на пространственный и конструктивный праксис. Это может означать, что способность к выполнению двигательных программ по инструкции, способность к оттормаживанию доминантной реакции, возможность переключения с одной программы на другую во многом обуславливает способность и к выполнению других заданий на исполнительные функции.

По результатам ЭС2 (группа детей 6–8 лет) выяснилось, что дети с РАС справились с тестами реакция выбора «Стук-рука» и пробой на реципрокную координацию достоверно хуже детей с ТНР ($p < 0.05$). Также есть основания полагать, что дети с СДВГ выполнили эти пробы лучше, чем дети с РАС, но различия не достигают уровня достоверности, вероятно, в силу недостаточного объема выборки исследования. Более того, выяснилось, что в этой возрастной группе дети с РАС справились с пробой на динамический праксис («Заборчик») хуже всех. Так, по показателю коэффициента ошибок (Сергиенко А.А. 2018) у них значение достоверно выше, чем у детей с ТНР ($p < 0.05$). Таким образом, дети с РАС испытывают наибольшие трудности среди других категорий детей в выполнении заданий на ингибицию доминантного ответа, как одного из основных элементов исполнительных функций. Дети с ТНР наиболее успешно справляются с пробами на серийную организацию движений и в целом более эффективны при выполнении заданий на исполнительные функции.

Выводы

1. Специфический профиль нейрокогнитивного дефицита, характерный для разных подгрупп детей с ОВЗ, влияет на разные аспекты исполнительных функций.
2. Наблюдается различная возрастная динамика ингибиторного контроля, специфичная для разных групп детей с ОВЗ. Наибольшие сложности ингибиции доминантного ответа с тенденцией к негативной динамике испытывают дети с РАС.
3. Динамический и регуляторный праксис выступают предикторами развития исполнительных функций, в том числе ингибиторного контроля, в рассматриваемых группах детей с ОВЗ.

Литература

1. *Белехов Ю.Н.* Экспериментальная методика диагностики развития системных компонентов саморегуляции деятельности у детей 6–10 лет «Построй свой дом». – М.: Институт психологии РАН, 2013. – 3 с.
2. *Бизюк А.П.* Компендиум методов нейропсихологического исследования. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
3. *Lunt L., Bramham J., Morris R.G., Bullock P.R., Selway R.P.* et al. Prefrontal cortex dysfunction and “jumping to conclusions”: bias or deficit? // *J. Neuropsychol.* – 2012. – V. 6. – P. 65–78.
4. *Miyake A., Friedman N.P., Emerson M.J., Witzki A., Howerter A., Wagner T.D.* The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex ‘frontal lobe’ tasks: a latent variable analysis // *CPsy.* – 2000. – № 41. – P. 49–100.

Страх негативной оценки внешности и неудовлетворенность телом в юношеском возрасте*

Польская Н.А.

МГППУ, Москва, Россия

polskayana@yandex.ru

Ключевые слова: страх негативной оценки внешности, чувствительность к отвержению из-за внешности, неудовлетворенность телом, юношеский возраст

Fear of negative appearance evaluation and body dissatisfaction in youth

Polskaya N.A.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

Keywords: fear of negative appearance evaluation, appearance-based rejection sensitivity, body dissatisfaction, youth

Физическая привлекательность высоко ценится в современной культуре. Как отмечают исследователи, физически привлекательные люди реже чувствуют стигматизацию со стороны других, считаются более желанными в качестве друзей и романтических партнеров, имеют значительные преимущества при трудоустройстве [5]. Идеализация физической привлекательности, в частности, стройного (худого) тела поддерживается традиционными (телевидение, глянцево-журналы) и онлайн-медиа [3], что может стать причиной развития у некоторых людей повышенной чувствительности к отвержению на основе их внешнего вида [5] и страха негативной оценки из-за внешности [4]. Тревожное ожидание отвержения из-за несоответствия стандартам и идеалам физической привлекательности сопровождается как опасениями по поводу собственного внешнего вида, так и опасениями быть отвергнутым другими на основании физической непривлекательности.

Наиболее уязвимыми к развитию чувствительности к отвержению и страха негативной оценки из-за внешнего вида являются девушки и женщины, что объясняется культурными ожиданиями в отношении женской привлекательности и сексуальной объективацией в медиа и

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00429.

межличностных отношениях. Объективирующие культурные установки со временем интернализируются женщиной, что выражается в придании особого значения своему внешнему виду в ущерб внутренним ощущениям, чувствам и качествам [3]. В конечном итоге подобная самообъективация может стать причиной и механизмом развития эмоциональных, личностных расстройств и расстройств пищевого поведения (РПП). В данном сообщении представлены результаты исследования связи страха негативной оценки внешности и неудовлетворенности телом.

Выборка и методики. Страх негативной оценки внешности (СНО) измерялся с помощью одноименной однофакторной шкалы, разработанной J.D. Lundgren с соавторами в 2004 г. [4]. Шкала является компактным инструментом, включает шесть пунктов, связанных с проявлениями беспокойства и страха по поводу внешнего вида. В общей сложности шкалу заполнили более тысячи человек, преимущественно подросткового, юношеского и молодого возраста (альфа Кронбаха – 0,92). В данном сообщении будут представлены результаты по юношеской выборке.

Общая характеристика выборки: N=631, 605 (95,5 %) девушек и 26 (4,1 %) юношей в возрасте от 16 лет до 21 года. Распределение по уровню образования: 307 (48,7 %) – обучаются в ВУЗе; 76 (12 %) – в колледже; 197 (31,2 %) – в общеобразовательной школе; 51 (8,1 %) – нигде не обучаются.

Неудовлетворенность телом измерялась с помощью однофакторной шкалы образа собственного тела [2] и шкалы оценки пищевого поведения (ШОПП), включающей субшкалы: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность [1].

Результаты и обсуждение. Оценка взаимосвязей между шкалой СНО и ШОПП (коэффициент Пирсона) показала значимые корреляции страха негативной оценки внешности со шкалами булимии ($r=0,513$, $p=0,000$), интероцептивной некомпетентности ($r=0,531$, $p=0,000$), недоверия в межличностных отношениях ($r=0,344$, $p=0,000$), неудовлетворенности телом ($r=0,629$, $p=0,000$), неэффективности ($r=0,612$, $p=0,000$), перфекционизма ($r=0,312$, $p=0,000$). Также значимые связи были получены между страхом негативной оценки внешности и шкалой образа собственного тела ($r=0,629$, $p=0,000$). Связь возраста и страха негативной оценки внешности была значимой, хотя и невысокой по значению ($r=-0,17$, $p=0,000$).

Оценка влияния страха негативной оценки внешности на образ тела и пищевое поведение на основе регрессионной модели (линейная регрессия, метод принудительного включения) продемонстрировала, что страх негативной оценки внешности может выступать в роли предиктора образа собственного тела (параметры модели: $R^2=0,395$; $\beta=0,629$, $t=20,28$, $p=0,000$), а также нарушений пищевого поведения: булимии

(параметры модели: $R^2=0,263$; $\beta=0,513$, $t=14,976$, $p=0,000$), интроцептивной некомпетентности (параметры модели: $R^2=0,28$; $\beta=0,531$, $t=15,7$, $p=0,000$), неудовлетворенности телом (параметры модели: $R^2=0,395$; $\beta=0,629$, $t=20,281$, $p=0,000$), неэффективности (параметры модели: $R^2=0,374$; $\beta=0,612$, $t=19,396$, $p=0,000$) и др.

Полученные результаты подтверждают валидность шкалы «Страх негативной оценки внешности», возможности ее использования в скрининговых исследованиях, направленных на раннее выявление расстройств пищевого поведения. Они хорошо согласуются с данными, полученными авторами оригинальной версии данной шкалы. По всей видимости, страх негативной оценки внешности связан с более широкой областью социальной тревожности, а именно – с беспокойством из-за внешнего вида.

По мере взросления страх негативной оценки внешности имеет тенденцию к снижению, его наиболее высокие показатели по нашей выборке относятся к 16-летнему возрасту.

Помимо того, что страх негативной оценки тела характеризует негативный образ тела, он может служить как прогностическим признаком риска развития РПП, так и одним из критериев оценки тяжести РПП на клиническом уровне.

Выводы. Таким образом, выявленные связи страха негативной оценки внешности с образом тела и нарушениями пищевого поведения, а также прогностические возможности шкалы «Страх негативной оценки внешности» в раннем выявлении и мониторинге РПП позволяют использовать эту шкалу в психологической практике.

Литература

1. *Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С.* Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 1. С. 39–50.
2. *Скугаревский О.А.* Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
3. *Якубовская Д.К., Польская Н.А.* Идеал «худого тела» и самообъективация в социальных медиа // VII Всероссийская научно-практическая конференция по психологии развития (чтения памяти Л.Ф. Обухова) «Возможности и риски цифровой среды». Сборник материалов конференции (тезисов). Том 2. / ред. Баилова Т.А. и др. М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2019. С. 368–371.
4. *Lundgren J.D., Anderson D.A., Thompson J.K.* Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders // *Eating Behaviors*. 2004. Vol. 5. № 1. P. 75–84.
5. *Park L.E., DiRaddo A.M., Calogero R.M.* Sociocultural influence and appearance-based rejection sensitivity among college students // *Psychology of Women Quarterly*. 2009. Vol. 33. № 1. P. 108–119.

Сравнительный анализ уровня развития социальных навыков у детей с разной степенью тяжести аутистических проявлений

Пустовая А.В.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия
Психолого-дефектологический центр «Мир семьи», Новосибирск, Россия
a.pustovaya@list.ru*

Пустовая Е.Н.

*Психолого-дефектологический центр «Мир семьи», Новосибирск, Россия
enpustovaya@mail.ru*

Гуткевич Е.В.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия
Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Россия
gutkevichelena@gmail.com*

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, социальные навыки, социальная адаптация

Comparative analysis of the level of development of social skills in children with varying degrees of severity of autistic manifestations

Pustovaya A.V.

*National Research Tomsk State University, Russia
Psychological and Defectological Center «World of Family», Novosibirsk, Russia*

Pustovaya E.N.

Psychological and Defectological Center «World of Family», Novosibirsk, Russia

Gutkevich E.V.

*National Research Tomsk State University, Russia
Federal State Budgetary Scientific Institute «Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences» Mental Health Research Institute, Russia*

Keywords: autism spectrum disorders, social skills, social adaptation

Введение. Социальные условия, в которые должен вращаться ребенок, составляют, с одной стороны, всю ту область неприспособленности ребенка, из которой исходят творческие силы его развития; существование препятствий, толкающих ребенка к развитию, коренится в условиях окружающей среды, в которую должен войти ребенок; с другой стороны на достижение необходимого социального уровня направлено все развитие ребенка. Хронологически все три момента этого процесса можно изобразить так: 1) неприспособленность ребенка к социо-культурной среде соз-

дает мощные препятствия на пути роста его психики; 2) эти препятствия служат стимулом для компенсаторного развития, становятся его целевой точкой и направляют весь процесс; 3) наличие препятствий повышает и заставляет совершенствоваться функции и приводит к преодолению этих препятствий, а значит, к приспособленности [1].

У детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) отклонения в социальном развитии и социальных взаимодействиях проявляются в недостаточном или полном отсутствии потребности в установлении социальных связей с окружающими людьми, отгороженности от внешнего мира, недифференцированном и слабом проявлении эмоциональных реакций по отношению к самому себе и близким людям. В настоящее время в связи с широким распространением расстройств психического здоровья у детей и подростков актуальным является изучение проблем социально-психологической реализации детей с РАС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 38 детей в возрасте от 3 до 10 лет с диагнозами по МКБ-10 [4]: F 84.0 (24 ребенка), F 84.1 (4 ребенка), F 84.4 (6 детей), F 84.5 (4 ребенка), 24 ребенка имели группу инвалидности. В соответствии с «Психологической классификацией аутизма», построенной с учетом степени тяжести аутистических проявлений и степени искажения психического развития, были выделены следующие 4 группы: I группа – аутизм как полная отрешенность от внешнего мира; II группа – аутизм как активное отвержение внешнего мира и защита от него, постоянное стремление к упорядочиванию; III группа – аутизм как захваченность собственными впечатлениями; IV группа – аутизм как трудность устанавливать визуальный контакт, эмоциональная привязанность к матери [2]. Для оценки уровня социального развития была использована методика «Социограмма. Педагогический анализ социального развития детей с множественными нарушениями (форма РАС-1)». Методика разработана Х.С. Гюнцбургом, включает в себя блоки: самообслуживание (39 пунктов), речь и познавательные способности (40 пунктов), социальная приспособленность (40 баллов). Каждое совпадение с пунктом опросника оценивается в 1 балл [3].

Количественные психологические показатели социального развития детей с РАС представлены в виде средних значений в 4 выделенных группах. Для оценки связи между группой и уровнем развития социальных навыков был использован критерий Спирмена с оценкой его значимости.

Результаты. Распределение обследуемых детей (%) на группы в соответствии с психологической классификацией показало, что в I группу вошли 37% детей; во II группу – 29; в III группу – 24; в IV группу – 10.

Показатели уровня социального развития для детей, вошедших в I группу, с учетом критерия Спирмена ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 13.3; речь и познавательные способности – 3.7; социальная при-

способленность – 2.2. Для детей, вошедших во II группу ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 27.1; речь и познавательные способности – 18.2; социальная приспособленность – 12. Для детей, вошедших в III группу ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 60.5; речь и познавательные способности – 58.2; социальная приспособленность – 36. Для детей, вошедших в IV группу ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 49.2; речь и познавательные способности – 31.7; социальная приспособленность – 21.7.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что уровень развития социальной приспособленности выше в группе с самыми высокими показателями уровня развития самообслуживания, речи и познавательных способностей (III группа). Самый низкий уровень социальной приспособленности характерен для детей с самыми низкими показателями уровня развития самообслуживания, речи и познавательных способностей (I группа).

Выводы. Количественные характеристики уровня развития социальных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра различаются в выделенных группах. Для детей I группы проблемными являются все обследуемые сферы; для детей II группы наиболее проблемными являются речь, понятие числа, сравнения и элементарные понятия, игра, бытовая деятельность, мелкая моторика; для детей III группы наиболее проблемными являются двигательная способность, речь, игра, бытовая деятельность; для детей IV группы наиболее проблемными являются двигательная способность, одевание и раздевание, речь, сравнения и элементарные понятия, игра, бытовая деятельность. Это позволяет предположить, что развитие у детей с расстройствами аутистического спектра навыков самообслуживания, познавательных способностей и речи поможет им приспособиться к окружающей социальной среде.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Проблемы дефектологии / Сост., авт. вступ. ст. и библиогр. Т.М. Лифанова ; Авт. коммент. М.А. Степанова. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.
2. *Никольская О.С.* Аутичный ребенок. Пути помощи. / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2017. – 288 с.
3. *Шипицына Л.М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. / Л.М. Шипицына. – 2-е изд., перераб. и дополн. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
4. <https://www.mkb-10.com/index.php?pid=4429> [Электронный ресурс]

Опыт диагностики переживания гендерного насилия подростком с шизотипическим расстройством личности (анализ случая)

Рется С.Э., Луковцева З.В.

МГППУ, Москва, Россия

retsyas-stasya@yandex.ru, kp_books@mail.ru

Ключевые слова: гендерное насилие, психические расстройства, шизотипическое расстройство личности, подростковый возраст, анализ случая

Attempt in diagnosing experiences of gender violence by a teenager with schizotypal personality disorder (case analysis)

Retsya S.E., Lukovtseva Z.V.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: gender-based violence, mental disorder, schizotypal personality disorder, adolescence, case analysis

Под гендерным насилием (ГН) понимается любое воздействие на человека, наносящее ему ущерб (психологический, физический или иной) и мотивированное гендерной принадлежностью одной из сторон и/или гендерными взаимоотношениями между ними [Е.П. Ильин, 2013]. Наиболее тяжелыми, а значит, и обсуждаемыми являются физическое и сексуальное ГН, ситуация же с экономическим, репродуктивным и психологическим ГН носит противоположный характер. При этом внимание исследователей и специалистов-практиков привлекают в основном последствия подобных психических травм (например, инцеста) [Е.Г. Дозорцева, 2018], тогда как проблематика переживания пострадавших остается малоизученной.

