

но также сближает детский тип шизофрении прежде всего с атипичным аутизмом, а также детским аутизмом. Кататонический синдром, имеющий место в структуре детских психозов, развившихся в первые годы жизни, тотально нарушает развитие, делая его искажённым и задержанным. Обращает внимание неразрывная связь кататонических явлений с явлениями собственно аутизма при психотических формах этого заболевания, а также в случаях детского типа шизофрении.

РАЗДЕЛ 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ДЕТСТВА

ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ И ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Антонова Е.А.^{1,2}, Зверева Н.В.^{1,2}, Коваль-Зайцев А.А.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

katherine_ant@mail.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaitsev@mail.ru

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: подростковая шизофрения, гендерная идентичность, пол, нарушения мышления.

COGNITIVE FUNCTIONING AND GENDER IDENTITY IN ADOLSCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Antonova E.A.^{1,2}, Zvereva N.V.^{1,2}, Koval-Zaitsev A.A.^{1,2}

¹FSBSI MHRC, Moscow, Russia

katherine_ant@mail.ru

nwzvereva@mail.ru

koval-zaitsev@mail.ru

² MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, gender identity, gender, cognitive functioning.

Введение. Обозначение физиологических особенностей мужчин и женщин включено в понятие "пол", а социальные и поведенческие характеристики обозначаются словом "гендер". Такая двойственность определения пола частично объясняет различное использование этого

понятия в гуманитарных и естественных науках. Кроме биологического пола существует ряд факторов, играющих роль в формировании гендера человека. В современных моделях [8] обычно выделяют несколько аспектов гендера:

1. *Гендерная идентичность* (личный опыт переживания себя в качестве мужчины или женщины);
2. *Гендерная экспрессия* (выраженность маскулинных и(или) феминных качеств, которые проявляются во внешнем облике человека: одежде, поведении, позах и др.);
3. *Сексуальное или романтическое влечение* (нахождение другого человека привлекательным);
4. *Сексуальное поведение* (вступление в отношения с другим человеком).

Необходимо отметить наличие бинарных и небинарных моделей определения гендера. В бинарных моделях все аспекты гендера определяются как точка на спектре, один полюс которого обозначается как "маскулинность" (или "мужской", "мужчина"), другой – как "феминность" (или "женский", "женщина"). В небинарных моделях - один полюс представляется как "маскулинность" или "феминность", а другой – как отсутствие каких-либо половых качеств. В данном исследовании мы остановились на проблеме гендера в контексте бинарной модели.

В последние десятилетия трансформация социальных ролей, эмансипация женщин и феминизация мужчин отражаются и в изменениях половых соотношений в клинической картине психических заболеваний. Так, типичные для юношей депрессии с нарушением поведения теперь не редки и у девушек, а характерные для девушек стереотипы поведения теперь можно наблюдать и у юношей [6]. Таким образом, проблема влияния фактора пола на психическую патологию становится особо актуальной.

Исследования, посвященные половым различиям при подростковой шизофрении, встречаются довольно редко. Известно, что в подростковом и юношеском возрасте число мальчиков, страдающих шизофренией, в 4 раза превышает количество девочек. При этом у больных мужского пола шизофрения протекает с большей тяжестью, а время манифестации заболевания приходится на более ранний возраст [1].

По данным западных психиатров среди людей с расстройствами гендерной идентичности больные шизофренией встречаются чаще, чем внутри общей популяции. Нарушения гендерной идентичности могут выступать как причиной, так и следствием эндогенной психической патологии, связанной с искажением установок и нарушением мышления в целом. Причем, чем более выражены психические расстройства, тем более вероятны нарушения гендерной идентичности и тем сложнее их коррекция [4]. По данным современных исследований [7], больные шизофренией независимо от пола демонстрируют

андрогинный тип гендерной идентичности, т.е. одновременно проявляют как мужские, так и женские качества.

Таким образом, нарушения гендерной идентичности могут как сопутствовать психическим заболеваниям, так и отражать проблемы адаптации и саморегуляции личности в целом.

Постановка проблемы. Одной из основных задач в работе психолога с больными шизофренией является социальная адаптация. Поскольку необходимым компонентом успешной социализации является сформированная гендерная идентичность, то проблема гендерной дисфории подростков с шизофренией является актуальной в связи с достаточной распространенностью этих нарушений и важной ролью, которую играет фактор гендера в психотерапии и психолого-педагогическом сопровождении больных.

Проблеме соотношения нарушений мышления и особенностей гендерной идентичности у подростков с шизофренией посвящено крайне мало работ. Тем не менее, данный аспект кажется нам важным для изучения, т.к. включение гендера в общую концептуализацию шизофрении способствует качественному анализу каждого отдельного случая. Таким образом, в центре внимания оказывается личность, а не болезнь. Далее представлены материалы пилотного исследования.

Цель – изучение соотношения особенностей мышления и гендерной идентичности у подростков в норме и при расстройствах шизофренического спектра.

Материалы и методы. Клиническая группа – 14 подростков с шизофренией ($15 \pm 1,0$ лет) (ПШ), пациенты 7-го клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ. Контрольная группа – 14 условно здоровых подростков ($15,3 \pm 0,8$ лет) (ЗП), обучающихся в 9-11 классах.

Методы: экспериментально-психологический, качественный и количественный анализ полученных данных.

Методики для оценки особенностей мышления: 1. Конструирование объектов; 2. Сравнение понятий; 3. Включение подкласса в класс [2].

Методики для изучения особенностей гендерной идентичности:

1. "Маскулинность, феминность и гендерный тип личности", российский аналог опросника BemSexRoleInventory (BSRI) [5].
2. Самоописание в ответах на заданные вопросы ("Кто Я? Какой(-ая) Я?") [3].

В первой группе методик оценивались стандартность, комбинаторность, целостность и латентность ответов, а также продуктивность и категориальность мышления. Во второй группе методик – особенности гендерной идентичности и гендерной экспрессии, а также отношение к своему полу.

Статистическая обработка: Microsoft Excel, 2016; IBM SPSS Statistic Subscription Trial, 2020.

Критерий Манна-Уитни для независимых выборок.

Результаты и их обсуждение. В ходе патопсихологического исследования было отмечено влияние фактора пола на патологию мышления при шизофрении. Количественная оценка когнитивного дефицита показала, что средние значения по параметрам "целостности" и "стандартности" мышления в группе мальчиков (ПШ) свидетельствуют об умеренном когнитивном дефиците, тогда как средние значения в группе девочек (ПШ) соответствуют возрастной норме. При этом коэффициент "комбинаторности" мышления у мальчиков (ПШ) имеет наибольшее значение среди всех групп. Такие результаты косвенно подтверждают диссоциированность развития при шизофрении.

Результаты исследования гендерной идентичности показали, что в группе ПШ маскулинные черты более выражены у девочек, чем у мальчиков ($p=0,05$), чего не наблюдается в группе ЗП. Выраженность гендерных черт не различалась между девочками группы ЗП и ПШ, но у здоровых мальчиков маскулинные черты достоверно более выражены, чем у мальчиков с шизофренией ($p=0,05$).

При выполнении методики на самописание в группе ЗП ограничиваются упоминанием своих половозрастных характеристик и социальных ролей, тогда как в группе ПШ при ответах используют излишне сложные, вычурные слова, нередко - философские термины. Такие результаты иллюстрируют специфику нарастания шизофренического дефекта, связанного с нарушением мышления и изменением личности, в частности, резонерством. Также в самописаниях пациентов группы ПШ часто отслеживается негативное, критикующее отношение к своей личности. В группе ЗП, напротив, почти всегда отмечают у себя положительные, социально желательные черты.

Заключение. Патопсихологическая диагностика на исследованной выборке показала, что в патологии мышления при шизофрении имеет значение фактор пола: у мальчиков когнитивный дефицит более выражен, чем у девочек, тогда как в группе ЗП различий в когнитивной сфере не наблюдается. Это дает основание предположить, что половые различия в патологии мышления при подростковой шизофрении обусловлены не только спецификой возрастного периода, но и нарастанием шизофренического дефекта.

Также в ходе исследования было выявлено соотношение между нарушениями мышления и особенностями гендерной идентичности: чем более выражен когнитивный дефицит, тем более вероятны изменения некоторых аспектов гендера, в т.ч. гендерной идентичности, в сторону отклонения от гендерных стереотипов (условной нормы).

Литература

1. Зверева Н.В. Клиническая и психологическая характеристика детей и подростков с разными видами когнитивного дизонтогенеза при шизофрении / Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева, Л.Н. Пятницкая // Журнал неврологии и психиатрии, 2018. - №9. – с. 209-221.
2. Зверева Н.В. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышления) / Н.В. Зверева, А.И. Хромов, А.А. Сергиенко, А.А. Коваль-Зайцев // М.: "Сам полиграфист", 2017. – 48 с.
3. Зверева Н.В. Самооценка у подростков при шизофрении и в норме развития // ШВСероссийская научная конференция "На пороге развития", 2011. – М.: МГППУ.
4. Каган В.Е. Половая идентичность детей и подростков в норме и патологии: дис. ... д-ра мед. наук / В.Е. Каган – Ленинград, 1991.
5. Лопухова О.Г. Опросник "Маскулинность, феминность и гендерный тип личности" // Вопросы психологии, 2013. - №1. – С 147–154.
6. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Влияние пола на клинико-динамические показатели психических болезней // Женское психическое здоровье: Междисциплинарный статус, 2018. – С. 107–109.
7. Семенова Н.Д., Тихонова М.В. Гендерные различия при шизофрении: степень сформированности гендерной идентичности и поведение в болезни // Женское психическое здоровье: Междисциплинарный статус, 2018. – С. 155–156.
8. Killerman S. Breaking through the binary: Gender as a continuum //Issues, 107, 2014. – p. 9-12.

АУТИЗМ И СИМВОЛ

Барменков Ю.В.¹, Иванов М.В.^{1,2}

¹ НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

y.v.barmenkov@yandex.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, факторы дизонтогенеза, символическая функция, со-присутствие.

AUTISM AND SIMBOL

Barmenkov U.V.^{1,2}, Ivanov M.V.^{1,2}

¹ NEPI HE MIP, Moscow, Russia

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

y.v.barmenkov@yandex.ru

Keywords: autism spectrum disorders, dizontogenesis factors, symbolic function, being-with.

Введение. Необходимость изучения социальных факторов в генезе различных видов психического неблагополучия продиктовано вовсе не стремлением к обособлению психологии от биологии или же попыткой создания удовлетворительной эклектики в виде биопсихосоциального подхода, а потребностью заново увидеть максимум: безумие создано человеком [8]. Исследование проблемы аутистических расстройств привело авторов к поиску

причины не на стороне биологических факторов, а на стороне того, что дает возможность реализовать свой объект и биологу, и врачу, и психологу [4, 11]. Вслед за М.К. Бардышевской мы видим, что «устойчивой характеристикой психического развития детей с аутизмом оказывается только легкость возникновения <...> собственно аутистических состояний» [1, с.103]. Прочие же элементы синдрома, а также причины их объясняющие, часто опровергаются фактами клинической практики. Возникающие противоречия решаются расширением диагностических критериев и «открытием» новых форм психических болезней. Авторы предлагают рассмотреть на примере аутизма то фундаментальное условие, которое может явиться причиной и фактором не только данного состояния, но и других форм психических нарушений.

К вопросу о ведущих факторах нарушения развития. Можно предположить, что в случае аутистических расстройств речь идет об особом характере развития человека, которое может быть показано через иной взгляд на ведущий фактор, обуславливающий данный тип дизонтогенеза.

