

На правах рукописи

УДК: 159.923.5+616-05

Малкова Елена Евгеньевна

ТРЕВОЖНОСТЬ И РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

**Специальность: 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Санкт-Петербург

2014

Работа выполнена на кафедре клинической психологии и психологической помощи Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена»

Научный консультант:

Алехин Анатолий Николаевич

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена

Официальные оппоненты:

Аверин Вячеслав Афанасьевич

Доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин, декан факультета клинической психологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Соловьева Светлана Леонидовна

Доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой психологии и педагогики ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Холмогорова Алла Борисовна

Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущее учреждение:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 15 » мая 2014 года в 17 часов на заседании Совета по защите кандидатских диссертаций, по защите докторских диссертаций Д 212.199.25 в Российском государственном педагогическом университете им. А.И.Герцена по адресу: 191186 г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена по адресу: 1912186 г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 5

Автореферат разослан « 14 » февраля 2014 года

**Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор психологических наук, профессор**

Е.К. Веселова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проблема формирования личности в онтогенезе является междисциплинарной, находясь на стыке таких предметных областей, как медицинская психология, детская и подростковая психопатология, психология развития, педагогическая, социальная психология. Важной практической задачей клинической психологии в современных условиях является обеспечение оптимальных условий формирования личности ребёнка в процессе социализации и психологическая профилактика нарушений психического развития (Абрахам К., 2007; Алехин А.Н., 1998; Ананьев В.А., 2003; Боулби Дж., 2006; Бремс К., 2002; Венгер А.Л., 2007; Выготский Л.С., 2003; Захаров А.И., 2006; Зинченко В.П., 1994; Исаев Д.Н., 2000, 2005; Кулагина И.Ю., 2005; Лебединский В.В., 2006; Мухина В.С., 2009; Обухова Л.Ф., 2011; Регуш Л.А., 2006, 2010; Кендал Ф., 2002; Сергиенко Е.А., 2007; Эльконин Д.Б., 2008). Обоснование направлений и содержания психологической профилактики и коррекции предполагает научное исследование механизмов психогенеза нарушений психического развития. Анализ психологических механизмов социализации ребёнка в норме и при патологии, влияния внутренних предпосылок развития и внешних условий реализации этих предпосылок являются важным элементом концепции психогенеза нарушений психического развития и формирования личности в детском и подростковом возрасте. Установлено, что психотравмирующие ситуации или события в процессе психического развития ребёнка зачастую проявляются в последующей жизни личностными и поведенческими отклонениями, нервно-психическими и психосоматическими расстройствами (Астапов В.М., 2011; Антропов Ю.Ф., 2001; Захаров А.И., 2010 и др.). Важнейшим индикатором нарушений психической адаптации в процессе социализации ребёнка является тревога (Захаров А.И., 2004, 2006; Кочубей Б. И., Новикова Е. В., 1993; Левис Ш., 1997; Макшанцева Л. В., 1998; Обухова Л. Ф., 2011; Прихожан А. М., 2000, 2008; Савина Л.С., 2002 и др.). Большая часть проблем, с которыми родители «трудных» детей обращаются за консультацией к психологу и психотерапевту, большая часть явных нарушений, препятствующих нормальному ходу обучения и воспитания, в своей основе связаны с эмоциональной неустойчивостью ребенка, проявлением которой является тревога. Психологический анализ причин развития тревоги, механизмов ее актуализации и трансформации в реактивные новообразования, позволит обосновать действенные методы психологической коррекции нарушений психического развития и формирования личности.

Тревога является реакцией субъективного переживания угрозы организму, личности, возникающей при нарушениях интрапсихической регуляции или личностно-средового взаимодействия. Как психологическая реакция тревога является начальной фазой стресса (Абабков В.А., Перре М., 2004; Ковров Г.В., Палатов С.Ю., Лебедев М.А., 2010; Лазарус, 1970; Дельгадо, 1971; Мей Р., 2001; Решетников М.М., 2006; Рарау J.J., Spielberger C.D., 1986; Phillips V.N., 1978). Тревога и тревожность занимают одно из центральных мест в теоретической модели психической адаптации, поскольку являются важной характеристикой эмоционального проявления социально-стрессовой реакции, своеобразным эмоциональным откликом при нарушении психической адаптации (Александровский Ю.А., 2000; Алехин А.Н., 2009; Березин Ф.Б., 1988; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003; Ильин Е.П., 2005; Куликова М.А. и др., 2008; Лоренц К., 2009; Павлов И.П., 2008).

В детском возрасте, когда ещё не выработаны способы совладания со стрессом, тревога, интенсивно и длительно переживаемая ребенком, препятствует формированию адекватного поведения, способствует нарушению поведенческой интеграции и может стать одной из составляющих причин дезорганизации психической деятельности.

В клинико-психологическом аспекте проблема тревоги и тревожности у детей и подростков предполагает дифференциацию между нормативными, психологическими проявлениями и психопатологическими проявлениями.

В случаях тревоги, сопутствующей расстройствам психической адаптации, суждения специалистов существенно расходятся: одни авторы выделяют в актуальном состоянии преимущественно депрессивные переживания (Аведисова А.С., 2003; Астапов В.М., 2011; Лапин И.П., 2004; Цуцельковская М.Я., 2003; Ковалев Ю.В., 2010 и др.), другие – агрессию, раздражительность и т.п. (Бочаров А.В., 2008; Лоренц К., 2009; Нунберг Г., 2004 и др.). В поле зрения клинического психолога, как правило, попадают те состояния тревоги, которые уже составляют содержание патологического динамического стереотипа (различные фобии и навязчивости). Когда же речь идет о тревоге, развивающейся в результате переживания препятствий удовлетворения потребностей (т.е. формирования доминантного переживания), то тревогу зачастую игнорируют, интерпретируя такие состояния как: «вытеснение», «сопротивление», «фрустрация» и т.п.

Исследования, проводившиеся в последнее десятилетие, демонстрируют возрастающее внимание к психогенезу и роли тревожных расстройств у детей и подростков в различных аспектах психического развития и формирования личности. Было установлено, что в любой произвольно взятый момент от 10 до 20% несовершеннолетних страдают тревогой и связанными с ней симптомами (Ковалев Ю.В., 2010; Попов Ю.А., 2006; Попов Ю.В., 2002; Ротштейн В.Г., 2005; Савостьянова О.Л., 2001; Чутко Л.С., 2010; Anderson J.C., 1994; Kashani J.H., Orvaschel H., 1988; Orvaschel H., Weissman M.M., 1986; Werry J.S., 1986). Установлено также, что тревога негативно сказывается на успеваемости и деятельности в школе (Микляева А.В., 2007; Прихожан А.М., 2008; Регуш Л.А., 2010; Dweck C., Wortman C., 1982), на социальной приспособляемости (Панферов В.П., 2009; Старшина И.В., 2007; Strauss C., Lease C., Kazdin A., Dulcan M., Last C., 1989). Нередко дети, излагая свои «школьные» проблемы, описывают состояния непреходящей тревоги, сопровождающей многие возрастные проблемы. В большинстве научных аналитических обзоров тревожные расстройства рассматриваются как наиболее распространенный класс психических расстройств детского и подросткового возраста (Albano A.M., Chorpita V.E., Barlow D.H., 1996; Bernstein G.A., Borchardt C.M., 1991). Отмечается стабильность состояний тревоги, что при отсутствии адекватной терапии и коррекции осложняется нарушениями психической адаптации в зрелом возрасте (Ollendick T.H., King N.S., 1994). По данным различных авторов (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2001; Ефимов Ю.А., 1986, 1988; Зинченко В.П., Леви Т.С., 2007; Исаев Д.Н., 2005; Сидоров К.Р., 2006; Тхостов А.Ш., 2002), задолго до появления явных психосоматических расстройств у детей обнаруживаются признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревоги. В последние годы в научной литературе всё больше используется термин «психосоматическая тревога» (Сидоров К.Р., 2006; Филатова Е.Г., 2006; Аго Н., 1987; Eminson D., 2001; Silber T.J., 2003), все активнее исследуется значение тревоги в развитии различных заболеваний. Изучается связь тревоги и депрессии, когда депрессия рассматривается как результат защитной реакции при длительных состояниях тревоги, как переход на другой патологический уровень функционирования (Аведисова А.С., 2003; Астапов В.М., 2011; Березин Ф.Б., 1988; Лапин И.П., 2004; Цуцельковская М.Я., 2003; Ковалев Ю.В., 2010 и др.).

Универсальность реакции тревоги как аффективного регулятора поведения заключается в ее опосредующем значении и включенности в содержание других психических феноменов. Однако адекватная клинико-психологическая оценка тревожных расстройств предполагает дифференциацию актуальной тревоги (тревоги как состояния) и тревожности (как личностно-типологической характеристики) (Березин Ф.Б., Мирошников

М.П., Соколова Е.Д., 1998; Собчик Л.Н., 2008; Попов Ю.А., 2006) с позиций развития и формирования личности ребенка-подростка.

Поскольку в большинстве случаев состояния психической дезадаптации проявляются именно тревожностью, то в связи с задачами психопрофилактики и психокоррекции необходимость исследования психологической структуры тревожных состояний у детей и подростков при нормальном развитии и при формировании психических расстройств разного регистра (невротического, психотического и соматического) очевидна. Исходя из того, что подростки, и особенно – дети, зачастую не способны отчетливо дифференцировать проявления тревоги в качестве сигнала опасности, задача их психологической диагностики с учетом специфики развития самосознания и личности ребенка представляется особенно важной. Также представляется актуальной разработка (на основе знаний о психологической структуре тревоги и тревожности) соответствующих методических подходов, способных дать наиболее полную оценку специфике и отследить пути формирования различных патологических состояний, характеризующихся определенными патопсихологическими симптомокомплексами.

Клинико-психологическая диагностика описанных состояний вызывает подчас существенные трудности, поскольку они отличаются полиморфной и слабовыраженной симптоматикой, среди которой доминируют астенические, тревожные проявления, снижение интеллектуальной продуктивности и психической активности и, как следствие, соматический и эмоциональный дискомфорт (Акжигитов Р.Г., 2002; Астапов В.М., Дробышева Т.В., Викторова В.В., 2007; Ковалев Ю.В., 2004; Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 1990; Личко А.Е., 2010; Лэйдер М., 2001; Попов М.Ю., 2002; Смулевич А.Б., 2007; Majcher, D., & Pollack, M. H., 1996). Этим определяется значимость направленного исследования различных проявлений тревоги и тревожности, связанных с агрессивными тенденциями в поведении, астеническими и вегетативными проявлениями, эмоционально-личностными и депрессивными расстройствами различных уровней. Такое исследование позволит выявить патопластическую динамику тревожных расстройств у детей и подростков. На ранних этапах онтогенеза для формирования личности особое значение имеют отношения ребёнка с взрослым. Отношения родителей, других значимых взрослых определяют будущее представление ребенка о собственном «Я». Поэтому представляется важным выяснить, в какой мере в сознании школьника оказывается связанным характер тревожных проявлений, отношение родителей к нему и оценка его собственного отношения к болезненным проявлениям. Кроме того, исследование механизмов психологической защиты и преодоления стресса, а также системы отношений в микросоциальных группах детей и подростков в норме и патологии также способно, с нашей точки зрения, дать дополнительную информацию о факторах, влияющих на развитие тревожных расстройств у школьников. Другими словами, весьма актуальным является изучение факторов риска этих расстройств и состояний, выявление донозологических (предболезненных) форм нарушений психического здоровья, разработка адекватных мер профилактики и коррекции.

Исследования большинства как отечественных (Андреева А.Д., 2004; Астапов В.М., 1999, 2011; Федоров А.П., 2002; Харитонов С.В., 2009; Холмогорова А., Гаранян Н., 2000; Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2001; Немов Р.С., 2012 и др.), так и зарубежных авторов (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003; Венгер А.Л., 2007; Келли Дж., 2001; Кендал Ф., 2002; Рейх Дж., 1986; Хенсер Дж., Майер В., 1986; Эллис А., 2002) указывают на то, что состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки в структуре самосознания, с недостаточностью эмоциональной приспособляемости ребенка к тем или иным социальным, в том числе и межличностным ситуациям. Исходя из этого, экспериментально-психологическое определение степени тревожности должно

предполагать раскрытие внутреннего отношения ребенка к потенциально угрожающим для его возраста ситуациям, дающее прямую или опосредованную информацию о характере взаимоотношений ребенка со сверстниками и взрослыми в семье и школе.

Таким образом, представляется актуальной разработка принципов многомерной оценки детской тревожности и создание на их основе специального психологического метода, отвечающего современным психометрическим критериям, в результатах которого будет отражен не только уровень и характер тревожности у детей и подростков школьного возраста (7-17 лет), но и максимально возможный спектр психотравмирующих ситуаций, в результате которых эта тревожность может возникать.

В целом, условием успешного развития этого актуального направления детской клинической психологии, имеющего непосредственное отношение к теме диссертационного исследования, является разработка современного методологического и методического аппарата психологической диагностики тревожности у детей школьного возраста.

ПРЕДМЕТОМ настоящего исследования является клинико-психологическая структура возрастных проявлений тревожности у детей и подростков в норме и при патологии (невротического, психотического и соматического уровней).

ОБЪЕКТ исследования – формирование и проявления тревожности и тревожных расстройств различного психопатологического регистра (невротического, психотического и соматического) на различных этапах онтогенеза. Исследование охватывало 4 возрастные группы: 7-10 лет (младший школьный возраст), 11-12 (предпубертатный возраст), 13-15 (пубертатный возраст), 15-17 лет (юношеский возраст). Обследованные дети и подростки проходили обследование и лечение на базах СПб научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева, консультативно-диагностического центра СПб педиатрической академии, кафедры педиатрии № 2 СПб медицинской академии последипломного образования, а также СПб городского Кризисного центра для детей и подростков.

Основная **ГИПОТЕЗА** исследования заключается в том, что тревожность, будучи элементом механизма регуляции социального поведения, является результатом культурно-исторического развития (социализации) ребенка и имеет нормативные фазы формирования и проявления. При патологических нарушениях психического развития (различные варианты психического дизонтогенеза) тревога усиливается (невротизация), регрессирует (психотизация), либо соматизируется.

ЦЕЛЬ исследования: экспериментально-теоретическое обоснование механизмов психогенеза тревожности и тревожных расстройств в онтогенезе и разработка дифференцированных в соответствии с полом, возрастом, этапом формирования личности ребёнка методических подходов, направлений и содержания психологической профилактики и коррекции нарушений психического развития.

ЗАДАЧИ исследования:

1. Проанализировать факторы риска и условия психогенеза нарушений тревожного регистра и нарушений психической адаптации детей и подростков.

2. Выделить наиболее значимые элементы тревоги и тревожности в структуре психических расстройств у детей и подростков школьного возраста на разных этапах онтогенеза.

3. Исследовать психологическую структуру тревоги и тревожности у детей и подростков школьного возраста в норме и при патологии различного регистра (невротического, психотического и соматического).

4. Выявить специфику и вероятные механизмы нарушений психической адаптации, проанализировать роль тревоги и тревожности при таких нарушениях.

5. Разработать теоретико- методологические основы клинико- психологической диагностики тревоги и тревожности у детей.

6. Разработать методику психологической диагностики для многомерной оценки уровней тревоги и тревожности у школьников.

7. Обосновать программу комплексного медико-психолого-педагогического обследования школьников для анализа распространенности и степени выраженности тревожных состояний, как индикаторов нарушений психической адаптации.