Л.С. Выготский понимал *переживание* как непосредственный психический опыт, различая в нем сам акт (процессуальную сторону) и специфическое содержание; иными словами, данный термин позволяет описать то, *как* человек переживает определенные события и *что* он переживает [Е.И. Изотова, 2016]. Противопоставляя переживание объективно фиксируемым психологическим процессам и состояниям, мы можем определить его как субъективное восприятие и отражение происходящего с человеком. Изучение переживания ГН позволяет углубить понимание субъективной (внутренней) стороны воздействия этой

психической травмы на пострадавшего, а значит, и приобрести особый взгляд на возможности реабилитации, терапии, профилактики.

Отказ от выявления «типичных» или «нетипичных», нормативных или клинически значимых последствий ГН (и решения иных стандартных задач) в пользу фокусировки на внутренних процессах пострадавшего представляется особенно важным, если речь идет о подростке. Подростковый возраст характеризуется сензитивностью к насилию (причиной тому служат физиологические изменения в организме, формирование межличностных отношений нового качества и многое другое) [Е.Г. Дозорцева, 2018].

Представленный анализ случая иллюстрирует возможности выявления переживания ГН у подростка с психическим расстройством, не обусловленным насильственным опытом. Пострадавшая – 16-летняя М., пациентка психиатрического стационара (F21 «Шизотипическое расстройство личности»), травматический опыт – изнасилование, произошедшее год назад).

М. – невысокая, худая девушка с живым, подвижным лицом. На лечение поступила повторно (первая госпитализация была полгода назад), по собственной инициативе. На беседу с психологом соглашается охотно, выражая заинтересованность «помочь в проведении исследования». В процессе обсуждения травматического опыта выражение лица становится отстраненным, мимика беднеет. Говорит негромко, монотонно. Рассказывает о своих переживаниях (в том числе и связанных с насилием) отстраненно, словно перечисляя малозначимые факты, и оживляется лишь когда речь заходит о ее молодом человеке.

Диагностический инструментарий был представлен беседой, проективными методиками «Идентификация ситуаций гендерного насилия», «Линия жизни», Клиническая шкала диагностики ПТСР [С.Э. Ретя, 2020]. Практически все ситуации, составляющие стимульный материал методики «Идентификация ситуаций ГН», интерпретирует как негативно окрашенные, конфликтные. Осуждает применителей насилия, акцентируя внимание на последствиях их действий для пострадавших:

«Речь о том, что родители вымещают злость на детях и вызывают у них состояние, когда дети замыкаются и отстраняются от родителей <...>. Это часто приводит к депрессии и расстройствам пищевого поведения (потому что они начинают думать, что еду они тоже не заслужили)»;

«Чаще всего такие ситуации доводят девушек до расстройств пищевого поведения. Она сама должна принимать решения насчет своего тела».

Изображая «Линию жизни», М. называет самыми важными событиями свое удочерение, пережитое сексуальное насилие, госпитализации в психиатрический стационар, волонтерскую деятельность в психиатрической больнице и начало поддерживающих и теплых отношений с молодым человеком. О наличии травматического опыта упоминает

самостоятельно, акцентирует на нем внимание (как непосредственно в процессе исследования, так и вне, в общении с другими пациентками и во взаимодействии с персоналом). Однако описывает опыт практически безэмоционально: «Изнасилование. Произошло в 15 лет. Лежала в больнице [соматического профиля], в смешанной палате. Был мальчик, которому я нравилась <...>. Пошла мыться, одна. У меня закружилась голова, я потеряла в душе сознание. Когда пришла в себя, он уже натягивал трусы, сказал: «Ну что, получила?». У меня шла кровь». Последующее состояние описывает скупой: «Все пыталась понять, за что со мной это произошло <...>. Боялась прикосновений <...>. Началась депрессия, были суицидальные мысли <...>. Всё время рыдала, меня начало рвать после еды». Рвота после приема пищи продолжается и спустя год после случившегося; М. характеризует позывы как непровольные, однако медперсонал сообщает, что она вызывает рвоту самостоятельно.

К *объективным последствиям* насилия относятся: посттравматические реакции (суицидальные тенденции, рвота после приемов пищи и др.); депрессивное состояние; усиление социальной дезадаптации в части взаимоотношений со сверстниками и приемными родителями. К сфере *субъективного переживания* мы относим фиксацию на посттравматических реакциях в виде стремления к многократному их обсуждению и демонстративному проявлению. Эти феномены показывают, как М. обходится со своим травматическим опытом сообразно значимости последнего для ее внутреннего мира и одновременно отражают особенности симптоматики, связанной с основным диагнозом (F21 по МКБ-10) – своеобразии эмоциональных реакций, вычурность поведения, навязчивости.

Литература

1. Дозорцева Е.Г., Нуцкова Е.В. Изучение психологических последствий сексуального насилия у детей и подростков как основа профилактической работы // сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – 2018. – С. 272–274.
2. Изотова Е.И., Марцинковская Т.Д. Проблема переживания в концепциях Выготского и Теплова: современный контекст // Cultural-Historical Psychology. 2016. – Т. 12. – № . 4. – С. 4–11.
3. Ильин Е.П. Насилие как психологический феномен // Universum: Вестник Герценовского университета. – 2013. – № . 1. – С. 167–174.
4. Ретя С.Э. Особенности переживания опыта гендерного насилия подростками с различными психическими расстройствами // Сборник Тезисов участников межвузовской научно-практической интернет-конференции по юридической психологии 18–21 мая 2020 года. – М.: МГППУ, 2020. – С. 167–171.

Опыт гомонасилия и социальная тревожность у лиц с гомосексуальными предпочтениями в Российской выборке

Рой А.П.

*ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
Anita010101@yandex.ru*

Холмогорова А.Б.

*ФГБОУ ВО МГППУ, ГБУЗ «НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
Kholmogorova-2007@yandex.ru*

Ключевые слова: опыт гомонасилия, социальная тревожность, лица с гомосексуальными предпочтениями

Anti-gay violence and social anxiety among sexual minority people in Russian population

Roy A.P.

*The N.V. Sklifosovsky Research Institute of
Emergency Care, Moscow, Russian Federation,*

Kholmogorova A.B.

*Moscow State University of Psychology & Education,
The N.V. Sklifosovsky Research Institute of
Emergency Care, Moscow, Russian Federation*

Keywords: anti-gay violence, social anxiety, sexual minority

В последние годы психологическое благополучие лиц гомосексуальными предпочтениями (ГП), все чаще связывается с понятием социальной тревожности, ведь отмечается, что наибольший уровень стресса данная группа испытывает в социуме [G.M. Herek, 2009]. Вместе с тем, согласно результатам зарубежных исследований, выявлено, что ее выраженность у лиц с ГП, выше, чем у сходной контрольной выборки [S.E. Gilman et al., 2001]. Важно отметить, что данная группа в целом более уязвима: риск манифестации депрессии, наркозависимости, суицидов у лиц с ГП – выше, чем у контрольной группы.

Подобные результаты связываются с наличием специфического фактора социальной тревожности у лиц с ГП, а именно с опытом агрессии со стороны общества к ним, ввиду его высокой стрессогенности [G.M. Herek, 2009]. Этот феномен получил название «опыт гомонасилия». По данным международных опросов было выявлено, что

около 50 % лиц с ГП оскорблялись в обществе, а 30 % имели опыт физической агрессии [S.L. Katz-Wise, J.S. Hyde, 2012]. Данные же отечественных опросов обнаруживают неутешительную тенденцию – отношение к лицам с ГП ухудшается с течением времени [К. Пипия, 2015]. **Целью** данной работы является рассмотрение выраженности социальной тревожности у лиц с ГП в российской выборке в сравнении с контрольной группой, а так же анализ ее связи с опытом гомонасилия.

В исследовании принимали участие 180 человек, в возрасте от 18 до 26 лет, 120 человек, отметили, что имеют преимущественно ГП, 60 участников составили контрольную группу и заключили, что на данный момент имеют гетеросексуальные предпочтения. Группы скорректированы по возрасту, средний возраст 20,8. Исследование проводилось в 2016–2017 году, с помощью Google-форм, для сохранения анонимности всех обследованных респондентов.

Методики. 1) Шкала социального избегания и дистресса SADS (разработана Watson D., Friend R., Social Avoidance and Distress Scale, валидизация Е.Н. Клименковой, А.Б.Холмогоровой); 2) Анкета гомонасилия. За основу этой анкеты была взята «анкета школьного буллинга», созданная С.В. Воликовой и А.Б. Холмогоровой. Для измерения данной переменной у контрольной группы, «анкета школьного буллинга», была модифицирована так, чтобы в результате количество шкал и максимальные баллы по ним совпали с анкетой гомонасилия. Фиксировался опыт лично пережитого\опыт наблюдаемого гомонасилия\буллинга.

Результаты и их обсуждение. Были получены следующие результаты: 1) Высокая и средняя выраженность социальной тревожности у лиц с ГП встречается значимо чаще – 72 % (7–13 и более 14 баллов по шкале SADS), чем у лиц с гетеросексуальными предпочтениями –52 %. Для проверки значимости применялись: метод построения таблиц сопряженности и критерий согласия хи-квадрат Пирсона, подтвердившие значимость полученных данных ($p=0,009$). Подобные закономерности были выявлены и в зарубежных исследованиях [S.E. Gilman, 2001]; 2) Применение U-критерия Манна-Уитни выявило, что лица с ГП имеют статистически более высокие показатели по всем шкалам опросника SADS: социальный дистресс ($U=2216$, $p=0,028$), социальное избегание ($U=2402,5$, $p=0,001$), общая степень выраженности социальной тревожности ($U=2382,5$, $p=0,002$). А также по шкале страха негативной оценки ($U=2398$, $p=0,002$); 3) Использование метода корреляционного анализа г-Пирсона выявило наличие множества прямых связей между параметрами феномена социальной тревожности и феноменом лично испытанного гомонасилия: с социальным избеганием ($r=31$, $p<0,05$), социальным дистрессом ($r=34$, $p<0,01$), общей выраженностью социальной тревожности ($r=36$, $p<0,01$). Со страхом негативной оценки окружающими ($r=26$, $p<0,05$). Также получена прямая связь между опытом наблюдаемого го-

монасилия и такими компонентами социальной тревожности, как дистресс ($r=33$, $p<0,01$), избегание ($r=36$, $p<0,01$), а так же с общей выраженностью социальной тревожности ($r=39$, $p<0,01$). Полученные результаты подтверждают зарубежные данные [G.M. Herek, 2009].

У контрольной группы подобные связи не выявлены. Однако обнаружено, что у лиц с гетеросексуальными предпочтениями уровень наблюдаемой агрессии (в их случае, буллинга), значимо выше ($U=1415$, $p=0,043$). Данный результат представляется довольно логичным, ввиду большей распространенности буллинга, по сравнению с более специфическим гомонасилием.

Выводы. 1) Частота встречаемости «средней и высокой» степени выраженности социальной тревожности у лиц с ГП значимо выше, чем у лиц с гетеросексуальными предпочтениями; 2) Лица с ГП имеют значимо более высокие показатели по всем параметрам социальной тревожности, по сравнению с контрольной группой; 3) В отличие от контрольной группы, для лиц с ГП важными факторами социальной тревожности выступают опыт пережитого/наблюдаемого насилия.

Успешность и психологическое благополучие человека зависят от качества его социальной адаптации. Подобная деятельность может быть осложнена при наличии социальной тревожности, высокая степень выраженности которой была обнаружена в этом исследовании, ввиду чего данная проблема требует дальнейшего изучения.

Литература

1. *Пунтя К.* «Невидимое меньшинство»: К проблеме гомофобии в России. URL: <https://www.levada.ru/2015/05/05/nevidimoe-menshinstvo-k-probleme-gomofobii-v-rossii/> (дата обращения: 14.09.2020).
2. *Gilman S.E., Cochran S.D., Mays V.M., Hughes M., Ostrow D., Kessler R.C.* Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey// *American Journal of Public Health.* 2001.91:933–939.
3. *Herek, G.M.* Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework // *Contemporary perspectives on lesbian, gay & bisexual identities: The 54th Nebraska Symposium on Motivation* / Ed. D.A. Hope. New York, 2009.–P.65–111.
4. *Katz-Wise S.L., Hyde J.S.* Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis// *J Sex Res.* 2012. 49(2–3):142–67.

Проблема целостности психологического диагноза при выявлении отклонений в психическом развитии ребенка

Слепович Е.С., Поляков А.М.

*Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь
Eslepovitsh@gmail.com , Polyakov.bsu@gmail.com*

Ключевые слова: психологический диагноз, отклонения в психическом развитии

The Problem of the Integrity of Psychological Diagnosis in Identifying Child's Developmental Disabilities

Slepovich E.S., Polyakov A.M.

Belarussian State University, Minsk, Belarus

Keywords: psychological diagnosis, developmental disabilities

В сфере диагностики психического развития детей и подростков разработано множество разнообразных методик, нацеленных на выявление различных аспектов психики. Многие из них стандартизированы, что облегчает овладение ими и их использование. Для исследования одних областей психики не наблюдается дефицита диагностического инструментария, для изучения других, в особенности интегральных характеристик (деятельностных, личностных), арсенал достаточно ограничен. Однако главная проблема диагностики аномального психического развития кроется не в дефиците диагностического инструментария для психологического обследования или его недостаточной стандартизованности, а в том, чтобы из всего многообразия собранных стандартизированных данных (чаще всего количественных) собрать целостный образ психического развития ребенка, увидеть за отдельными фактами его личность в целом. Ведь только в этом случае мы можем выстроить психологический диагноз, раскрыв, как писал Л.С. Выготский, смысл отдельных симптомов (эмпирических фактов) [1], и только в этом случае его можно соотнести с жизнью ребенка и использовать как основание для разработки системы психологической помощи [5].

Высказанная мысль соотносится с представлениями Б.В. Зейгарник о патопсихологической диагностике. Приведем одно из воспоминаний Б.С. Братуся: «... для нее (Зейгарник – Е.С., А.П.) человек был очень важен как целое. И она умела его достраивать по одной детали. Я пом-

ню сцены, очень простые. Скажем, на кафедру заходит студент и говорит: «Могу ли я видеть Николаеву?» (или еще кого-то). Ему отвечают – «Нет, она будет позже». Студент выходит. Блюма Вульфовна смотрит ему вслед задумчиво и говорит: «Какой сложный мальчик». Понимаете? И вот это ощущение и понимание и как бы достраивание до образа было самым главным. Самым главным и тем, что передавалось непосредственно через общение с ней» [4, с. 80].

Развивая данную мысль, зададимся несколькими вопросами. Что включает в себя целостный образ психики и психического развития ребенка? Что задает эту целостность? Если провести аналогию с медицинской диагностикой, то что для психолога является таким же интегративным образованием, как нозологическая единица (заболевание), выступающее в качестве цели психологической диагностики? В качестве такого рода «целостностей» в медицинской психологии предлагалось рассматривать патопсихологический синдром, а в специальной – психологическую структуру дефекта [5]. Однако эти «целостности» по сути привязаны к медицинским классификациям расстройств или аномалий развития, что лишает психологическую диагностику самостоятельности. В последнее время приобретает популярность в психиатрии, а вслед за ней и в медицинской и специальной психологии понятие функционального диагноза, отталкивающегося не столько от клинической картины расстройства, сколько от возможностей и ограничений в решении человеком разнообразных жизненных задач, обусловленных особенностями функционирования его психики [3]. Хотя такой ход «идти от жизни» к определению интеграционных психологических образований или, говоря языком Л.С. Выготского, «единиц анализа», из которых строится психологический диагноз (психологическая характеристика) развития ребенка, имеет рацию, в то же время не дает четкого понимания того, как это сделать в силу отсутствия адекватных для этого категорий. Например, не понятно, каким образом психологу следует связывать разрозненные характеристики внимания, памяти, мышления, поведения, самосознания и пр. в целостную картину психического развития ребенка, которая объяснила бы имеющиеся у него жизненные трудности и позволила определить цели психологической помощи.