Когда Л.С. Выготский пишет о системном строении дефекта [5], то акцент располагается именно на системе. При этом первичный, вторичный и третичный дефект часто трактуют как некоторую однозначно направленную каузальность. Во-первых, упускают, что сама мозговая деятельность оформляется культурой, во-вторых, культура понимается субстанциально, как обладающая некими постоянными характеристиками. Однако, как показывает исторический анализ, культура в своем развитии становится цивилизацией - наращиванием технологий. Происходит забвение той цели, которой культура должна служить [10]. Исчезновение субъекта, вслед за исчезновением Бога и человека (Ф. Ницше, Ж. Делёз, Ж. Бодрийяр) в культуре [2], неизбежно приводит к особым условиям вхождения ребенка в мир и формирует совершенно иную интенцию развития, являясь таким образом ещё одним важным условием, приводящим к патологическим отклонениям. В ряду нарушений развития аутизм понимают как асинхронию развития, приводящую к искажению онтогенеза [7]. Причиной такой диспропорции предполагается нарушение в прохождении сензитивных этапов, где воспринимаемые сигналы не могут быть организованы и опосредованы [9]. Принципиальным оказывается вопрос: что приводит к такой неспособности? Биологические объяснения не являются удовлетворительными и завершенными, поскольку оказывается непроясненной сама причина такой биологической конфигурации.

Авторам кажется удачным рассмотрение этого процесса через концепцию У. Биона, поскольку она выявляет роль символической функции: трудности перевода β -элементов («сырых» единиц ощущений) в α -элементы (опосредованных эмоциональным опытом) связаны с неспособностью другого должным образом контейнировать и передать их обратно,

что приводит к невозможности формирования α -функции (одной из форм проявления символической функции) [3]. Можно утверждать, что этот «контейнер» - не дефицит конкретного родителя, а общий дефицит символической функции в существующем обществе.

Гипотеза авторов: дети с психофизической предрасположенностью могут не выходить в аутистическое развитие, если будет сформирована символическая функция и, соответственно, приоритет профилактической, психотерапевтической и абилитационной работы должен быть направлен на её формирование и развитие. Можно заметить, что в такой экспликации проблемы авторы движутся в одном направлении с представителями отечественной школы в их представлении об аутизме как нарушении развития аффективной сферы [1, 7, 9]. Известно, что развитие аффективного опыта позволяет ребенку осваивать всё более активные и сложные отношения с миром, тогда как у аутичного ребенка, ввиду нарушения первичной эмоциональной общности, не формируется механизм, позволяющий перерабатывать и организовывать информацию [9]. Иными словами, нет предпосылок для вхождения в речь и мышление.

Символ. Авторы выстраивают отношение к символу в соответствии с тем, как он определен в проблемно-символическом подходе. «Символ имманентен самой причине мышления и онтологически предваряет какие угодно регистры и форматы мышления» [4]. Кроме этого, авторы также следуют из утверждения, что первичная действительность символа, это различение и идентификация [4]. Эти категории наиболее фундаментально рассмотрены в психоанализе [3, 6, 10].

Исходя из этого можно представить работу по становлению символической функции у аутичного ребенка через формирование способности к идентификации, посредством анализа и переработки бессознательного образа тела, построения отношения ребенка к объектам, а также оформления неструктурированных элементов ощущений.

Принципы работы. Анализ научной литературы и собственная практика не позволяют согласиться с утверждением, что личность ребенка-аутиста не может явиться серьезной опорой в коррекции, поскольку именно активность личности видится единственным условием для преодоления возникшего состояния. Иначе велика вероятность создания квази-структуры, которая будет справляться с задачами «правильного поведения», но в которой будет отсутствовать самое важное звено - символ - которое и определяет возможность осуществления человеком. Также важнейшим условием, предваряющим какие угодно техники, является аналитическая позиция [6]. «Увидеть символ в его действии и собственной сути мы можем лишь творя символическую реальность, которая реализуется через со-присутствие», пишет И.Е. Винов [4]. Со-присутствие с ребенком — вот основное условие, техника и цель подобной работы. Аналитическая позиция при этом предполагает особый

способ слушания ребенка, высокую степень понимания происходящего с собой, чтобы дать возможность через себя быть ребенку, стать как бы его «говорящей частью». Специалист делает возможным высказать невысказанное, которое нарушает взаимодействие образа и схемы тела [6]. Интерпретация строится в соответствии с утверждением У. Биона, что в её основе лежит реализация α -функции, которая позволяет продемонстрировать ребенку, что тот ощущает чувства, но не может их понять. Подобное построение интерпретации влияет на способность ребенка к мышлению, следовательно к пониманию. Таким образом, специалист воспринимает чувства пациента, переживает их и посредством речи возвращает ему в преобразованном виде, позволяя создавать «контактный барьер», делающий возможным психическую реальность.

Таким образом, становится возможным наметить общую структуру клинико-психологической работы с аутичными детьми. Как было показано, целью такой работы становится со-присутствие с ребенком, в ходе которого осуществляется его слушание с целью формирования интерпретаций для помощи в понимании (т.е. реализации символической функции). А сама работа состоит из трех методических приемов: 1) организации со-присутствия; 2) осуществлении слушания; 3) конструирования и осуществления интерпретаций.

Литература

1. Бардышевская, М.К. Нарушения развития аффективно-поведенческих комплексов при аутизме: определение возможностей их восстановления / Известия Уральского федерального университета. Серия 1. Проблемы образования, науки и культуры — 2016. — No 1 (147). — С. 102-113.
2. Бодрийяр, Ж. Симулякры и симуляция — Тула, 2013. — 204 с.
3. Бион, У.Р. Научение через опыт переживания — М.: «Когито-Центр», 2008. — 128 с.
4. Винов, И.Е. Символ и проблема. Онтологический статус символической функции. — Киев. : УПП, 2018. — 532 с.
5. Выготский, Л.С. Собрание сочинений : в 6-ти т. / Л.С. Выготский. — Т. 5. Основы дефектологии ; под ред. Т.А. Власовой. — М. : Педагогика, 1983. — 368 с.
6. Дольто, Ф. Ребенок зеркала. — М. : ПЕР СЭ, 2004. — 96 с.
7. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском и подрост-ковом возрасте: Учебное пособие для вузов — 9-е изд., испр. и доп. — М. : Академический проект, 2019. — 303 с.
8. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху — М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. — 698 с.
9. Никольская, О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики. — 2014. — Альманах No18. (<https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniya-psihicheskogo-razvitiya-pri>) Проверено: 10.02.2023.
10. Фрейд, З. Собрание сочинений в 26-ти т. — Т. 15. Статьи по теории культуры. Т. 16. Статьи по теории культуры 2 ; пер. с нем. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2020. — 336 с.
11. Хайдеггер, М. К философии (О событии) — М. : Изд-во Института Гайдара, 2020. — 640 с.

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО-
КОМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И
ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ**

Блинова Т.Е., Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г.,
Куликов А.В., Шалина Н.С.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства аутистического спектра, шизотипическое расстройство.

**PATHOPSYCHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE
DISORDERS IN CHILDHOOD AUTISM AND SCHIZOTYPAL DISORDER.**

Blinova T.E., Balakireva E.E., Zvereva N.V., Koval-Zaitsev A.A., Nikitina S.G., Kulikov A.V.,
Shalina N.S.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: obsessive-compulsive disorder, autism spectrum disorder, schizotypal disorder.

Актуальность. Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) в детском возрасте изучались многими отечественными и зарубежными авторами (Корсаков С.С., 1912; Рыбаков, Ф.Е. 1917; Симсон Т.П., 1929; Сухарева Г.Е., 1959; Сканави Е.Е., 1962; Ковалев В.В., 1979; Башина В.М., 1960, 1989; Шевченко Ю.С., 1981, 1992; Калинина М.А. 1993; Масихина С.Н. 2001; Симашкова Н.В., 2013,2016; Peitret Regis, 1902, Homburger, 1926, Ajuriaguerra, 1970, Strunk, Nissen, 1976, 1981, Hollsworth, 1980, Honjoetal., 1989 и др.), но до настоящего времени данный вопрос остается мало изученным. Распространенность обсессивных расстройств в детском возрасте достаточно высока (1,9+-0,7%). Атипичность проявлений навязчивостей в детском возрасте пациентов затрудняет их своевременную диагностику и является одной из причин позднего обращения к специалистам. В раннем возрасте ОКР в классическом варианте встречаются довольно редко и проявляются преимущественно тикоподобными компульсивными нарушениями - повторениями элементарных привычных движений, а когнитивное развитие затрудняет «идеаторное» описание симптоматики. При детском аутизме (ДА) наблюдается перманентная смена двигательных расстройств в динамике течения болезни. Преобладают гиперкинезы, тики и другие двигательные навязчивости. При шизотипическом расстройстве (ШР) ОКР проявления – двигательные и идеаторные – являются ведущим синдромом на протяжении болезни. При становлении негативных

проявлений они обуславливают резистентность к психофармакотерапии и приводят к формированию личностных изменений, а также ведут к когнитивному снижению.

Цель исследования. Целью исследования - сопоставление психопатологического и патопсихологического профиля у пациентов с ОКР при ДА и ШР с учетом возрастных и клинических факторов. Психологические особенности детей и подростков с ОКР также остаются недостаточно изученными. Интегративный анализ комплексной патопсихологической диагностики в сочетании с клиническими характеристиками может способствовать лучшему пониманию особенностей психического развития таких детей на разных этапах онтогенеза.

Материалы и методы. Работа выполнена в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор - проф. Т.П. Ключник) в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом, к.м.н. Балакирева Е.Е.). В исследовании приняли участие 45 пациентов (18 девочек и 27 мальчиков) в возрасте от 4 до 16 лет с обсессивно-компульсивными расстройствами, с верифицированным диагнозом по МКБ-10 «детский аутизм. F 84.02» (10 больных) и верифицированным диагнозом по МКБ-10 «шизотипическое расстройство. F21.3» (35 больных). Применялся метод интегративной оценки (патопсихологический профиль) показателей дефицитарности в интеллектуальной и мотивационно-личностной сферах психики по 8 выделенным параметрам: диссоциация, шизоидность, интеллектуальное развитие, эмоционально-личностная сфера, мотивация, инфантильность, общение, произвольная регуляция. Использовалась бальная оценка от 1 до 3. Вычисляемый общий балл – показатель общей дефицитарности в психическом развитии, чем выше был балл, тем более была выражена дефицитарность. Максимальный балл – 24.

Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, метод качественного анализа результатов с использованием бальной оценки, статистический.

Результаты и обсуждение. По результатам патопсихологического исследования в комплексе с клиническими характеристиками пациенты были разделены на 4 кластера:

1. 8 больных (80%) с диагнозом детский аутизм, из них 7 мальчиков, с ранним началом заболевания, средний бал – 15,4. У детей отмечались выраженные нарушения развития. Наиболее высокие баллы отмечались по параметрам интеллекта, произвольной регуляции, эмоционально-личностному и мотивационному параметрам, а также по наличию инфантильности.

2. 16 больных (46%) с диагнозом шизотипическое расстройство, из них 8 мальчиков, с возрастом начала заболевания 11,7 лет. Средний балл – 9,1. Выявлены относительно позднее начало заболевания, хорошее познавательное развитие, с

особенностями, свойственными больным шизофренического спектра, трудности в эмоционально-волевой сфере.

3. 19 больных (54%) с диагнозом шизотипическое расстройство, из них 15 мальчиков, возраст начала заболевания 3,7 лет. Суммарный балл – 9,9. Выявлены относительно раннее начало заболевания, относительно хорошее интеллектуальное развитие, с некоторыми чертами, присущими шизоидному кругу, с проявлениями инфантилизма, эмоционально-личностными проблемами.

4. 2-е больных (20%) с диагнозом детский аутизм, мальчики в возрасте 4-х лет, с началом заболевания в 2 года. Выявлена грубая задержка речевого развития, гипоманиакальный синдром. Суммарный балл – 21 – самый высокий. В дефицитарном состоянии находятся все анализируемые параметры патопсихологического профиля.

Резюме. Комплексная оценка патопсихологических и психопатологических данных у пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами при детском аутизме и шизотипическом расстройстве показывает своеобразие психического развития и проявлений дефицитарности для пациентов с разным диагнозом и разным возрастом начала заболевания. Более грубые нарушения по всем сферам оценки патопсихологического профиля встречаются при детском аутизме с ранним началом заболевания. Патопсихологический профиль у детей с ОКР при ДА и ШР показывает такие общие черты, как дефицитарность эмоционально-личностной сферы и разнообразные варианты интеллектуального развития. Обнаружено своеобразие по признаку пола – девочки при ОКР заболевают позже, у них не наблюдается формирование выраженного интеллектуального дефекта. При этом мальчики заболевают в более раннем возрасте, и дефицитарные психические проявления у них более выражены.