8. Обосновать и разработать методологические и методические основы психопрофилактических мероприятий (в системе диспансеризации), включающих выделение групп здоровья, оценку риска развития расстройств тревожного спектра у детей и подростков школьного возраста, и направления психологической коррекции выявляемых расстройств.

В качестве **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАНИЙ** проведённых исследований приняты разработанные в отечественной психологии: представления об аффективной сфере как системе разноуровневых механизмов, организующих сознание и поведение, выделяющие линию аффективного развития ребенка в качестве самостоятельного предмета изучения (Л.С. Выготский; А.Р. Лурия; Е.П. Ильин; Л.Ф. Обухова); положение о единстве и специфичности в закономерностях нормального и нарушенного развития и методических основаниях его коррекции и компенсации (Л.С. Выготский; В.В. Лебединский, К.С. Лебединская; Б.В. Зейгарник; Л.С.Цветкова; О.С.Никольская); системная концепция психической адаптации, отражающая единство психофизиологического и психосоциального в формировании личности во взаимодействии с окружающей средой (Ю.А.Александровский; Ф.Б.Березин; Л.И.Вассерман; А.Н.Алехин).

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Психологически тревога является нормальным переживанием угрозы и стимулом поведения, направленного на её устранение. В этом аспекте тревога является важным психологическим механизмом регуляции поведения, в том числе социального. Фиксация тревоги как привычного способа реагирования определяет формирование тревожности как состояния предуготованности к существующей или воображаемой угрозе. Утрата тревожной реактивного характера и стереотипизация тревожного реагирования является важным дифференциально-диагностическим признаком психологических и психопатологических состояний.

2. Тревожность является индикатором напряжения адаптационных механизмов и в своей структуре отражает наиболее значимые сферы психологических отношений формирующейся личности на разных этапах ее психического онтогенеза. Выраженные изменения уровня тревожности в сторону усиления или ослабления являются неблагоприятными признаками нарушения психического развития (дизонтогенеза) и могут свидетельствовать о регистре развивающихся психических расстройств.

3. Школьный возраст является критическим для формирования личности ребенка, поскольку учебная деятельность предполагает существенный рост объёма и интенсивности социальных интеракций, и т.к. в этот период риск фиксации тревожного реагирования наиболее высок, тревожность впервые оформляется как личностная характеристика.

4. Подростковый возраст является сензитивным периодом формирования личности в силу генерализованных изменений психосоматической организации и оформления полоролевых идентификаций, когда тревожность, как предуготованность к психотравматизации определяет пути ее нормального или нарушенного развития (соматического, невротического, психотического).

5. Истинно «кризисной» в подростковом возрасте является фаза перехода из негативных проявлений (свертывание, отмирание прежней системы интересов, снижение работоспособности, ухудшение успеваемости и навыков, грубость и повышенная

раздражительность, недовольство собой и внутреннее беспокойство) к позитивным (зарождение новых, более широких и глубоких интересов, интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным, обращенность в будущее). Фаза перехода (неопределенности, диффузии идентичности) хронологически длится не более года, имеет четкие возрастные границы в зависимости от пола и является критической для направления дальнейшего формирования в сторону нормальной или аномальной личности.

6. Разработанная методика многомерной диагностики тревожности позволяет осуществлять дифференцированную диагностику тревожных состояний в детском и подростковом возрасте и отвечает психометрическим требованиям (валидности, надёжности).

7. Мероприятия психологической профилактики нарушений психического развития и психологической коррекции нарушений психической адаптации должны быть дифференцированы в соответствии с выделенными стадиями «кризисного» развития и структурой тревожных состояний.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА РАБОТЫ. В результате эмпирических исследований и теоретического анализа полученных результатов разработана концепция психогенеза тревожных расстройств в детском и подростковом возрасте. Рассмотрены факторы и условия трансформации психологической тревоги в патологическую тревожность. Изучены признаки патопластической динамики характера и уровня тревожного реагирования у детей и подростков школьного возраста. Сформулированы критерии кризисного и сенситивного периодов онтогенеза с точки зрения роли трансформации тревоги в тревожность в процессе формирования личности. В процессе работы обоснован и разработан новый подход к организации и содержанию психологической помощи детям и подросткам школьного возраста с тревожными нарушениями. Описаны эмоционально-поведенческие, личностные и характерологические особенности, а также механизмы совладания со стрессом, система отношений и симптоматики школьников в норме и при патологии в контексте тревожных расстройств. Разработаны психологические основания для определения новых направлений диагностической и психокоррекционной работы с тревожными школьниками.

В частности, создана оригинальная психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности, позволяющая дифференцировано оценить:

- уровень тревожности, имеющий непосредственное отношение к личностным особенностям школьника;
- особенности его психо-физиологического и психо-вегетативного тревожного реагирования в стрессогенных ситуациях.
- роли в развитии тревожных реакций и состояний ребенка особенностей его социальных контактов (в частности – со сверстниками, учителями и родителями);
- роли в развитии тревожных реакций и состояний ребенка ситуаций, связанных со школьным обучением.

Впервые описана не только возрастная динамика структуры тревожности у школьников (7-18 лет), но и специфика ее проявлений в связи с особенностями психо-эмоционального развития детей и подростков в различные возрастные периоды (7-10 лет, 11-12 лет, 13-14 лет и 15-18 лет). На этой основе впервые разработаны психометрически надежные статистические нормативы тестовых показателей детской тревожности дифференцированно для всей совокупности половозрастных групп детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет.

Впервые на основе медико-психолого-педагогического исследования здоровых школьников и школьников с различной патологией (невротической, психотической и соматической), в структуре которой в качестве профилирующих выступают тревожные

расстройства, показана роль взаимодействия разнообразных факторов в процессе формирования тревожных расстройств и их влияние на процессы психической, социальной и школьной адаптации. Кроме того, новым является описание определенных психологических симптомокомплексов, в основе которых лежат специфические признаки тревожности у школьников в норме и при патологии (невротического, психотического, соматического уровней).

Впервые предложен качественно новый взгляд на особенности протекания подросткового кризиса и роль тревоги в формировании нормальной и аномальной личности. Новым является определение тревоги в качестве адаптивного механизма в процессе развития личности.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ состоит в разработке медико-психологических аспектов теории психического развития, связанных с расширением и уточнением представлений о механизмах регуляции социального поведения и психологическом генезисе тревожных нарушений у школьников в норме и при патологии различного уровня (невротического, психотического, соматического). В частности, уточнены понятия тревога и тревожность в аспекте психического развития. Проанализировано значение социальных условий формирования личности в психогенезе расстройств тревожного спектра. Расширены и уточнены представления о кризисном и сенситивном периодах формирования личности. Установлены роль и значение психотравматизации в условиях детско-родительских отношений. Выявлены сложные взаимодействия факторов, определяющих особенности проявлений тревожности и возможности психо-социальной адаптации, уточняющие роль индивидуальных свойств и средовых условий в процессе развития тревожного школьника в норме и при патологии. Проанализированы условия патологического формирования личности и роль тревожности в нём, конкретизирующие положения возрастной, педагогической, дифференциальной, социальной и клинической психологии о качественном своеобразии формирования тревожных расстройств как важного для теории и практики класса нарушений развития.

Внедрение в учебный процесс полученных в данной работе результатов усовершенствует вузовскую подготовку и повышение квалификации специалистов в области практической, возрастной и клинической психологии.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработаны общие подходы и конкретные рекомендации к диагностике и социально-психологической реабилитации тревожных школьников в норме и при патологии, что позволяет на качественно новом уровне решать важные практические задачи, связанные с психологическим обоснованием профилактической и психокоррекционной помощи данному контингенту. Разработанный подход к уточнению особенностей возникновения и развития тревожности у конкретного ребенка позволит психологу и педагогу организовать оптимальное, атрауматичное взаимодействие в процессе учебной и воспитательной работы с ребенком в школе и дома. Кроме того, результаты, полученные в диссертации, могут быть использованы в условиях консультативного приема больных и здоровых детей детскими психологами, психоневрологами и социальными работниками. Сформулированные по результатам исследования конкретные рекомендации по диагностике детской тревожности, по психокоррекционной работе, по работе с семьей и в школе могут использоваться практическими психологами, социальными работниками, врачами и учителями в образовательных, консультативных и лечебных учреждениях.

Полученные в процессе работы данные могут быть использованы для организации массовых скрининговых исследований различных контингентов испытуемых, проводимых в рамках психогигиенических и психопрофилактических программ (в том числе с использованием современных информационных (компьютерных) технологий) для выявления групп риска школьной и психической дезадаптации с последующим более

детальным психолого-педагогическим исследованием. Возможным так же представляется использование разработанного методического подхода при оценке степени выраженности психической и социальной дезадаптации у детей с различными поведенческими и личностными нарушениями, нервно-психическими и психосоматическими расстройствами. Полученные результаты могут быть полезны в работе психологов и педагогов для уточнения и содержательной квалификации динамики тревожных состояний при проведении психокоррекционных мероприятий с «трудными» и «проблемными» детьми.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования послужили данные клинико- и экспериментально-психологического исследования 1659 школьников и их родителей, из них – 717 больных с тревожными расстройствами различных уровней (невротического, психотического и соматического) и 942 здоровых детей и подростков школьного возраста, которые были разделены на 4 возрастные группы, согласно принятой в нашей стране периодизации психического развития.

Многоаспектность исследования проблемы изучения психологической структуры возрастных проявлений тревоги и тревожности у детей и подростков в норме и патологии (невротического, психотического и соматического уровней) обусловила разнообразие примененных в нем **методических средств** (клинико- и экспериментально-психологических), включая методы математической статистики. Так, помимо клинического метода, нами был использован экспериментально-психологический, включивший в себя исследование целого ряда психологических показателей школьников (эмоционально-поведенческих особенностей, механизмов совладания со стрессом, особенностей личности, системы отношений) и их родителей (особенностей внутрисемейной организации, семейных отношений, в том числе родительских, и особенностей семейного воспитания).

Компьютерная статистическая обработка данных выполнялась при помощи программ Statistica 7.0 и SPSS.20.

АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ РАБОТЫ.

Результаты работы доложены на

Международных научных конференциях: «Клиническая психология, конф., памяти Б.В.Зейгарник» (Москва, 2001); «АГРЕССИЯ: биологические, психологические и философские аспекты» (Санкт-Петербург, 2004); «Экстренная психологическая помощь в трудных жизненных ситуациях» (Астрахань, 2009); «Медицина и психология: пути поиска оптимального взаимодействия» (Рязань, 2011).

Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Современные проблемы психоневрологии (диагностика, лечение и реабилитация больных нервными и психическими расстройствами)» (Санкт-Петербург, 2002); «Бехтеревские чтения» (Санкт-Петербург – Киров, 2003); «Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе» (Санкт-Петербург, 2003); «Психиатрические аспекты общемедицинской практики» (Санкт-Петербург, 2005); «Личность в трудных жизненных ситуациях как актуальное научное направление копинг-исследований в России», посвященной 35-летию Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского (Омск, 2009); «Подготовка специалистов безопасности жизнедеятельности в свете стандартов третьего поколения (магистратура и бакалавриат)» (Санкт-Петербург, 2010); «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии» (Санкт-Петербург, 2011); «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств» (Санкт-Петербург, 2011)

Региональных научно-практических и клинических конференциях: «IV Клинические Павловские чтения. Тревога» (Санкт-Петербург, 2002); «Психиатрия консультирования» (Санкт-Петербург, 2002); «Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики» (Санкт-Петербург, 2002); «Кризис и школа» (Санкт-Петербург, 2003); «Ананьевские чтения – 2004» (Санкт-Петербург, 2004); «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» (Санкт-Петербург, 2009); «VIII Мнухинские чтения. Наследие профессора С.С. Мнухина: из века XX-го в век XXI-й», посвящ. присвоению Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург, 2009)

В докладах на пленарных заседаниях 8-го ежегодного Международного конгресса «Психосоматическая медицина–2013» на тему: «Соматизация тревоги в школьном возрасте» (Санкт-Петербург, 2013), всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции молодых ученых «Клиническая психология. Наука и практика: пути интеграции» на тему: «Тревога как признак адаптационного напряжения формирующейся личности» (Санкт-Петербург, 2013); международной научной конференции «Ананьевские чтения–2013. Психология в здравоохранении» на тему: «Тревога как ресурс адаптивного развития личности» (Санкт-Петербург, 2013)

Материалы диссертации также были использованы в докладе «Проблемы психодиагностики тревожности у детей и подростков», представленном на Санкт-Петербургском региональном отделении Общества детских невропатологов и психиатров (9 марта 2004 года), а также «Психическое здоровье школьников» перед школьными врачами в Музее гигиены Центра медицинской профилактики г. Санкт-Петербурга (19 апреля 2011 года), на совместном заседании круглого стола Постоянной комиссии по социальной политике и здравоохранению Законодательного Собрания Санкт-Петербурга, Общественного Совета при Главном следственном управлении Следственного комитета Российской Федерации по городу Санкт-Петербургу и благотворительного фонда «Защита детства» «Профилактика самоубийств и других кризисов несовершеннолетних – важная самостоятельная государственная программа обеспечения безопасности благополучия детей и будущего города и страны» (22 мая 2012 года), Санкт-Петербург.

На основе полученных результатов были написаны и опубликованы две монографии, три учебных и учебно-методических пособия, два учебно-методических комплекса профильных дисциплин для студентов ВУЗов, обучающихся по специальности «клиническая психология», семь методических пособий для врачей, психологов, педагогов и социальных работников.

Основные положения и результаты исследования внедрены в практику работы психологов СПб научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева (детское, подростковое и нейрохирургическое отделение), консультативно-диагностического центра СПб педиатрической академии, кафедры педиатрии № 2 СПб медицинской академии последипломного образования, а также СПб городского Кризисного центра для детей и подростков. Кроме того, сформулированные на основе полученных данных практические рекомендации находят непосредственное применение в работе медико-психолого-педагогических центров Выборгского и Адмиралтейского районов Санкт-Петербурга и ряда городских общеобразовательных школ при непосредственном участии Общественного института развития школы.

Данные диссертационного исследования нашли свое отражение:

- в занятиях со слушателями циклов переподготовки по специальности «Медицинская психология» в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева и Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена;

- в лекциях на ежегодных циклах повышения квалификации для психологов-практиков из больниц, диспансеров и общеобразовательных школ «Основы медицинской психологии и психодиагностики», проводимых на базе лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;
- в учебном процессе Государственного института практической психологии и социальной работы в рамках курсов «Психодиагностика», «Общепсихологический практикум», «Возрастная психология»;
- в лекционных курсах «Детская клиническая психология», «Методы диагностики развития в норме и патологии», «Личностные расстройства», «Патохарактерология», «Аддиктивное поведение», практических занятиях в рамках «Практикума по детской клинической психологии» и занятиях по супервизии для студентов-клинических психологов Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ РАБОТЫ. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Работа изложена на 654 страницах машинописного текста, включает 80 таблиц, 30 рисунков и 7 приложений. Список литературы включает 583 наименования, из которых 400 на русском и 183 на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Глава 1. Тревога и тревожность как психологические и клинические феномены

Параграф 1.1. Проблемы определения понятий «тревога» и «тревожность» в современной клинической психологии

Поиск критериев, отграничивающих феномен «тревоги» от других, сходных психологических феноменов, является содержанием многих психологических и клинических исследований (Астапов В.М., 2011; Бизюк А.П., 2003; Боулби Дж., 2006; Гарбузов В.И., 2007; Захаров А.И., 2010; Исаев Д.Н., 2005; Кернберг О., 2005; Ковалев Ю.В., 2010; Курпатов А.В., 2002; Микляева А.В., 2007; Мухамедрахимов Р.Ж., 2008; Мэй Р., 2001; Нуллер Ю.Л., 2002; Попов Ю.А., 2006; Попов Ю.В., 2002; Прихожан А.М., 2008; Регуш Л.А., 2010; Решетников М.М., 2006; Стайнер Дж., 2010; Точилов В.А., 2002; Хеллэм Р., 2009; Чутко Л.С., 2010; Achenbach Т.М., 2011; Barlow D.H., 2004; Campbell S.B., 2006; Chorpita V.F., 2005; Goodman R., 2005; Gregory A.M., 2007; McLoone J., 2006 и др.), где предлагаются различные значения понятия «тревога». Кроме того, в каждом языке можно встретить множество различных определений этого психического состояния (Лопес-Ибор Х.Х., 1972; Морозов В.М., Овсянников С.А., 1996; Фасмер М., 1996; Шанский Н.М., Боброва Т.А., 2004; Шюле Г., 1880; Baruk H., 1953; Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1967; Lider M., 1975; Pichot P., 1987; Strachey J., 1959 и др.), что порождает его терминологическую неопределенность. Соответственно, проблема критериев (внешних, внутренних) для определения феноменов «тревоги» и «тревожности» как универсальных и фундаментальных психических образований представляется актуальной задачей современной науки.