Б.В. Зейгарник в качестве инструмента анализа психики больного использовала такую молярную категорию как деятельность [2], что позволяло связать воедино разнообразные психологические факты, обнаруживаемые с помощью наблюдения и патопсихологического эксперимента, и увидеть за ними живую личность, включенную в отношения с другими людьми и решающую реальные жизненные задачи. Вместе с тем, категория деятельности достаточно ограничена применительно к исследованию таких сфер как социальное взаимодействие (взаимоотношения, общение)

и личные переживания (самосознание, преодоление жизненных кризисов и др.). Эти сферы редуцируются, если их описывать в субъект-объектной парадигме, представленной категорией деятельности.

В психологическом диагнозе ребенка с отклонениями в психическом развитии необходимо отразить психологические механизмы, обеспечивающие построение активности в трех сферах: деятельности (в том числе ведущей), связанные с социально значимыми достижениями, адекватными возрасту ребенка; взаимодействие с другими людьми, обеспечивающее полноценное развитие в данный возрастной период; личные переживания (принятие себя и других, адекватная оценка своей личности и деятельности, радость или неудовлетворенность своими достижениями и др.) ребенка как условие нормального развития. Целостный анализ эмпирических данных, получаемых при диагностическом обследовании в свете указанных трех сфер представляет собой известную трудность.

Вторая проблема психологической диагностики – это определение тех деталей, «симптомов», по которым достраивается целостный образ психики и психического развития ребенка. Б.В. Зейгарник отмечала два пути исследования: с помощью опросников и анкет и экспериментальный путь исследования. Сама она придерживалась последнего, отмечая важность наблюдения «над общим поведением больного во время эксперимента» [2, с. 16–17]. Первый путь (использование опросников, анкет, тестов) выявляет иной тип изначальных фактов («симптомов»), на которых строится психологический диагноз, нежели второй путь. В первом случае эти факты являются одномерными, выхолощенными и оторванными от контекста (объем памяти, уровень IQ), их сложно связать с реальной жизнью человека. Во втором случае наблюдаемые факты (поведение, высказывания, эмоциональные проявления, способы решения задач) многомерны и контекстуальны. Эта многомерность позволяет психологу выдвигать гипотезы относительно особенностей, типа и проблем психического развития ребенка. Приведем один пример. При обследовании девочки 9 лет (одной из жалоб родителей была плохая память), ей было предложено прослушать стихотворение и повторить его. Задание давалось ей нелегко. Она делала паузы между смысловыми фрагментами текста. Однако ей помогали наводящие вопросы, типа почему нельзя делать того, что описано в стихотворении. После них она вспоминала продолжение. Этот факт свидетельствует о том, что девочка эффективно компенсировала недостатки своей механической памяти за счет рассуждающего мышления. Ни одна тестовая методика не способна выявлять такого рода факты, которые лишь в контексте определенной активности ребенка приобретают психологический смысл и служат основанием для построения целостного психологического диагноза, раскрывающего пути для разработки программы помощи.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Вопросы детской (возрастной) психологии; под ред. Д.Б. Эльконина // *Собрание сочинений: в 6-ти т.* М.: Педагогика, 1984. Т. 4. С. 243–432.
2. *Зейгарник Б.В.* Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971. 100 с.
3. *Коробейников И.А.* Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
4. Люди в моей жизни. Интервью М. Розина с Б.С. Братусем // *Мир психологии и психология в мире.* 1994. № 0. С. 74-85.
5. Психологическая диагностика и коррекция отклонений в развитии у детей: учеб.-метод. пособие / Е.С.Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А.М.Полякова. Минск: БГУ, 2019. 295 с.

Причины, содержание и формы киберагрессии у подростков, молодежи и взрослых*

Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.

*Факультет психологии МГУ им.М.В. Ломоносова,
Московский институт психоанализа, Москва, Россия*
soldatova.galina@gmail.com, chigars@gmail.com

Ключевые слова: киберагрессия, механизмы, подростки, молодежь, родители

Reasons, content and forms of cyberaggression in adolescents, youth and adults

Soldatova G.U., Chigarkova S.V.

*Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow
State University, Moscow Institute of Psychoanalysis*

Keywords: cyberaggression, mechanisms, adolescents, youth, parents

Введение. Цифровая среда давно превратилась в пространство, в котором находят свое специфическое отражение различные формы и способы поведения и взаимодействия, существующие в реальной жизни, в том числе, связанные с деструктивными проявлениями, например, агрессией [1]. В онлайн-пространстве присутствуют, за исключением физической, практически все выделяемые виды агрессии (вербальная, прямая, косвенная, инструментальная, враждебная). Киберагрессию можно определить как намеренный вред, осуществляемый посредством использования электронных устройств одному человеку или группе людей вне зависимости от возраста и воспринимаемый как оскорбительный, уничижительный, приносящий ущерб или нежеланный [3]. Большинство исследователей сходятся в выделении ряда ключевых характеристик киберагрессии: безнаказанность, анонимность, непрерывность, отсутствие пространственных границ, увеличение количества свидетелей, незаметность для взрослых, отсутствие аффективной обратной связи [2, 5].

Проблема киберагрессии оказывается особо актуальной для подростков, что определяется как психологическими особенностями подросткового возраста, так и высоким уровнем их пользовательской активности. Выявление механизмов киберагрессии представляется важной и пока недостаточно реализованной задачей. В рамках нашей работы мы сосредоточимся на некоторых аспектах, а именно, представ-

* Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 20-013-00857.

лениях о поводах, пространстве, содержании и форме киберагрессии среди трех поколений – подростков, молодежи и родителей подростков.

Методы и выборка. Исследование проводилось на основе специально разработанных опросников для 4-х возрастных групп: подростков в возрасте 12–13 лет, подростков 14–17 лет, молодежи и родителей подростков этих возрастов. Все опросники включали схожие блоки вопросов, направленных на изучение различных аспектов использования интернета, столкновения с онлайн-рисками и онлайн-агрессией, а также уровня цифровой культуры.

В исследовании приняли участие 1029 подростков в возрасте от 14 до 17 лет, 525 подростков в возрасте от 12 до 13 лет, 736 молодых людей в возрасте от 17 до 30 лет и 1105 родителей подростков 12–17 лет из 8 федеральных округов.

Результаты. На вопрос: «Почему онлайн может предпочитаться в качестве пространства для проявления агрессии?» представители всех трех поколений называют в качестве основных причин анонимность (38 % родителей, 44 % подростков и молодежи), безнаказанность (40 % родителей, 43 % подростков, 50 % молодежи), простота и скорость (45 % родителей, 37 % подростков, 43 % молодежи). Подростки и представители молодежи считают, что это легче сделать также и потому, что не видно реакции жертвы (41 % и 42 % соответственно). Каждый третий подросток считает, что в сети быть грубым и агрессивным «не так стыдно» (33 %), а каждый четвертый – уверен, что онлайн-агрессия менее болезненна (26 %). Хотя различия в ответах о причинах между подростками, молодыми людьми и родителями достигают принятого уровня значимости $p < 0,05$, они невелики. Таким образом, в целом, родители чаще говорят, что «онлайн – проще и быстрее» или что не понимают причин склонности детей и подростков высказываться онлайн, а не офлайн (9 %). Подростки чаще говорят о том, что «онлайн – не так стыдно», менее болезненно и анонимно. Молодежи более важна безнаказанность.

Среди причин для киберагрессии, по мнению всех поколений, лидирующие позиции занимают внешность (77 % подростков, 66 % молодежи и 56 % родителей) и личностные особенности (61 % подростков и родителей, 62 % молодежи). Эти результаты перекликаются с данными мониторингового исследования буллинга и кибербуллинга в Великобритании – например, каждый второй британский подросток, который сталкивался с травлей по отношению к себе, в качестве причины назвал свою внешность [4]. На особенности здоровья и развития указывает каждый второй среди всех опрошенных возрастных групп. Каждый второй подросток и представитель молодежи также выделяет сексуальную ориентацию и национальную принадлежность, для родителей эти показатели значительно ниже – 23 % и 30 % соответственно. Для подростков часто поводом становятся хобби и увлечения (41 %), а для молодежи – принадлежность к группе или субкультуре (57 %). Материальный

статус, достижения, политика и религия, культурные традиции, семья и близкий круг общения, как и пол, оказались в представлении всех опрошенных наименее выраженными причинами онлайн-агрессии.

Наиболее распространенной формой онлайн-агрессии, по мнению как подростков, так и молодежи, становится визуальная – фото (83–85 %), мемы (53–58 %), видео (39–49 %). Более половины подростков и молодых людей считают, что наиболее часто агрессивным пространством становятся открытые сетевые сообщества и групповые чаты, а способами – личные сообщения, комментарии и обсуждения, например, в переписках в групповых чатах. Родители также выделяют эти пространства и способы, но с меньшей частотой.

Для подростков основным содержанием киберагрессии становится оскорбительная и грубая информации (80 %), при этом для молодежи она наименее актуальна – 17 %. В представлениях молодежи чаще встречаются угрозы жизни и здоровью (54 %) и насмешки (49 %). По мнению подростков насмешки (43 %) и клевета (46 %) одинаково часто используются в агрессивных ситуациях. При этом компрометирующая информация используется реже.

Выводы. Рассмотренные специфические характеристики онлайн-пространства (анонимность, безнаказанность, скорость и др.), по мнению представителей всех поколений, упрощают по сравнению с офлайном возможность реализации агрессии в сети. Единогласно выделяемыми представителями всех поколений ключевыми универсальными причинами для киберагрессии стали внешность, личностные особенности и особенности здоровья и развития. Так, для онлайн-агрессии не нужны объективные основания – достаточно поводов, запускающих механизмы стереотипизации и предубеждений. Онлайн-агрессия, выбирая в качестве мишени все, что может составлять инаковость, становится инструментом подавления разнообразия. В цифровом пространстве начинает доминировать в качестве формы выражения агрессии визуально-образный контент, имеющий в сравнении с текстом более сильное воздействие на цифровое поколение. В киберпространстве чаще используется форма прямой агрессии и несколько реже – косвенная, что может также иметь более глубокие последствия, учитывая ее присутствие на всех уровнях коммуникации, как межличностном, так и межгрупповом. При этом отмеченное расхождение в оценках подростков и родителей может приводить к недопониманию, создавать сложности в осуществлении родительской медиации в трудных онлайн-ситуациях и затруднять совместную выработку конструктивных стратегий совладания.

Литература

1. Солдатова Г.У. Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. – 2018. – Т. 9 (3). – С. 71–80.

2. *Солдатова Г.У., Ярмина А.Н.* Кибербуллинг: особенности, ролевая структура, детско-родительские отношения и стратегии совладания // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 3(35). – С. 17–31.
3. Grigg D.W. Cyber-Aggression: Definition and Concept of Cyberbullying // Journal of Psychologists and Counsellors in Schools. 2010. Volume 20, Issue 2. p. 143–156.
4. The Annual Bullying Survey 2017. – Ditch the Label, UK, 2017.
5. Zimmerman A.G., Ybarra G.J. Online aggression: The influences of anonymity and social modeling // Psychology of Popular Media. – 2016. – V. 5. – P.181–193.

Стратегии родительской медиации цифровой социализации подростков*

Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.

*Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова,
Московский институт психоанализа, Москва, Россия*
soldatova.galina@gmail.com, chigars@gmail.com

Ключевые слова: цифровая социализация, подростки, родительская медиация

Strategies of parental mediation of adolescents' digital socialization

Soldatova G.U., Chigarkova S.V.

*Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow
State University, Moscow Institute of Psychoanalysis*

Keywords: digital socialization, adolescents, parental mediation

Введение. Внедрение цифровых технологий в повседневную жизнедеятельность изменяет привычные социокультурные практики. Особое влияние такие трансформации оказывают на детей и подростков, живущих на стыке онлайн и офлайн миров – в смешанной реальности. Таким образом, актуальным фокусом исследовательского интереса должно стать изучение роли и возможностей взрослых в сопровождении цифровой социализации подростков как гарантов их безопасности и гармоничной интеграции в современное общество [2].

Методы. Исследование проводилось в 2019 г. в 8 федеральных округах РФ. Выборку исследования составили 1553 подростка 12–17 лет и 1219 родителей. Респонденты заполняли анкету, включавшую блоки вопросов, связанных с различными аспектами цифровой социализации. В данной работе представлена часть результатов, посвященная особенностям родительской медиации цифровой активности подростков. При создании данного блока вопросов использовалась методология проекта EU Kids Online [4].

Результаты. Одними из самых распространенных стратегий родительской медиации, по мнению родителей, стали активная медиация пользования интернетом, активная медиация безопасности и мониторинг.

Среди стратегий активной медиации пользования интернетом по популярности выделяются общение с ребенком по поводу его деятельно-

* Работа выполнена при поддержке Российского научного фонда, проект № 18–18–00365.

сти в сети (88 %) и поощрение обучения в интернете (79 %). При этом только каждый второй подросток считает, что родители осуществляют такие стратегии по отношению к нему. Большинство родителей (74 %) также уделяют внимание обсуждению возможных денежных трат онлайн и вопросам посещения сайтов с различным контентом. Однако менее половины подростков считают, что родители обсуждают с ними эти вопросы. Около двух третей родителей утверждают, что пользуются интернетом совместно с ребенком (63 %), помогают при трудностях в его использовании (63 %) или присутствуют рядом (61 %). Разительно отличаются ответы детей о присутствии родителей рядом при выходе в сеть: только треть подростков (33 %) отметили, что родители когда-либо так поступали. Эти данные могут объясняться разными взглядами детей и родителей на взаимодействие между ними: видимо, для родителя просто присутствовать в общем помещении, занимаясь своими делами, достаточно, а для подростка присутствие – это, по сути, активное наблюдение и участие ($t=-18.78$, $p<.01$, $\eta^2=.11$).

Более двух третей родителей (67 %) присутствует в списке «френдов» или подписаны на профиль своего ребенка в социальной сети. Такая стратегия позволяет мониторить онлайн-активность ребенка. По сравнению с данными предыдущих лет такая стратегия набирает все большую популярность, что представляется позитивной тенденцией.

Большинство родителей полагают, что используют различные стратегии активной медиации безопасности: предлагают способы безопасного использования интернета (75 %), разговаривают о возможных действиях, которые можно предпринимать при столкновении с ситуациями, вызывающими беспокойство в интернете, оказывают помощь в таких ситуациях (76 %). При этом дети намного реже (только каждый второй) ощущают такую поддержку в обеспечении безопасности со стороны родителей ($t=-17.08$, $p<.01$, $\eta^2=.10$).

Около трети родителей используют различные способы технического контроля для обеспечения безопасности детей и отслеживания их активности: родительский контроль для отслеживания покупок различного контента (35 %), фильтрации приложений для скачивания (34 %) отслеживания посещаемых сайтов (38 %), блокировки или фильтрации веб-сайтов (38 %); программное обеспечение для блокировки рекламы (31 %), технологии отслеживания местоположения ребенка (29 %). Стоит отметить, что дети намного реже отмечают наличие технических средств контроля. Причиной таких оценок, вероятно, является низкая осведомленность подростков об использовании таких средств по отношению к ним ($t=-16.43$, $p<.01$, $\eta^2=.10$).

Среди ограничивающих стратегий медиации, по оценкам родителей, наиболее распространены ограничение по разглашению персональных

данных в социальных сетях (71 %) и правила об ограничении времени в сети (53 %). Если мнение родителей и младших подростков по поводу распространения персональных данных в социальных сетях достаточно согласовано (62 % – младшие подростки), то оценка старших подростков по этому вопросу значительно расходится со взрослыми (38 %). Возможно, старшие подростки в силу своих возрастных изменений и направленности на социальное взаимодействие в сети легче расстаются с персональной информацией для поддержания связи и коммуникации. Что касается, правил по продолжительности нахождения в интернете, то оказывается, что только каждый третий младший подросток (34 %) и каждый шестой старший (17 %) осведомлены о наличии таких правил в семье. Родители также ограничивают онлайн-игры с другими людьми – каждый четвертый (25 %) не разрешает вовсе, каждый пятый (21 %) только с разрешения или под присмотром. При этом только каждый пятый (24 %) младший подросток и каждый восьмой старший в курсе таких ограничений. Менее трети родителей ограничивают использование веб-камеры или камеры телефона (31 %), просмотр видео (26 %) или пользование социальными сетями (23 %). Подростки еще реже знают о таких ограничениях. Как рассматривалось выше, вообще о запретах использования интернетом со стороны родителей сообщает 37 % старших подростков, при этом при оценке частоты такого запрета – большинство (34 %) сообщает, что это происходило только «иногда». Различия по оценкам детей и родителей достаточно велики ($t=-1.20$, $p<.01$, $\eta^2=.04$).