«СЕМЕЙНЫЙ КВЕСТ» КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Бухбиндер М. В., Ермакова М.В.

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

mpetska@gmail.com

[Perfice te_mv@mail.ru](mailto:Perfice_te_mv@mail.ru)

Ключевые слова: квест, ментальные нарушения, социально-бытовые навыки, детско-родительские взаимоотношения.

"FAMILY QUEST" AS ONE OF THE FORMS OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS

Bukhbinder M.V., Ermakova M.V.

FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

mpetska@gmail.com

[Perfice te_mv@mail.ru](mailto:Perfice_te_mv@mail.ru)

Keywords: quest, mental disorders, social and household skills, parent-child relationships.

Вопросы социальной адаптации детей, имеющих особенности психического развития, всегда являются одними из самых приоритетных в процессе коррекционной работы. Одним из важных факторов социальной адаптированности является способность к самообслуживанию, которая часто не формируется самостоятельно у данной категории детей, а родители сталкиваются с серьезными сложностями во взаимодействии с ребенком в процессе формирования социально-бытовых навыков. Социальная адаптация всегда находилась на одном из первых мест при реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и ментальными особенностями. Дети данной категории отличаются друг от друга по степени нарушения контакта, поведенческим проблемам, уровню интеллектуального развития. Однако всех их объединяет неприспособленность в повседневных житейских ситуациях и трудность применения накопленных знаний в реальной жизни. Часто дети с ментальными нарушениями не осваивают социально-бытовые навыки самостоятельно, в связи с чем им требуется специальное обучение.

В свою очередь поиск новых форм обучения навыкам детей, имеющих ментальные особенности, является одним из приоритетных направлений в психолого-педагогической работе. Игровая деятельность долго остается ведущей у детей с нарушениями развития, чем и обусловлен выбор квеста как формы организации обучения социально-бытовым навыкам. Под квестом подразумевается игровой жанр, в котором участники движутся от одного интерактивного задания к другому. Приоритетной целью семейного квеста является обучение родителей практическим навыкам взаимодействия с ребенком и алгоритмам формирования социально-бытовых навыков для экстраполяции полученного опыта в повседневную жизнь. Активное и непосредственное участие родителей в квесте является обязательным условием, так как диагноз ребенка или наличие выраженных симптомов является серьезным стрессогенным фактором для всех членов семьи. У родителей формируется разное отношение к диагнозу ребенка, в связи с чем и уровень требований, предъявляемых к нему, также может быть разным.

Опыт работы с семьями в Центре им. Г.Е. Сухаревой, показывает, что родительские требования к ребенку не всегда соответствуют реальности: они могут быть, как чрезмерно завышены, так и занижены. Также, иногда родители фокусируются на развитии ребенка только в одной сфере, игнорируя другие, не менее важные, сферы. Например, многие родители детей с ментальными нарушениями сфокусированы исключительно на развитии интеллектуальных и речевых способностей, упуская важность развития социально-бытовых навыков, которые напрямую влияют на уровень социальной адаптированности ребенка. Большинство родителей сталкиваются с серьезными сложностями в процессе обучения ребенка ежедневным рутинам, начинают чувствовать себя беспомощными и могут вовсе отказываться от идеи обучать ребенка бытовым навыкам. Также, родители могут быть сфокусированы не на зоне актуального и ближайшего развития ребенка, а на зоне, так называемого, актуально недоступного - на том, что недоступно для выполнения ребенком даже с взрослым.

Все это требует работы над адекватным отношением родителей к проблеме развития ребенка, что в свою очередь положительно повлияет на формирование наиболее эффективной стратегии реабилитации и абилитации в целом. Из обозначенных выше проблем использование квеста в психолого-педагогической коррекции позволяет решать следующие задачи:

1. формирование реалистичного отношения к ребенку и его возможностям, смещение фокуса на зону актуального и ближайшего развития ребенка;
2. расширение способов конструктивного взаимодействия в диаде родитель-ребенок;
3. формирование социально-бытовых навыков у детей;
4. осмысление привычных паттернов взаимодействия в диаде родитель-ребенок и выработка единой родительской стратегии;
5. повышение родительских компетенций в области формирования различных навыков.

В подготовке и проведении квеста принимает участие полипрофессиональная команда специалистов: логопеды, дефектологи, нейропсихологи, инструкторы по адаптивной физической культуре, семейные психологи, арт-терапевты, АВА-терапевты. Это обеспечивает мультидисциплинарный подход к реабилитации ребенка, а также дает возможность системно воспринимать семью и предоставлять максимально полную обратную связь относительно внутрисемейного взаимодействия и эффективных методов коррекции.

Участвующие в мероприятии семьи делятся на небольшие команды и проходят испытания согласно индивидуальному маршрутному листу. Вся игровая зона делится на пять тематических площадок. Каждый этап квеста строго регламентирован по времени, что связано с особенностями детей, такими как низкий уровень концентрации внимания, повышенная

утомляемость, пресыщаемость.

На каждой площадке семья встречается с новой командой специалистов, которые объясняют правила, оказывают помощь в прохождении испытаний. В ходе игрового события родители под непосредственным руководством специалистов знакомят детей с основами бытовой жизни: учат заправлять постель, чистить зубы, сервировать обеденный стол, собирать урожай, готовить, наводить порядок и убирать игрушки, а также другим навыкам. Специалисты предлагают родителям разные способы привлечения детей к целенаправленной деятельности; отработывают варианты предъявления инструкции, помогают осознать и выработать наиболее доступный способ обратной связи от родителя к ребенку.

По итогам квеста проводится родительская группа, необходимая для интеграции и кристаллизации полученного опыта. На группе родители рассказывают про свои сложности в процессе квеста, описывают свои наблюдения и ощущения от взаимодействия с ребенком, а также о том, что нового и интересного они почерпнули для себя из опыта других детско-родительских пар. Специалисты помогают родителям осознать свои привычные паттерны поведения, отразить свои трудности, а также обсуждают конструктивные и неконструктивные способы взаимодействия, алгоритмы формирования навыков, отвечают на вопросы родителей.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОДРОСТКА В 21 ВЕКЕ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Зверева М.В.

ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия

art@mzvereva.ru

Ключевые слова: подростковый возраст, диагностика, патопсихологическая диагностика, клиническая психология

CLINICAL PSYCHOLOGY OF ADOLESCENT OF THE XXI CENTURY: DIAGNOSTIC PROBLEMS

Zvereva M. V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

art@mzvereva.ru

Keywords: adolescence, diagnostic, pathopsychological diagnostics, clinical psychology

Подростковый возраст как явление возник в исторической временной перспективе относительно недавно, приблизительно со второй половины XIX века. Однако за период двадцатого века сумел стать полностью отдельным возрастным этапом, кризисным и переходным от детства к взрослости, имеющим важное значение в жизни человека. С наступлением XXI века границы подросткового возраста не только значительно расширились,

но утвердилось его место и значение в возрастной периодизации человека. Изменения, свойственные подростковому и юношескому возрасту накладывают отпечаток на всю будущую жизнь человека. Следовательно, невозможно игнорировать особенности, которые следуют из специфики пубертата при проведении патопсихологической диагностики в клинической психологии [1,2].

Классическая патопсихологическая диагностика включает оценку с помощью методического комплекса следующих сфер: память, внимание, мышление, эмоционально-личностная сфера. Необходимо использовать разные диагностические средства для каждой из сфер психики. Наиболее продуктивным представляется включать в исследование и классические экспериментальные методики патопсихологической диагностики, и современные опросниковые методики. Диагностика делится по месту проведения на стационарную и амбулаторную. Стационарная проводится в рамках госпитализации в клинике и входит, как правило, в стандартный перечень обследований пациента. Амбулаторные подразделяются в зависимости от запроса. Чаще всего это запрос со стороны родителей (часто по просьбе самого ребенка отвести его к психологу), медицинского специалиста (врача-психиатра, невролога и др.), школы (учителя, школьный психолог). В связи с запросом формируется и план проведения диагностики и последующего написания заключения. Нечасто, но требуются также экспертные заключения о психическом состоянии подростка. [2, 4]. Таким образом, в клинко-психологической диагностике подростков решаются задачи дифференциальной диагностики, оценки нормативности психического развития по разным сферам, оценки детско-родительских и родительско-детских отношений, определения образовательных и психотерапевтических маршрутов.

В период работы лаборатории клинической психологии под руководством Ю.Ф. Полякова, были выработаны специфические принципы проведения патопсихологического эксперимента: «глухая инструкция», «провокация», «зона ближайшего развития». Использование «глухой инструкции» подразумевает минимизацию инструктажа испытуемого в процессе проведения диагностики. Этот принцип позволяет психологу-диагносту практически не вмешиваться в процесс эксперимента. Испытуемому полностью предоставляется возможность как самому находить решение, так и обращаться за помощью к психологу. Принцип «провокация» необходим для оценки возможного наличия у испытуемого «психопатологической готовности» (снижение избирательности, проявления искажения и разноплановости мышления и др.), по сути это один из вариантов реализации «функциональных проб» по Б.В. Зейгарник. Не всегда патологический процесс может быть легко раскрыт с помощью клинической беседы или экспериментальных методик. С помощью элементов провокации (например, дополнительные вопросы, специально выполненный

стимульный материал) психолог может извлечь на поверхность скрытые, пока не проявленные патологические процессы в когнитивной и эмоционально-личностной сфере испытуемого. Диагностика на ранних этапах психической патологии позволит оказать помощь быстрее и эффективнее. Принцип зоны ближайшего развития был разработан еще Л.С. Выготским, в патопсихологической диагностике он применяется для оценки способности испытуемого к социальному взаимодействию, возможности понимать и использовать подсказку со стороны психолога. В настоящее время использование этих принципов является базовым для отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ [2, 5].

Специфика подросткового возраста накладывает определенные трудности на диагностический процесс. Период трансформации и перестройки личности может усугубляться и патологическими процессами. И клиническому психологу-диагносту необходимо различать возрастные и патологические признаки изменений личности подростка, его мышления и эмоций. Внимательное изучение запроса, анамнеза, а также подробная клиническая беседа до и во время патопсихологического обследования позволит с высокой точностью определить трудности и составить необходимые рекомендации по дальнейшим действиям. [1, 2, 3, 5] Более чем десятилетний, с 2012 г. опыт работы в амбулаторной клинике ФГБНУ НЦПЗ вывел на первый план следующие проблемы в клинико-психологической диагностике подростков. Условно можно выделить проблемы, связанные больше с родителями, или с подростками.

В первом случае это:

- отсутствие/малое количество доступной профессионально проверенной информации для родителей по вопросам изменений в подростковом возрасте. Родители часто либо постоянно водят подростка по врачам в надежде что он вернется в «удобную» версию себя, либо наоборот полностью игнорируют его просьбы о профессиональной помощи;
- переизбыток доступной информации и отсутствие профессионального фильтра не способствует получению родителем достоверных сведений о нормативном или ненормативном развитии ребенка в подростковом возрасте;
- неосведомленность родителей о возможном риске старта психической патологии в подростковом возрасте, трудности принятия диагноза.