Параграф 1.2. Концептуализация феноменов тревоги и тревожности в науках о психике

В психофизиологическом аспекте исследования тревожности существуют противоречивые представления (Абабков В.А., Перре М., 2004; Ильин Е.П., 2005; Ковров Г.В., Палатов С.Ю., Лебедев М.А., 2010; Куликова М.А. и др., 2008; Лапин И.П., 2004; Лоренц К., 2009; Павлов И.П., 2008). Тем не менее, большинство исследователей склоняются к тому, что тревога является проявлением двусторонних отношений, благодаря которым так называемые «инстинктивные эмоциональные реакции» формируются в

процессе социального научения (Ильин Е.П., 2005; Хегенхан Б., Олсон М., 2004; Ги Лефрансуа, 2003 и др.).

В рамках теории объектных отношений (Шарфф Д.Э., Шарфф Д.С., 2009) и эгопсихологии (Хартманн Х., 2002) тревога рассматривается как страх перед дезинтеграцией себя или ощущение себя дезинтегрированным (Кохут Х., 2003), являясь при этом пусковым звеном развития психопатологических состояний в континууме от невротических (Фрейд А., 2004) к психотическим (Кляйн М., 2010). В то же время выделяются работы, рассматривающие тревогу процессе онтогенеза, как перманентную реакцию процесса социализации, когда она впервые проявляется «тревогой восьмимесячных» (по Р.А.Шпицу, 2001), далее – страхом утраты (отделения) (Рейнгольд Дж.С., 2004; Боулби Дж., 2006), который с возрастом приобретает форму экзистенциального страха утраты своей сущности (Винникот Д., 2004).

Бихевиористы (Бек А., 1995, 2003; Федоров А.П., 2002; Харитонов С.В., 2009; Холмогорова А., Гаранян Н., 2000; Hayes S.C, Wilson K.G, Gifford E.V, Follette V.M, Strosahl K.D., 1996; Jacobson N.S, Dobson K, Traux P.A, et al., 1996; Kohlenberg R.J., Tsai M., 1991; Wolpe J., 1981 и др.) считают, что не только тревожные расстройства, но и комплексные неврозы и другие аномальные поведенческие реакции – результат научения, когда «симптомы» проявляются в рамках оперантного поведения, когда индивид из потока информации выбирает «сигналы опасности» и блокирует «сигналы безопасности».

Возникновение тревоги представителями экзистенциально-гуманистической психологии, начиная с А. Адлера (1997, 2002) и К. Хорни (2000), рассматривается как состояние, обусловленное конфликтом, связанным с ситуацией соотнесения своих собственных «эгоистичных побуждений» с так называемыми «неписанными нравственными нормами», принятыми в обществе. При этом тревога и страх в экзистенциальной психологии являются главными движущими силами совести (Дворецкая М.Я., 2004; Кораблина Е.П. и соавт. 2001; Рассказова Е.И., 2005; Леонтьев Д.А., 2003; Мэй Р., 2001; Роджерс К., 2001; Тиллих П., 2000; Хаэр Р.Д., 2007 и др.) и проявляются в качестве облигатного признака фрустрированности или хронического стресса.

Параграф 1.3. Тревога и развитие личности.

Развитие личности, отягощенной тревожными переживаниями, специалистами различного профиля рассматривается соответственно в генетическом, психологическом (поведенческом), социальном и клиническом аспектах (Братусь Б.С., 1988; Давыдов В.В., 1988; Коржова Е.Ю., 1994, 2004; Смулевич А.Б., 2007). Этим, собственно, и определяется сложность понимания и оценки ее структуры в каждом отдельном случае. В процессе развития дети, воспринимая окружающий мир, откликаются на перемены в изменяющейся реальности (внутренней и внешней) посредством тревоги (Зинченко В.П., Моргунов Е.Б., 1994; Коржова Е.Ю., 1994; Мухина В.С., 2009; Регуш Л.А., 2005, 2006; Эльконин Д.Б., 1994, 1997, 2007, 2008; Campbell, S. B., 1990; Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., & Sheldrick, R.C., 1999). Тем не менее, в настоящее время отчетливо доминирует точка зрения, согласно которой тревожность, имея природную основу (свойства нервной и эндокринной систем), складывается прижизненно в результате действия социальных и личностных факторов (Айрапетянц М.Г., Луцкекина Е.А., Школьник Т.К., 2004; Зинченко В.П., Моргунов Е.Б., 1994; Коржова Е.Ю., 2004; Манеров В.Х. и соавт., 1999). Таким образом, собственно детскую тревожность можно рассматривать в разных аспектах – и как механизм развития в норме и при патологии, и как предвестник патологических изменений личности, и как симптом, включенный в более серьезный патологический процесс.

Параграф 1.4. Проявление тревоги в социальных отношениях.

Известно, что в процессе формирования личности ребёнка в контексте социальных интеракций его зависимость от взрослых постепенно угасает (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998; Кьеркегор С., 2010; Ласая Е., 2008; Ранк О., 2009; Фромм Э., 1990). Ученые

солидарны в том, что в процессе развития возникают кризисы, отражающие конфликты между формирующейся личностью ребенка и социальной средой, которые сопровождаются возрастанием тревоги (Гильяшева И.Н., 1994; Мухамедрахимов Р.Ж., 2008; Регуш Л.А., 2010; Чаева С.И., 1992; Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007). При этом особое значение в формировании тревожного стиля эмоционально-личностного реагирования отдается отношениям ребенка с родителями (или лицами их заменяющими) (Бодалев А.А., Столин В.В., 1989; Николаева Е.И., Япарова О.Г., 2007; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2008; Fauber, R. L., & Long, N., 1991; Parker, G., 1983; Sanders M.R., 1996), где наиболее важную позицию занимает мать (Бурменская Г.В., 2009; Малер М., 2011; Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 2009; Рейнгольд Дж.С., 2004; Салливан Г., 1999; O'Connor T.G. и соавт., 2003; Kortlander E.S., Kendall P.C. & Panichelli-Mindel S.M., 1997; Van der Bergh В. и соавт., 2004).

Таким образом, и тревога, и тревожность должны анализироваться в контексте проходящих эмоциональных отклонений, возникающих под воздействием стрессогенных факторов (Спилбергер Ч., 1983; Lazarus, R.S., 1991 и др.), в связи с блокированием актуальных социальных потребностей (Фрейд А., 2004 и др.), проявляясь в качестве маркеров специфических личностных свойств (Хорни К., 2009 и др.). А события и переживания, приводящие к фиксации тревоги в детском возрасте, находя свое отражение в поведенческих и личностных реакциях взрослых, определяют определенный личностный стиль эмоционально-поведенческой реактивности.

Исходя из всего вышесказанного, клинико-психологический анализ специфики тревожных расстройств у детей и подростков неизменно предполагает, как минимум, трехуровневый подход: онтогенетический, психопатологический и соматический.

Параграф 1.5. Проблема методов клинико-психологической диагностики тревожности у детей и подростков

Оценка феноменов тревоги и тревожности у детей и подростков неизменно предполагает применение различных методик, опирающихся не только на возрастные особенности их проявлений, но и учитывающих регистр их проявлений в континууме «норма – патология».

Возможности использования клинико-психологического метода оценки детской тревоги существенно ограничены, так как в детском и подростковом возрасте высок уровень коморбидности психопатологических расстройств. Речь идет о сочетании признаков депрессии, оппозиционного расстройства поведения, дефицита внимания с гиперактивностью (ДВСГ) и других тревожных расстройств. Так, клиницисты при классификации тревожных расстройств различают психотическую (тревожная (ажитированная) депрессию (Аведисова А.С., 2005), либо третий аффективный синдром, наряду с депрессией и манией (эндогенная тревога) (Нуллер Ю.Л., 2002; Попов М.Ю., 2002) и непсихотические формы тревоги (тревожный синдром, включающий навязчивые страхи (фобии), наблюдающиеся при неврозах, психопатиях, расстройствах личности и т.п. (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2001; Сергеев И.И., Казанцева Э.Л., 2005; Смулевич А.Б., 2007) как у детей, так и у взрослых. Сюда же относится и соматогенная (психосоматические заболевания), и соматизированная тревога (соматоформные расстройства) (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2002; Исаев Д.Н., 2005; Чутко Л.С., 2009).

На фоне этого психологическая диагностика тревожности представляется более эффективным средством уточнения её сущности. В настоящее время используется целый ряд методик психологической диагностики тревожности у детей и подростков (Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 2002; Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф., 2010; Костина Л.М., 2002; Марцинковская Т.Д., 1997; Прихожан А.М., 2000; Реан А.А., 2003; Соколова Е.Т., 1998; Чебыкин А.Я., 1991 и др.). Данные методы охватывают и самоотчеты о состоянии страха и тревоги, и способы непосредственного наблюдения за поведением детей, и опросники, и

проективные методики. Тем не менее, проведенный нами анализ этих методик показал, что каждая из них содержит конструктивные недостатки и ограничения для использования их при работе с детьми и подростками, породив актуальную задачу разработки методики диагностики тревожности, опирающейся на принцип многомерности.

Глава 2. Организация, материал и методы исследования.

Представлено описание всех этапов исследования, после чего дается подробный анализ материала и методов, включая математико-статистические. Так, **материалом исследования** послужили данные клинико- и экспериментально-психологического исследования 1659 школьников и их родителей, из них – 717 больных и 942 здоровых детей и подростков. При этом все исследованные школьники были разделены нами на 4 возрастные группы: 7-10 лет (младший школьный возраст), 11-12 (предпубертатный возраст), 13-15 (пубертатный возраст), 15-17 лет (юношеский возраст).

В *нормативную группу* были включены 942 здоровых социально-адаптированных школьников в возрасте от 7 до 18 лет – 454 мальчика и 488 девочек, учащихся с 1 по 11 классов четырех средних общеобразовательных школ (№91, №97, №100 и № 271) трех районов Санкт-Петербурга (Петроградского, Выборгского и Красносельского).

В *экспериментальную группу* были включены 717 больных детей и подростков школьного возраста с тревожными нарушениями различных уровней (невротического – 270, психотического – 153 и соматического – 294 человека, соответственно), проходящих амбулаторное и стационарное обследование и лечение в различных лечебных, научных и консультативных учреждениях. Все больные были обследованы всесторонне при непосредственном участии врачей-клиницистов (психиатров, психоневрологов, психотерапевтов, педиатров и т.п.) на базах СПб научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева (детское, подростковое и нейрохирургическое отделение), консультативно-диагностического центра СПб педиатрической академии, кафедры педиатрии № 2 СПб медицинской академии последипломного образования, а также СПб городского Кризисного центра для детей и подростков. Ниже в таблице представлены нозологические формы патологии различных уровней (соматического, невротического, психотического), которые были включены в исследование структуры тревожных расстройств у исследованных нами детей и подростков школьного возраста.

Нозологическая форма	Всего больных
Расстройства соматического уровня с преимущественно астеническими, тревожно-фобическими, обсессивно-фобическими, тревожно-депрессивными и поведенческими жалобами	294
<i>Соматоформные тревожные расстройства</i>	
Соматизированное расстройство (F45.0) и недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1); Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30); Соматоформная вегетативная дисфункция верхних (F45.31) и нижнего (F45.32) отделов желудочно-кишечного тракта; Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы (F45.33); Хоническое соматоформное болевое расстройство (F45.4) и другие соматоформные расстройства (F45.8)	172
<i>Психологические и поведенческие факторы тревожного характера, связанные с соматическим расстройством или заболеванием (F54+)</i>	
Гастрит и гастродуоденит (K29); Гастрит и гастродуоденит, лекарственный дерматит (K29+L27); Поражение пищевода, дисгидротическая экзема (K23+L30.1); Вазомоторный и аллергический ринит (J30); Астма (J45); Астма, лекарственный дерматит (J45+L27); Лекарственный дерматит (L27); Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66); Нарушение функции щитовидной железы (E83); Гнездная алопеция (L63)	122

Расстройства невротического уровня с преимущественно астеническими, тревожно-фобическими, обсессивно-фобическими, тревожно-депрессивными и поведенческими жалобами	270
<i>Невротические и связанные со стрессом тревожные расстройства</i>	
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0); Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2); Другие смешанные тревожные расстройства (F41.3); Обсессивно-компульсивное расстройство (F42); Смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22); Расстройство адаптации с преобладанием расстройств эмоций (F43.23); Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24); Неврастения (F48.0) и органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)	214
<i>Эмоциональные и поведенческие расстройства тревожного спектра, специфические для детского и подросткового возраста</i>	
Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1) и специфические (изолированные) фобии (F40.2); Социальное тревожное расстройство детского возраста (F93.2) и социальные фобии (F40.1); Другие эмоциональные расстройства детского возраста (F93.8); Неорганический энурез (F98.0) и энкопрез (F98.1); Заикание (F98.5)	56
Тревожные расстройства психотического уровня	153
<i>Шизофрения и шизотипические расстройства</i>	
параноидная шизофрения (F20.0), постшизофреническая депрессия (F20.4), шизотипическое расстройство (F21), острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0), другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F23.3), другие острые и транзиторные психотические расстройства (F23.8), шизоаффективное расстройство (F25)	111
<i>(Аффективные) расстройства настроения, личности и поведения, включая органические</i>	
депрессивный эпизод (F32), синдром Аспергера (F84.5), тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6), трихотилломания (F63.3), расстройство поведения (F91), тикозное расстройство (F95), комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта) (F95.2), тревожное расстройство органической природы (F06.4)	42
Итого	717

В соответствии с задачами, на разных этапах исследования были использованы различные клинико- и экспериментально-психологические методы.

В соответствии с сущностью **клинического метода** психологические данные о ребенке получались в ходе непосредственного общения с ним, организованного как психодиагностическая беседа и целевое наблюдение, направленные на выявление признаков тревожности, а также психологических и социальных переменных, связанных с ней. Кроме того, проводились целенаправленные беседы с членами ближайшего микросоциального окружения ребенка – родителями, сиблингами, другими близкими родственниками, а также учителями, одноклассниками, членами неформального окружения (друзьями). Основная направленность получения клинико-психологических данных состояла в выявлении собственно тревожности в переживаниях и поведении ребенка, факторов ее возникновения, развития и поддержания, а также патологических вариантов тревожности (в группе больных детей). Специальное внимание в клинико-психологическом исследовании было уделено истории жизни ребенка. Прежде всего, анализировались особенности его внутрисемейного окружения и отношения в семье, стили родительского воспитания (как по оценке родителей, так и по оценке самого ребенка), система контроля и требований по отношению к ребенку в семье. Исследовались также особенности школьной жизни ребенка. При этом учитывались объективные характеристики школьной успеваемости и адаптивности, а также отношения ребенка со

школьниками и учителями, отраженные в субъективных оценках ребенка. Основное внимание обращалось как на внешние признаки проявления тревожности ребенка в школе, так и внутренние механизмы ее генеза.