Выводы. Таким образом, мы можем говорить о тенденциях к более активному включению родителей в онлайн-жизнь детей по сравнению с данными исследований 2010 и 2013 годов [1, 3]. При этом стоит обратить внимание на различие оценок использования стратегий родительской медиации: практически во всех случаях, дети реже, чем родители говорят о том, что в их семьях существует такая практика. Родители недостаточно активно используют правила для обеспечения цифровой гигиены своих детей и осваивают технические способы контроля их активности и безопасности. Тем не менее, можно уверенно говорить о существовании выраженной тенденции к сокращению цифрового разрыва между родителями и детьми, проявляющегося как в увеличении цифровой активности родителей, так и заинтересованности в установлении доверительных отношений с детьми в контексте их интернет-активности. Это позволяет утверждать о возросших возможностях родителей современных подростков к ведению диалога если не с экспертной позиции, то хотя бы «на равных» о проблемных и сложных ситуациях, которые возникают в киберпространстве. Тем не менее, родители пока не обладают достаточным репертуаром стратегий медиации онлайн-активности подростков для обеспечения их гармоничной цифровой социализации.

Литература

1. *Солдатова Г., Зотова Е., Лебешева М.* и др. Дети России Онлайн: риски и безопасность. Результаты международного проекта EU Kids Online II в России. – Москва, 2012.
2. *Солдатова Г.У.* Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. – 2018. – Т. 9, № 3. – с. 71–80.
3. *Солдатова Г.У., Рассказова Е.И., Нестик Т.А.* Цифровое поколение России: компетентность и безопасность. – Москва: Смысл, 2017.
4. *Livingstone S., Haddon L., Görzig A., Ólafsson K.* Technical Report and User Guide: The 2010 EU Kids Online Survey. – LSE, London: EU Kids Online, 2011.

Особенности формирования реакции несогласия у детей раннего возраста с синдромом Дауна

Степанова В.А.

благотворительный фонд «Даунсайд Ап», Москва, Россия
v.stepanova@downsideup.org

Седова Е.О.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
eosedova@mail.ru

Ключевые слова: синдром Дауна, реакция несогласия, тревожность, агрессивность, алекситимия

Specifics of formation of a negative reaction in young children with Down Syndrome

Stepanova V.A.

Charitable Fund Downside Up, Moscow, Russia

Sedova E.O.

Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

Keywords: Down syndrome, (de)negation, anxiety, hostility, alexithymia

Реакция несогласия – такое обозначение получило в данной работе появление у ребенка в возрасте примерно полутора лет жеста головой из стороны в сторону или звука, обозначающего «нет» при взаимодействии с матерью, когда ребенок чего-то не хочет, от чего-то отказывается. Впервые матери начинают замечать этот жест еще до года; по наблюдению исследователей, он появляется ранее жеста согласия и слова «да» и является одним из организаторов психики, по мнению известного исследователя психического развития ребенка раннего возраста Рене Шпица [2]. Возникновение семантического жеста «нет» Рене Шпиц рассматривает как первый целенаправленный акт человеческой коммуникации.

Достижение способности к отказу у маленького ребенка позволяет значительно обогатить отношения с ближайшим окружением. На первых этапах взаимодействия с матерью влечения разряжаются только через прямые мускульные действия, то есть ребенок реагирует телом. С возникновением способности к суждению и возможности сказать «да» или «нет», ребенок находит другой путь помимо «сражения или побега»: путь дискуссии или переговоров. Использование «нет» для обозначения сво-

его противостояния объекту, для возражения другому – это критический этап организации психики и формирования социальных отношений [3].

Было решено изучить этот феномен на выборке детей с синдромом Дауна. Это связано с тем, что в последние годы наблюдается значительное увеличение количества детей с синдромом Дауна в программах коррекционно-педагогической и медицинской помощи. По оценкам международных экспертов, в России живет около 25 тысяч детей с синдромом Дауна. Средняя частота рождения ребенка с синдромом Дауна в России 1 на 884 новорожденных. Все больше детей воспитывается в семьях. На сентябрь 2020 года в базе благотворительного фонда Даунсайд Ап зарегистрировано 10614 семей.

Дети младшего возраста с синдромом Дауна проходят те же этапы развития речи и раннего общения в той же последовательности, что и их нормативно развивающиеся сверстники, хотя и более медленными темпами.

Гипотеза исследования, вытекающая из более чем десятилетнего опыта работы с такими семьями, состояла в следующем: возникновение реакции несогласия у ребенка в определенной степени зависит от психологических характеристик матери, таких как способность распознавать чувства ребенка, умение справляться с агрессией, а также уровнем тревоги матери.

Цель исследования была в изучении психологических условий возникновения реакции несогласия (слова/жеста «нет») у детей.

Исследование проводилось с помощью следующих методик: анкетирования, анализа проблемных ситуаций, анкеты В.В. Ткачевой «Психологический тип родителя», теста – опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина, Торонтской алекситимической шкалы TAS-20-R, теста Леонгарда-Шмишека (адаптация В.М. Блейхера), опросника враждебности Басса-Дарки (версия А.Г. Резапкиной), теста тревожности Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).

В результате анкетирования 37 матерей детей возраста 24–36 месяцев, мы выделили две группы детей. Первая группа, 22 человека, то есть 60 % от общего количества испытуемых включала в себя детей, в коммуникации с матерью у которых присутствовал жест и звук, обозначающий несогласие и 15 детей, то есть 40 % детей, у которых этот жест отсутствовал, а реакция несогласия выражалась всем телом и криком.

По результатам методики В.В. Ткачевой на определение психологического типа родителя, оказалось, что значимые различия выявились по показателям двух типов родителя. В первой группе, где дети использовали жест несогласия, больше оказалось родителей психосоматического типа, чувствующих и принимающих своего ребенка, а во второй группе преобладали матери авторитарного типа, одной из характеристик которого является феномен «вытеснения» негативных переживаний и вероятность завышенных требований к ребенку, очевидно, не способ-

ствующие закреплению у него возможности конструктивного отказа в ответ на требования матери.

На втором этапе исследования, включающем в себя все вышеперечисленные методики, приняли участие 22 матери (15 и 7 человек).

Сравнение результатов, полученных при применении опросника враждебности Басса-Дарки, показали различия в группах. В группе матерей детей со сформировавшимся жестом несогласия среднее значение баллов по агрессии и чувству вины было значимо ниже, чем у матерей детей, у которого данного жеста не было.

В результате обработки Торонтской алекситимической шкалы, получилось, что в целом, матери обеих групп понимали и выражали свои чувства, однако, лучшие показатели (низкий балл) наблюдались у матерей первой группы: они испытывают меньше трудностей с описанием своих чувств, соответственно, общий показатель алекситимии у них был ниже.

Также выявилась тенденция в различиях по уровню тревожности у матерей сравниваемых нами групп. Надо сказать, что в целом, у наших испытуемых уровень тревоги оказался высоким. Низкого уровня тревожности не было ни у одной испытуемой. В первой группе высокие показатели по ситуативной тревожности были у меньшего числа испытуемых, чем во второй группе. Также выше баллы по личностной тревожности были во второй группе.

Выводы:

1. Реакция несогласия у ребенка с синдромом Дауна, выражаемая с помощью жеста или слова говорит о нормальном ходе развития коммуникации в отношениях «мать-ребенок».
2. Появление жеста или звука, обозначающего несогласие или отказ в возрасте двух-двух с половиной лет, наблюдается у 60 % детей с синдромом Дауна.
3. Матери детей с синдромом Дауна в целом не имеют больших сложностей с выражением и описанием своих чувств, однако матери, чьи дети выражают несогласие жестом или звуком, имеют меньше трудностей с описанием своих чувств.
4. Матери детей, у которых наблюдается жест/звук отказа, в целом проявляют меньше настойчивости и агрессивности по отношению к детям.
5. Матери детей с синдромом Дауна, в целом, имеют средний и высокий уровень тревожности. Матери, чьи дети выражают свой отказ телом или криком, имеют тенденцию к еще более высокому уровню тревожности.

Литература

1. *Синдром Дауна*. Медико-генетический и социально-психологический портрет / под ред. Ю.И. Барашнева. – М., 2007. – 280 с.
2. *Шниц Р.А.* Психоанализ раннего детского возраста / Р.А. Шниц. – М.: Канон + РООИ «Реабилитация», 2019. – 256 с.: ил. ISBN 978–5–88373–573–7
3. *Szwec G.* (2002), « L 'Enfant – organe hypocondriaque de sa mère », *Revue française de psychosomatique*, n° 22, Puf, Paris.

Семья как фактор интернет зависимого поведения у подростков

Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ключевые слова: компьютерная игровая зависимость, семья, воспитание, нарушения поведения у подростков

Family as a factor in internet addiction in adolescents

Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: computer gaming addiction, family, education, behavior disorders in adolescents

Актуальность: Стремительное развитие информационных систем и цифровых технологий, доступность кибернетической среды Интернет-пространства способствуют формированию компьютерной зависимости у детей и подростков [2]. Стили родительского воспитания способствуют возникновению нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [1]. В результате длительного воздействия негативных последствий виртуального пространства на психику детей и подростков формируются тревожно-депрессивные нарушения в психо-эмоциональной сфере [3]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его взаимоотношения с окружающими людьми в будущем [1,4].

Цель исследования: изучить роль семьи в формировании интернет-аддикции у подростков для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: обследовано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из перечня психологических тестов-вопросов, выяв-

лены были факторы риска формирования интернет-зависимого поведения у подростков.

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и развитием интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье- 17 %, 23 % – в социально неблагоприятной семье, 30 % исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37 % подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. Значительная часть подростков отличалась асоциальными проступками, как ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление психоактивных веществ. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70 %), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12 % подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам исследования было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. Ребёнок в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе в результате безнадзорности и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формирова-

нию акцентуации характера по эмоционально лабильному и психоастеническому типу развития. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет-пространства, изучать загружаемый контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения.

Выводы: таким образом, проведённое исследование установило, что семья является важнейшим фактором на пути формирования интернет-зависимого поведения и раннее выявление дисфункциональных семейных взаимоотношений способствует превенции интернет аддиктивного поведения у детей и подростков. Полученные результаты исследования могут быть использованы в практическом здравоохранении для предупреждения развития нехимических аддикций.

Литература

1. *Абдуллаева В.К.* Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал № 6(52) март 2019. С. 54–59.
2. *Бабарахимова С.Б.* Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. № 6(154). С.142–143.
3. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. 2016. № 11–12. С.98–100.
4. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24–27.

К вопросу о диагностике когнитивного и речевого развития у детей 3–4 лет, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий

Суркова К.Л.

*ФГАУ Национальный медицинский
исследовательский центр Здоровья
Детей Минздрава России, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
www1-11@narod.ru*

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), младшие дошкольники, когнитивное, речевое развитие

On the diagnosis of cognitive and speech development in children aged 3–4 years conceived using assisted reproductive technologies

Surkova L.K.

*National medical research center of Children's Health,
Ministry of health of Russia, Moscow, Russia,
Mental Health Research Center, Moscow, Russia*

Keywords: in vitro fertilization (IVF), preschool children, cognitive, speech, development

Введение. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) относится к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), оно помогает зачать ребенка при диагнозе бесплодие (женское и/или мужское), а также дает возможность женщине забеременеть без интимного контакта с мужчиной. Данный метод применяется у бездетных супружеских пар, одиноких женщин (с бесплодием и без), при однополых отношениях. В России метод ЭКО активно применяется с 1994 года и доступен бесплатно с 2013 г. по полису обязательного медицинского страхования.

Интерес к исследованию детей, зачатых с помощью ВРТ, вызван относительно малым изучением психолого-педагогических аспектов развития данного ребенка. Изучение особенностей внутрисемейных отношений, эмоционально-психологического состояния матери в период подготовки к применению ВРТ и после успешного зачатия, а затем и рождения ребенка, является актуальной задачей исследований разных специалистов [2,3].

Целью исследования является диагностика когнитивного, речевого и эмоционального развития ребенка дошкольного возраста (от 3 до 4 лет 11 мес.), зачатого с помощью ВРТ (ЭКО).

Исследование проводится на базе ФГБНУ НЦПЗ с начала 2019 года. Приведен предварительный анализ полученных в ходе исследования результатов.

Материал и методы. В качестве средств исследования были выбраны нейропсихологические пробы для детей дошкольного возраста адаптированные Ж.М.Глоzman [1], которые включали в себя оценку общей и мелкой моторики, кинестетического и кинетического праксиса; слухоречевой и зрительной памяти; произвольного внимания; зрительного восприятия, понимание эмоций. Исследование речевого развития производилось по стандартному протоколу логопедического обследования детей дошкольного возраста с подбором адаптированного материала под данный возраст. Представлены обобщенные материалы обследования 6 детей (3 мальчика и 3 девочки), средний возраст 4,3 года. Все дети рождены не от первой попытки ЭКО (от 2–4), моноплодной беременности, роды в половине случаев самостоятельные, остальные – плановое кесарево сечение, все дети были доношенными (от 38 до 40 недель).

Результаты. В нашем исследовании детей от 3-х до 4-х лет, зачатых с помощью ЭКО, как и по данным литературы, прослеживается взаимосвязь между количеством совершенных попыток экстракорпорально оплодотворения и уровнем познавательного развития ребенка [2,3].

Среди детей, зачатых после 4 попытки ЭКО, обнаруживается незрелость произвольной регуляции деятельности, которая может проявляться в упрямстве, негативизме, и даже неконтролируемых вспышках агрессии. Также у детей встречалась недостаточная сформированность функции тормозного контроля, проявляющаяся двигательной расторможенностью и быстрой истощаемостью у одного ребенка, и повышенной отвлекаемостью на фоне истощения у другого. Трудности произвольного контроля, вторично, отражались на развитии всех познавательных функций (мышления, восприятия, памяти). В мимической мускулатуре и органах артикуляции, часто отмечалась дистония, снижение кожно-кинестетической чувствительности в области периферического артикуляционного аппарата, оральные синкинезии. В понимании обращенной речи, дети не испытывали значительных затруднений, контекстное понимание предложений было доступно для детей старше 4-х лет.

В исследовании сформированности функций мышления, памяти и внимания, у детей от трех до четырех лет, зачатых с помощью ЭКО (до 3-х попыток), особенностей в формировании мыслительных операций, выявлено не было [3,4]. Дети ЭКО ничем не отличались в когнитивном развитии от спонтанно зачатых детей. У детей, зачатых после 4 и более попытке ЭКО диагностировались трудности или нарушения в пробах на наглядно-образное и вербально-логическое мышление.

Пробы на оценку восприятия детьми эмоциональной мимики показали, что дифференциация эмоций: веселый, грустный – была доступна

большинству исследуемых детей, при этом дифференциация проявлений негативных эмоций (злости, гнева и испуга), вызывала затруднения у всех детей с ЭКО рассматриваемой возрастной группы, т.е. всем детям легче было опознавать положительные эмоции.

Резюме. Анализ полученных анамнестических и диагностических данных позволяет выдвинуть предположение о том, что дети, рожденные после многократных попыток экстракорпорального оплодотворения, находятся в зоне риска по негативному развитию когнитивной и речевой сферы. Значение могут иметь индивидуальные особенности детей (семейный фон, генетика, заболевания матери).