Во втором случае, к социально-психологическим аспектам диагностической работы с подростками можно отнести следующие категории проблем:

- недостаточное количество психотерапевтических направлений и видов психологической помощи, заточенных под специфику подросткового возраста,

- особенно для подростков с психиатрическими диагнозами и пограничной психической патологией;
- недостаточная изученность условно-нормативных, т.н. «нормотипичных» подростков. Скорость цивилизационных изменения в современном мире очень высокая, необходимо с определенной периодичностью пересматривать нормативы для детского и особенно подросткового возраста, а также сами средства диагностики;
 - снятие «стигмы» с подросткового возраста как с возраста, для которого изменения поведения не представляют беспокойство для родителей, т. к. это и так возраст «бури и натиска»;
 - необходим психосоциальный мониторинг изменений современной подростковой культуры, особенно рискованных направлений, связанных с расстройствами приема пищи, суицидальной готовностью и самоповреждающим поведением;
 - необходима специальная психологическая поддержка для учащихся средней и старшей школы, готовящихся к государственным экзаменам. Выгорание и проблемы с мотивацией в выпускных 9 и 11 классах одна из самых частых причин обращения к психологу
 - необходимо формирование представлений о здоровье как ценности вне патологических вариантов (например, орторексия, нервная анорексия), а также развитие психологической культуры личности подростка.

Все вышеперечисленные проблемы нуждаются в обсуждении междисциплинарной группы специалистов – клинических психологов, врачей психиатров, неврологов, школьных педагогов и психологов, что поможет более эффективной и гуманистически ориентированной комплексной помощи специалистов подросткам и их семьям в кризисный возрастной период, как в вопросах обучения и социализации, так и, при необходимости, лечения и психотерапии.

Литература

1. Зверева М.В. Особенности патопсихологической диагностики в подростковом возрасте. //Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рождиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2021 – С 79-88.
2. Зверева, Н. В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 222 с. — (Серия : Бакалавр и специалист).
3. Соколова, Л. Ю. Особенности развития психологической культуры у современных подростков. //Психология личностного и профессионального развития человека: материалы Седьмой конференции психологов образования Сибири. Иркутск, 20–21 июня 2022 г. / ФГБОУ ВО «ИГУ» ; редкол.: И. А. Конопак [и др.]. – Иркутск: Издательство ИГУ, 2022. – 1 электронный оптический диск (CD-ROM).243-247.
4. Туровская Н. Г. Роль психологического обследования в определении «мишеней» психотерапевтического воздействия при нарушениях поведения у подростков. //Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы VIII Международной

научно-практической конференции. Ред. И.О. Логинова, В.Б. Чупина, Л.С. Гавриленко [и др.]. - Красноярск, 2022. С 225-229.

5. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении /Под ред. Ю.Ф. Полякова. —М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982, т.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В.

ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

mr.adibay@mail.ru

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, аффективная деятельность, стереотипии, расстройство коммуникации.

CLINICAL PATTERNS OF BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Irmukhamedov T.B., Abdullaeva V.K., Rogov A.V.

TashPMI, Tashkent, Uzbekistan

mr.adibay@mail.ru

Keywords: autism spectrum disorder, affective activity, stereotypes, communication disorder.

Введение. В медицинской литературе описаны наиболее характерные варианты нарушения развития у детей с расстройствами аутистического спектра, которые отражают трудности при формировании основных механизмов аффективной деятельности поведения и сознания [1]. Также имеются данные о наличии первых признаки нарушений со стороны аффективной деятельности, что даёт возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до проявления синдрома в полной мере, также определенные сочетания этих признаков, которые позволяют спрогнозировать формирование определенного типа синдрома [2].

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 56 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 5 до 14 лет. В исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования.

Результаты. Один из наиболее изменчивых диагностических критериев основной группы это - возможность установить глазной контакт, который встречался почти у всех детей от 5 лет до 7 лет, а к 14 годам этот признак был нарушен почти у 62,6 %. Нарушение формирования речи в виде задержки наблюдалось у детей с аутизмом в группе от 3–7 лет в 73,7 % случаев. К 14

годам несформированность речи выражалось почти у половины детей. В возрасте до 10 лет стереотипность речевой функции выявлялось у 43,4 % детей. По течению аутистического процесса у детей наблюдалась следующая картина: непрогредиентное течение составило 46,3 % случаев.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о низком уровне социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра на момент обращения за помощью, обусловленной тяжестью клинических проявлений. Из коммуникативных нарушений наблюдались нарушения в речевой функции.

Таким образом, основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения, выражающиеся в расстройствах коммуникации, уменьшаются с возрастом.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. - 2006. - № 2 - С. 82-92.
2. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма // Дефектология. -2008.-№4.-С. 11-19.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРАХОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Куртанова Ю.Е., Фирсова Д.С.

МГППУ, Москва, Россия

Ulia.Kurtanova@yandex.ru

Firsova.d555@mail.ru

Ключевые слова: тревожность, страхи, часто болеющие дети, старший дошкольный возраст, половые различия

FEATURES OF ANXIETY AND FEARS IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN WITH RECURRENT RESPIRATORY INFECTIONS DEPENDING ON GENDER

Kurtanova U.E., Firsova D.S.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: anxiety, fears, recurrent respiratory infections, older preschool age, sex differences

Введение. Настоящая работа представляет собой исследование проблемы тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Период детства представляет собой время наибольшей чувствительности к неблагоприятным факторам разного рода, что объясняется несформированностью нервной системы и психики детей [3]. Незначительная, на первый взгляд, причина может сыграть значительную роль в развитии тревожности и в возникновении страхов у ребенка. Данные явления довольно распространены в детском возрасте, особенно выражены в 5-7 лет [1,4] и представляют собой естественный этап развития психики [2]. Однако в случаях, когда тревожность и страхи выходят за рамки возрастной нормы, можно говорить о нарушении развития психики. Тогда вероятно возникновение соматизации и социальной дезадаптации ребенка.

Проблема частых болезней детей, представляющая важность, как для психологии, так и для педагогики и педиатрии, является *актуальной* ввиду увеличивающегося количества часто болеющих детей [5] при отсутствии единой системы взглядов в вопросе классификации, диагностики и лечения [6]. Кроме того, актуальность настоящей работы обусловлена растущим количеством детей с повышенной тревожностью [7].

Теоретико-методологической основой данной работы является культурно-исторический подход к развитию психики, в частности, работы таких специалистов в области развития психики ребенка, как Л.С. Выготский, В.М. Астапов, А.И. Захаров, Е.П. Ильин, В.А. Ковалевский, А.М. Прихожан и других ученых.

Предметом нашего исследования являются половые различия в проявлении тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

В нашем исследовании было выдвинуто несколько *гипотез*:

1. Существуют различия в уровнях тревожности и страхов между часто болеющими и здоровыми детьми.
2. Существуют половые различия в проявлении тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.
3. Существует взаимосвязь между особенностями тревожности и страхов у детей и особенностями внутрисемейных отношений.

Таким образом, *цель* данного исследования – выявить особенности тревожности и страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в зависимости от пола.

Научная новизна данной работы заключается в комплексном подходе к исследованию тревожности и страхов у детей старшего дошкольного возраста, поскольку учитывается статус здоровья и пол детей (сравнительный анализ), а также картина семейной системы.

Знание возрастных и половых особенностей развития тревожности и страхов у детей может оказаться важной информацией для родителей и педагогов для выстраивания наиболее благополучных отношений с ребенком и возможности своевременной помощи, что обуславливает *практическую значимость* настоящей работы.

В исследовании были применены следующие *методики*:

- Тест тревожности (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки)
- Страхи в домиках (А.И. Захаров, М.А. Панфилова)
- Расскажи историю (Г.Х. Махортова)
- Семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер)

Выборку составили 28 воспитанников детского сада ГБОУ школы №1514 г. Москвы старшего дошкольного возраста. Таким образом, в исследовании приняли участие две группы детей: экспериментальная и контрольная. Экспериментальную группу составили 11 часто болеющих детей (5 девочек и 6 мальчиков), средний возраст – 5,8 лет. Контрольную группу составили 17 человек, не имеющие статус часто болеющих (10 девочек и 7 мальчиков), средний возраст – 6,1 лет.

В результате исследования были сделаны следующие **выводы**:

1. Было выявлено, что нет разницы в уровне тревожности между часто болеющими и здоровыми детьми, а также между мальчиками и девочками.
2. У часто болеющих детей количество страхов больше, чем у здоровых. В частности, у часто болеющих детей больше выражены медицинские страхи, связанные с причинением физического ущерба, страх темноты, кошмарных снов и пространственные страхи. У часто болеющих мальчиков медицинские страхи, страхи причинения физического ущерба, темноты, кошмарных снов, сказочных персонажей выражены в большей степени, чем у здоровых мальчиков. У часто болеющих девочек больше, чем у здоровых девочек, выражены медицинские страхи.
3. Были выявлены связи между тревожностью и страхами и областями конфликта у детей обеих групп. Так, чем выше у ребенка тревожность, связанная с внутрисемейными отношениями, тем больше у него выражена сиблинговая ревность. Также было обнаружено, что чем больше у ребенка выражена склонность к страхам, тем больше у него выражены страхи животных и страхи, связанные с причинением физического ущерба.
4. Было выявлено, что часто болеющие дети более эмоционально привязаны к родителям, чем их здоровые сверстники. Также было показано, что чем меньше у ребенка страхов, тем больше он склонен отражать в рисунках иерархию семейных отношений, то есть, в восприятии детей с небольшим количеством страхов иерархия семейных отношений наиболее представлена. Различий между мальчиками и девочками ни в одной из групп по критерию особенностей внутрисемейных отношений обнаружено не было.

Итак, наши гипотезы были подтверждены частично. Результаты нашего исследования показали, что

1. Между здоровыми и часто болеющими детьми нет различий в уровне тревожности, но есть различия в количестве и содержании страхов.

2. Между часто болеющими мальчиками и девочками нет различий в проявлении тревожности и страхов

3. Существует связь между особенностями внутрисемейных отношений и особенностями страхов у детей. Связи с уровнем и особенностями тревожности обнаружено не было.

В связи с тем, что феномен частых болезней у детей остается не вполне изученным, важным представляется продолжение исследований по данной тематике. Так, в частности, интерес представляет изучение связей внутрисемейных отношений с частыми эпизодами болезней ребенка, а также с особенностями тревожности и страхов. Понимание причин частых болезней, тревожности и страхов является ключевой составляющей продуктивной помощи детям с данными проблемами.

Литература

1. Абрарова, Л.С. Коррекция детских страхов средствами сказкотерапии / Л.С. Абрарова. – Екатеринбург : Уральский государственный педагогический университет, 2016. – 73 с.
2. Астапов, В.М. Тревожность у детей / В.М. Астапов. – Москва : ПЕР СЭ, 2008. – 98 с.
3. Грибанов, А.В., Депутат, А.С., Нехорошкова, А.Н. [и др.]. Психофизиологическая характеристика тревожности и интеллектуальной деятельности в детском возрасте (обзор) // Экология человека. – 2019. – № 9. – С. 50–58.
4. Дусказиева, Ж.Г. Влияние родительского отношения на гендерные особенности проявления тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста // Сибирский педагогический журнал. – 2008. – № 13. – С. 324-334.
5. Дусказиева, Ж.Г. Гендерные особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и возможности ее коррекции : автореф. дис. канд. психол. наук / Ж.Г. Дусказиева. – Красноярск : Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2009. – 23 с.
6. Жаманкулов, А.А., Моренко, М.А., Розенсон, Р.И. Часто болеющие дети: критерии, этиология, факторы риска, диагностика // Валеология: здоровье, болезнь, выздоровление. 2019. - №4 – с. 16-20
7. Келипова, Э.М., Снимщикова, Е.Ю., Здоровец, А.А. Психокоррекция тревожности и страхов у детей дошкольного возраста с использованием сказкотерапии // Образовательный альманах. – 2022. – № 1 (51).

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Максименко М.Ю.

РГГУ, Институт психологии, Москва, Россия

e-mail Mylmaks.psi@yandex.ru

Ключевые слова: аутизм, когнитивные функции, нейропсихология, старшекласники.

FEATURES OF COGNITIVE DEVELOPMENT OF HIGH SCHOOL STUDENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Maksimenko M. Yu.

RSUH, Institute of Psychology, Moscow, Russia

e-mail Mylmaks.psi@yandex.ru

Keywords: autism, cognitive functions, neuropsychology, high school students.