Экспериментально-психологическим методом исследовались:

Сферы актуализации тревожности школьников изучались специально разработанной психодиагностической методикой «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) (Ромицына Е.Е., 2006).

Механизмы совладания со стрессом школьников изучались опросником «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., 2005), определяющим систему механизмов психологической защиты, опросником «Индикатор стратегий преодоления стресса» (Ялтонский В.М., 1995) (для детей в возрасте от 7 до 12 лет) и копинг-тестом Лазаруса для оценки копинг-механизмов у подростков в возрасте от 12 до 18 лет (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010).

Индивидуально-типологические характеристики школьников определялись «Индивидуально-типологическим детским опросником» (ИТДО) (Собчик Л.Н., 2008), «Методом цветовых выборов» (МЦВ) (Собчик Л.Н., 2009); *особенности личности* - опросником Кеттелла, причем для детей (8-12 лет) был применен его детский вариант (Александровская Э.М., Гильяшева И.Н., 1995), а для подростков (12-18 лет) – вариант С (Капустина А.Н., 2001); *характерологические особенности* - школьников определялись Патохарактерологическим диагностическим опросником для подростков (ПДО) (Личко А.Е., Иванов В.И., 2010).

Особенности семейного воспитания изучались при помощи опросника «Анализ семейного воспитания и причин его нарушения» (АСВ) (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007), а также опросника «Подростки о родителях» (ПоР) (Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицына Е.Е., 2004).

Компьютерная статистическая обработка данных выполнялась при помощи программ Statistica 7.0 и SPSS.20. По всем экспериментальным группам определялась разница тестовых показателей между собой и с контрольной группой. Для этого, в зависимости от характера статистического распределения данных использовались методы параметрической (t-критерий Стьюдента) или непараметрической (Mann-Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov two sample test, Kruskal-Wallis by Ranks, Median test) статистики. Аналогичным образом устанавливались корреляционные связи между показателями внутри групп.

Глава 3. Разработка оригинальной методики многомерной оценки детской тревожности

В связи с необходимостью разработки специальной психодиагностической методики для многомерной оценки тревожности у детей и подростков школьного возраста (от 7 до 18 лет) мы попытались учесть не только онтогенетические закономерности специфических проявлений тревожности, но и запросы специалистов-практиков.

На первом этапе на основе анализа данных литературы и при содействии 53 высококвалифицированных специалистов (клинических психологов, педагогов и врачей), работающих с детьми и подростками, разрабатывался теоретический конструкт будущего опросника.

В результате были сформулированы 10 параметров-шкал и раскрыто их психологическое содержание. Предполагалось анализировать структуру проявлений тревожности конкретного ребенка или подростка в соответствии с четырьмя ее компонентами:

- уровнем тревожности, имеющей отношение к личностным особенностям ребенка (1, 3 и 7 шкалы);

- выраженностью психо-физиологического и психо-вегетативного тревожного реагирования ребенка в стрессогенных ситуациях (9 и 10 шкалы).
- значимостью роли его социальных контактов в развитии тревожных реакций и состояний ребенка (в частности – со сверстниками, учителями и родителями) (соответственно – 2, 4 и 5 шкалы);
- значимостью роли ситуаций, связанных со школьным обучением, в развитии тревожных реакций и состояний ребенка (6 и 8 шкалы)

Формирование списка вопросов методики было многоэтапным, и на каждом из этих этапов проводилась специальная его корректировка, направленная на повышение диагностической и информативной значимости отбираемых вопросов. Так, в соответствии с психологическим содержанием каждой из 10-ти проектируемых шкал, были составлены отдельные перечни вопросов, отражающих психологическую специфику каждой из них. В результате оценки соответствия содержания вопросов заявленным темам шкал из первоначального списка порядка 250 вопросов при содействии группы экспертов был отобран 131 вопрос. После чего смысловая оценка «понятности» содержания вопросов, адекватность их формулировок особенностям восприятия респондентов широкого возрастного диапазона школьников была оценена группой «экспертов» (детей от 6 до 7 лет и подростков от 17 до 18 лет). Далее было проведено дополнительное исследование 470 школьников как начальных, так и выпускных классов общеобразовательных школ, которое подтвердило первоначальную гипотезу о единой структуре тревожности у детей и подростков на протяжении всего школьного возраста (от 7 до 18 лет) и возможности использования для них единого списка вопросов.

Далее нами был проведен специальный статистический анализ с целью изучения качественных особенностей полученного экспертным путем варианта методики МОДТ: подсчитаны коэффициенты корреляции ответов на каждый вопрос с ответами на вопросы той же шкалы. В окончательную версию опросника МОДТ были включены только те вопросы, которые соответствовали статистическим критериям и которым, соответственно, был присущ коэффициент корреляции в диапазоне от 0,70 до 0,86. Окончательная версия опросника «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) содержит 100 вопросов (по 10 на каждую шкалу), на которые респонденты должны отвечать одним из двух вариантов ответов: «да» или «нет».

На следующем этапе создания МОДТ нами было проведено исследование в общей совокупности 1395 школьников в возрасте от 7 до 18 лет, учащихся пяти общеобразовательных школ Санкт-Петербурга (№ 89, № 91, № 97, № 100, № 122) по результатам которого были определены характеристики надежности и валидности данной методики.

Характер внутренней согласованности (гомогенности) теста определялся при помощи вычисления показателя «альфа Кронбаха» и «стандартизированного показателя альфа». Также надежность методики определялась путем расщепления теста с вычислением коэффициента взаимосвязи расщепленных пунктов каждой шкалы, коэффициента Гуттмана и коэффициента Спирмена-Брауна. Кроме того, на материале 180 школьников в возрасте от 7 до 18 лет была проведена процедура проверки на ретестовую надежность с интервалом в 1 месяц. В результате одномоментная надежность 1, 3, 4, 6, 7, 8 и 10 шкал опросника была высокой ($0,51 \div 0,78$), 2, 5 и 9 шкал - умеренной ($0,36 \div 0,64$), ретестовая – высокой ($0,55 \div 0,69$).

Далее нами были проведены специальные статистические процедуры, имеющие своей целью определение различных вариантов *валидности* разработанного опросника (Майоров А.Н., 2000).

Поскольку опросник МОДТ состоит из 10-ти самостоятельных шкал, валидность каждой шкалы определялась самостоятельно. Валидность опросника как целого определялась качественно совокупностью валидности этих 10-ти шкал. Основной акцент был сделан на оценке валидности по содержанию и критериальной валидности.

Валидность по содержанию (внутренняя) подтверждалась оценкой группы квалифицированных экспертов, которые анализировали общую структуру шкал опросника и содержание вопросов, относящихся к каждой из 10-ти шкал.

Проведенная нами процедура, подтверждающая **валидность по критерию (критериальную валидность)** заключалась в установлении эмпирических мер соответствия оценок опросника МОДТ и внешних по отношению к нему критериев, которые достаточно объективно, обосновано и надежно характеризуют тревожность у детей и подростков.

В рамках исследования критериальной валидности нами выделялись два ее основные вида: консенсусная и эмпирическая.

В нашем случае **консенсусная валидность** устанавливала меру соответствия между результатами опросника МОДТ и внешними для опросника критериями. В качестве таких критериев выступали самооценки 413 детей и подростков в возрасте от 9 до 17 лет ($0,20 \div 0,30$), а также оценки 180 родителями детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет ($0,26 \div 0,35$) и учителями 443 школьников в возрасте от 7 до 17 лет ($0,26 \div 0,30$), когда им предлагалось оценить степень выраженности в поведении детей эмоциональных проявлений, свидетельствующих о наличии тревоги.

Проведенная нами процедура проверки **эмпирической валидности** устанавливала меру соответствия путем вычисления коэффициентов корреляции между результатами опросника МОДТ и внешними для этого опросника критериями, в качестве которых выступали оценки других тестов, выявляющих наличие тревожности и эмоционально-поведенческих феноменов, сопряженных с ней. Для установления эмпирической валидности опросника МОДТ были использованы результаты исследования: 227 детей в возрасте от 7 до 12 лет детским вариантом опросника Кеттелла (Александровская Э.М., Гильяшева И.Н., 1995) ($0,47 \div 0,56$), 402 школьников в возрасте от 9 до 17 лет «Индивидуально-типологическим детским опросником» (ИТДО) (Собчик Л.Н., 2008) ($0,26 \div 0,39$), 66 детей в возрасте от 7 до 12 лет «Методом цветовых выборов» (МЦВ) (Собчик Л.Н., 2009) ($0,24 \div 0,25$), 315 подростков в возрасте от 12 до 18 лет Патохарактерологическим диагностическим опросником для подростков (ПДО) (Личко А.Е., Иванов В.И., 2010) ($0,36 \div 0,46$). Оценка проводилась по шкалам, имеющим непосредственное отношение к проявлениям тревожности.

Далее по результатам проведения предварительной проверки полученных с использованием МОДТ данных многофакторным дисперсионным анализом (MANOVA) было обнаружено влияние пола и возраста на значения показателей шкал, что привело к необходимости учитывать эти различия. Были получены достоверные статистические различия (при $p < 0,05$) между следующими половозрастными группами: 7-10 лет (младший школьный возраст), 11-12 (предпубертатный возраст), 13-15 (пубертатный возраст), 15-17 лет (юношеский возраст). Кроме того, нами была проведена процедура стандартизации результатов. Так, для каждой из этих половозрастных групп значения первичных оценок (сырых баллов) по всем шкалам были переведены в z-оценки. Средние значения были выбраны в диапазоне от $-1z$ до $+1z$ (в пределах одного стандартного отклонения), поскольку при таком делении в этот диапазон попадает около 68% выборки, а на крайние значения (от $-3z$ до $-1z$ и от $+1z$ до $+3z$) приходится примерно по 16% выборки, что соответствует принятым в психодиагностике границам отсечения групп (Сидоренко Е.В., 2003).

На основании этого нами впервые было предложено эмпирически обоснованное деление по степени выраженности каждой из 10-ти шкал МОДТ, отражающих проявления тревожности у детей и подростков, где все значения разделились на четыре группы по степени выраженности проявлений тревожности:

- испытуемые, имеющие низкие значения показателя (от $-2,5$ до -1 z-баллов) – **«отрицание тревоги или слабая ее выраженность**, которая, в свою очередь, может иметь и защитный, неосознаваемый характер»,
- испытуемые, имеющие средние значения показателя (от -1 до $+1$ z-баллов) – **«нормативный уровень тревожности**, способствующий оптимальной адаптации индивида»,
- испытуемые, имеющие высокие значения показателя (от $+1$ до $+2$ z-баллов) – **«повышенный уровень тревожности**, дестабилизирующий психо-эмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях; субклинический уровень»,
- испытуемые, имеющие экстремально высокие значения показателя (от $+2$ до $+3$ z-баллов) – **«крайне высокий уровень тревожности**, носящей генерализованный характер и дезорганизующей деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений».

С учетом вышесказанного и на основании специально проведенного исследования с участием экспертов-специалистов (психологов, психотерапевтов, педагогов) нами были подробно описаны специфические проявления каждого из 4-х уровней выраженности тревожности по каждой из 10-ти разработанных шкал.

Глава 4. Тревожность и развитие личности в норме и при патологии

Представлен подробный теоретико-эмпирический анализ половозрастной динамики проявлений тревожности у детей и подростков в норме и при патологии формирования личности соматического, невротического и психотического уровня.

Параграф 4.1. Полоспецифические и патопсихологические особенности тревожности в младшем школьном возрасте (7-10 лет)

Период адаптации ребенка к школе требует значительной корректировки его сложившихся социальных ролей. Важными становятся стремление к самоутверждению и притязание на признание со стороны учителей, родителей и сверстников, в первую очередь связанное с учебной деятельностью, с ее успешностью. На протяжении периода адаптации ребенка к школе тревога является доминирующей реакцией, определяющей развитие личности, поскольку проявляется уже не только как ситуативная реакция на фрустрирующий фактор, но в большей степени как личностная черта.

В исследованной нами группе школьников с тревожной симптоматикой соматического уровня чуть меньше половины (42,9%) детей страдали различными соматоформными расстройствами, связанными с дисфункцией желудочно-кишечного тракта (F45.31/32) (40%) и хроническим болевым синдромом (F45.4) (20%). Соответственно, больше половины (57,1%) обследованных составили пациенты младшего школьного возраста, больные соматическими расстройствами или заболеваниями, сопровождавшимися психологическими и поведенческими факторами тревожного характера, являющимися своеобразными спутниками уже имеющихся квалифицированных соматических нарушений – чаще гастрита и гастродуоденита (+K29) (25%), лекарственного дерматита (+L27) (25%) и их сочетанных форм (+K29+L27) (20%).

Большую часть детей младшего школьного возраста с тревожными расстройствами невротического уровня составили пациенты с невротическими и неврозоподобными (F4) (81%) нарушениями, среди которых преобладала неврастения (F48) (31,4%), тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) (15,7%) и расстройства адаптации с преобладанием расстройств поведения (F43.24)(15,7%). Поведенческие и эмоциональные расстройства,

начинающиеся в детском возрасте (F9), составили 19% и включали преимущественно фобические (F93.1) (25%) и социальные (F93.2) (16,7%) тревожные расстройства детского возраста.

Психотические проявления тревоги, манифестировавшие в младшем школьном возрасте, как правило, не квалифицировались в качестве таковых, а квалифицированные ранее не содержали в своей клинической картине ярко очерченной тревожной симптоматики.

Изучение особенностей сфер актуализации тревожности обнаружило отсутствие различий у детей в возрасте 7-10 лет с аномалиями развития личности невротического и соматического уровня вне зависимости от пола, связанных с переживанием общей тревожности на фоне тревоги, возникающей в ситуациях самовыражения и общего снижения психической активности. При этом указанием на вероятность развития невротоподобной аномалии личности служило наличие высоких показателей тревоги в связи с оценкой окружающих у мальчиков и нарастание признаков психастении на фоне снижения вегетативной реактивности у девочек.

Изучение индивидуально-типологических предпосылок актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников при нормальном и аномальном развитии личности показало профилирующее влияние системы взаимоотношений с педагогами для оптимального развития личности ребенка как в норме, так и психогенно-обусловленных аномалиях развития. В то же время, значительный вклад в становление личностных отношений детей при аномалиях, связанных с преимущественно тревожным характером реагирования, вносил психастенический компонент в структуре актуального состояния, оказывающий влияние на приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера. При этом, чрезмерная тревожность в ситуациях проверки знаний, проявляющаяся как в ситуациях публичной оценки, так и при выполнении индивидуальных и письменных работ, оказалась непосредственно связанной с формированием невротической тревожной личности.