Литература

1. *Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е.* Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / 2-е издание // Из-во Питер 2008.
2. *Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зверева М.В.* Современные подходы к оценке когнитивного развития детей и подростков, родившихся с применением ЭКО / Вопросы психического здоровья детей и подростков 2019, № 4. С.133–144.
3. *Ланцбург М.Е., Соловьева Е.В.* Особенности познавательного развития детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения / Материалы II Национального конгресса «Дискуссионные вопросы современного акушерства». Санкт-Петербург, 2013 // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. XII. Спецвыпуск. С. 40.
4. *Colpin H., Soenen S.* Parenting and psychosocial development of IVF children: a follow-up study // Human Reproduction. 2002. № 17(4). P. 1116–1123.

Семейные факторы нарушений пищевого поведения у детей и подростков

Суханова А.В., Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

suhanova.a.v.1@gmail.com

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, подростки, мальчики, девочки, родители

Family factors of eating disorders behavior in children and adolescents

Sukhanova A.V., Kholmogorova A.B.

Moscow University of Psychology and Education, Moscow, Russia

Keywords: eating disorders, adolescents, boys, girls, parents

В последние годы к теме питания и нарушений пищевого поведения (НПП) привлечено большое внимание. Однако, не только в России, но и в других странах, имеются пробелы в знаниях относительно этиологии, эпидемиологии, течения, терапии и профилактики расстройств пищевого поведения (РПП) [1, 2, 3].

Усиливающееся влияние социокультурной среды на формирование и развитие РПП доказывает целый ряд исследований. Однако не перестает быть актуальным интерес к личностным и семейным факторам. Под влиянием пропагандируемых обществом ценностей все больше родителей хочет дать своим детям самое лучшее, создать все условия, чтобы ребенок не только стал успешным во взрослой жизни, но и был таковым уже в детстве. Атрибуты успешности при этом не меняются. Внешняя красота, ухоженные волосы и ногти, безупречная кожа, идеальная фигура, разнообразные таланты и спортивные достижения – вот лишь малая часть тех качеств, которыми должны обладать дети. Родители, часто не задумываясь о последствиях, а иногда делая осознанный выбор, внушают детям необходимость соответствия стандартам красоты, соблюдения диет, изнуряющих занятий спортом. Сегодня многие дети уже в младшей школе знают о здоровом питании не меньше взрослых. Они могут разделить продукты на «вредные» и «полезные» и с гордостью сообщают, что питаются только «правильно». Следуя наставлениям взрослых (а иногда подражая им), дети могут уже в раннем детстве ограничивать свое питание, отказываться от каких-то продуктов, не есть после 18 часов вечера и т.д. [4, 5]. Все это негативно сказывается

не только на физическом здоровье растущего детского организма, но и на психическом здоровье и благополучии.

В данном исследовании впервые для изучения особенностей пищевого поведения детей проведен опрос родителей подростков от 11 до 17 лет, в том числе с целью увидеть проблему их глазами.

Задачи были поставлены следующие:

1. Исследовать распространенность НПП у подростков на основании опроса их родителей в популяционной выборке.
2. Сравнить выраженность коммуникативных дисфункций в семьях детей с нормальной массой тела и с отклонениями от нормы.
3. Исследовать выраженность коммуникативных дисфункций в семьях детей с отклонениями в пищевом поведении и без таковых.
4. Исследовать выраженность физического и общего перфекционизма родителей детей с отклонениями в массе тела от нормы и различными НПП.
5. Сравнить выраженность НПП у родителей детей с НПП и без таковых.

Гипотезы исследования:

1. В популяционной выборке родителей подростков будут выражены разные формы НПП, причем чаще у девочек, чем у мальчиков.
2. Коммуникативные дисфункции в семьях детей с отклонениями массы тела от нормы будут выше, чем в семьях детей с нормальной массой тела.
3. Коммуникативные дисфункции в семьях детей с отклонениями в пищевом поведении будут выше, чем в семьях детей без НПП.
4. Физический и общий перфекционизм больше выражен у родителей подростков с разными признаками НПП (в т.ч. с отклонениями массы тела от нормы), чем у родителей подростков, у которых таких признаков нет.
5. У родителей детей с НПП чаще будут отмечаться отклонения в собственном пищевом поведении.

В соответствии с поставленными целями и задачами были использованы 3 блока методик.

Для оценки пищевого поведения подростков и родителей использовались:

1. Авторская анкета, разработанная специально для данного исследования.
2. Шкала оценки пищевого поведения (Русскоязычная адаптация методики EDI. Ильчик, Сивуха, Скугаревский, Суихи).

Для оценки системы установок в отношении стандартов внешности и стандартов деятельности в целом использовались:

3. Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2017)

4. Опросник «Шкала физического перфекционизма» (Холмогорова, Тарханова, 2017)

Для оценки выраженности коммуникативных дисфункций в семье использовался:

5. Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова, Сорокова, 2006)

Всего в исследовании приняли участие 118 родителей, среди которых 64 родителей мальчиков и 54 родителя девочек. Анализ сведений, предоставленных родителями в анкете, относительно особенностей пищевого поведения подростков, показал высокий уровень фиксации НПП (74 респондента, 63 %). Данные подтверждают, что НПП чаще фиксируются у девочек, чем у мальчиков, однако не относятся к числу характерных только для девочек.

Результаты исследования свидетельствуют о низкой активности родителей в части запроса консультации и помощи специалистов. Обращает внимание и факт отсутствия постановки диагнозов и рекомендаций со стороны врачей. Это подтверждает, что в клинической практике настроенности специалистов (прежде всего соматического профиля) в отношении НПП недостаточно. Отсутствие правильной диагностики приводит не только к низкой выявляемости НПП. Наиболее критичным последствием становится невозможность последующей корректной терапии. Такие рекомендации врачей соматического профиля, как «не есть мучного вообще», «справиться с ленью», «голодать» или «заняться диетой», не только неэффективны, но и могут в будущем нанести вред психологическому и физическому здоровью.

В ходе исследования были отмечены формы пищевого поведения подростков, которые вызывают беспокойство родителей. Основная тревога родителей связана с несбалансированным питанием, перееданием и нерегулярностью приемов пищи. Однако случаи, когда подростки следуют диетам с целью снижения веса, избегают употребления «вредных» продуктов, считают калории и ограничивают употребление жиров и углеводов, также были отмечены родителями, хотя значительно реже квалифицировались как проблемы в пищевом поведении. Данный факт можно объяснить тем, что в представленной выборке родители сами имеют признаки НПП, озабочены темой питания и веса тела.

На основе полученных данных и их анализа был составлен портрет родителя (матери) подростка с признаками НПП. Эти женщины сами страдают от НПП. Они с трудом распознают чувства голода и насыщения, проходят через эпизоды переедания и очищения. Это матери, которые стремятся продемонстрировать высокий уровень достижений и ориентируются на самые высокие стандарты. Будучи озабоченными поддержанием благополучного образа и фасада, они не позволяют ни себе, ни другим говорить о проблемах и выражать негативные чувства. При

этом они фиксируют свое внимание и внимание окружающих на негативных переживаниях и неудачах, индуцируют тревогу и недоверие у детей. Очевидно, что у этих матерей нарушена эмоциональная саморегуляция. Они плохо распознают свои потребности, не испытывают глубокого контакта с телом и чувствами. Личностные черты матерей подростков с признаками НПП способствуют формированию и поддержанию семейных коммуникативных дисфункций. В результате чего в рамках принятого в семье взаимодействия не создается условий для развития самопонимания, эмоционального отреагирования и разрешения проблем.

Выводы:

1. НПП получают все большее распространение среди детей и подростков.
2. Проблема НПП имеет тенденцию не только к омоложению, но и к распространению в среде взрослых.
3. На пищевое поведение детей оказывают влияние не только сами по себе пищевые привычки родителей, но и целый ряд семейных дисфункций, которые не связаны напрямую с внешним видом.
4. Высокий уровень перфекционизма у родителей связан с НПП у них и развитием эмоциональных дисфункций в семье.
5. Проблеме диагностики НПП не уделяется достаточно внимания. Отсутствие постановки диагноза и внятных рекомендаций со стороны специалистов соматического профиля приводит к тому, что родители оказываются наедине с вопросом о том, как относиться к проблеме и как ее решать.
6. Необходима целенаправленная психологическая работа с семьями детей и подростков с признаками НПП, мишенями которой могут стать: высокий уровень родительской критики; семейный перфекционизм; запрет на выражение негативных эмоций; тенденция скрывать проблемы, демонстрируя окружающим только фасад успешности и благополучия.

Литература

1. *Дадеко А.А.* Физический перфекционизм и эмоциональные нарушения в современной культуре // *Дипломная работа.* М., МГППУ, 2006.
2. *Рахманина А.А.* Влияние социокультурных стандартов на представление о теле и эмоциональное благополучие молодежи. М., 2018.
3. *Холмогорова А.Б., Тарханова П.М.* Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом. М., 2013.
4. *Шалыгина О.В., Холмогорова А.Б.* Роль модных кукол в усвоении нереалистичных социальных стандартов телесной привлекательности у девочек-дошкольниц // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 4.
5. *Tiggemann M.* Body image across the adult life span: Stability and change // *Body Image.* 2004. № 1.

Индивидуальные особенности родителей и детско-родительские отношения в семьях детей с ЗПР

Терехова В.Р., Воротыло Н.В.

Московский Государственный

Медико-Стоматологический Университет

А.И. Евдокимова, Россия

nikulya_96@mail.ru

Ключевые слова: задержка психического развития, детско-родительские отношения, семья ребёнка с ОВЗ

Individual characteristics of parents and child-parent relations in families of children with mental retardation

Terekhova V.R., Vorotylo N.V.

Moscow State University of Medicine and

Dentistry named after A.I. Yevdokimov

Keywords: mental retardation, child-parent relations, family of children with disabilities

В текущих российских реалиях сохраняется усиленный рост числа детей с задержкой психического развития (ЗПР) различного происхождения. Аномальной чертой детей с ЗПР является инфантилизм эмоционально-волевой сферы, дополнениями к которой являются задержанное речевое развитие, заниженная интеллектуальная сфера, а также в исключительных случаях – психофизическое отставание. При этом нарушения носят характер дисфункций и слабых повреждений. ЗПР является обратимым феноменом, поскольку дети имеют большую долю сохранных звеньев высших психических систем и парциальность дефектов, что и образует плодотворную почву для социально-психологической коррекции. Однако сложности в психо-социальной адаптации, формирующиеся во взаимодействии ребёнка с социумом, являются центральными отрицательными последствиями патологии развития личности. Неумение детей с ЗПР взаимодействовать с социальным окружением выводит роль семьи на один из главнейших уровней осуществления коррекции проблем ребенка. Но часто в семейной системе встречаются проблемы, которые отягощают развитие ребёнка и коррекцию его нарушения. Влияние стилей воспитания на возникновение патохарак-

терологических особенностей детей, а также негативное влияние особенностей личности родителя на динамику развития личности ребёнка, формируют актуальность изучения проблем внутри- и межличностных отношений и детско-родительских отношений в семьях детей с ЗПР.

При выявлении у детей ЗПР родители сталкиваются с рядом трудностей, связанных как с принятием их расстройств, так и с последующей социальной жизнью. Возникающие экономические трудности обусловлены дорогостоящими в перспективе занятиями с логопедами-дефектологами, психологами, репетиторами и другими специалистами, занимающимися коррекцией ЗПР. Появляются дополнительные хозяйственно-бытовые функции и необходимость перераспределения обязанностей на каждого члена семьи. Большинство родителей фактически оказываются не приспособлены к воспитанию ребёнка с психическим нарушением, поскольку методы и стили воспитания, усвоенные от прародительской семьи, оказываются неэффективными. Наиболее частыми и видимыми проблемами в семьях детей ЗПР являются отсутствие у родителей адекватного понимания проявлений ЗПР у детей в поведении и самостоятельное провоцирование родителями возникновения вторичных нарушений или нарушения компенсации, в связи с предъявлением ребёнку требований, несоизмеримых его возможностям. [1]

Отношение родителей к самим себе и семейной роли, тип отношений и воспитания, уровень компетентности и образованности в воспитании, а также психологические проблемы родителей формируют отношение родителей к детям с ЗПР. Родительское отношение к детям с задержкой психического развития включает в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты и рассматривается в их системе межличностных отношений. Каждый из этих аспектов подвержен двойственности, обусловленной проблематикой восприятия идеального образа родителя и реального, что приводит к искажённому восприятию родительства и трудностями совладания со стрессовой ситуацией воспитания. Родители в семьях, имеющих детей с ЗПР, испытывают раздражение, стресс, неудовлетворённость и подавленность, а также критически относятся к коррекционным воздействиям, поскольку не убеждены в успехах детей [2]. Психологические защиты, которые наиболее часто используют родители детей с ЗПР: отрицание, реактивное образование, регрессия, проекция, что указывает на подавление негативных и травмирующих аспектов реальности, придание другим наличие недопустимых для себя мыслей и чувств. Зачастую родители детей с ЗПР демонстрируют стереотипные формы поведения, а также заменяют неодобряемые обществом мысли и чувства на социально одобряемые. Проблемы с оценкой трудностей и способами их решения характеризуют неадекватность адаптационной системы родителей детей с ЗПР. Таким образом, процесс воспитания может создавать перед родителями и детьми трудности,

например, конфликты, разногласия, которые могут быть обусловлены внешними или внутренними факторами. [3]

Особенности личностных детерминант родителей детей с ЗПР обуславливают конструктивный или деструктивный стиль отношений к ребёнку. Конструктивный стиль ассоциирован с родительской плановностью, приспособляемостью и искренностью, а деструктивный – эмоциональной неустойчивостью, чрезмерной тревожностью и непоследовательностью [4]. Родители деструктивного стиля отличаются нелюдимостью, неустойчивостью поведения в стрессовых ситуациях, сверхчувствительны к любой угрозе, консервативны и ригидны, что указывает на некоторую степень обусловленности стиля отношения к ребёнку с ЗПР личностными детерминантами родителей [4].

В целом в семьях детей с ЗПР преобладают деструктивные стили семейного воспитания [4]. Это связано с наличием чрезмерной эмоциональной дистанции с детьми, низкой включённостью в совместную деятельность, низким уровнем компетентности и грамотности в воспитательном процессе, несоответствием предъявляемых требований возможностям детей с ЗПР либо симбиотическим характером отношений. В результате в семье формируется гипо- или гиперпротекция, т.е. вседозволенность или игнорирование интересов и потребностей детей. При «гипореагировании» родители чаще всего ощущают не удовлетворение от процесса родительства, а самопожертвование, что приводит к появлению тревоги, раздражительности, эмоциональной отстранённости в виде избегания контактов с детьми и ограничении проявления чувств любви и заботы. При «гиперреагировании» для родителей характерно формирование симбиотических отношений, усиленное содействием в ускорении развития детей, избыточность заботы, отношение к детям как безуспешным, а также, ограничение влияний окружения семьи.

Таким образом, психокоррекционная работа с ребенком с ЗПР должна с необходимостью включать в себя диагностическую и последующую консультативную (психотерапевтическую) работу с семьей с целью оптимизации семейной системы и тем самым укрепления ресурса социально-психологической адаптации ребенка.

Литература

1. *Грошова Е.В.* Отношение родителей к психическому расстройству у ребёнка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи): автореф. дис. канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.
2. *Кололова Н.В.* Психологические копинг-ресурсы родителей детей с задержкой психического развития // Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья. Сборник научных трудов. Под общей редакцией Е.В. Руженской. – 2017. – С. 155–159.
3. *Скворцова Е.В., Алексеева М.В.* Отношение родителей к болезни ребёнка с ЗПР и особенности воспитания ребёнка в семье // «Кон-

ференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций». – 2015. – № 3. – С. 6–20.

4. *Шевырева Е.Г.* Личностные детерминанты конструктивного и деструктивного стилей отношения родителей к ребёнку с задержкой психического развития (ЗПР) // Научный журнал «Наука и образование: новое время». – 2018. – № 2 (25). – С. 520–530.

Смена стереотипов родительско-детского взаимодействия и психическое здоровье детей раннего возраста

Трушкина С.В.