Введение. В настоящее время возрастает количество высоко функциональных детей с аутистическими чертами (РАС) в условиях обучения в школе по общеобразовательной программе. Несмотря на то, что обучение этой категории школьников осуществляется по адаптированной программе, многие из них испытывают значительные трудности. Известно, что основными проблемами этой категории детей являются трудности коммуникации [1], социального взаимодействия с окружающими и речевого общения, но они являются «вершиной айсберга», в основе которого лежит дефицит когнитивного развития, т.е. разных высших психических функций (ВПФ) – памяти, зрительного восприятия, оптико-пространственных функций, мышления и других. Основной акцент в сопровождении таких детей в условиях образовательного учреждения делается на психологической адаптации и коррекционной работе преимущественно для младшеклассников [2], которая не предполагается для детей старшего подросткового возраста. Исследование состояния ВПФ у школьников старших классов позволяет вплотную подойти к пониманию дефицитарных механизмов мозговой деятельности с позиции нейропсихологического факторного анализа.

Целью данного исследования выступает диагностика состояния ВПФ именно старшеклассников с РАС для понимания уровней сформированности/дефицитарности разных механизмов и выделения специфических особенностей их когнитивного развития.

Методы и методики. Для диагностики ВПФ использовались традиционные методики: усвоение двух программ в динамическом праксисе, выработка условно-рефлекторной реакции, самостоятельный рисунок «стола, куба», слухо-речевая память (запоминание 10 слов, двух троек слов, двух фраз и рассказа), зрительная память (запоминание 5 геометрических трудновербализуемых фигур), наглядно-образное мышление (понимание смысла одноактных и серий сюжетных картин), а также решение арифметических задач.

Испытуемые. В исследовании приняло участие 14 школьников 9-х и 11 классов (9 мальчиков и 5 девочек), учащихся ГБОУ № 1321 «Ковчег», у которых по заключениям ЦМППК имеются «расстройства аутистического спектра».

Результаты исследования. В таблице 1 в обобщенном виде представлены результаты

исследования ВПФ по степени их дефицитарности.

Таблица 1.

Дефицитарность по исследованным факторам

Степень дефицит.	Програм. динам. праксис	Усл-рефл. реак.	Рис. стола	Рис. куба 3-х мерн. изобр.	Память слухо речев. изолир. слова	Память слухо речев. фразы рассказы	Память зрит.	Нагл. образ мышл.	Зада=чи
Миним. норма	5/ 35,7%	2/ 14,2%	7/ 50%	8/57,1%	4/28,6%	0	5/ 35,7%	2/14,2%	2/ 14,2%
Средняя	4/28,6%	8/ 57,1%	1/ 7,1%	3/21,4%	7/50%	10/71,4%	4/ 28,6%	5/35,7%	2/ 14,2%
грубая	5/ 35,7%	4/ 28,6%	6/ 42,3%	3/21,4%	3/21,4%	4/28,6%	5/ 35,7%	7/50%	10/ 71,4%

Представленные результаты выявляют следующее: наиболее часто встречающаяся дефицитарность проявляется в отношении функции программирования при составлении плана решения простых арифметических задач (в 71,4% случаев). В половине случаев (50%) средний уровень дефицитарности относится к слухо-речевой памяти при неоднократном заучивании 10 слов или двух троек слов. При этом запоминание смыслового материала вызывает большие трудности (71,4%), чем заучивание изолированных слов. При этом страдает не только запоминание и понимание рассказа, но и 2-х фраз. Если запоминание рассказа можно рассматривать с позиции значительного увеличения объема воспринимаемого материала, то основным механизмом неуспеха является несформированность межполушарного взаимодействия, когда воспроизводятся отдельные слова, за которыми отсутствует полноценный образ-сюжет.

Недостаточная сформированность зрительной памяти присутствует у 64,3% школьников среднего и высокого уровня, При этом объем запомненных стимулов не страдает по параметру объема (лишь в двух случаях 1-ое воспроизведение находится на уровне 1 элемента), но главным являются грубые изменения запомненных образов: нарушение пространственных параметров - координатных и структурно-топологических, контаминации (когда в один образ добавляются элементы другого), элементы инертности. Кроме того, в случаях затруднений при запоминании школьник не использует систему вербального опосредования знаковой системой, символами, образами.

Анализ оптико-пространственных функций на материале рисунка «стола» и «куба» выявляет следующее. Только половине детей доступно изображение стола в 3-х мерной системе координат, при этом 42,3% подростков рисует плоскостной стол (что часто встречается у младшеклассников). Рисунок куба дети рисуют правильно, этому предшествует

обучение алгоритму еще в 5-ом классе. Соответственно половина школьников, рисовавших плоскостной стол, усвоила правила схематического отражения проекционных параметров объекта, но в 21,4%. случаев оказался недоступен перенос изученных алгоритмов на объект-образы окружающего мира (стол). Это можно рассматривать как ригидность рисуночной деятельности с ранних этапов развития и недоступность переноса (активность функции программирования) с одного изучаемого материала на другой. Но к специфическим особенностям рисунка куба относится и не стандартное его изображение, а несколько деформированное, когда передняя и задняя стенка отличаются по метрическим параметрам (в 2-х случаях из 8).

С позиций нейропсихологии усвоение программ в динамическом праксисе и выработка условно-рефлекторной реакции обеспечиваются фактором программирования и контроля, что у школьников с РАС не выступает в их тесной взаимосвязи. Дефицит усвоения программы в динамическом праксисе встречается значительно чаще, чем в условно-рефлекторной реакции. Проблемы динамического праксиса примерно в равной степени встречаются как достаточно нормативные, так и среднего и высокого уровня дефицитарности. При грубой степени дефицитарности имеются выраженные трудности усвоения и первой и второй программ, инертность на уровне переключения, инертность на уровне отдельных элементов, недоступность автоматизации, в отдельных случаях требуется оречевление программы, после которого ее выполнение становится доступным. Таким образом, присутствует диссоциативность доступности-недоступности функции программирования в отношении разного стимульного материала.

Достаточно выраженные трудности имеют место при восприятии и описании смысла сюжетных картин и их серий. На понимание смысла сюжетов [3] влияют как гностические ошибки, так и вплетение побочных ассоциаций, нецеленаправленность мыслительной деятельности, что приводит либо к формальному описанию отдельных образов с установлением частотных причинно-следственных связей (ПСС) или актуализации неадекватных. Только у 14,2% школьников выявляется высокий уровень понимания происходящих в сюжете событий.

Выводы. На основе нейропсихологической диагностики выявляется достаточно диссоциативный вариант сформированности/дефицитарности различных ВПФ и их звеньев. Как специфические особенности ВПФ у школьников с РАС выступает дефицитарность функции программирования, проявляющаяся в разных психических функциях – моторике, памяти, оптико-пространственном гнозисе, наглядно-образном мышлении, решении арифметических задач. Патогномичным симптомом является более выраженная дефицитарность слухоречевой памяти при запоминании смыслового материала по сравнению

с изолированными словами, а также отчетливая дефицитарность зрительной памяти не опосредуемая самостоятельно. Это подтверждает асинхронию психического развития, проявляющуюся и в старшем школьном возрасте у детей с РАС.

Литература

1. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., Изд-во МГУ, 1985
2. Максименко М.Ю., Шаль Л.Г. Отличительные особенности наглядно-образного мышления и гностических функций у детей старшего и среднего школьного возраста при расстройствах аутистического спектра. //Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018, т.18, № 4. С.72-80.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети и подростки с аутизмом Психологическое сопровождение. Изд 3 М., Теревинф, 2011

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

malyginvl@yandex.ru

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, факторы формирования интернет-зависимости.

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF INTERNET ADDICTION FORMATION IN ADOLESCENTS

Malygin V.L., Merkurieva Y.A.

FSBI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH, Moscow, Russia

malyginvl@yandex.ru

Keywords: behavioural addictions, psychotherapy of Internet addiction, adolescents.

Введение. Формирование интернет-зависимости имеет многофакторный генез. Среди основных моделей возникновения данного расстройства выделяют: когнитивно-бихевиоральную модель Р. Дэвиса [3], модель цикличной активности Грохола [5], теорию дефицита социальных навыков Каплана [2], социо-культуральную модель [9], нарушение контроля импульсивности [8]. Из всех представленных моделей более комплексной и целостной является биопсихосоциальная модель формирования интернет-зависимости [4, 6, 7, 1].

Материал и методы исследования. Всего обследовано 1108 подростков в возрасте 14–17 лет.

Для выявления подростков с расстройством привычек и влечений в форме интернет-зависимости было использовано два критерия: суммарный балл интернет-зависимости по опроснику «Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addiction scale, CIAS)» в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова (2011); данные клинико-психологического интервью. В экспериментальную группу (n=117) вошли подростки с показателем от 65 баллов и более по методике «Шкала интернет-зависимого поведения CIAS» и наличием признаков интернет-зависимости по данным клинико-психологического интервью. В контрольную группу вошли подростки с показателем 31–41 балл по методике «Шкала интернет-зависимого поведения CIAS», отсутствием признаков интернет-зависимости по данным клинико-психологического интервью (n=120). Психодиагностические методики: «Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addiction scale, CIAS)» в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова (2011), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко, в модификации С.И. Подмазина и Е.И. Сибиль (МПДО, 1996), методика диагностики эмоционального интеллекта (MSCEIT), адаптация Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова (2010), адаптированное нейропсихологическое исследование для подростков «Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90»» Э.Г. Симерницкая (1991), методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерс-Даймонд, в адаптации А.К. Осницкого (2004), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001).

Результаты и их обсуждение. В соответствии с задачами исследования была проведена нейропсихологическая диагностика в исследуемой когорте подростков.

При анализе количественных показателей по нарушенным и несформированным функциям было выявлено, что у подростков с Интернет-зависимым поведением отмечаются более высокие показатели нарушений межполушарных взаимодействий, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, слухомоторной координации, внимания, пространственного праксиса по сравнению с контрольной группой.

Исследование эмоционального интеллекта обнаружило значимое снижение общего балла ЭИ у интернет-зависимых подростков по сравнению с подростками контрольной группы и, в частности, способности к пониманию эмоций других людей и эмоционально окрашенных ситуаций, управление своими эмоциями и эмоциями других людей. При анализе результатов методики МПДО Подмазина было выявлено, что в группе интернет-зависимых подростков по сравнению с контрольной группой наиболее выраженные и часто встречающиеся типы акцентуации - это астено-невротический, возбудимый и демонстративный. По показателям психопатологической симптоматики подростки с интернет-зависимостью характеризуются более высокой межличностной сензитивностью, обсессивностью-компульсивностью и симптомами депрессии. При этом у них значимо выше показатели симптоматического дистресса. Результаты

сравнительного анализа социально-психологической адаптации по методике Роджерса-Даймонд показали, что у подростков с интернет – зависимостью по сравнению с условно здоровыми, отмечаются достоверно более высокие показатели по шкалам: дезадаптивность, неприятие себя, неприятие других, эмоциональный дискомфорт, внешний контроль и эскапизм, а также достоверно более низкие показателей по шкалам: адаптивность, приятие других и эмоциональных комфорт. Подростки с интернет-зависимостью характеризуются незрелостью личности, невротичностью, дисгармонией в сфере принятия решений, являющиеся результатом постоянных неуспешных попыток подростка реализовать цель, либо наличием двух и более равнозначных целей. Выявляется высокая степень неудовлетворённости своими личностными чертами, а также «эскапизм (уход от проблем)» в виде избегания проблемных ситуаций, уход от них. Кластерный анализ позволил выделить две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б). В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета, наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации – торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности, низкие показатели социальной адаптации). К кластеру Б относятся интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярко выраженной одной из акцентуаций (возбудимый, гипертимный, демонстративный), высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности и высокий показатель социальной дезадаптации.

Выводы. Развитие интернет-зависимости у подростков имеет различные психологические механизмы формирования, различающиеся по ведущим биологическим и психологическим предикторам.