По результатам исследования взаимосвязей сфер актуализации тревожности со структурой семей, семейной организацией и стилями родительского воспитания, можно говорить о том, что в норме любые воспитательные приемы родителей воспринимаются детьми адекватно, не вызывая чувства тревоги. То же можно сказать и о соматически ослабленных детях, у которых лишь непоследовательность, нечеткость требований родителя в отношении выполнения правил школьного обучения (когда родитель может снисходительно относиться к невыученным урокам по причине соматического недомогания) провоцирует тревогу в связи с предстоящей проверкой их в школе. Что касается стиля воспитательного воздействия в семьях детей с преимущественно невротическим характером тревожного реагирования, то здесь взаимосвязи более отчетливы. Особое значение здесь приобретают такие неблагоприятные типы, как изнеживающее, ласкающее отношение, так и неровное, лишенное четких принципов. Именно подобного рода отношения способствуют актуализации тревоги во взаимоотношениях со сверстниками и в связи с успешностью в обучении. В то же время, редуцировать напряженность ребенка в данных областях способно воспитание в духе повышенной моральной ответственности за свои поступки и отношения.

Параграф 4.2. Полоспецифические и патопсихологические особенности тревожности в предподростковом возрасте

В психологической науке существует несколько принципиальных позиций рассмотрения периода 11-12 лет. Некоторые исследователи считают этот возраст началом стабильного подросткового периода (Выготский Л.С., 2003), другие – частью критического (в целом) подросткового возраста (Божович Л.И., 2009 и др.) либо окончанием детского возраста, латентной стадией (Фрейдз., 2006). В периодизации Д.Б.

Элькони́на (2008) этот период рассматривается как кризис между стабильными младшим школьным и подростковым возрастами. Конец младшего школьного возраста в условиях традиционной системы обучения знаменуется глубоким мотивационным кризисом (иногда вплоть до так называемого мотивационного вакуума), когда мотивация, связанная с занятием новой социальной позиции, исчерпана (учеба превратилась в одну из житейских обязанностей), а содержательные мотивы учения зачастую отсутствуют, не сформированы. Так, к примеру, если главным для младших школьников является получение от других людей обратной связи в отношении оценки своих возможностей, то для младших подростков характерен рост познавательной активности («пик любознательности» приходится именно на 11-12 лет), характеризующийся расширением познавательных интересов.

Рассматриваемый нами здесь возраст 11-12 лет, как правило, связывается с так называемой негативной фазой подросткового кризиса и характеризуется свертыванием, отмиранием прежней системы интересов. Именно в этом возрасте появляются и первые сексуальные влечения. Отсюда внешне наблюдаемые отрицательные поведенческие особенности: снижение работоспособности, ухудшение успеваемости и навыков, грубость и повышенная раздражительность подростка, его недовольство самим собой и чувство внутреннего беспокойства.

По мнению К.Н. Поливановой (2006), основным психологическим содержанием предподросткового кризиса является рефлексивный «оборот на себя». Сформированное в предшествующий стабильный период отношение к мере собственных возможностей в учебной деятельности переносится в сферу самосознания. Именно в этот период общение со сверстниками начинает определять многие стороны личностного развития подростка, определяя привлекательность занятий и интересов. Поэтому, если подросток не может занять удовлетворяющего его места в системе отношений среди сверстников в школе, он «уходит» из нее и психологически, и даже буквально.

В исследованной нами группе младших подростков с тревожной симптоматикой соматического уровня больше половины (58,3%) детей страдали различными соматоформными расстройствами: вегетативной дисфункцией верхних (F45.31) и нижнего (F45.32) отделов желудочно-кишечного тракта (42,9%), в основном, мальчики (50%). 41,7% обследованных составили пациенты младшего подросткового возраста, больные соматическими расстройствами или заболеваниями, сопровождавшимися психологическими и поведенческими явлениями тревожного характера. Среди них чаще встречались дети с квалифицированным лекарственным дерматитом (L27) (32,0%) (в большей степени характерного для мальчиков младшего подросткового возраста (41,8%), чем для девочек (23,2%)). Таким образом, начиная с младшего подросткового возраста, соматизированные реакции на тревожный фактор среды начинают приобретать ясную психогенно обусловленную динамику.

В группе младших подростков с тревожными расстройствами невротического уровня собственно невротических и невротоподобных расстройств (F4) оказалось 73,2%. Среди них преобладали такие клинические формы, как смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) (29,3%) и неврастения (F48.0) (31,7%), причем данная тенденция сохранялась вне зависимости от пола. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающихся в детском возрасте (F9), составили 26,8%, причем для девочек были характерны признаки фобического тревожного расстройства (F93.1) (71,4%), в то время как у мальчиков, помимо собственно фобических расстройств (37,5%), были ярко выражены тревожные расстройства социального содержания (37,5%).

Группу младших подростков с преимущественно психотическими проявлениями тревоги в структуре актуального психического состояния составили 19 человек с шизофренией и шизотипическими расстройствами, среди которых преобладали дети с

острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении (F23.0) (57,9%).

При исследовании сфер актуализации тревожности младших подростков обратило на себя внимание отсутствие различий в сфере, отражающей уровень тревожных переживаний в связи с взаимоотношениями с педагогами в школе, влияющими на школьную успеваемость и мотивацию к обучению ребенка. По всей видимости, к моменту окончания периода адаптации ребенка к школе, в конце начальной школы, взаимоотношения с учителем/ями стабилизируются, приобретая характер предсказуемых. В то же время, уровень тревожности в отдельных сферах социальных интеракций оказывается в этом возрасте сходным в группе нормативного и невротического развития, указывая тем самым на «кризисное» переживание данного этапа. Кроме того, именно в этом возрасте мы уже можем видеть отчетливую разницу, как в сферах актуализации, так и в ее интенсивности в группах с преимущественно соматическим и психотическим уровнем тревожного реагирования. Так наиболее значимыми для формирования личности подростков в возрасте 11-12 лет являются сферы, связанные с оценкой окружающими в ситуациях самовыражения. Именно в них характер интенсивности тревоги дифференцирует нормальное и аномальное (соматическое, невротическое и психотическое) развитие личности. Интенсивность дезактуализации тревоги в связи с оценкой окружающими и в ситуациях самовыражения имеет непосредственную связь с уровнем невротизации, а при полном игнорировании данных сфер – с тенденцией к психотическому развитию личности в младшем подростковом возрасте.

Кроме того, обращает на себя внимание выраженная специфичность взаимосвязей сфер актуализации тревожности с определенными особенностями личности при разных уровнях проявления тревоги. Так в норме профилирующими чертами, определяющими личностное тревожное реагирование в любых стрессовых ситуациях, оказываются классические тревожные черты (O+)($r=0,307 \div 0,423$ при $p>0,01$), связанные с робостью, застенчивостью, чувствительностью к угрозам (H-)($r=-0,300 \div -0,445$ при $p>0,01$).

При этом психогенно обусловленный характер тревожного реагирования (например, во взаимодействии с учителями), определяли черты зависимости от других (I+)($r=0,290 \div 0,430$ при $p>0,01$), которые, в свою очередь были связаны со снижением тревоги в ситуациях самовыражения ($r=-0,398 \div -0,449$ при $p>0,01$) и в связи с успешностью в обучении ($r=-0,379 \div -0,476$ при $p>0,01$). Наряду с этим, можно было наблюдать ряд особенностей проявления этой черты в отношении направления развития аномалии в сторону невротизации, когда она оказывается связанной с повышением показателя общей тревожности ($r=,547$ при $p=,000$), проявляющейся преимущественно вегетативными реакциями в ответ на стресс ($r=,564$ при $p=,000$). В то время, как при соматическом характере тревожного реагирования повышение общего уровня тревоги ($r=,367$ при $p=,004$) в вегетативных проявлениях ($r=,402$ при $p=,001$) обуславливали противоположные черты практичности (I-).

Что касается характера взаимосвязи сфер актуализации тревожности с особенностями личности у подростков с преимущественно психотическим уровнем тревожного реагирования, то здесь мы наблюдали картину дезинтеграции, когда практически все черты на достаточно высоком уровне значимости оказались связанными с различными сферами актуализации тревоги ($r=0,701 \div 0,906$ при $p>0,00$).

Исследование взаимосвязей состава семьи со сферами актуализации тревожности у младших подростков в норме значимых взаимосвязей не выявило. Характерным для подростков с психогенно обусловленными аномалиями развития личности является то, что полная семья усиливает вегетативную реактивность ($r=-,455$ при $p=,000$). Причем в случае развода матери показатели напряженности снижаются не только в отношениях с ней ($r=-,369$ при $p=,005$), но и в общении с учителями ($r=-,421$ при $p=,001$). При невротических

формах тревожного реагирования у подростков можно наблюдать схожую тенденцию, когда полная, но конфликтная семья усиливает риск преимущественно соматовегетативного реагирования ребенка на стрессовую ситуацию ($r=,511$ при $p=,000$), снижая тревогу в отношениях со сверстниками ($r=-,507$ при $p=,000$).

Параграф 4.3. Полоспецифические и патопсихологические особенности тревожности в период подросткового криза

Л.С. Выготский (2003) выделял возраст 13-14 лет как переломную точку кризиса, однако по нашим данным именно он и является истинно кризисным. Накопление опыта в разных видах общественно полезной деятельности активизирует потребность 13-14-летних в признании их прав, во включении в общество на условиях выполнения определенной, значимой роли. Кроме того, на психофизиологическом уровне функционирования именно этот период представляется наиболее интенсивным периодом полового созревания, кризисность которого подчеркивается понятием «гормональная буря». Безусловно, основными психологическими потребностями подростка в это время являются стремление к общению со сверстниками («группированию»), стремление к самостоятельности и независимости, «эмансипации» от взрослых, к признанию своих прав со стороны других людей. Кроме становления социальных ролей здесь активно совершенствуются интеллектуальные процессы подростка. Так, ученые выделяют особую форму подросткового эгоцентризма, связанную с особенностями интеллекта подростка и его аффективной сферы. Подросток затрудняется в дифференциации предмета своего мышления и мышления других людей. Поскольку большая часть интересов подростка в этом возрасте концентрируется непосредственно на собственной персоне и происходящих с ней психофизиологических изменениях, он интенсивно анализирует и оценивает себя. При этом у него может возникать иллюзия относительно того, что и другие люди озабочены тем же самым, т.е. непрерывно оценивают его поведение, внешность, образ мыслей и чувств.

В исследованной нами группе подростков с тревожной симптоматикой соматического уровня больше половины (59,3%) детей было с различными соматоформными расстройствами, среди которых преобладали вегетативная дисфункция верхних (F45.31) и нижнего (F45.32) отделов желудочно-кишечного тракта (37,5%), причем данная тенденция сохранялась вне зависимости от пола ребенка. Соответственно, меньше половины (40,7%) исследованных составили пациенты подросткового возраста, больные соматическими расстройствами или заболеваниями, сопровождавшимися психологическими и поведенческими факторами тревожного характера, среди которых чаще встречались дети с гастритом и гастродуоденитом (K29) (30,3%), а также лекарственным дерматитом (L27) (30,3%).

Принимая во внимание уже описанное ранее (в пп. 4.1. и 4.2.) распределение детей младшего школьного возраста по данным нозологическим категориям, можно предположить, что свойственный им уровень соматизации тревожного реагирования как при вхождении в подростковый возраст, так и переживании «кризиса перехода», сменяясь ярко выраженной невротической симптоматикой, сохраняет данную тенденцию и в дальнейшем. Другими словами, соматизированные реакции на тревожный фактор среды сохраняют ясную психогенно обусловленную динамику.

В группе подростков с невротическими проявлениями тревоги преобладали диагнозы, относящиеся к категории невротических и невротоподобных (F4) (82,2%), среди которых вне зависимости от пола, в основном, наблюдалась клиника затяжных астено-невротических состояний (38,3%). Поскольку психофизиологические проявления мальчиков в пубертате представлялись гораздо разнообразными, чем у девочек, их состояние чаще квалифицировалось клиницистами как тревожно-депрессивная реакция (F43.22) (14,7%), в то время, как у девочек среди клинически верифицированных

преобладало тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) (15,4%). Эмоциональные и поведенческие расстройства тревожного спектра, специфические для подростков 13-14 лет встречались всего в 17,8% случаев исследованной патологии невротического уровня и, в основном, были представлены различными вариантами социального тревожного расстройства (F93.2) (30,7%).

В группе подростков 13-14 лет с тревожными проявлениями психотического уровня больше половины (68,8%) страдали различными формами эндогенных расстройств, значительную долю которых составляло вне зависимости от пола шизоаффективное расстройство (F25) (45,4%). При этом разворачивание психопатологических феноменов тревоги у мальчиков отличалось некоторой «размытостью» симптоматики и по большей части квалифицировалось как транзиторное психотическое расстройство (F23.8) (26,7%). В то же время среди девочек одинаково часто встречались как собственно острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) (28,6%), так и другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F23.3) (28,6%). Треть больных подростков 13-14 лет (31,2%), страдающих тревожными расстройствами психотического уровня относились к группе аффективных расстройств настроения, личности и поведения, включая органические, имеющие полоспецифический характер. Так, среди мальчиков этой группы чаще встречалось комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта) (F95.2) (66,6%). В то же время в 75,0% случаев клинические проявления девочек этого возраста были отнесены к тревожным расстройствам органической природы (F06.4), в большей степени характеризующимися вегетативным проявлениям тревоги в связи с наличием признаков сосудистой патологии головного мозга, эндокринными нарушениями (дисфункции паращитовидной железы, предменструальные синдромы), черепно-мозговыми травмами.

Принимая во внимание закономерные трудности в наборе психотически тревожных детей младшего школьного возраста (см. п. 4.1.), трудности квалификации эмоциональных расстройств в младшем подростковом возрасте как психотических (см. п. 4.2.), отчетливое проявление подобного рода нарушений именно в кризисной фазе подросткового периода (13-14 лет) позволяет предполагать, что именно в этом возрасте имеет место т.н. «депрессивное оттормаживание» в личностном развитии. Данное состояние, характеризующееся некоторой психомоторной заторможенностью, неуклюжестью поз и общим снижением активности (признаки в большей степени характерные для взрослых) квалифицируется клиницистам как психотическое. Ведь именно особенности интрапсихического переживания пика кризиса, провоцирующие «реактивное сужение активности», воспринимается клиницистом, как психотически депрессивное. Следуя размышлениям о природе выученной беспомощности, отраженным в работах Е.П. Ильина (2011) и Д.А. Циринг (2005), можно полагать, что именно фиксация на таком способе отреагирования «кризисного» напряжения закономерно приводит подростка к дефициту в трех областях — мотивационной, когнитивной и эмоциональной, непосредственно характеризующих его клинический статус, как психотический.

В исследовании сфер актуализации тревожности подростков 13-14 лет не обнаружено значимых различий в фоновых показателях общей тревожности, тревоги во взаимоотношениях с учителями и родителями, снижения психической активности и повышения вегетативной реактивности, связанных с тревогой при разных уровнях развития. Видимо в острый период кризиса наблюдаются признаки личностной дезинтеграции (диффузии идентичности) вне зависимости от уровня развития, а то каким именно образом подросток выйдет из него, и будет характеризовать его личность в дальнейшем. По нашим данным мы можем говорить только лишь об относительных различиях, обнаруженных у подростков 13-14 лет разных нозологических групп, когда

показательными могут быть значения тревоги, возникающей в ситуациях самовыражения и взаимоотношений со сверстниками, которые в некотором смысле дают нам возможность дифференцировать психотические проявления тревоги и психогенно-обусловленные. Так снижение актуальности переживаний в ситуациях самовыражения оказывается более свойственно пациентам с преимущественно невротическим и психотическим характером реагирования. Причем чем менее актуальны данные переживания, тем больше вероятности того, что они могут быть расценены как психотические. Что касается дезактуализации взаимоотношений со сверстниками, то тут психотический уровень реакций оказывается близок к соматическому. Видимо, уход от близких контактов со сверстниками, обусловленный при психозах концентрацией внимания на внутренних проблемах, и уход в болезнь при соматизации, ограничивающий неформальные контакты, заставляют подростков концентрироваться на проблемах, связанных с изменяющейся ситуацией развития.