ФГБНУ Научный центр

психического здоровья, Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

Ключевые слова: психическое здоровье, раннее детство, родительско-детские отношения

Changing parent-child interaction patterns and mental health of young children

Trushkina S.V.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Keywords: mental health, early childhood, parent-child relationship

В последние десятилетия диагностирование психических расстройств у детей раннего возраста перестало быть редкостью, что может свидетельствовать как об их достаточно высокой распространенности, так и об усовершенствовании системы диагностики. По данным американского исследования распространенности психических заболеваний у дошкольников (PARA, 2006) психиатрические диагнозы в возрасте от двух до пяти лет выставляются в 16 % случаев [4].

Важно отметить, что значительную часть нарушений психического здоровья в этом возрасте (как, впрочем, и в других возрастах) составляет так называемая «малая психиатрия». В отличие от тяжелых форм аутизма, шизофрении, выраженной умственной отсталости они имеют гораздо более широкую распространенность. У детей раннего возраста к ним относятся: тревожные расстройства и расстройства настроения; депривационные расстройства; расстройства сна, пищевого поведения и плача; посттравматические расстройства; синдром дефицита внимания с гиперактивностью (выявляемый чаще в дошкольном и младшем школьном возрастах, но доступном для диагностики уже и в раннем возрасте); расстройства регуляции сенсорных процессов, включающие в себя явления гипер- и гипосензитивности у детей, а также феномен направленного поиска ребенком сенсорной стимуляции, т.н. «сенсорная жажда» и др. [1][3]

Наличие нарушений психического здоровья у ребенка – как выраженных, так и пограничного уровня, может поставить под удар адекват-

ность родительского отношения к нему. Столкнувшись с фактом психических нарушений у ребенка, родитель может начать испытывать целый спектр тяжелых эмоциональных переживаний, связанных с крушением его надежд и жизненных планов, снижением своей самооценки или социального статуса семьи. Адаптируясь к ситуации, родитель нередко изменяет свое отношение к ребенку и начинает придерживаться новых стратегий в родительском поведении. Как два полюса континуума отношений выступают, с одной стороны, сверхопека и сверхвовлеченность родителя в ситуацию болезни ребенка, и, с другой стороны – эмоциональное и физическое отстранение от него, смирение с недостатком или отсутствием прогресса в его развитии. Широко распространен тревожно-напряженный тип родительского отношения, который характеризуется постоянным ожиданием ухудшений в состоянии ребенка или в семейной ситуации в целом, неуверенностью взрослого в своих действиях и самообвинениями. К опасно нарушенным отношениям родителя к маленькому ребенку с отклонениями в психическом здоровье можно отнести враждебность родителя к ребенку с проявлениями в его поведении физического или эмоционального насилия. [2]

Родительско-детское взаимодействие, определенным образом меняясь под воздействием фактора психических нарушений у ребенка, одновременно само является фактором, оказывающим серьезное влияние на состояние его здоровья. Специалисту следует учитывать, что он имеет дело со сложными системными взаимовлияниями. Происходящая смена стереотипов родительско-детского взаимодействия может как позитивно, так и негативно сказываться на течении заболевания у ребенка, на процессах его психического развития и социальной адаптации. Так, те или иные рентные установки, возникшие в связи с болезнью ребенка, могут сыграть свою роль в неосознаваемом или даже сознательном сопротивлении родителя улучшению состояния ребенка. Высокая тревога родителя может стать причиной возникновения агрессивно-защитных форм поведения в его взаимодействии как с больным ребенком, так и с членами семьи или более широким сообществом, что рикошетом ударяет по и без того сниженным приспособительным возможностям ребенка. Не последнюю роль в процессе изменения состояния ребенка может сыграть снижение уровня комплаентности родителя, проявления негативизма, недоверия или конфликтности в его отношениях с лечащим врачом ребенка.

Таким образом, специалисту, работающему с маленькими детьми с нарушениями психического здоровья, необходимо учитывать сложность диадических и внутрисемейных взаимовлияний, а также возможность неоднозначных последствий профессионального вмешательства. Важно понимать, что системные явления имеют свою объективную внутреннюю логику, свой темп развития и перестройки, и зачастую они мало зависят от воли как самого родителя, так и специалиста. Требуется время

и направленные усилия, чтобы изменить ситуацию к лучшему. На практике специалисту – врачу, психологу, социальному работнику – важно не ставить перед семьей невыполнимых задач, оказывать ее членам постоянную эмоциональную поддержку и по мере возможности уделять внимание вопросам их психиатрического и психологического просвещения.

Литература

1. Скобло Г.В., Трушкина С.В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни, связанные с психогенными факторами расстройства // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2016. – № 12. – С. 130–136.
2. «DC:0–3R» Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: REVISED EDITION. – Washington: DC: Zero to Three. – 2005.
3. «DC:0–5» Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. – Washington: DC. – 2016.
4. Egger H.L., Erkanli, A., Keeler G., Potts E., Walter B., Angold A. The test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2006. – № 45(5). – P. 538–549.

Анализ совладающего поведения у подростков в ситуациях депривационного опыта

Уласень Т.В.

*Смоленский государственный
медицинский университет, Россия*
ulasen.tatjana@yandex.ru

Ключевые слова: копинг-стратегии поведения, воспитанники учреждений социальной защиты

Analysis of the coordinating behavior of adolescents in situations of deprivation experience

Ulasen T.V.

Smolensk State Medical University, Russia

Keywords: coping strategies of behavior, inmates of social protection institutions

Введение. Анализ научной литературы говорит о широком диапазоне клинических и социально-психологических последствий, связанных с травматическими переживаниями у детей и подростков, воспитывающихся в учреждениях социальной защиты. В этой связи возрастает значение комплексных клинических и социально-психологических исследований, направленных на изучение биологических, поведенческих и социальных детерминант риска дезадаптивного поведения у воспитанников социозащитных учреждений (СЗУ) с целью разработки успешных профилактических технологий. Особого внимания при этом заслуживает уточнение характера преобладающих копинг-стратегий поведения у данного контингента.

Цель – изучить особенности копинг-стратегий поведения у подростков-воспитанников учреждений социальной защиты; провести сравнительный анализ совладающего поведения у данного контингента и подростков, обучающихся в общеобразовательных школах; выделить копинг-стратегии, специфичные для воспитанников учреждений социальной защиты и расцениваемые как психотерапевтические мишени.

Материалы. Проведено выборочное обследование подростков-воспитанников учреждений социальной защиты 11–17 лет включительно ($n=82$), средний возраст $13,24 \pm 2,28$. Из обследования были исключены подростки с диагнозами: «умственная отсталость», «специфические расстройства развития речи и языка», «смешанные специфические расстройства развития», а также с тяжелыми формами органических

расстройств головного мозга, эндогенными заболеваниями. Контрольную группу составили учащиеся общеобразовательных школ школы (n=103), средний возраст которых составил $13,76 \pm 1,92$.

Для более точного дифференцированного анализа копинг-стратегий поведения и выделения психотерапевтических мишеней обследуемые подростки были разделены по фактору сиротства на две основные подгруппы: в I-ю подгруппу (41 человек) вошли сироты (истинные и социальные); во II-ю подгруппу (41 человек) – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. Средний возраст $M(SD)$ обследуемых подростков I основной подгруппы составил $13,60 \pm 2,09$; средний возраст подростков II основной подгруппы – $13,19 \pm 2,06$ ($p=0,9230$).

Этический аспект. Исследование проведено в соответствии с протоколом, согласованным с независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России; с согласия руководителя социально-реабилитационного центра «Феникс», который являлся уполномоченным представителем детей и подростков, включённых в исследование.

Методы. Верификация психических нарушений произведена по МКБ-10 (редакция 1994 года). Для определения характера используемых и эффективных копинг-стратегий поведения использована методика копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2000).

Статистический анализ выполнен с использованием таблиц сопряжённости и точного критерия Фишера, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У воспитанников учреждений социальной защиты по сравнению со школьниками общеобразовательных школ в качестве наиболее часто используемых копинг-стратегий поведения выявлены: стратегия «говорю сам с собой» ($p=0,0249$); «плачу и грущу» ($p=0,0000$), невротические проявления ($p=0,0076$), а также прослеживается тренд к отрицанию имеющихся проблем «стараюсь забыть» ($p=0,0693$). Особого внимания заслуживают аффективно-агрессивные копинг-стратегии поведения, используемые в качестве первой защитной реакции на травматическую ситуацию и достигающие статистической значимости по сравнению со школьниками общеобразовательных школ. В частности, речь идет о следующих копинг-стратегиях: «схожу с ума» ($p=0,0234$), «бью, ломаю или швыряю вещи» ($p=0,0015$), «дразню кого-нибудь» ($p=0,0096$), «воплю и кричу» ($p=0,0404$).

Изучение наиболее эффективных в случае стресса копинг-стратегий поведения у воспитанников СЗУ и учащихся общеобразовательных школ также позволило выявить статистически значимые различия. Так, в качестве наиболее эффективных, помогающих «бороться со стрес-

сом» стратегий у подростков-воспитанников СЗУ являются стратегии «плачу и грущу» ($p=0,0010$), невротические реакции ($p=0,0000$), аффективно-агрессивные копинг-стратегии поведения: «схожу с ума» ($p=0,0028$), «бью, ломаю или швыряю вещи» ($p=0,0008$), «дразню кого-нибудь» ($p=0,0002$), «воплю и кричу» ($p=0,0002$). Следует выделить и еще одну группу копинг-стратегий поведения, которая статистически чаще встречается у воспитанников СЗУ – копинг-стратегии, относящиеся к «стремлению расслабиться и остаться наедине с собой». В частности, речь идет о «желании остаться одному» ($p=0,0073$), «молитвах» ($p=0,0451$), «разговорах с самим собой» ($p=0,0451$). Школьники общеобразовательных школ в травматических ситуациях, напротив, «стараются расслабиться и оставаться спокойными» ($p=0,0401$); предпочитают смену деятельности: «гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде» ($p=0,0064$), «смотрю телевизор, слушаю музыку» ($p=0,0071$).

Проведено дифференцированное изучение копинг-стратегий поведения у воспитанников социозащитных учреждений с учетом фактора сиротства. Наиболее часто используемые копинг-стратегии поведения статистической разницы у подростков двух подгрупп не имеют. Вместе с тем, у подростков-сирот при столкновении с новой стрессовой ситуацией несколько чаще в качестве используемых копинг-стратегий поведения преобладают аффективно-агрессивные стратегии и тенденции к отрицанию.

Второй выбор копинг-стратегий, расцениваемых как эффективные, определил групповое своеобразие обследуемого контингента в преодолении стрессовых ситуаций. Так, у подростков I подгруппы достоверно чаще преобладают стратегия «сплю» ($p=0,0117$) в рамках избегающего поведения и «стараясь расслабиться и оставаться спокойным» ($p=0,0450$), прослеживаются тенденции к «отрицанию» и «невротическим проявлениям». У подростков II подгруппы, напротив, прослеживаются преобладающие тенденции к использованию стратегий, определяющих «агрессивное и аффективное реагирование» и «смену деятельности», как снимающие напряжение.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании у воспитанников учреждений социальной защиты по сравнению со школьниками общеобразовательных школ аффективно-ориентированных копинг-стратегий поведения, что может быть проявлением незрелой стратегии поведения и, в свою очередь, при столкновении с новой стрессовой ситуацией сопровождаться актуализацией прошлых травм. Вместе с тем, в общей группе обследованных подростков СЗУ найдены различия в использовании эффективных копингов. В частности, в группе подростков-сирот достоверно преобладают копинг-стратегии «избегания», которые в дальнейшем без проработки могут привести формированию аддиктивного поведения, суицидоопасным состояниям и психосоматическим расстройствам. У подростков из семей преоб-

ладают аффективно-агрессивные копинг-стратегии с возможным последующим риском дезадаптации по агрессивному и делинквентному типам. Однако в настоящее время в отношении воспитанников реабилитационных центров осуществляется единый психосоциальный реабилитационный подход и найденные различия копингов при построении индивидуальных реабилитационных программ не учитываются.

Полученные результаты могут быть использованы в качестве психотерапевтических мишеней в рамках дифференцированного, персонализированного подхода в оказании психолого-психотерапевтической помощи воспитанникам учреждений социальной защиты.

Динамика квазипотребности в ходе психологической работы с родителями детей с РАС

Хозиев В.Б., Долженко А.Н.

университет «Дубна», г. Дубна, Россия

v_hoziev@mail.ru, anastation_93@mail.ru

Ключевые слова: квазипотребность, детско-родительские отношения, аутизм, опосредствование, консультативный метод

Dynamics of quasi-need in the course of psychological work with parents of children with ASD

Khoziev V.B., Dolzhenko A.N.

University "Dubna", Dubna, Russia

Keywords: quasi-need, child-parent relationship, autism, mediation, counseling method

«Квазипотребность» – одно из важнейших понятий современной психологии, хотя и незаслуженно пребывающее в забвении, неучитываемое и не являющееся обязательным элементом тезауруса теоретиков и практиков консультирования и коррекции. Возникнув в рамках психологической теории К.Левина, оно было призвано обозначить сложную действительность человеческого долженствования в различных жизненных коллизиях. Пожалуй, это первая и по сей день все еще остающаяся редкой попытка отразить сложную действительность соединения или, точнее, бытия, человека в широком круге социальных задач и отношений. Можно не замечать социума, пытаясь рассматривать человека самого по себе. При этом оказывается отрезанной от исследования одна из ключевых линий и детерминаций человеческого поведения. А ведь именно в пространстве между дхармой и адхармой помещается вся траектория личностного развития, причудливо и избирательно фиксирующая основные опосредствования, выпавшие на долю конкретной личности. Вот здесь личность приняла точку зрения и ценности семьи, здесь – отказалась от них под влиянием референтной подростковой группы, здесь вновь вернулась, но со все еще доминирующей инфантильной позицией и др.

Исследования школы К.Левина и нашего замечательного юбиляра, Б.В. Зейгарник [2], показали, что не существует «непосредственной» психологии, но есть постоянная квазипотребностная связь с важнейшими

событиями, условиями и другими людьми вокруг. Эта связь меняется по содержанию и форме и меняет содержание и форму поведения человека. Социум не декларативно, но вполне конкретно и осязаемо взаимодействует с человеком. Социальные ожидания, ситуативное их подтверждение или опровержение личностью, согласие и несогласие с ними в явной и неосознанной форме – все это создает настоящий театр квазипотребности, намечая своего рода переход от молекулярной к молярной психологии. При этом за фасадом мелких реакций и операций начинается открываться сложная, но подлинная действительность подчинения бытия комбинациям внешних требований и внутренних побуждений человека.

Динамика квазипотребности представляет собой трудный и изменчивый объект изучения. У психологии обычно нет адекватного инструмента для фиксации, кроме разве что консультативного метода [5]. Условно можно выделить три стадии этой динамики. Поначалу, в момент первичного соприкосновения человека с социальным должествованием, ему задаются внешние указатели (ориентиры) поведения. Они подвижны, насколько это удобно социуму, ситуативны – т.е. не обязательно выстроены в систему, скорее, по Л.Кольбергу, «конвенциональны», иногда трансформированы до предельно примитивного и лаконичного языка, нередко эмоционального («нельзя, и все!»). Требования жестки, вряд ли до конца объяснимы («делай так, поступай так!»), путь осмысленного и последовательного восхождения к усвоению ценностного ряда может быть проблемным и нелинейным.

Отметим, что уже на этой стадии для поведения родителей детей с РАС заметно противоречие между «терпи, так надо» и «я тебя все равно люблю». Об этом, вероятно, впервые написал Б.Беттельхейм [1], обратив внимание на амбивалентность матерей аутистов, обусловленную неподготовленным опытом столкновения с первыми эмоциональными реакциями ребенка (будь то единичные признаки ухода ребенка от контакта со взрослым или даже проявления эмпативного характера). Этот опыт расценивался мамой неверно, например, как знак неприятия ее ребенком, или как проявление его дискомфорта, что порождало у нее негативную оценку себя и своих действий, и нередко формировало чувство вины. С одной стороны, мать стремилась оказывать заботу и любовь к ребенку, с другой, не имея средств и четких и присвоенных ориентиров рационального понимания его актуального состояния, старалась механически приложить заданные в культуре правила, нормы материнства без глубокой ориентировки на состояние ребенка и его возможности. Конечно, такого рода противоречия оказываются свойственны не только родителям детей с РАС, но у данной категории родителей эта дезориентированность в итоге ведет к нарастанию патогенности ССР [1, 3].