1. Подростки с нейропсихологическими нарушениями выбирают интернет как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус и внимание. Подростки с интернет-зависимостью используют интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, однако в то же время способствует еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к сети, формируя аддиктивный цикл.
2. Подростки с преобладанием акцентуированных черт характера с трудом адаптируются в социуме, интернет-среда предоставляет многообразие способов реализации их гедонистической направленности. Влечение к новизне, не насыщаемая потребность в привлечении внимания, кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость чаще обращаться к игре,

повышая толерантность к игровой деятельности. Приводит к заострению акцентуированных черт характера, большому нарушению социальной адаптации, тем самым формируя аддиктивный цикл.

Литература

1. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков//Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>
2. Caplan, S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument / S.E. Caplan // Computers in human behavior. – 2002. – Т. 18. – №. 5. – С. 553–575.
3. Davis, R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use / R.A. Davis // Computers in human behavior. – 2001. – Т. 17. – №. 2. – С. 187–195.
4. Kelly, R.V. Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction, and the playing experience / R.V. Kelly. – McFarland, 2004.
5. Grohol, J.M. Internet Addiction Disorder 1999. [WWW document] <http://psychcentral.com/netaddiction/>
6. Kuss, D.J. Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research / D.J. Kuss, M.D. Griffiths // International journal of mental health and addiction. – 2012. – Т. 10. – №. 2. – С. 278–296.
7. Mazurek, M.O. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development / M.O. Mazurek, C.R. Engelhardt // Pediatrics. – 2013. – Т. 132. – №. 2. – С. 260–266.
8. Shapira, N.A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N.A. Shapira et al. // Journal of affective disorders. – 2000. – Т. 57. – №. 1-3. – С. 267–272.
9. Shek, D.T.L. Internet addiction in Hong Kong adolescents: profiles and psychosocial correlates / D.T.L. Shek, L. Yu. – 2012.

МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ-ЖЕРТВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Марголина И.А.^{1,2}, Платонова Н.В.¹, Балакирева Е.Е.¹

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

imargolina@mail.ru

Ключевые слова: жестокое обращение, дети, психокоррекция.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE CORRECTION OF MENTAL DISORDERS IN CHILD VICTIMS OF ABUSE

Margolina I.A.^{1,2}, Platonova N.V.¹, Balakireva E.N.¹

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

imargolina@mail.ru

Keywords: abuse, children, psychocorrection.

По определению ВОЗ «жестокое обращение с детьми» включает все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, следствием которых является фактический или потенциальный вред для здоровья ребенка и его развития

По данным отечественной и зарубежной литературы в качестве психосоциальных последствий жестокого обращения с детьми указываются делинквентные и асоциальные формы поведения [1], аффективные нарушения [6, 7] и аномальные черты личности [5]. Исследования, проводимые сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, показали, что жесткое обращение способствует искажению формирования личности, проявляющемуся в виде последовательно возникающих искажения формирования привязанности, эмоциональных расстройств, нарушений коммуникативных функций и проявлений психопатоподобного и невротоподобного синдромов [2, 4]. Исходя из особенностей и динамики выявленных нарушений мы разработали следующие подходы к их коррекции [3].

Принципы оказания помощи детям-жертвам жестокого обращения

1. Комплексность («преемственность в срезе») – задействование ряда специалистов и даже служб в организации помощи ребенку и семье одновременно.

2. Системность. Работа ведется не только с ребенком, но и с микросоциальной системой – семьей. Уделяется также внимание взаимодействию семьи с обществом, социальными институтами поддержки ребенка. Таким образом, следует оказывать помощь ребенку без отрыва от членов семьи, что способствует формированию у ребенка более правильного представления о семейных отношениях.

3. Этапность («преемственность в динамике наблюдения»). Очевидно, что оказание помощи непосредственно после произошедшего стресса, оказавшегося причиной психотравмы, события или периода злоупотребления является лишь ранним этапом помощи, и необходим еще отдаленный этап, когда реабилитационные и психокоррекционные мероприятия следует продолжить

4. Индивидуальность. Мы полагаем, что комплекс психотерапевтических мер обязательно вытекает из комплекса выявленных диагностикой особенностей участников и обстоятельств ситуации.

Этапы оказания помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, должны включать в себя режимно-организационные мероприятия, лечебно-диагностические мероприятия (включая медикаментозное лечение), психолого-педагогическую работу и последующие социально-психологические мероприятия.

Цель режимно-организационных мероприятий:

- Изъятие ребенка из ситуации насилия с целью обеспечения безопасности потерпевшего (осуществляется органами опеки).

- Удаление ребенка из психотравмирующей ситуации.

- Сохранение связи с членами семьи, не причастными к насилию, что необходимо для возможности сформировать у ребенка «правильный», безопасный тип привязанности.

Лечебно-диагностические мероприятия:

- Диагностика и последующее наблюдение детским психиатром.

- Лечение выявленных соматоневрологических нарушений.

- Общеукрепляющая и адаптогенная терапия.

- Седативная терапия (фитотерапия, глицин, с 7 лет - алимемазин).

- Антидепрессивная терапия (препараты зверобоя, с 6 лет амитриптилин, кломипрамин, сертралин, флувоксамин).

- Нормотимики (карбамазепин, вальпроевая кислота).

- Нейролептики - корректоры поведения (тиоридазин, перициазин).

Психолого-педагогическая работа:

- Активные виды психокоррекции: (арт-терапия, сказкотерапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой).

- Пассивные виды психокоррекции: (сухой бассейн, сенсорная комната).

- Воспитательная и педагогическая работа по стимуляции развития дефицитарных функций, преодоления ЗПР и привития навыков общения и правил поведения в коллективе.

Социально-психологические мероприятия:

- Семейное консультирование по нормализации внутрисемейных отношений, психообразовательная работа.

- В случаях изъятия из семьи и помещения в учреждения для детей, оказавшихся без попечения родителей, «имитация семьи» в группе.

- При возможности усыновления или опеки – занятия кандидатов в «школе приемных родителей».

- Помощь семьям, оказавшимся в тяжелых социально-бытовых условиях с целью предупреждения депривации.

Из приведенного выше комплекса мероприятий можно сделать вывод, что реабилитационная, профилактическая и психообразовательная работа должна проводиться мультидисциплинарно и межведомственно, с участием врачей различных специальностей, психологов и педагогов, а также социальных служб.

Литература

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. М., 1998. – 215 с.
2. Марголина И.А. Платонова Н.В. Иванов М.В. Козловская Г.В. Проблема внутрисемейного физического и сексуального насилия над детьми. Диагностика, клиника и коррекция: пособие для специалистов. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 40 с. ISBN: 978-5-9986-0370-9
3. Марголина И.А. Платонова Н.В., Иванов М.В. Депривационный парааутизм вследствие жестокого обращения с детьми. Методы психолого-педагогической коррекции.// Дефектология, 2021.№5.С.36-46.
4. Психические нарушения в детском возрасте. Психическая депривация. Коллективная монография /Под ред.проф. Г.В. Козловской. – Тверь: ООО «Издательство «Триада». 2020. – 208 с.
5. Bernstein DP., Stein JA., Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. Addictive Behaviors. 1998;23:855-868 doi:10.1016/s0306-4603(98)00072-0
6. Luntz PK., Widom CS. Antisocial personality disorder in abused children grown up. American journal of psychiatry. 1994;151(5):670-674. doi: 10.1176/ajp.151.5.670
7. Mancini C., Van-Ameringen M., Mac Millan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. Journal of nervous and mental disease. 1995;183(5): 309-314.doi:10.1097/00005053-199505000-00006

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА В СТРУКТУРЕ
РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ТЕЛА У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Селемина А.А., Шаль Л.Г., Максименко М.Ю.

ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

anna.selyomina@yandex.ru

Ключевые слова: репрезентация тела, расстройства аутистического спектра, телесный опыт, дизонтогенез.

**FEATURES OF THE COGNITIVE COMPONENT IN THE STRUCTURE OF BODY
REPRESENTATION AMONG YOUNG ADOLESCENTS WITH AUTHISTIC SPECTRUM
DISORDERS**

Selemina A.A., Shal L.G., Maksimenko M.U.

FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

anna.selyomina@yandex.ru

Keywords: representation of the body, authistic spectrum disorders, bodily experience, dysontogenesis.

Введение. Клинико-психологические работы преимущественно посвящены особенностям

эмоционально-личностной и когнитивной сфер, проблемам коммуникации и социализации людей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В работах Ю.Ф. Полякова было описано, что одним из аутистических проявлений выступает отрыв от реальности и жизненного опыта. Одним из условий формирования жизненного опыта является опора на телесный опыт и возможности его вербального опосредствования. Таким образом особый интерес представляет изучение специфики когнитивного компонента телесного опыта у подростков с РАС. Современные исследования, направленные на изучение структуры репрезентации тела, телесности, становления субъектности и самосознания в целом у детей и подростков с РАС представлены лишь в единичных отечественных и англоязычных работах. В выводах отдельных исследований отражается, что у детей с РАС в отличие от нейротипичных сверстников наблюдается искажение и дефицитарность формирования системы представлений о собственном теле. Предположительно, их образ тела носит фрагментированный характер, а представления о внутреннем пространстве тела дефицитарны, вследствие чего восприятие тела может оказаться плоским и двумерным наряду с нарушениями представлений о границах собственного тела [6]. Для понимания особенностей психического функционирования подростков с РАС особую ценность и актуальность представляют исследования репрезентации тела. Работы англоязычных авторов посвящены исследованию телесных иллюзий у людей с РАС [7, 8, 9]. Исследователи, описывая дефициты в восприятии собственного тела и его представлений у людей с РАС, указывают на атипичную репрезентацию тела, которая может отражаться на неуспешности социальных взаимодействий и самосознания людей с РАС в целом. В современных отечественных исследованиях Комоловым Д.А. был введен конструкт «репрезентация тела» [1], в структуре которого им были выделены когнитивные и аффективные компоненты и их взаимосвязи. В данном исследовании указанный конструкт использовался для исследования телесного опыта респондентов подросткового возраста с РАС. Цель исследования - изучение особенностей когнитивного компонента в структуре репрезентации тела у младших подростков с РАС в сопоставлении с нейротипичными сверстниками.

Материал и методы. В исследовании использовался детский вариант методики «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (КДСО) Г.А. Ариной, О.Г. Мотовилина. КДСО позволила исследовать индивидуальную систему значений, опосредующих телесный опыт, организацию и его содержание, особенности вербального опосредствования в структуре репрезентации тела. Статистический метод - использование программного пакета IBM SPSS Statistics 22: U-критерий Манна-Уитни для порядковых шкал.

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие учащиеся ГБОУ Школы № 1321 «Ковчег» г. Москвы и МБОУ Гимназии №4 г. Брянска – 41 человек (11-14 лет), из

которых 21 подросток с РАС (по данным ЦПМПК) и 20 подростков с нормотипичным психическим развитием.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение структуры репрезентации тела проводилось по следующим параметрам: объем словаря телесных ощущений и возможность вербального опосредствования (широта категориальной структуры). Объем словаря телесных ощущений у младших подростков с РАС характеризуется более низкими показателями в сравнении с нейротипичными сверстниками (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели общего объема телесного опыта и словарей телесных ощущений по различным категориям в методике КДСО у нейротипичных младших подростков и младших подростков с РАС

Заданные параметры	Среднее значение		Стандартное отклонение		Статистика U Манна-Уитни	Уровень значимости p
	РАС	Нейротипичные	РАС	Нейротипичные		
Общий объем	48,38	53,00	15,54	9,52	156,00	0,158
Сенс-дискримин (С)	15,33	19,05	7,11	4,52	129,00	0,034*
Эмоц.тон ощущений	6,00	6,05	0,89	1,60	170,00	0,261
Эмоц.отношение	7,14	8,50	3,27	2,11	165,50	0,241
Оценочные	6,33	6,45	2,29	2,60	193,50	0,663
Универсальные	6,90	6,20	2,23	1,76	151,00	0,119
Неоднозначные	6,66	6,75	2,57	1,71	195,50	0,700
Сенс-дискр. блок	15,33	19,05	7,12	4,52	129,00	0,034*
Мотив – афф блок	13,14	14,55	3,89	2,87	171,00	0,306
Когнитивный блок	6,33	6,45	2,29	2,60	193,500	0,663

Примечание: «*» — значимые различия между группами ($p \leq 0,05$).