Общим для всех подростков, переживающих кризис, является связь роста общей тревожности с кристаллизацией классических тревожных черт личности (O+), определяющих общую предуготованность к традиционным для данного возраста психотравмирующим ситуациям. Специфика же личностного реагирования при психогенных развитиях заключается в актуализации таких черт реагирования во всех, без исключения случаях, связанных с ситуациями школьного обучения ($r=0,388 \div 0,799$ при $p > 0,01$). При этом, классическая тревожная черта оказалась не связанной со сферой межличностных отношений (со сверстниками, педагогами и родителями) школьников, склонных к соматизации тревоги, в отличие от склонных к невротическому характеру реагирования в период кризиса.

Что касается характера взаимосвязи сфер актуализации тревожности с особенностями личности у подростков с преимущественно психотическим уровнем тревожного реагирования, то здесь мы наблюдали картину личностной дезинтеграции, когда практически все показатели на достаточно высоком уровне значимости оказывались связанными с различными сферами актуализации тревожности ($r=0,701 \div 0,906$ при $p > 0,00$). Можно предположить, что любая ситуация «встречи с реальностью» воспринимается подростком как стрессовая, вызывая ощущение дезинтегрированности на уровне личностного функционирования.

Исследование взаимосвязей состава семьи со сферами актуализации тревожности у подростков 13-14 лет выявило следующие особенности. В кризисную фазу резко возрастают различия в сферах актуализации тревожности при формировании психогенно обусловленных аномалий личности в зависимости от структуры семей, воспитывающих подростка. Так, присутствие в доме значимого мужчины, отвлекающего внимание матери на себя, способно снизить проявления общей тревожности ($r=-,328$ при $p=,008$), которая усиливается в том случае, когда мать вследствие развода все силы бросает на «заботу» о здоровье ребенка ($r=,331$ при $p=,007$). При невротических развитиях можно видеть как минимум два типа семей, дезактуализирующих проявления тревоги в различных сферах – полная и семья, где ребенок воспитывается матерью при непосредственном участии ее родителей.

Общим для семей, имеющих подростка с преимущественно психогенно обусловленным характером тревожного реагирования, является требовательное отношение матери которое провоцирует напряженность в отношениях с ней ($r=0,432 \div 0,464$ при $p > 0,01$). Что касается непосредственно соматических проявлений тревоги у подростков, то отношение матери здесь играет не столь значимую роль, сколько отношение отца. Жестокое отношение, с вероятностью не только психического, но и физического насилия, способно во многом редуцировать внешние, психологически понятные проявления тревоги, уводя их в соматическую сферу.

Параграф 4.4. Полоспецифические и патопсихологические особенности тревожности в старшем подростковом возрасте

Граница между подростковым и юношеским возрастом достаточно условна, и в одних схемах периодизации (преимущественно в западной психологии) возраст от 15 до 17 лет рассматривают как завершение подростничества (Выготский Л.С., 2003), а в других – относят к юности (Эриксон Э., 2006). Часто именно эту фазу подростничества называют позитивной (Личко А.Е., 2010). Ведь именно она характеризуется зарождением новых интересов, более широких и глубоких. У подростка развивается интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным. Кроме того, в этом возрасте происходят существенные морфофункциональные изменения, завершаются процессы физического созревания человека. На этом фоне подросток интенсивно усваивает стереотипы поведения, связанные с осознанием своей половой принадлежности. Закрепляются особенности восприятия, интеллектуальной направленности, личностных установок, эмоциональной сферы, отличающие подростков-девочек от подростков-мальчиков. Собственно жизнедеятельность усложняется: расширяется диапазон социальных ролей и интересов, появляется все больше взрослых ролей с соответствующей им мерой самостоятельности и ответственности. В 9-м классе средней школы и еще раз в 11-м школьник неминуемо попадает в ситуацию выбора – завершения или продолжения образования в одной из его конкретных форм, вступления в трудовую жизнь и т.п. При этом сам интерес к школе и учению у старших подростков по сравнению с младшими заметно повышается, поскольку учение приобретает непосредственный жизненный смысл, связанный с будущим.

Происходящие в этот период значительные изменения в когнитивной сфере влияют на отношение подростков к окружающей действительности, а также на развитие личности в целом. Собственные мысли, чувства, поступки индивида становятся предметом его мысленного рассмотрения и анализа. Один из важнейших аспектов интроспекции в этом возрасте связан со способностью различать противоречия между мыслями, словами и поступками, оперировать идеальными ситуациями и обстоятельствами. Помимо прочего именно в этом возрасте нередко происходит обострение или возникновение патологических реакций (именно в этот период наиболее часто манифестирует, например, шизофрения) (Личко А.Е., 1985, 1989, 1990).

Предпосылок для этого более чем достаточно. Так, к примеру, одним из компонентов подросткового эгоцентризма является вера в уникальность собственных чувств страдания, любви, ненависти, стыда, основанная на сосредоточенности на собственных переживаниях. Пик такого эгоцентризма приходится как раз на старший подростковый возраст, а постепенное преодоление его происходит по мере развития близких доверительных отношений со сверстниками, которые делятся друг с другом своим аффективным опытом. Если же изначально подросток не был склонен к эмпатийным отношениям, то и в дальнейшем он будет испытывать значительные трудности, как в эмоциональной, так и уже и в когнитивной сфере в связи с формированием особого склада мышления. Другими словами «кризис перехода к взрослости» (15-18 лет) оказывается тесно связанным с проблемой непосредственного становления человека как субъекта собственного развития.

В исследованной нами группе старших подростков с тревожной симптоматикой соматического уровня больше половины (62,7%) детей было с различными соматоформными расстройствами, которые были представлены преимущественно соматоформными вегетативными дисфункциями сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30) (29,7%), а также дисфункциями верхнего (F45.31) и нижнего (F45.32) отделов желудочно-кишечного тракта (27,0%). Причем как у мальчиков, так и у девочек одинаково часто проявлялись признаки нейро-циркуляторной дистонии (соматоформной

вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30) (29,7%), характеризующиеся разнообразными жалобами астенического (быстрая утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон и др.), сосудистого (головная боль и головокружение) и кардиального характера (кардиалгии, сердцебиение или перебои в работе сердца). Принципиальные отличия проявлений соматоформных расстройств по полу у старших подростков заключается в большей четкости локализации жалоб у мальчиков, которые демонстрируют симптомы, относящиеся к расстройствам желудочно-кишечного тракта (такие, как тошнота или диарея) (F45.31 и F45.32) (32,5%). Девочки же, как правило, сообщали о гораздо большем количестве жалоб, отражающих наличие у них признаков соматизированного расстройства (F45.0) и недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1) (27,1%). Соответственно, меньше половины (37,3%) исследованных составили пациенты старшего подросткового возраста, больные соматическими расстройствами или заболеваниями, сопровождавшимися психологическими и поведенческими факторами тревожного характера вне зависимости от пола, которые чаще были связаны с такими соматическими расстройствами, как гастрит и гастродуоденит (K29) (34,1%), а также лекарственный дерматит (L27) (25,0%).

Принимая во внимание уже описанное ранее (в пп. 4.1.-4.3.) распределение детей младших школьных возрастов по данным нозологическим категориям, можно предположить, что свойственный им уровень соматизации тревожного реагирования как при вхождении в подростковый возраст (при переживании «кризиса перехода»), так и период выхода в позитивную фазу, сменяясь ярко выраженной невротической симптоматикой, сохраняет данную тенденцию и в дальнейшем. Другими словами, соматизированные реакции на тревожный фактор среды продолжают сохранять ясную психогенно обусловленную направленность развития.

Среди невротических и невротоподобных (F4) (79,5%), расстройств преобладали признаки неврастения (F48.0) (37,1%), чаще встречающиеся у мальчиков (45,1%). Кроме того, достаточно часто встречающееся в этом возрасте смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) (19,4%) чаще проявлялось у девочек (25,8%). В группе поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском возрасте (F9) (20,5%) преобладали подростки с признаками социального тревожного расстройства (F93.2) (43,8%) в большей мере представленные мальчиками (50,0%). Кроме того, в группе эмоциональных и поведенческих расстройств тревожного спектра, специфических для подросткового возраста, мальчиков оказалось больше (62,5%). В то же время, у девочек 15-17 лет преобладало фобическое тревожное расстройство (F93.1) (50,0%), в клинической картине которого по сравнению с подростками младших групп уже не столь очевидно прослеживалась первоначальная реактивность, тревога здесь приобретала все более стойкий фазный либо персистирующий характер.

В группе старших подростков 15-17 лет с тревожными проявлениями психотического уровня больше половины (68,6%) страдали различными формами эндогенных расстройств, значительную долю которых составляло вне зависимости от пола шизоаффективное расстройство (F25) (45,7%). Следует отметить, что данный тип личностного расстройства чаще встречался у девочек (51,2%). Именно в этом возрасте не только появляется, но и достаточно интенсивно проявляется вне зависимости от пола параноидная шизофрения (F20.0) (37,1%), симптоматически иницирующаяся признаками диффузной тревоги (предчувствием угрозы, повышенной пугливостью, трудностями концентрации внимания, связанными с тревогой «пустотой» или «спутанностью» в голове, нарушениями засыпания и немотивированными пробуждениями). В меньшей степени (31,4%) были представлены больные с аффективными расстройствами настроения, личности и поведения, включая органические. Психотические проявления тревоги в рамках аффективных расстройств настроения, личности и поведения в старшем

подростковом возрасте оказались достаточно разнообразными и в большей степени полоспецифичными, чем классические процессуальные расстройства. Так, в отличие от мальчиков, для девочек характерным оказалось тревожное расстройство органической природы (F06.4) (33,3%). Процент встречаемости тревожного расстройства органической природы (F06.4) относительно 75,0% у девочек 13-14 лет к старшему подростковому возрасту снизился до 33,3% , продолжая оставаться наиболее высоким среди других нозологических форм.

Принимая во внимание закономерные трудности в наборе психотически тревожных детей младшего школьного возраста (см. п. 4.1.), трудности квалификации эмоциональных расстройств в младшем подростковом возрасте как психотических (см. п. 4.2.), отчетливое проявление подобного рода нарушений в кризисной фазе (13-14 лет) (см. п. 4.3.) и окончательную их квалификацию на выходе из подростничества (15-17 лет), можно сделать вывод, что именно в этом возрасте психотическое переживание аффекта тревоги, характеризующееся «депрессивным отторжением» в личностном развитии, оформляется в процессуальном заболевании, закрепляя своеобразные характеристики депрессивно-реактивного типа личности. В то же время формирующуюся личность мальчиков характеризовали черты тревожного (уклоняющегося) расстройства личности (F60.6) (42,9%).

Максимальное количество различий в сферах актуализации тревожности старших подростков наблюдалось в группе с преимущественно психотическими формами реализации тревожного напряжения. Практически все сферы актуализации тревожности в той или иной степени отражали специфику различных уровней патологического развития личности (соматического, невротического или психотического). Кроме того, обратило на себя внимание отсутствие различий в уровнях проявления тревоги старших подростков вне зависимости от уровня патологических эмоционально-личностных проявлений в сфере взаимодействия с педагогами в школе. Особенности соматовегетативной организации у старших подростков отражали регрессивный характер реакций, отсутствие адекватных механизмов, позволяющих приспособляться им к ситуациям взаимодействия с окружающими. Причем, в данном случае стрессогенными являлись практически все ситуации, связанные и с незначительным психо-эмоциональным напряжением, когда любое, даже самое формальное взаимодействие с родителями имело повышенное стрессогенное значение.

В старшем подростковом возрасте вне зависимости от уровня проявлений тревоги в актуальном состоянии психастенический компонент тревоги, возникающий в связи с успешностью в обучении ($r=0,365 \div 0,521$ при $p>0,01$), оказывается связанным с такой чертой формирующейся личности, как эмоциональная неустойчивость (С-). При этом позитивный эффект преодоления тревоги в норме связан прежде всего с особенностями взаимоотношений в кругу сверстников.

На этом фоне общим для психогенных развитий личности являлась связь актуализации тревоги вне зависимости от ситуации с традиционно тревожными чертами (О+) ($r=0,285 \div 0,538$ при $p>0,01$), для которых свойственен фиксированный характер переживаний, не терпящий перемен (Q1-) ($r=0,287 \div 0,500$ при $p>0,01$). Принципиальным отличием пути формирования личности соматического типа тревожного реагирования явились подозрительность, эгоцентричность, стремление возложить ошибки на окружающих, раздражительность (L+) ($r=0,289 \div 0,415$ при $p>0,01$) на фоне неадекватной самооценки, характеризующейся острым чувством недовольства собой (MD-) ($r=0,303 \div 0,510$ при $p>0,01$). Склонность к невротическим проявлениям тревоги в большинстве ситуаций оказалась связанной с такой чертой, как конформизм (Q2-) ($r=0,445 \div 0,510$ при $p>0,01$).

Что касается характера взаимосвязи сфер актуализации тревожности с особенностями личности у подростков с преимущественно психотическим уровнем тревожного реагирования, то на выходе из кризиса мы можем наблюдать картину личности, характеризующейся чертами замкнутости, отчужденности (А-), социальной пассивности, предпочтения индивидуального стиля деятельности и общения в узком круге (Н-) на фоне неадекватной самооценки, связанной с переоценкой собственных возможностей (MD+).

Кроме того, обратил на себя внимание факт отсутствия значимых взаимосвязей сфер актуализации тревоги с ситуацией семейного окружения в группе социально-адаптированных подростков.

Общим для психогенно обусловленных аномалий явилась связь влияния матери, находящейся в разводе, на вероятность реагирования ребенка на тревожный фактор среды признаками астении ($r=0,282 \div 0,545$ при $p>0,01$). При этом большинство подростков, склонных к соматическим проявлениям тревоги, как правило, воспитывались матерью и ее родителями. В случае подростков с преимущественно невротическим характером тревожного реагирования именно конфликтные переживания матери, находящейся в состоянии развода, явились фактором, провоцирующим состояния общей тревожности ($r=,327$ при $p=,010$), характеризующиеся астеническими проявлениями ($r=,545$ при $p=,000$) в ситуациях самовыражения ($r=,397$ при $p=,002$). В то же время, формально полная семья, где присутствует мужчина, замещающий роль отца, является фактором, снижающим актуальность не только этих переживаний ($r=-0,476 \div -0,524$ при $p>0,01$), но и вегетативных проявлений тревоги ($r=-,593$ при $p=,000$) в ситуациях проверки знаний ($r=-,545$ при $p=,000$) и оценки окружающих ($r=-,512$ при $p=,000$).

Параграф 4.5. Особенности возрастной динамики актуализации тревожности в процессе формирования системы отношений при нормальном и аномальном развитии личности

В результате исследования особенностей динамики актуализации тревожности при нормальном и аномальном развитии личности была выявлена половозрастная специфика изменений отдельно у мальчиков и девочек на разных стадиях онтогенеза. Так, по результатам проведенного исследования выяснилось, что **в норме** формирование аффекта тревоги в качестве целостного и адекватно функционирующего механизма Я-отграничения происходит в онтогенезе постепенно, в соответствии со стадиями развития психики.