Как складывается квазипотребность у родителей с дизонтогенезом? Для начала отметим, что именно частица «квази» – по-латински озна-

чающая «вроде»), «как будто», со значениями ложности, мнимости, близости и похожести, точно подходит для психологической характеристики этой потребности. Ее содержание замирает в пространстве между «видеть не хочу эту проблему» и «что-то нужно объяснить себе, близнему и дальнему социуму по поводу своего ребенка». Никто из родителей априори не знает, как себя вести в ситуации жизненной драмы с заболевшим или находящимся в дизонтогенезе ребенком. Практически отсутствуют проверенные и апробированные социальные ориентиры, поскольку каждому из родителей на этой начальной стадии кажется, что с ними-то все в порядке, сейчас только чуток что-то подправим, и все наладится. Минимально и только тем, кто уже способен сориентироваться, помогает «внутрикорпоративный» родительский опыт тех, кто уже давно болеет или пытается лечиться. Но в целом наблюдая, с каким чудовищным порой смирением, покорностью и некритичностью родители больных детей принимают, в том числе, ошибочные диагнозы, непродуктивные коррекционные упражнения и средства лечения, приходишь к выводу о правоте Беттельхейма в отношении их искаженной мотивационно-потребностной сферы.

Условно выделим три этапа трансформации квазипотребностного принятия проблемы своего ребенка с РАС: 1) согласие с точкой зрения внешнего социума (социальная желательность: «доктор сказал», «все так делают»); 2) преодоление социальной желательности, но беспорядочный поиск все новых и новых средств и методов работы со своим ребенком («никому не верю»); ориентировка пока поверхностна, приближительна, несущественна; 3) более менее последовательные попытки ориентироваться на изменения в состоянии поведения своего ребенка, преодоление несущественности собственных обобщений опыта.

Проследим эти этапы в одном из наших «типичных» консультативных случаев. К нам обратилась мама 5-летней девочки (К.) с запросом на развивающие и коррекционные занятия. В поведении ребенка присутствовала симптоматика РАС (кружения вокруг оси, псевдоглухота, аутостимуляция, ЗРР, нередкое избегание зрительного, тактильного контакта, аффективные вспышки по типу плача, крика, которые были не всегда мотивированы и т.д.).

1. С самого начала мама очень тревожно и с высоким чувством ответственности отнеслась к своей роли, старалась походить на идеал, попутно часто теряясь при столкновении со сложными коллизиями, испытывая чувство вины за свою материнскую «несостоятельность», полагаясь на советы близких и «знающих» врачей и дефектологов без самостоятельного осмысления проблемы (переживала из-за любой болячки ребенка, предвосхищала возможные трудности и реализовывала гиперопекающее поведение по отношению к девочке, старалась минимизировать ее ошибки и неуспехи, чрезмерно следила за чистотой и т.д.). В момент

очередной тяжелой соматической болезни ребенка по рекомендации врачей мамой был реализован курс приема антибиотиков, после чего не было проведено никакого восстановительного для микрофлоры желудка и кишечника лечения. Немногим позже запущенная проблема с кишечником привела их на развивающие занятия в наш центр (проблема дополнительных занятий была поставлена сначала неврологом, а позже и воспитателями, которые стали замечать задержку в развитии у ребенка, немотивированные истерики, сильный симбиоз с мамой, отсутствие речи). Несколько занятий мама водила К. на групповые занятия, однако вскоре стало заметно, что К. перед вхождением в группу необходима индивидуальная работа. Попутно мама старалась соблюдать назначения неврологов и реализовывала фармакологическое сопровождение, советуясь с нами, нужно ли переводиться в коррекционный сад (т.к. воспитатели настаивали) и т.д.

2. После введения в работу критериев общения и взаимодействия появляются первые значительных изменения в квазипотребностном отношении мамы к проблеме. Так, она начинает уже со скепсисом делиться с нами новыми «гипотезами» и мнениями воспитателей, медсестер сада, неврологов, которые ранее она воспринимала как важные, начинает посещать дефектолога, методы которого можно назвать «дрессурой», решает начать курс массажа для ребенка, и, как только выпадает возможность, везет К. на консультацию к зарубежному специалисту, параллельно посещая с ребенком индивидуальные занятия в нашем центре. Основными для мамы становятся нередко противоречащие и меняющие друг друга принципы «никому не верю» и «что-то, да поможет».

3. После того, как нами были начаты отдельные индивидуальные встречи с мамой (1–2 раза в месяц) по вопросам развития ребенка и обсуждения динамики, квазипотребность постепенно начинает приобретать характер мотивации с «ориентировкой на существенное». Через обсуждение и объяснение приходит понимание условий и причин проблемы (было принято решение проверить гипотезу о соматическом неблагополучии и найти качественного специалиста-гастроэнтеролога, после чего подтвердился факт патогенной микрофлоры кишечника и желудка, что и провоцировало сильные спазмы и болевые ощущения у ребенка, а симптоматически выглядело как немотивированные истерики). Стало возможным планирование работы по нескольким линиям (сглаживание соматического фона, что открывало возможность освоения ребенком психологических задач, а также построение способов и средств взаимодействия с ребенком с ориентировкой на ЗБР). Важнейшим новообразованием мамы на данном этапе стала ее ориентировка на состояние ребенка. Отметим: тщательный самостоятельный контроль за восстановлением микрофлоры, изучение исследований в этой сфере, консультации со специалистом, а также анализ опыта других родителей

из тематических форумов перед принятием той или иной рекомендации, ведение дневниковых записей состояния ребенка, фиксация знаков положительной или отрицательной динамики и, как следствие, тонкое понимание предвестников соматического ухудшения и принятие своевременных мер по их предотвращению, исполнение рекомендаций психолога по обустройству развивающего контекста дома, отстаивание сохраненных возможностей ребенка перед работниками сада, врачами, близкими, игнорирование ошибочных диагнозов, поставленных без тщательной подобранной для того аргументации, сужение круга абилитационных мероприятий (решительный отказ от некомпетентного дефектолога и невролога, препаратов, прописанных «наобум» и т.д.).

Как сделать отношения с родителями детей с РАС продуктивными и развивающими? Нужна тонкая одновременно эмпативная и формирующая работа с родителями, которую лучше назвать «психологическим сопровождением», имея в виду освоение и критический анализ предшествующих квазипотребностей, которые феноменологически уже почти застыли и превратились в ригидные «установки». Консервативные, редко последовательные и рациональные, но эмоционально защищенные, многократно продавленные социумом, сопровождающиеся усвоенными противоречивыми суждениями и оценками медицинских и дефектологических экспертов – когда в конкретной консультативной родительской ситуации анализируешь квазипотребностное единство мотивационных трендов (векторов), то невозможно не заметить чрезвычайную разрозненность, неустойчивость и эмоциональную, в полном смысле значения слова «синкретическую» подвижность всей конструкции [3]. Но точно так же, как в исследовании Б.В.Зейгарник, динамика квазипотребности управлялась одновременно заданным для испытываемого способом поведения (в ситуации «серьезной» проверки его возможностей в решении задач) и текущими просьбами экспериментатора (психолог здесь выступал как медиатор) [2], так и в нашей практике сплошь и рядом оказывается, что поведение родителей с детьми с РАС определяется парадоксальными, амбивалентными, ситуативными и в целом поверхностными основаниями. То соседи по несчастью принесут новость о гигантских возможностях АВА-терапии и нужно все бросить и бежать в ту сторону, то Томатис – и теперь уже в другую сторону, то еще что-то, теперь диетное, психофармакологическое и т.д. – и вот новая цель. При этом вершину мотивационной иерархии возглавляет трудно артикулируемое, но подозреваемое во всех родителях «гляньте, мы же все делаем для своего ребенка». Поэтому «размышление» – «проба», «проба» – «размышление» – таков внутренний ритм психологического сопровождения родительства. Квазипотребность есть становящаяся потребность. Интериоризация внешних долженствований должна проходить через объективное согласование с собственными мотивами, опера-

ционализироваться и обретать форму внутренней и «обоснованной для себя и для других» убежденности.

Литература

1. *Беттельхейм Б.* Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я: Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академич. Проект; Фонд «Мир», 2013. – 480 с.
2. *Зейгарник Б.В.* Понятия квазипотребности и психологического поля в теории К. Левина // Теория личности К. Левина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. – с.18–51.
3. *Хозиев В.Б.* Аутизм: детское развитие «мимо игры и культуры» / Вестник государственного университета «Дубна». Серия «Науки о человеке и обществе», т.1, № 2 / 2018. – с. 29–52.
4. *Хозиев В.Б.* Аутизм как фокус-тема современной психологии развития и клинической патопсихологии/ Вестник государственного университета «Дубна». Серия «Науки о человеке и обществе», т.2, № 1 (3) / 2017. – с. 42–52.
5. *Хозиев В.Б., Хозиева М.В., Дзетовецкая С.В.* Психологическое консультирование родителей. М.: Изд-во МПСИ; НПО «МОДЭК», 2008. – 504 с.

Выявление рисков суицидального поведения подростков через смысловой контекст

Храмцова О.В.

КГБУЗ «ККПБ» г. Хабаровск, Россия

olga-kholicheva2008@yandex.ru

Ключевые слова: суицид; подросток; смысловое наполнение понятий: дружба, любовь, совесть, жизнь

Identifying risks of adolescent suicidal behavior through meaning context

Khramtcova O.V.

psychiatric hospital Khabarovsk, Russia

Keywords: suicide; teenager; the semantic filling of concepts: friendship, love, conscience, life

Введение. Проблема детского и подросткового суицида стала актуальной для страны в целом и для судебной психологии в частности последнее десятилетие. Число законченных суицидов среди данной популяции растет.

На формирование и проявление суицидального поведения в подростковом возрасте оказывают влияние многочисленные биопсихосоциальные факторы. Одним из таких факторов является особенности межличностного общения подростков. По мнению К.В. Сыроквашиной и Е.Г. Дозорцевой конфликтные взаимоотношения, ссоры с друзьями, возлюбленными выступают в качестве непосредственных причин самоубийства. Ситуации, когда подростки оказываются прямыми или опосредованными свидетелями суицида либо знакомы с суицидентами, предрасполагают к суицидальному поведению подростков. [3].

В экспертной практике Краевого центра судебно – психиатрических экспертиз г. Хабаровска на фоне многочисленных единоличных суицидов подростков, появляются случаи группового ухода подростков из жизни по два и более человек. Появились случаи совместной подготовки друзей к суициду одного из них. Друзья активно советуют способы самоубийства, «правильную» подготовку к суициду, подбирают место для совершения суицида, провожают друга, решившегося на суицид к месту самоубийства, присутствуют при совершении самоубийства, не пытаются принять меры по предотвращению суицида.

Такие примеры обесценивания собственной жизни, а также жизни близких людей наталкивает на мысль о связи суицидального поведения с особенностями ценностно-смысловой сферы подросткового возраста.

Цель исследования: Исследовать смысловое наполнение подростками 15–16 лет понятий: дружба, любовь, совесть и жизнь для выявления рисков суицидального поведения, характерных для данного возраста.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 28 подростков в возрасте 15–16 лет. Старшеклассникам предлагалось продолжить фразы: «дружба-это...», «любовь-это...», «совесть-это...», «жизнь-это...». При помощи контент-анализа по методике Б.А. Еремеева [2] было исследовано смысловое наполнение данных понятий подростками.

Результаты исследования: Для старшеклассников понятие дружба связывает по смыслу такие слова как «отношение – между – людьми»; «основанное-отношение», «понимание – отношение – интерес», «взаимный – помощь – доверие» (статистически значимая связь). Понятие «дружба» для подростков – это отношение между людьми, основанные на понимании, интересе, взаимопомощи и доверии. Для подростков понятие «дружба» наиболее актуально и востребовано.

Подростки наполняют понятие «любовь» следующими смыслами: «отношения-взаимные», «чувство-которое», «чувство когда-человек-ты», «кем-то-когда-человек», «кем-то-ты-когда» (статистически значимая связь). Для подростков любовь – это чувство, связанное с человеком, но данное понятие еще менее осмысленно, чем «дружба».

Понятие «совесть» у 15–16 летних подростков наполнена следующими смыслами: «помогающий правильно», «плохое – что-то – совершает» (статистически значимая связь). В качестве наиболее «отталкиваемых» категорий в представлении подростков о понятии «совесть» – это чувство. Вероятнее всего, для десятиклассников «совесть – это чувство, помогающее правильно...», когда «плохое что-то совершает...». По теории Л. Кольберга нравственное развитие подростков находится на 4,5 ступени «подросткового кризиса» при переходе от конвекционального к постконвекциональному уровню. Этот период для подростков характеризуется критикой, низвержением авторитетов, традиций и ценностей [1]. Можно предположить, что понятие «совесть» только начинает оформляться в сознании подростка, как некое нравственное чувство.

Смысловое наполнение понятия «жизнь» это друзья, «мои – друзья-близкие – личность», (статистически значимая связь) Также понятие «жизнь» наполнено понятиями «друзья-личность», «личность»- «близкий»; «это»-«жизнь» «это»-«свои», «хорошая»-«череда» «череда»-которая «череда»-«люди», «хорошая-люди»; «то, что» – «я», «то, что» – «люди». Для подростков жизнь – это «мои близкие друзья-личности», «это своя жизнь» и «хорошая череда людей». Вероятнее всего, в сознании подростков понятие «жизнь» наполняется понятием «дружба». Друзья определяют жизнь подростка, делают ее яркой и насыщенной, без друзей подросток не видит жизни. Для старшеклассника, скорее всего, жизнь сосредоточена на друзьях, хорошей череде людей, т.е. для подростка характеристика жизни через окружение его друзьями.

Выводы: Рассматривая данную проблему через смысловое наполнение понятий «дружба, любовь, совесть, жизнь», можно предположить, что они в пубертате взаимосвязаны. Для старшеклассников ценность жизни определяется через дружбу, наличие друзей. В данном смысловом наполнении понятия «жизнь» намечаются вероятные факторы риска подросткового суицида: отсутствие друзей, проблема одиночества, непонятости, изолированности; а также неудовлетворенность во взаимоотношениях с друзьями, потеря их доверия; буллинг со стороны сверстников и потеря социального престижа, подражательные формы поведения. Понятие «совесть» в данном возрасте еще очень пластично и ситуационно, совесть служит идеалам дружбы, любви [1] и может ради своих идеалов допустить аморальные с точки зрения общественных норм поступки.

Кроме суицидальных рисков, содержащихся в сближении смыслового наполнения понятий «жизнь» и «дружба», – здесь есть и большой профилактический потенциал. При выявлении у старшеклассников суицидальных мыслей и намерений посредниками в профилактической работе могут стать именно друзья, так как к словам и мнению взрослых подростки более скептичны и недоверчивы; также вовлечение потенциального суицидента в общие дела по увлечениям и интересам с друзьями возможно, отвлечет, переключит его внимание от саморазрушительных депрессивных мыслей.

Литература

1. *Анциферова Л.И.* Связь морального сознания с нравственным поведением человека (по материалам исследований Л. Колберга и его школы) // Психологический журнал. 1999. Т. 20. № 3. С. 5–17.
2. *Еремеев Б.А.* Текст как предмет психологического исследования в контексте семиотической парадигмы // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2013. Т. 13. № 3. С. 102–106.
3. *Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г.* Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психологи психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 8–24. doi:10.17759/crrp.2016240302

Патопсихологический подход к диагностике причин неуспеваемости младших школьников

Чупров Л.Ф.

Журнал «Вестник по педагогике и психологии

Южной Сибири», Черногорск, Россия

leo-chuprov@yandex.ru

Ключевые слова: патопсихология, психодиагностический комплекс, младшие школьники, неуспеваемость

Pathopsychological approach to diagnosing the reasons for the failure of primary schoolchildren

Chuprov L.F.