Результаты анализа показали, что структура когнитивного компонента у младших подростков с РАС характеризуется большим выбором «Универсальных» дескрипторов в сравнении с нейротипичными сверстниками. Была обнаружена достаточно сходная структура распределения дескрипторов телесных ощущений. Подростки обеих групп выбрали наибольшее количество дескрипторов категории эмоционального тона ощущений (ЭТ), что может быть связано с превалированием аффективного компонента в структуре репрезентации тела. Разрыв между группами подростков по показателям частоты выбора категорий дескрипторов является умеренным, выявлено одно статистически значимое различие по количеству отобранных (С) дескрипторов, нейротипичные подростки значительно чаще отбирали дескрипторы данной категории ($p \leq 0,05$), возможно, вследствие наличия у них

осознаваемого болезненного опыта (многие подростки упоминали о различных травмах и болях в животе). Широта категориальной структуры оценивалась в контексте свободной классификации дескрипторов. Выявлено, что подростки с РАС создают в среднем большее количество групп (13) в сравнении с нейротипичными сверстниками (5), классифицируя их часто по принципу близлежащих, случайных карточек или с использованием принципа синонимии-антонимии. Подростки с РАС не выделяли и не вербализовали родовые понятия в 81% случаев (выделенные ими группы можно рассматривать как комплексы по Л.С. Выготскому) в отличие от нейротипичных сверстников, категориальная структура групп которых представлена более обобщенной и наполненной категориями, близкими к «понятиям» по Л.С. Выготскому (46%) – отличия статистически подтверждены ($p \leq 0.01$).

Подростки с РАС в меньшей степени, чем нейротипичные сверстники, выделяли группы, в основе которых заложена категория ЭТ: 30% против 60% (названия групп заключали слова по типу «приятные», «плохие», «не нравятся» и пр.). Они чаще классифицировали группы без учета центральной дихотомии «телесное-эмоциональное» (25% против 10%), что выступает свидетельством слитности и низкой дифференцированности, слабого субъективного разделения телесного и эмоционального опыта. Это также подтверждается и отсутствием в ходе классификации выделения данной дихотомии подростками с РАС. Таким образом, для группы подростков с РАС характерна «слабость» вербального опосредования телесного опыта.

Выводы. У младших подростков с РАС выявляется низкий объем телесного опыта, диффузность категориальной структуры, что, вероятно, свидетельствует о недостаточной сформированности когнитивного компонента в структуре репрезентации тела. Для подростков с РАС характерна низкая дифференцированность и слабое субъективное разделение телесного и эмоционального опыта, представленность тела внутри эмоционального состояния; что может свидетельствовать об искажении психосоматического развития по механизму асинхронии. В структуре репрезентации тела нейротипичных подростков общий объем телесного опыта выше, и его категориальная структура является обобщенной, интегрированной.

Литература

1. Комолов Д.А. Особенности аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. - Томск, 2019. - 189 с.
2. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – МГУ, 1991. – Т. 256.
3. Лебединский В. В. и др. Нарушения психического развития у детей. – М, 1985. – Т. 166.
4. Мотовилин О. Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / О.Г. Мотовилин. – М., 2001. – 188 с.
5. Первушина О. Н., Хорошилов Б. М. О роли самовосприятия в когнитивном и социальном функционировании аутистов //Современные проблемы клинической психологии и психологии

личности. – 2018. – С. 104-108.

6. Солдатенкова Е.Н. Развитие представлений о себе как механизм социализации детей с расстройствами аутистического спектра/ Е.Н. Солдатенкова, Н.Л. Федоренко, А.В. Хилько // Аутизм и нарушения развития. — 2009. — №1 — С. 13-26

7. Kimberly B. Schauder. Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder// J Exp Child Psychol. 2015 Mar; 131: 193–200. 2014 Dec10.

8. Mul C. et al. Altered bodily self-consciousness and peripersonal space in autism //Autism. – 2019. – Т. 23. – №. 8. – С. 2055-2067.

9. Noel J. P. et al. The spatial self in schizophrenia and autism spectrum disorder //Schizophrenia research. – 2017. – Т. 179. – С. 8-12

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТРАЖЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПОСРЕДСТВОМ ДЕТСКОГО РИСУНКА (НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА)

Сысоева О.В., Попова К. Е., Коростелева Я. С.

ФГБОУ ВО ДВГМУ, Хабаровск, Россия

Olga-mail2005@mail.ru

Ключевые слова: сахарный диабет (СД), психосоматика, символическое отражение болезни.

PSYCHOEMOTIONAL REFLECTION OF THE DISEASE THROUGH A CHILD'S DRAWING (ON THE EXAMPLE OF DIABETES MELLITUS)

Sysoeva O. V., Popova K. E., Korosteleva Y. S.

FSBI HE DVSMU, Khabarovsk, Russia

Olga-mail2005@mail.ru

Keywords: diabetes mellitus (DM), psychosomatics, symbolic reflection of the disease.

Введение. Соматизированные (соматоформные) расстройства, несмотря на высокую распространенность и отрицательное влияние на уровень жизнедеятельности, не привлекают достаточного внимания и даже игнорируются педиатрами [7]. Современные тенденции развития науки ведут медико-психологические исследования детей к переходу от поиска информации о детях к получению информации непосредственно от самих детей [10,11]. Исследователи уделяют все больше внимания и признают необходимость развития альтернативных методов экспрессии, таких, как рисование, поскольку они помогают детям выражать свои чувства и сообщать о своих переживаниях, связанных с заболеванием [2, 12].

Еще три столетия назад Томас Уиллис, первым обнаруживший сахар в моче больных диабетом, писал, что появлению СД нередко предшествует «длительное огорчение». Впоследствии известный физиолог Клод Бернар установил связь гипергликемии с деятельностью центральной нервной системы. Во второй половине XIX в. СД как «нервную

болезнь» рассматривал С. Marghal de Calvi, а в начале XX в. – С.С. Корсаков и С. Neilson. Классическим примером сахарного диабета, возникшего после эмоциональных потрясений, является «диабет биржевиков», наблюдавшийся после падения цен на Чикагской бирже в 30-х гг. прошлого Века [5]. F. Alexander считал СД одним из психогенно-органических заболеваний. Однако впоследствии большинство исследователей склонилось к тому, что психологические факторы могут выступать только в качестве дополнительного провокатора СД и влиять на течение этого заболевания.

Материал и методы. В ходе исследования на базе Детской краевой клинической больницы им. А.К. Пиотровича (КГБУЗ ДККБ) г. Хабаровска было собрано 25 рисунков «своей болезни» детей, проходивших стационарное лечение с диагнозом сахарный диабет 1-го типа. Детям предлагалось цветными карандашами на листке бумаги формата А4 изобразить рисунок «своей болезни». По сюжету рисунки разделили на две группы: рисунки с символическим отражением болезни и рисунки, отображающие причинно-следственные связи, обусловленные данным заболеванием.

Результаты и их обсуждение. Остановимся на некоторых из них. На представленных ниже рисунках №1 - №3, несмотря на возрастную разницу авторов, просматривается ряд общих закономерностей. Все три рисунка довольно яркие, есть линия горизонта. На рисунках №1 и №3 изображено солнце в левом верхнем углу и по центру облака, причем количество облаков приходится на возраст манифеста заболевания. Солнце как источник света и радости на символическом уровне, расположенное слева (левая сторона по символике тела – женская), свидетельствует о материнской заботе. Дети находятся на стационарном лечении вместе с мамами, которые берут на себя полную заботу и ответственность за течением заболевания их ребенка. Линия горизонта – зеленая, как символ заземления и роста. Дети понимают, что болезнь находится в их теле и им с этим недугом придется дальше расти.



Рисунок 1. Д. 9 лет. Стаж болезни 2 года 4 месяца



Рисунок 2. М. 6 лет. Стаж болезни 9 месяцев



Рисунок 3. Д. 5 лет. Стаж болезни 8 месяцев

Тучи на рисунках №1 и №3 как символ надвигающейся непогоды – угрозы для жизни изображены довольно радужно, однако, синий цвет, по теории Р.Плутчика означает горе, печаль, задумчивость. Рисунки №4 и №5 также достаточно яркие и символичны, так на рисунке №4 мальчик подросткового возраста изобразил «свою болезнь» в виде конфетного монстра, который живет в его теле и постоянно требует конфет, которых самому ребенку нельзя.



Рисунок 4. М. 14 лет. Стаж болезни 4,5 года. Манифест заболевания в 10 лет

На рисунке №5, автором которого является девочка 9 лет, так же изображены два сахарных монстрика. Несмотря на существенную разницу в возрасте 14 и 9 лет, возраст манифестации заболевания примерно одинаковый – 10 и 9 лет соответственно. Яркость и образность данных рисунков демонстрирует тот факт, что на интропсихическом уровне данные дети продолжают оставаться детьми, несмотря на физическое взросление.



Рисунок 5. Д. 9 лет. Манифест заболевания в 9 лет



Рисунок 6. Д. 15 лет. Стаж болезни 4 года. Манифест заболевания в 10,5 лет

Такая же цветовая гамма присутствует и в рисунке №6, однако здесь автор уже изобразил не то, в чем его ограничивают, в связи с заболеванием, а то, что нужно и можно употреблять в пищу – это овощи. Таким образом, можно утверждать, что в данном случае девочка подросток, страдающая СД 4 года, находится на стадии принятия своего заболевания, хотя фиолетовый цвет (цвет чаши, в которой размещаются овощи) по Р.Плутчику символизирует отвращение, брезгливость и скуку.

Следующие два рисунка №7 и №8, авторами которых являются девочки подросткового возраста с одинаковым возрастом манифестации заболевания 10 и 11 лет соответственно, отличаются более блеклыми красками и наличием сюжетной линии по реализации изменившегося образа жизни, в связи с болезнью. В данном случае процесс эмоционального отреагирования посредством рисунка явно затруднен, т.к. на повестку выходит укрепляющееся эго и процесс долженствования в виде соблюдения определенных правил жизни, которые и отражены на рисунках (рис. 7,8). По мнению Донбар, больные СД сталкиваются с серьезными затруднениями при смене своего инфантильного зависимого состояния на более зрелое и независимое. Они склонны регрессировать к зависимым отношениям [1]. При сахарном диабете первого типа возникает целый комплекс новых для человека проблем, которые приводят к серьезному стрессу.

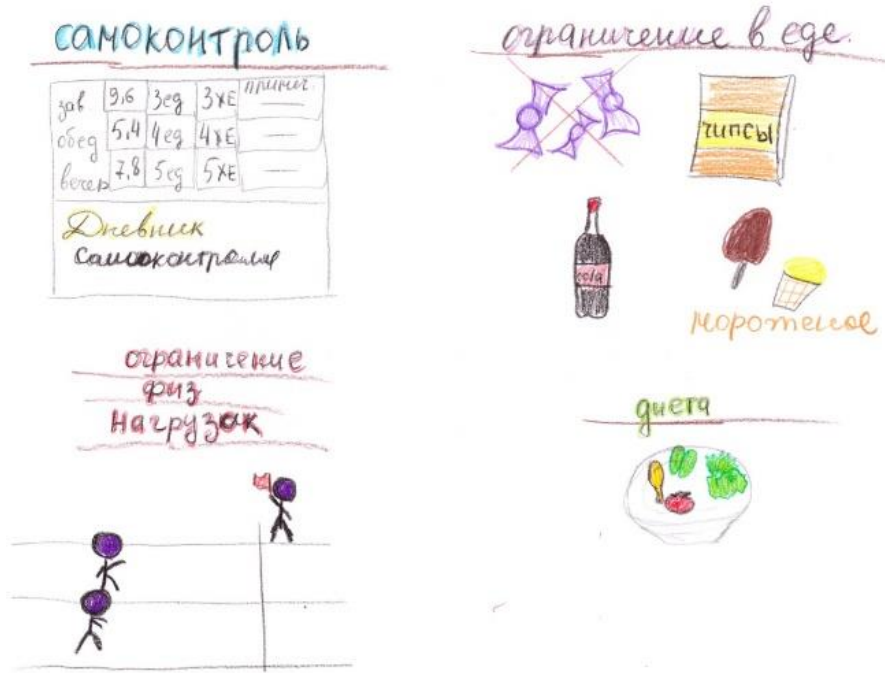


Рисунок 7. Д. 12,5 лет. Манифест заболевания в 10 лет



Рисунок 8. Д. 17 лет. Манифест заболевания в 11 лет

В руководстве Международного общества по детскому и подростковому диабету (ISPAD) «Клиническая практика. Согласованные нормы» (Clinical Practice Consensus

Guidelines, 1999) подчеркивается, что «по влиянию на уход за больным и лечение сахарного диабета наиболее важны психологические факторы» [4].