Анализ динамики проявлений тревожности у детей и подростков **при патологии соматического уровня** выявил общую тенденцию к снижению профиля тревожности в процессе школьного обучения. У девочек данное снижение представлялось относительно поступательным и равномерным, тогда как у мальчиков данная поступательность и равномерность отмечалась лишь с началом пубертата (с 11-12 лет). Можно предположить, что это связано в первую очередь с неравномерностью темпов развития в зависимости от пола. Известно, что именно девочки «входят» в подростковый возраст несколько раньше мальчиков, и их развитие представляется относительно стабильным, тогда как у мальчиков «позднее вхождение» в пубертат знаменуется резкими психофизиологическими изменениями. Более же высокий уровень тревожности у детей младшего школьного возраста (7-10 лет) может быть связан не только с собственно началом обучения в школе, но и с тем, что именно в этой возрастной группе оказалась большая доля детей с соматическими расстройствами (в противоположность соматоформным). Соответственно эти дети были более астенизированы, болезнь сама по себе вызывала у них тревогу, в то время как у детей и подростков при соматоформных расстройствах соматические симптомы тревогу «скрывали».

На начальных этапах обучения в школе **патология невротического уровня** у детей чаще возникала на фоне несоответствия предъявляемых требований реальным

возможностям ребенка, а так же необходимости инструментальной оценки их способностей в школе. Содержание тревожной симптоматики при патологии невротического уровня в подростковом возрасте соответствовало актуальным для детей среднего и старшего возраста событиям их психофизического и социально-психологического существования. В то же время, у девочек с тревожными расстройствами невротического уровня по мере взросления эмоциональные реакции в большей степени проявлялись на уровне дезорганизации психовегетативной сферы, в то время как мальчики с возрастом в большей степени были склонны вытеснять сам факт эмоционального дискомфорта в тревожных для них ситуациях.

Результаты исследования динамики проявлений тревожности у подростков *при патологии психотического уровня* выявили нарастание неадекватности тревожных переживаний именно в ключевых темах, характерных для подросткового возраста, а так же нестабильность вегетативного статуса, придающая их симптоматике особую окраску. С возрастом мы наблюдали увеличение нарушения контроля реальности и себя, разрыхление идентичности и усиление напряженности в сфере социального взаимодействия. Так, по мере взросления, актуальность тревожных переживаний, связанных с «близкими» отношениями (имеются в виду значимые близкие – родители и сверстники) постепенно теряла свою напряженность и они переставали играть роль объектов, поддерживающих развитие «Я» больного подростка. В то же время тревога в сфере общения с формальными взрослыми (учителями) оказалась сильно зависящей от пола ребенка (у девочек она заметно росла, а у мальчиков – падала). Другими словами, именно психопатологическая симптоматика использовалась психотическими пациентами как средство адаптации к реальности и совладания с аффектом тревоги, связанным с ощущением роста личностной дезинтеграции.

Глава 5. Концепция психогенеза тревожных расстройств в детском и подростковом возрасте

В отечественной психологии основы понимания закономерностей развития в подростковом возрасте заложены в работах Л.С. Выготского (2003), Д.Б. Эльконина (2008), Т.В. Драгуновой (2005), Л.И. Божович (2009), Д.И. Фельдштейна (2008) и др. Так, к примеру, Л.И. Божович (2009) рассматривает весь подростковый период развития как кризисный и даже как период «нормальной патологии», подчеркивая тем самым его бурное протекание. Д.Б. Эльконин (2008), напротив, само подростничество рассматривает как стабильный возраст, но выделяет внутри него отдельные кризисы (предподростковый – 11-12 лет и период перехода к юношескому возрасту – 15-17 лет). По нашим данным хронологически действительно эти периоды выделяются, однако психологическое содержание внутренних переживаний оказывается здесь несколько иным. По всей видимости, рассматривая данный период развития «с позиции взрослого», очевидно, что наиболее острыми представляются фазы «перехода» от детства к взрослости, когда наиболее остро воспринимаются противоречия, отражающие осознание подростком того, что он «уже не ребенок» (в предподростковом возрасте) и «еще не взрослый» (на переходе к юношеству). Тем не менее, наши данные свидетельствуют скорее о том, что именно на уровне внутриличностных переживаний подросток сталкивается с «настоящим кризисом», когда есть много вариантов того «кто точно не Я» и нет ни одного, принимаемого «Я». Соответственно, именно фаза перехода (13-14 лет), если угодно, «диффузии идентичности» по Э. Эриксону (2006) и является на наш взгляд истинно кризисной, а то, каким именно способом подросток адаптируется в ней – нормальным или аномальным – и определит в итоге характер сформированной личности. И здесь мы позволим себе не согласиться с мнением Э. Эриксона (2006) относительно того, что сформированной в результате благоприятного перехода может только нормальная личность (зрелая идентичность). Аналогами сформированной

идентичности могут быть и патологические ее проявления – психогенно-аномальная (соматическая или невротическая) или эндогенно-аномальная (психотическая) личность, поскольку формирующая их тревога играет здесь роль адаптивного механизма, подстраивая функционирование личности подростка под актуальную ситуацию развития.

Возвращаясь к теме кризиса, следует отметить, что согласно нашим данным именно увеличение продолжительности этого периода может свидетельствовать, как минимум о донозологических формах нарушения адаптации и, как максимум, о формировании патологических стереотипов эмоционально-личностного реагирования с тенденцией к оформлению их в форме личностной аномалии. Как показывают наши исследования, по интенсивности переживания данного критического периода на внутриличностном уровне принципиальной разницы между подростками с нормальным и аномальным развитием эмоционально-личностной сферы не наблюдается. Только временное затягивание, продолжительность переживаний может указывать нам на аномальный характер формирования личностного реагирования.

Так, в норме этот период длится не более полугода и строго специфичен относительно пола ребенка: для девочек – это 12-13 лет, для мальчиков – 13-14.

При психогенно-обусловленных формированиях личности мы можем наблюдать, с одной стороны – увеличение длительности протекания данного периода от 1 года до 2,5 лет, с другой стороны – специфичность сроков начала при невротических – 11-12 лет, а при соматических – 13-14 лет. При этом полоспецифические особенности проявляются непосредственно в клинике патологических проявлений тревожного эмоционально-личностного реагирования. При невротическом уровне на фоне общей тенденции к астено-невротическому типу реакций у мальчиков на первый план выступают тревожно-депрессивные реакции (F43.22), а у девочек – состояния (F41.2). В то же время, соматический уровень тревожного реагирования характеризуется преобладанием слабодифференцированных полисимптомных соматических реакций у девочек (F45.1) и четкой локализацией соматических жалоб у мальчиков (F45.3).

При эндогенно обусловленных формированиях личности наблюдается затягивание фазы неопределенности, когда структура испытывает значительные возмущения с последующим ее распадом и размыванием границ Я.

Другими словами, фиксация детских тревог задает вектор психического развития: нормального, или нарушенного, причём эти нарушения могут проявляться и соматическими, и невротическими, и психотическими расстройствами. Так, само по себе наличие тревоги, как феномена, сопряженного с богатым разнообразием явлений психической жизни, как детей, так и взрослых приводит к мысли о том, что тревога является стержневым свойством, определяющим развитие. При этом о тревожности, как характеристике личности, очевидно, следует говорить в тех случаях, когда её выявляемые характеристики отвечают следующим клинико-психологическим критериям:

- проявления тревоги являются характерными особенностями эмоционально-личностного реагирования
- тревожность отчетливо указывает на «слабое звено» процесса адаптации личности.

По нашему убеждению, просто рассматривать тревогу как целостную эмоциональную реакцию на определенную угрозу – значит заведомо упрощать положение вещей, поскольку проблемы, связанные с тревожностью, не могут быть рассмотрены иначе, чем как целостные феномены личности в социальном контексте развития. Так, по результатам нашего исследования оказалось, что на разных этапах возрастного развития и в зависимости от пола ребенка тревога по-разному опредмечивается, а в зависимости от индивидуальных особенностей отличается еще и уровневыми характеристиками выраженности. Собственно же формирование личности ребёнка, ее социализация, по сути,

являлось расширением социального репертуара его поведения. Соответственно, на разных этапах психического развития спектр травмирующих ситуаций разный, поскольку ребенку приходится решать разные задачи социализации. И здесь он неизбежно переживает тревогу, имеющую тенденцию перерасти в диффузные эмоциональные нарушения. Тревога выступает здесь в качестве признака адаптационного напряжения, которое является необходимым условием формирования и психики, и личности, и своеобразным регулятором поведения, контролирующим импульсивность. Другими словами, именно тревога выступала индикатором спектра потенциально психотравмирующих ситуаций: это могли быть ситуации в ближайшем окружении значимых лиц, самооценивания, оценки другими, страхи и опасения (в фактических или воображаемых ситуациях) и т.д. и т.п.

В нашем исследовании мы попытались показать значение тревоги в процессе психического развития и формирования личности, сделав акцент на ее уровне и интенсивности в различные возрастные периоды развития личности и при наличии патологических состояний различного уровня, характеризующих ее интенсивность. Кроме того, мы попытались проанализировать характерные психотравмирующие факторы для ребёнка на разных этапах развития в связи с полом (опредмечивание тревоги в связи с фрустрациями некоторых индивидуальных базовых потребностей, подлежащих контролю). Особое место мы отвели патологическим девиациям реагирования, когда тревога была:

- избыточной для типовых ситуаций социализации (невротический уровень);
- полонеспецифически размытой и избыточной, как реакция на нарушения сложившихся устойчивых психических образований (психотический уровень)
- соматически редуцированной врожденными или приобретенными индивидуальными механизмами (соматический уровень).

Другими словами, в нашей концепции тревога становится реакцией на совершенно иную угрозу, нежели внешняя опасность, а именно – угрозу формирующейся внутренней структуре личности (идентичности). Эта угроза зависит не от воспоминаний, а от структуры формирующейся личности. Исходя из этого, тревога – это вовсе не ощущение неопределенной опасности, а прямое ощущение угрозы существующему характеру формирующейся личности. В таком случае и содержание патологической тревоги напрямую зависит от индивидуального набора личностных свойств ребенка и спектра используемых им стратегий совладания со стрессом.

Ощущая тревогу в процессе какой-либо деятельности (учебной у младших школьников, интимно-личностного общения у подростков и учебно-профессиональной у старших подростков), ребенок, прежде всего, испытывает угрожающее ощущение самого себя, которое вызывается этим видом деятельности. Таким образом, собственно тревогу можно сравнить по функциям с болью. Говоря иначе, тревога не может в полной мере быть обозначена ни как функция, ни как состояние, ни как свойство темперамента или личности. Это – системный процесс регуляторного функционирования психики, который одновременно является маркером напряжения, а ситуации, в которых она манифестирует – это условия, которые в виду их неосвоенности (в результате семейной сенсбилизации, или из-за избыточного реагирования) ребенком, травмируют и разрушают его еще только формирующиеся границы личности. В соответствии с этим, тревожность – это средство ориентирования в мире и сигнал адаптивности внутренней системы поиска адекватной (месту, времени) активности. Исходя из этого, патологической следует считать только ту тревогу, которая блокирует активность (не дает развиваться) на уровне действия или видения путей преодоления/обхода. Соответственно, блокированная активность может когнитивно оформляться в симптом («мне это не нужно»), а если когнитивных средств

недостаточно, то ее обрабатывает вегетативная система на соматическом уровне (по той же схеме двойного побуждения). Ведь уже в панических состояниях мы можем наблюдать конкурентное возбуждение и симпатической («бежать») и парасимпатической («стоять не двигаться») систем. Таким образом, в развитии личности важнейшим фактором становится противодействие окружения врожденному типу реактивности, такое, когда сила побуждения и сила конкурирующего запрета равны.

На основании полученных в исследовании результатов нами были сформулированы направления и содержание мероприятий психологической профилактики нарушений психического развития и психологической коррекции нарушений адаптации школьников. Эти мероприятия мы дифференцировали в соответствии с выделенными стадиями «кризисного» развития и клинко-психологической структурой тревожных состояний.

При риске развития тревожного реагирования по типу соматизации основу профилактики должна занимать работа с родительскими установками и коррекция внутрисемейных отношений, направленная на изменение их поведения и отношений, являющихся подкрепляющим фактором в развитии преимущественно соматического реагирования у ребенка на стрессогенный фактор среды. В случае преимущественно невротического характера тревожного реагирования целесообразно работать, прежде всего, с иррациональными установками детей, поддерживая их усилия, связанные с оценкой логичности своих представлений, вырабатывая навык правильного восприятия собственных мыслей посредством обращения к внутренней речи. В случаях же доклинических форм проявлений тревоги, возникающей при формировании соответствующих черт личности, могут быть использованы различные приемы психологического консультирования детей и подростков с проблемами в области межличностных отношений и учебной деятельности.

Кроме того, всегда необходимо обращать особое внимание на конфликты, которые возникают в отношениях со сверстниками, учителями, родителями и самим собой. Поскольку вариативность реакций на конфликтную ситуацию у ребенка невелика, задачей психолога становится помощь в расширении круга представлений, научение альтернативным способам реагирования в различных стрессовых ситуациях, для исключения фиксации в поведении неадекватных способов реагирования в социально-стрессовых ситуациях.

Заключение.

В заключении подводятся итоги проведенного исследования. Указывается на важные моменты проведенного системного анализа тревоги и её значения в процессе формирования личности детей и подростков в период обучения в школе, который позволил определить её как важнейшую составную часть в динамической структуре формирующейся личности. В рамках сформулированной концепции, опираясь на теорию и методы психологической диагностики, дается оценка полученных данных о рисках, угрожающих нарушениями психической адаптации у практически здоровых детей в различных условиях социализации. Так, многомерное рассмотрение феномена тревоги позволило уточнить роль психофизиологических, психологических и социальных факторов в этиологии, патогенезе психических расстройств в детском и подростковом возрасте и сформулировать направления и содержание мероприятий психологической коррекции развития и профилактики заболеваний, реабилитации больных.

Проведенный анализ результатов многомерного исследования тревоги у детей и подростков, находящихся на различных этапах онтогенеза, показал, что тревога сопровождает закономерные фазы формирования личности и сигнализирует об адаптационном напряжении в сферах наиболее значимых ее психологических отношений.

Установлено, что на различных периодах онтогенеза выделяются ярко выраженные полоспецифические особенности проявления тревоги, её включения в структуру

психопатологических синдромов. Описана не только специфичность сфер актуализации тревоги у детей и подростков различного пола и возраста, но и различный характер динамики формирования личности. По данным проведенных исследований такая динамика может быть представлена в формах:

- истерического личностного расстройства, органического расстройства личности и поведения (соматический уровень);
- тревожного (уклоняющегося) типа личности (невротический уровень);
- депрессивно-реактивного типа личности (психотический уровень).

На основе проведенного в диссертационном исследовании анализа можно сделать вывод о том, что закономерно возникающая на различных этапах онтогенеза тревога выступает, прежде всего, признаком адаптационного напряжения, в то время, как тревожность (как формирующаяся личностная черта) является приобретённым способом регуляции эмоционально-поведенческой сферы личности в целом. Это может быть соматическая редукция напряжения, обусловленная врожденными или приобретенными в процессе индивидуального развития механизмами. Итогом такой динамики становится аномальное формирование личности – невротическое, а когда тревога становится полонеспецифической и избыточной, приобретает форму генерализованной реакции на нарушения уже сложившихся устойчивых психических образований, – психотическое состояние.

На основании полученных в исследовании результатов сформулированы направления и содержание мероприятий психологической профилактики нарушений психического развития и психологической коррекции нарушений адаптации школьников. Эти мероприятия дифференцированы в соответствии с выделенными стадиями «кризисного» развития и клинко-психологической структурой тревожных состояний.