Journal «Bulletin on Pedagogy and Psychology

of Southern Siberia» Chernogorsk, Russia

Keywords: pathopsychology, psychodiagnostic complex, younger students, academic failure

Неуспеваемость и трудности в усвоении учебной программы отдельными учащимися наблюдаются в школьной практике с момента введения всеобщего начального обучения детей.

В.С. Мухина, ссылаясь на мировую статистику, указывает, что от 10 и более процентов учеников трудно овладевают содержанием учебного материала в первом классе [1, с. 108]. В 60-х – 70-х гг. прошлого столетия усилиями педагогов, врачей и психологов были созданы первые типологии, наиболее точно отражающие основные причины неуспеваемости младших школьников [3, с. 5].

Сегодня в арсенале практических школьных психологов имеется довольно широкий арсенал как тестовых, так и патопсихологических диагностических инструментов для выявления причин неуспеваемости младших школьников.

В 1990 г. усилиями Л.И. Переслени, Е.М. Мастюковой и Л.Ф. Чупровым был разработан «Психодиагностический комплекс» (ПДК) методик для определения уровня умственного развития младших школьников [3].

Комплекс состоит из трех взаимосвязанных между собой диагностических инструментов, построенных с учетом патопсихологических принципов 6 необходимости-достаточности и проверки результатов, полученных в ходе исследования одной методики двумя другими, возможности ребенка использовать помощь экспериментатора, способ работы при выполнении заданий трех методик. При этом в рамках сложившейся

в патопсихологии традиции качественной интерпретации результатов клинико-психологической диагностики, позволяет реализовать и сопоставимость результатов при реализации количественного подхода.

В структуру ПДК входят три методики:

1. Методика исследования прогностической деятельности по Л.И. Переслени, В.Л. Подобеду, Л.Ф. Чупрову («Угадайка»). Методика позволяет определить стратегии использованные ребенком при выполнении задания, скорость формирования адекватного прогноза, а также косвенно определять особенности произвольного внимания и некоторые характеристики памяти.
2. Цветные прогрессивные матрицы Дж. Равена в модификации Т.В. Розановой. В этом задании определяются способность устанавливать закономерности по принципу тождества и симметрии, умение решать наглядные аналогии. Методика позволяет определить, насколько положительно влияет на результат стимулирующая помощь (термин В.Л. Подобеда), действует ли ребенок при выполнении задания целенаправленно или методом проб и ошибок. Кроме того, более детальный анализ записи позволяет выявлять работоспособность ребенка при выполнении всех 36 заданий методики Дж. Равена.
3. Методика «Словесные субтесты» по Л.И. Переслени, Е.М. Мاستюковой Л.Ф. Чупрову для младших школьников. Задание состоит из четырех субтестов: I субтест содержит задания на выявление осведомленности; II – на сформированность логического действия (классификация), способность к абстрагированию; III – на сформированность логического действия «умозаключения» (по решению аналогий); IV – на сформированность обобщающих понятий (подведение двух понятий под общую категорию) – обобщения. Здесь также предлагается ребенку стимулирующая помощь (в виде двух повторных попыток). Позднее Л.Ф. Чупровым был разработан вариант и для детей дошкольного возраста [5].

Дополнительным инструментом является «Формализованный вопросник-характеристика неуспевающего младшего школьника» по М.С. Певзнер, Л.Ф. Чупрову [2].

Каждая из методик имеет помимо количественной оценки (уровень успешности, общий балл, проценты успешности) и возможность качественной интерпретации результатов клинико-психологической диагностики в традициях патопсихологического подхода [4]. «Вопросник-характеристика» представляет бланк с формализованными ответами (заполняется учителем начальных классов и уточняется у родителей или лиц, замещающих их) и приложение по интерпретации каждого пункта характеристики (для педагога-психолога).

Завершает пособие по ПДК материал по интерпретации данных исследования и написанию психологического заключения.

В целом, набор из трех методик позволяет определять структуру дефекта (недоразвитие или незрелость), дифференцировать два основных состояния ЗПР (задержки психического развития), отграничить эти состояния от социально-бытовой и/или педагогической запущенности.

Естественно, обследование ребенка с трудностями в обучении не может быть без изучения продуктов его учебной и внеучебной деятельности.

В настоящее время ПДК широко применяется в работе психолого-медико-педагогических консультаций в России и Украины, а также в работе практических психологов этих стран. К сожалению, из-за контрафактного распространения в большинстве справочной и методической продукции встречаются дефектные описания. Это касается не только порчи стимульного материала (например, «Словесных субтестов»), но и имеет место вольная интерпретации результатов, далекая от авторского текста. Ряд авторов в своих справочниках и методических пособиях вообще сводят ПДК до одностороннего количественного подхода.

Литература

1. Мухина В.С. Шестилетний ребёнок в школе: Кн. для учителя нач. классов. М.: Просвещение, 1986. 144 с.
2. Певзнер М.С., Чупров Л.Ф. Формализованный вопросник-характеристика неуспевающего младшего школьника // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2012. № 1–1. С. 35–46.
3. Перселени Л.И., Мастюкова Е.М., Чупров Л.Ф. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня умственного развития младших школьников (учебно-методическое пособие). Абакан, АГПИ, 1990. 68 с.
4. Чупров Л.Ф. Особенности интеллектуальной недостаточности у младших школьников с задержкой психического развития из различных социально-педагогических условий // Журнал практического психолога. 2000. № 10–11. С.184–192.
5. Чупров Л.Ф. «Словесные субтесты»: вариант для обследования детей дошкольного возраста // Психолог в детском саду. 2002. № 1. С. 60–69.

Семейные детерминанты интернет аддикции у подростков

Шарипова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ключевые слова: компьютерная зависимость, аффективные расстройства, особенности личности, нарушения поведения у подростков

Family determination of internet addiction in adolescents

Sharipova F.K., Suleymanov Sh.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: computer addiction, affective disorders, personal characteristics, behavior disorders in adolescents

Введение: Согласно данным исследователей, семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [1]. В связи с ростом глобализации научно-технического прогресса и массового воздействия виртуального пространства и средств информации на популяцию человечества возникает проблема предупреждения негативных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения – детей и подростков [2,3]. Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков, отрицательно влияют на социализацию и школьную успеваемость, межличностные взаимоотношения в семье [4]. Проблема исследования интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения, провоцирующие кластерные суициды [5]. **Цель исследования:** изучить особенности интернет-аддикции у подростков с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием диагностических критериев со-

циализированного расстройства поведения возрасте от 15 до 17 лет. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из перечня психологических тестов-вопросов, выявлены были факторы риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования психозмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения психологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

Результаты и их обсуждение: в результате исследования установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и формированием интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье- 17 %, 23 % – в социально неблагоприятной семье, 30 % исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37 % подростков имели отягощенную наследственность по психическим заболеваниям. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений(70 %), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12 % подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48 %

исследуемых подростков. У 10 % подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию, что свидетельствует о значительных изменениях в психоэмоциональном статусе. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергена-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98 % подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 35 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % подростков – констатировалась выраженная тревога. При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО А.Е. Личко было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10 %), психастенический тип личности определен у 22 подростков (25,5 %), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46 % случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14 %), в 4,5 % случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом.

Выводы: таким образом, проведённое исследование установило, что стили семейного руководства и семейных взаимоотношений способствуют формированию склонности к развитию интернет-аддикции у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими чертами характера, которые воспитываются в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям.

Литература

1. *Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.* Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // *Человеческий Фактор. Социальный Психолог.* 2020. – № 1(39). – С.146–153.
2. *Бабарахимова С.Б.* Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // *Вопросы наркологии.* 2017. № 6(154). С.142–143.
3. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью // *Вопросы наркологии.* 2016. № 11–12. С.98–100.
4. *Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al.* Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / *Sciences of Europe.* VOL 2, No 36 (2019) pp. 52–55
5. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S.* et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // *Danish Scientific Journal.* VOL 3, No 5 pp. 24–27.

Взаимосвязь факторов раннего развития речи и параметров продуктивной речи у подростков при эндогенной психической патологии

Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru, e_shvedovskiy@ncpz.ru

Ключевые слова: шизофрения, речь, раннее развитие, подростки

The Correlation of Early Speech Development Factors and Parameters of Productive Speech in Adolescents with Mental Illness

Shvedovskiy E.F., Zvereva N.V.

Mental Health Research Center, Moscow State

University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, speech, early development, adolescents

Введение. Поиск клинических предикторов развития шизофрении – актуальная область клинических исследований в психиатрии, клинической психологии [4]. Речевые нарушения являются неотъемлемой частью расстройств эндогенного спектра, как в контексте позитивных, так и негативных симптомов заболевания [3]. Ранее была продемонстрирована взаимосвязь между факторами раннего развития у подростков с шизофренией и текущими параметрами речемыслительной деятельности. При более выраженном отставании в речевом развитии наблюдалось снижение таких элементов когнитивной деятельности, как актуализация речевых связей [1]. В настоящей работе поставлена цель более детального анализа связи факторов раннего развития речи и актуального уровня развития речемыслительной деятельности у подростков при эндогенной психической патологии.

Материалы и методы. Выборку составили 30 пациентов детского клинического отделения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» с диагнозами эндогенной психической патологии круга шизофрении (F20.xx, F21.xx, F25.xx), всего 26 человек. Также в выборку вошли пациенты с некоторыми другими психиатрическими диагнозами (F06.xx, F32.xx, F33.xx, F50.xx), всего 4 человека. Средний возраст испытуемых: 14,7 л., SD = 1,35, 17 мальчиков. В качестве методов исследования выступили: анализ медицинской документации (анамнез, выписка из истории

болезни); патопсихологическое обследование («Слоговая методика» [2]). Были проанализированы следующие количественные показатели, извлеченные из медицинской документации пациентов, относящиеся к речевому развитию: появление первых слов (ПС), появление первых фраз (ПФ). В «Слоговой методике» были проанализированы следующие параметры – коэффициент стандартности, отражающий степень актуализации речевых связей на основании прошлого опыта относительно нормативной возрастной лингвистической базы и латентное время ответа испытуемого (задержка при ответе на каждый стимул). Коэффициент стандартности был получен отдельно для двухбуквенных (КСТ_2), трехбуквенных (КСТ_3) слогов и общий (КСТ_о). Латентное время ответа получено для аналогичных групп слогов (ЛВ_2, ЛВ_3, ЛВ_о). Дополнительные параметры анализа по «Слоговой методике»: грамматические ошибки (ГР), ошибки инструкции (ОИ), неологизмы (НЕО). Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 23.

Результаты. Показатели раннего речевого развития находились в следующих возрастных диапазонах: ПС 8–30 мес., ПФ 12–72 мес., средние значения ПС и ПФ по выборке 13,2 и 26,4 мес. соответственно. Параметры КСТ_о и ЛВ_о находились в следующих диапазонах: 32,65 % – 64,10 % и 1,16–4,15 сек. соответственно. Для определения взаимосвязи между показателями раннего развития речи и параметрами «Слоговой методики» применялся коэффициент корреляции Спирмена (r_s). Между показателями ПС, ПФ и параметром КСТ_о статистически значимой корреляции не выявлено: $r_s = -0.031$, $p > 0.05$ и $r_s = -0.112$, $p > 0.05$ соответственно. Наблюдается обратная зависимость на уровне тенденции – при более поздних ПС и ПФ, КСТ_о демонстрирует снижение. При более углубленном анализе параметров «Слоговой методики» были получены следующие значения для пар показателей: ПС/КСТ_2 ($r_s = -0.004$, $p > 0,05$), ПС/КСТ_3 ($r_s = 0.107$, $p > 0,05$), ПФ/КСТ_2 ($r_s = -0.144$, $p > 0,05$) и ПФ/КСТ_3 ($r_s = 0.101$, $p > 0,05$). Во всех четырех случаях корреляционная связь не достигает уровня значимости. Любопытно, что в случае корреляционной связи параметров раннего развития речи и КСТ трехбуквенных слогов (КСТ_3) выявляется прямая зависимость, тогда как в случае связи с КСТ двухбуквенных слогов обратная.

При выявлении взаимосвязи между показателями раннего развития речи и ЛВ_о значимой корреляции не обнаружено в обоих случаях: ПС и ЛВ_о ($r_s = 0.067$, $p > 0.05$), ПФ и ЛВ_о ($r_s = -0.121$, $p > 0.05$). Однако, если в первом случае демонстрируется прямая корреляция, то в случае взаимосвязи возраста появления первых фраз и латентного времени ответа корреляция обратная. Детальный анализ взаимосвязи показателей раннего анамнеза и латентного времени ответа для двухбуквенных и трехбуквенных стимулов показал следующие результаты попарно: ПС/ЛВ_2 ($r_s = 0.041$, $p > 0.05$), ПС/ЛВ_3 ($r_s = 0.066$, $p > 0.05$), ПФ/ЛВ_2 ($r_s =$

-0.168, $p > 0.05$), ПФ/ЛВ_3 ($r_s = -0.077$, $p > 0.05$). Уровня значимости данные корреляционные связи также не достигают.

Взаимосвязь дополнительных параметров по «Слоговой методике» и показателей раннего развития речи была проанализирована на феноменологическом уровне, так как объем выборки испытуемых, продемонстрировавших данные параметры слишком мал. По параметру НЕО был зафиксирован разброс значений от 1 до 6 у 10 испытуемых. При этом наивысшее значение было выявлено у испытуемого с наиболее поздним показателем ПФ (72 мес.) с DS F.20.8. Параметр ОИ имел разброс от 1 до 7 у 21 испытуемого, при этом какой-либо феноменологической взаимосвязи с показателями раннего развития речи не обнаружено. Параметр ГР варьировался от 1 до 8 у 18 испытуемых. При этом наивысший показатель (8 грамматических ошибок) наблюдался у испытуемого с достаточно ранним показателем ПС (9 мес.) с DS F21.3.

Выводы. В данной работе была произведена попытка подробного анализа взаимосвязи показателей раннего речевого развития по данным медицинской документации и актуальных результатов проведения патопсихологической диагностики по данным «Слоговой методики» у подростков при эндогенной психической патологии. Хотя каких-либо статистически значимых корреляционных связей не обнаружено, выявлено несколько любопытных тенденций, указывающих на вектор дальнейшей работы. Приведем их ниже.

- Полученные результаты по стандартности ответов на двухбуквенные и трехбуквенные стимулы на подростковой выборке соответствуют ранее выявленным показателям коэффициента стандартности у взрослых больных шизофренией [2].
- Значимой корреляционной связи между данными раннего анамнеза и показателями «Слоговой методики» не обнаружено. При дальнейших исследованиях представляется важным дифференцировка выборки по клиническим показателям.
- Латентное время ответа имеет тенденцию к увеличению с увеличением возраста появления первых слов, при этом данный параметр имеет тенденцию к уменьшению при увеличении возраста появления фразовой речи.
- Больше всего неологизмов наблюдалось в речи пациента с наиболее поздним возрастом развития фразовой речи.
- Наибольшая доля грамматических ошибок зафиксирована у пациента с наиболее ранним возрастом появления первых слов.

К числу ограничений данного исследования можно отнести недостаточную объективность получения данных о параметрах раннего развития речи, так как анамнез собирается со слов родителей, а также малый размер выборки и большая неоднородность нозологических категорий пациентов. В дальнейшем планируется расширить выборку и более

детально проанализировать раннее развитие речи с учетом всех имеющихся анамнестических данных.

Литература

1. Балакирева Е.Е., Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В. Клинические факторы и речевое развитие у подростков при шизофрении // Психическое здоровье детей страны-будущее здоровье нации. – 2016. – С. 48–49.
2. Критская В.П., Мелешко Г.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: МГУ, 1991: – 256с.
3. Hinzen W., Rosselló J. The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms // *Frontiers in psychology*. – 2015. – Т. 6. – С. 971.
4. Mäki P. et al. Predictors of schizophrenia—a review // *British medical bulletin*. – 2005. – Т. 73. – № 1. – С. 1–15.