В этом документе были сформулированы три ключевые рекомендации:

1 Социальные работники и психологи должны быть включены в междисциплинарные команды по оказанию помощи детям и подросткам с сахарным диабетом 1 типа.

2 Поддержку в решении психологических проблем, возникающих у пациентов с сахарным диабетом или членов их семей, должны оказывать специалисты в области психического здоровья.

3 Специалисты, осуществляющие лечение диабета, должны пройти подготовку по вопросам признания, идентификации, предоставления информации и консультирования по психосоциальным проблемам, связанным с диабетом.

Заключение и выводы. Таким образом, возникающая на фоне заболевания инфантилизация психики, продолжает укрепляться на протяжении всей жизни посредством медико-социальных факторов сопровождения больных СД. В этом случае следует обратиться к Ф.Александеру, который утверждает следующее: «...врач должен относиться к пациенту как к личности... Больной диабетом должен осознавать свои бессознательные требования и фрустрации и пойти на компромиссы, которые в наибольшей степени согласуются с его возрастом и социальной средой. Тогда он будет действовать и питаться как нормальный человек, не причиняя вреда ни себе, ни своему окружению...» [1]. В качестве диагностического инструментария в работе с детьми можно использовать рисунок, он отражает, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. Ребенку легко понять заданную инструкцию, для выполнения методики не требуется высокий уровень развития речи. Вместе с тем рисунки – удобный повод для того, чтобы врачу непринужденно завязать клиническую беседу, а психологу отследить уровень развития психики и предложить соответствующие рекомендации родителям и лечащему врачу по медико-социальному сопровождению ребенка. [2, 8, 9].

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2011. – С. 215-223.
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство.- ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005.-159с.
3. Габбард Г., Лестер Э. Психоаналитические границы и их нарушения / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014 – 272 с.
4. Гармаш И.П., Ойфе В.А. Психосоматические аспекты сахарного диабета у детей школьного возраста // Проблемы эндокринологии. – 1992, № 4 – С. 48.
5. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Сахарный диабет и психика: этиопатогенетические взаимосвязи // Заместитель главного врача. – 2008. – №3. – С. 31–47.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Издательство «Питер», 2000.-512с.

7. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская и социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб: Питер, 2008. – 416с.
8. Розаль М., Турнер-Шиклер Л., Юрт Д. Арт-терапия с подростками, страдающими избыточным весом: расовые, культуральные и психотерапевтические проблемы // Арт-терапия – новые горизонты / под ред. А.И. Копытина. – М.:Когито-Центр, 2006. – С. 125–141.
9. Сысоева О.В., Ткаченко О.И., Александрова В.В., Блохин Г.Р. Функциональный анализ причин физической травмы посредством детского рисунка (аналитический подход) // Личность в норме и патологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 20-21 апреля 2017г., Челябинск / под ред. М.В.Овчинникова. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – С. 196-198.
10. Хаген Л. Арт-терапия и медицина // Журнал арт-терапии «Исцеляющее искусство». – 2008. – Том. 11, № 1. – С. 41-57.
11. Шапиро Д. Телоразум: рабочая книга: Как тело и разум работают вместе. М.: Апрель; АСТ, 2004. – 217 с.
12. Kosti R.I., Panagiotakos D.B. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world // Cent Eur J Public Health. – 2006. – Vol. 14(4). – P. 151–159.

МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО У ДЕТЕЙ С ЭЛЕКТИВНЫМ МУТИЗМОМ

Туревская Р.А.¹, Пленсковская А.А.²

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

info@turita.net

² АНО НППЦ «Туррион», Москва, Россия

parina31@mail.ru

Ключевые слова: элективный мутизм, модель психического.

THEORY OF MIND IN CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM

Turevskaya R.A.¹, Plenskovskaya A.A.²

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

info@turita.net

² NPO «Turrion», Moscow, Russia

parina31@mail.ru

Keywords: selective mutism, theory of mind.

Элективный мутизм (ЭМ) – психическое расстройство, обычно возникающее в детстве и характеризующееся отсутствием речи в определенных ситуациях, требующих социального взаимодействия и общения (например, в школе), в то время как в других ситуациях (дома) использование речи не затруднено [6]. Как правило, ЭМ рассматривают в рамках тревожного расстройства, однако, ряд исследований предполагают также наличие проблем психологической сепарации ребенка от матери, проблемы личностного развития, трудности отреагирования агрессии, протестные реакции [1, 2]. Появляясь в предшкольном возрасте, ЭМ

ограничивает коммуникативные возможности ребенка, затрудняя его социальную адаптацию. Основным патогенетическим механизмом ЭМ представляется повышенная тормозимость – процесс, в результате которого происходит ослабление или подавление процесса возбуждения. Практический опыт показывает, что явления ЭМ имеют место не только у тревожных детей, замолкающих в ситуации публичных выступлений, испытывающих в этот момент выраженное беспокойство, но и у детей с РАС и шизотипическими расстройствами. У последних ведущим механизмом является также тормозимость, но на первый план выходит состояние регресса, когда «уходит» не только речь, но и произвольная регуляция действий, способность инициировать и развернуть произвольное действие. Происходит регресс в личностном функционировании, когда ребенок с шизоидными чертами при столкновении с триггерными ситуациями начинает вести себя неадекватно, демонстрирует провоцирующее поведение, ведет себя как ребенок более младшего возраста. Триггеры для выделенных групп детей будут различаться. У детей тревожного круга триггерами для разворачивания ЭМ будут служить ситуации, связанные с публичными выступлениями, самопрезентацией, необходимостью взаимодействия с незнакомыми взрослыми или в ситуациях неопределенности. По мере привыкания к ситуации и незнакомым людям происходит редукция симптомов ЭМ.

У детей с РАС и шизотипическими расстройствами могут наблюдаться внешние сходства, но при более близком рассмотрении становится заметно их своеобразие: ребенок может не разговаривать с одним и тем же взрослым взрослыми в зависимости от перемен в его внешнем виде (наличие другой одежды или макияжа), в зависимости от того, в каком помещении он находится, в зависимости от степени родства – например, разговаривать с мамой и не разговаривать с бабушкой. Угасание симптомов ЭМ не всегда связано с привыканием и избирательно проявляется в зависимости от ситуации даже с самыми близкими людьми, например, с мамой.

Первичные нарушения в виде повышенной тормозимости у детей с ЭМ не объясняют всю специфику расстройства. На основе наблюдений удается выделить синдромальные формы ЭМ – невротический, свойственный детям тревожного круга, и регрессивный, обнаруживающийся у детей с РАС и шизотипическими расстройствами. Вторичные нарушения ярко проявляются в коммуникации, обращает внимание на себя то, как ребенок осознает себя и другого. Сам процесс повышенной тормозимости в контакте с другим оказывает влияние на разворачивание процессов построения внутренних репрезентаций ментальных состояний. Затронутой оказывается модель психического, которую все чаще рассматривают в качестве внутреннего механизма, обеспечивающего коммуникацию в детском возрасте [3, 4]. Отдельные исследования обнаруживают связь способности понимать

смысл социальных событий и чувств героев (одним из параметров ТоМ) со способностью определять и оперировать понятиями, неотъемлемой частью коммуникативной функции, страдающей у детей с ЭМ [5] Таким образом, существенным представляется исследование модели психического у детей с ЭМ.

Для исследования ТоМ у детей с ЭМ использовались классические методы Ф.Аппе (Тест «Удивительные истории») и S. Baron-Cohen (тест на понимание физической и ментальной причинности «Построение последовательности событий» - «Picture Sequencing Test»). Выборку составила смешанная группа из 11 детей (9 – мальчики, 2 – девочки) в возрасте от 6 до 12 лет с ЭМ, обратившиеся в АНО НППЦ «Туррион» за психологической помощью из-за трудностей социальной адаптации ребенка. В процессе выполнения заданий ТоМ дети с ЭМ часто давали ответы-отказы либо глухие ответы, требующие дополнительной поддержки, разворачивания ориентировки в ситуации, стимулирования мотивационной сферы. В результате тестирования и качественной обработки полученных ответов был выделен ряд специфических для детей с ЭМ характеристик ТоМ, касающихся процесса понимания других, Я-концепции ребенка, «концепции среды».

В отношении особенностей понимания других, их действий, мыслей и чувств детям с ЭМ свойственно искаженное понимание социальных действий. Имеет место проблема дифференциации мыслей и чувств, когда ребенок на вопрос «Что думает герой?» называет чувство, которое, по его мнению, возникает в сложившейся ситуации, и, наоборот, называет мысль в ответ на вопрос о чувствах героя. Прослеживается проблема формирования социальных инвариантов в виде формального называния переживания-события в ответе, не раскрывающем его реальное содержание. Также внимание привлекает тенденция к разрозненности и сочетанию несовместимых характеристик социальных действий героев, сопровождающаяся нечувствительностью к наличию несоответствия.

Для Я-концепции ребенка с ЭМ по результатам теста свойственен выраженный эгоцентризм. Прослеживается использование защитных механизмов, искажающих реальность в предлагаемой ситуации.

Важное место в диагностике ТоМ у детей с ЭМ занимает «концепция среды». Для детей с ЭМ характерно описывать ее как негативную, являющуюся источником различных проблем. Другой человек (чаще взрослый) в ответах детей с ЭМ демонстрирует реакцию раздражения, гнева. Дети могут описывать его как источник неприятностей, готовый отругать, нарушить границы, поступить несправедливо. Обратной стороной становится провоцирующее поведение и элементы враждебности у детей с ЭМ. Описывая других как злых, недовольных, причиняющих вред, дети с ЭМ часто сами могут вести себя недоброжелательно, идти наперекор, насмехаться над другим в случае его неудачи (в групповой работе), проявлять

агрессию в совместной деятельности.

Полученная картина ТоМ для детей с ЭМ указывает на недостаточную сформированность способности к децентрации, предполагающую более дифференцированное и полное понимание другого в ситуации общения. Актуальным в долгосрочной коррекционно-психологической работе представляется усиление эмпатического ответа, осознание собственных чувств в ответ на рассматриваемую ситуацию. Наряду с этим для достижения эффекта угасания проявлений ЭМ используются поведенческие технологии. Открытым остается вопрос о дифференциальной диагностике структуры ТоМ при невротическом и регрессивном синдромах в структуре ЭМ у детей.

Литература

1. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков (руководство для врачей и логопедов). М.: Российское общество медиков-литераторов. 1995. 192 с
2. Васильева Н.Л. Элективный мутизм: психоаналитический взгляд на проблему // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 4. С. 208–225.
3. Сергиенко Е.А. Модель психического как парадигма познания социального мира [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2014. Т. 7. № 36. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.02.2023).
4. Туревская Р.А., Пленсковская А.А. Развитие модели психического у детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 1. С. 112–131. DOI: 10.17759/cpp.2021290107
5. Туревская, Р., & Пленсковская, А. (2022). Связь модели психического и интеллектуального развития у детей с расстройствами аутистического спектра. Психологические исследования, 15(81), 5.
6. Muris, P., Hendriks, E. & Bot, S. Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry Hum Dev* 47, 94–101 (2016).

РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Богачева О.И., Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

oksana-syster@mail.ru

Ключевые слова: психообразование, нарушения психического развития, расстройства аутистического спектра, родительское отношение