Таким образом, проведенный анализ показал, что наиболее эффективный выбор методов психологического воздействия в случае актуализации и роста тревожных переживаний у детей и подростков предполагает выявление и анализ диалектического взаимодействия индивидуально-психологических и социально-средовых факторов риска психической дезадаптации – с одной стороны, и адаптационно-компенсаторных возможностей формирующейся личности и адаптационного потенциала среды – с другой. Исходя из этого, проводимые в этом направлении исследования определяют новые методические предпосылки и открывают перспективы для дальнейших исследований тревожности в клинической психологии развития.

ВЫВОДЫ

1. Именно школьный возраст является критическим для развития личности ребенка, поскольку момент поступления в школу является периодом, когда тревожность впервые оформляется как личностная характеристика, а кризисный период подросткового возраста является сензитивным периодом формирования личности, определяющим пути ее развития в сторону нормального и аномального (соматического, невротического, психотического).

2. В процессе формирования личности (в периоды кризиса) тревога является индикатором спектра потенциально психотравмирующих ситуаций в зависимости от стадии развития, когда на протяжении всего школьного возраста можно наблюдать динамику тревоги, связанной с ситуациями самовыражения, на фоне которой в зависимости от возраста диффузное ощущение тревоги у младших школьников (7-10 лет) оформляется в значимые переживания, связанные с оценкой окружающих в негативной фазе подросткового кризиса (11-12 лет), взаимоотношениями со сверстниками в период «кризиса перехода» (13-14 лет) и проверкой знаний на выходе из подростничества (15-17 лет).

3. Истинно «кризисной» в подростковом возрасте является фаза перехода от негативных проявлений (свертывание, отмирание прежней системы интересов, снижение работоспособности, ухудшение успеваемости и навыков, грубость и повышенная раздражительность, недовольство собой и внутреннее беспокойство) к позитивным (зарождение новых интересов, более широких и глубоких, интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным, обращенность в будущее). Фаза перехода (неопределенности, диффузии идентичности) хронологически длится не более года, имеет четкие возрастные границы в зависимости от пола (11-12 лет у девочек и 13-14 лет у мальчиков) и является критической для направления дальнейшего формирования в сторону нормальной или аномальной личности.

4. В норме формирование аффекта тревоги в качестве целостного и адекватно функционирующего защитного механизма происходит в раннем онтогенезе постепенно, в соответствии со стадиями развития психики. У детей с нарушениями формирования аффекта тревоги там, где в норме стрессогенный фактор должен вызывать нормальную по силе и соответствующую стадии развития ребенка реакцию, проявлялись симптомы, отражающие уровень и интенсивность нарушения формирования аффекта. Эти расстройства можно разделить на две группы: недифференцированные эмоциональные расстройства, или первичная тревога, имеющая эндогенный характер (нарушение витальности, диффузность, дезорганизующая функция), и вторичная тревога (аффективные комплексы, содержание которых имеет для личности особую значимость, выполняющие защитную функцию), проявляющаяся в виде «свободно плавающей тревоги», фобических, вегето-висцеральных реакций и т.н. «органных неврозов».

5. Тревога в структуре формирующейся системы личностного реагирования выступает в качестве показателя адаптационного напряжения, которое является необходимым условием формирования и психики, и личности, и своеобразным регулятором поведения, контролирующим импульсивность. Это – системный процесс регуляторного функционирования психики, который одновременно является маркером напряжения, а ситуации, в которых она манифестирует – это условия, которые в виду их неосвоенности (в результате семейной сенсбилизации, или из-за избыточного реагирования) ребенком, травмируют и разрушают его еще только формирующиеся границы личности.

6. Изучение возрастной динамики сфер актуализации тревоги в норме и при патологии различного уровня показало, что *тревога может быть*:

- нормативной, адаптирующей индивида к актуальным ситуациям развития;
- соматически редуцированной врожденными или приобретенными индивидуальными механизмами (соматический уровень).
- избыточной для типовых ситуаций социализации (невротический уровень);
- полонеспецифически размытой и избыточной, как реакция на нарушения сложившихся устойчивых психических образований (психотический уровень)

7. Значимых взаимосвязей актуализации тревоги в различных сферах со структурой семьи и семейной организацией в группе социально-адаптированных школьников не выявлено. В то же время оказалось значимым отсутствие гармонично представленных мужских и женских функций в родительских отношениях для развития психогенно обусловленной тревожной симптоматики у школьников. Так, присутствие отца (или отчима) с жесткой позицией в отношении воспитания давало возможность ребенку учиться эмоциональному отреагированию в стрессовой ситуации, в то время как усиливающееся влияние гиперопекающей матери приводило к закреплению соматического реагирования либо нарастанию признаков невротической астении у ребенка.

8. Возрастная динамика распределения школьников с тревожными проявлениями соматического уровня по нозологическим категориям характеризуется тенденцией к преимущественно соматическим проявлениям в младшем школьном возрасте (7-10 лет), который при вхождении в подростковый возраст (11-12 лет), переживании «кризиса перехода» (13-14 лет), и периода выхода в позитивную фазу (15-17 лет), сменяясь ярко выраженной невротической симптоматикой, сохраняет данную тенденцию и в дальнейшем. Другими словами, манифестируя в младшем школьном возрасте (7-10 лет), соматизированные реакции на тревожный фактор среды сохраняют ясную психогенно обусловленную направленность развития вплоть до выхода из подросткового кризиса и оформления в признаках формирующегося истерического личностного расстройства, либо органического расстройства личности и поведения.

9. Аномальное развитие личности по пути невротизации имеет ясно очерченный полоспецифический характер. У мальчиков с возрастом нарастают признаки неврастения (F48.0), формирующие соответствующие черты тревожного (уклоняющегося) расстройства. У девочек невротическая тревога чаще оформляется в виде фобического тревожного расстройства (F93.1), в клинической картине которого в младшем школьном возрасте преобладает первоначальная тревожная реактивность, которая с возрастом приобретает все более стойкий фазный либо персистирующий характер.

10. Закономерные трудности в наборе психотически тревожных детей младшего школьного возраста (7-10 лет), трудности квалификации эмоциональных расстройств в младшем подростковом возрасте как психотических (11-12 лет), отчетливое проявление подобного рода нарушений в кризисной фазе (13-14 лет) и окончательная их квалификация на выходе из подростничества (15-17 лет) позволяет предполагать, что именно в возрасте 13-14 лет психотическое переживание аффекта тревоги, характеризующееся «депрессивным отторжением» в личностном развитии, может оформляться в процессуальном заболевании, закрепляя своеобразные характеристики депрессивно-реактивного типа личности.

11. В ходе психического развития школьника различные уровни *проявления тревоги могут оформляться в соответствующих аномалиях личности* по типу:

- истерического личностного расстройства, либо органического расстройства личности и поведения (соматический уровень).
- тревожного (уклоняющегося) типа личности (невротический уровень);
- депрессивно-реактивного типа личности (психотический уровень)

12. Разработанный нами на основе представлений о спектре потенциально психотравмирующих ситуаций в школьном возрасте опросник «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) отвечает современным психометрическим критериям надежности ($r = 0,51 \div 0,78$) и валидности ($r = 0,47 \div 0,56$) и характеризуется следующими преимуществами перед уже известными методами:

12.1. Многомерный характер оценок тревожности.

На основании результатов, полученных по 10-ти шкалам, представляется возможным получение информации о структурных особенностях тревожности конкретного ребенка или подростка по четырем основным направлениям психологического анализа:

- оценке уровней тревоги, имеющих непосредственное отношение к личностным реакциям ребенка (1, 3 и 7 шкалы);
- оценке особенностей психофизиологического и психовегетативного тревожного реагирования ребенка в стрессогенных ситуациях (9 и 10 шкалы);
- оценке роли в развитии тревожных реакций и состояний ребенка особенностей его социальных контактов (в частности – со сверстниками, учителями и родителями) (соответственно – 2, 4 и 5 шкалы);

- оценке роли в развитии тревожных реакций и состояний ребенка ситуаций, связанных со школьным обучением (6 и 8 шкалы).

12.2. Широкий возрастной диапазон возможного применения опросника МОДТ.

Возможность использования единого методического подхода к исследованию детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет, позволяющего отслеживать не только возрастную динамику структуры тревожности, но и специфику ее проявлений в связи с особенностями психоэмоционального развития детей и подростков в различные периоды школьного обучения.

12.3. При помощи опросника МОДТ представляется возможным дифференцированно оценивать особенности проявлений тревожности в зависимости от пола, которые являются существенными для медико-психолого-педагогической практики, особенно в работе с подростками в период полового созревания.

12.4. Исследование при помощи опросника МОДТ подразумевает оценку детской тревожности на основании специально разработанных надежных статистических нормативов тестовых показателей дифференцированно для всей совокупности половозрастных групп детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет.

13. Психологическая профилактика нарушений психического развития и психологическая коррекция нарушений психической адаптации школьников должна применяться дифференцированно в соответствии с выделенными стадиями «кризисного» развития и структурой тревожных состояний:

13.1. В норме развитие навыков «контроля над чувствами», «оценки ситуации» и «эффективного общения» в зависимости от возраста должны быть центрированы на:

- широком спектре ситуаций, связанных с обучением (отношения с учителем, проверка знаний, успешность обучения, а также особенности психо-вегетативной регуляции) в 7-10 лет.
- переживаниях, связанных с оценкой окружающих и навыках общения со сверстниками в 11-12 лет
- взаимоотношениях с окружающими, общении со сверстниками и эмоциональной оценке себя в 13-14 лет
- ситуациях оценочного характера, прежде всего в сфере проверки знаний и навыков, необходимых для дальнейшего профессионального самоопределения 15-17 лет

13.2. При риске развития тревожного реагирования по типу соматизации основу профилактики должна занимать работа с родительскими установками и коррекция внутрисемейных отношений, направленная на:

- нормализацию супружеских отношений;
- снижение общей тревожности и уровня возбудимости у ребенка;
- выработку у ребенка других средств, при помощи которых он сможет справляться со стрессовыми ситуациями, как в школе, так и дома без демонстрации собственной беспомощности и зависимости

13.3. При риске развития невротического тревожного реагирования работа с детьми должна быть направлена на:

- побуждение осознанного отношения к своим проблемам;
- модификацию преувеличенной или нереальной угрозы;
- развитие уверенности и адаптированности;
- развитие проблеморазрешающих стратегий у ребенка.

Основное содержание и результаты диссертационного исследования отражены в следующих публикациях автора:

Монографии

1. Малкова, Е. Е. Тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте. Теория и практика / В.М.Астапов, Е.Е. Малкова. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 368 с. (23 / 12 п.л.)
2. Малкова, Е. Е. Тревожность и развитие личности / Е.Е. Малкова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с. (17,69 п.л.)

Публикации в ведущих рецензируемых научных журналах

3. Малкова, Е.Е. Материалы к апробации опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» / И.А. Горьковая, Е.Е. Скворцова (Малкова) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. –1991. – № 3. – С. 76–78. (0,19 / 0,1 п.л.)
4. Малкова, Е.Е. Опыт применения опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR) у подростков, страдающих невротами / Е.Е. Скворцова (Малкова) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 4. – С. 70–72. (0,19 п.л.)
5. Малкова, Е.Е. Опыт применения опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR) у подростков с делинквентным поведением / Е.Е. Ромицына (Малкова) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 1. – С. 70–72. (0,19 п.л.)
6. Малкова, Е.Е. Роль родительской семьи в возникновении и развитии невротозов у детей и подростков. Статья первая. / Е.Е. Ромицына (Малкова) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. –1998. – № 2. – С. 39–42. (0,25 п.л.)
7. Малкова, Е.Е. Роль родительской семьи в возникновении и развитии невротозов у детей и подростков. Статья вторая. / Е.Е. Ромицына (Малкова) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1999. – № 3. – С. 35–38. (0,25 п.л.)
8. Малкова, Е.Е. Методика «Подростки о родителях» (ПоР): основные этапы апробации русскоязычной версии / Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына (Малкова) // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 5. – С. 86–95. (0,63 / 0,21 п.л.)
9. Малкова, Е.Е. Сравнительный анализ тестов тревожности (на материале детей и подростков) / Е.Е. Малкова // Сибирский психологический журнал. – 2004. – № 20. – С.120–128. (1,13 п.л.)
10. Малкова, Е.Е. Особенности проявлений тревожности и депрессивности в связи с родительским отношением у подростков, совершивших попытку суицида / Е.Е. Малкова, А.О.Алюшина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2005. – № 4. – С.27–30. (0,51 / 0,26 п.л.)
11. Малкова Е.Е. Здоровье глазами детей: опыт психологического анализа детских рисунков / Е.Е. Ромицына (Малкова) // Вопросы психологии. – 2006. – № 1. – С. 39–47. (0,56 п.л.)
12. Малкова, Е.Е. Основные этапы и процедура создания методики «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) / Е.Е. Малкова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Серия Психолого-педагогические науки. – 2009. – № 83. – С. 119–133. (0,98 п.л.)
13. Малкова, Е.Е. Возрастная динамика проявлений тревожности у школьников / Е.Е. Малкова // Вопросы психологии. – 2009. – № 4. – С. 24–32. (0,66 п.л.)
14. Малкова, Е.Е. Роль этнокультуральных факторов в психологической диагностике и коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у детей и подростков / Е.Е. Малкова // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 47–58. (0,75 п.л.)
15. Малкова, Е.Е. Особенности психологических защит и их связь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством / Е.Е. Малкова // 2012. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова. – 2011. – Т. XVIII, № 4. – С. 48–49. (0,25 п.л.)

16. Малкова, Е.Е. Семантико-этимологический анализ понятия и термина «тревога» при использовании его в современной отечественной и зарубежной психологии / Е.Е. Малкова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология, Вып. 15. – 2011. – № 42 (259). – С. 25–29. (0,48 п.л.)
17. Малкова, Е.Е. Динамика связанных с полом проявлений тревожности у подростков при патологии психотического уровня / Е.Е. Малкова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология, Вып. 16. – 2012. – № 6 (265). – С. 80–89. (0,85 п.л.)
18. Малкова, Е.Е. Соматоформные и соматические расстройства у школьников как психогенные реакции в социально-стрессовых ситуациях / Е.Е. Малкова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 2. – С. 77–85. (0,90 п.л.)
19. Малкова, Е.Е. Патопсихологические проявления тревоги при психозах в подростковом возрасте / Е.Е. Малкова // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 81–98. (1,13 п.л.)
20. Малкова, Е.Е. Клинико-психологическая типология нарушений психической адаптации в подростковом возрасте / Е.Е. Малкова, Н.И. Калинин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 2. – С. 86–91. (0,78 / 0,39 п.л.)
21. Малкова, Е.Е. Виртуальные формы замещения информативно-коммуникативного поведения современных подростков (клинико-психологический аспект) / Е.Е. Малкова, Н.И. Калинин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 3 – С. 79–86. (1,04 / 0,52 п.л.)
22. Малкова, Е.Е. Сферы актуализации тревожности в формирующейся системе личностных отношений у младших школьников в норме и при психогенно обусловленных аномалиях развития личности / Е.Е. Малкова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2012. – № 4(45). – С. 71–76. (0,61 п.л.)
23. Малкова, Е.Е. Психологическая сущность тревоги в норме и при аномалиях развития личности / Е.Е. Малкова // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46(51). – С. 69–88. (1,19 п.л.)

Учебные и методические пособия

24. Малкова, Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. – 2-е изд. / авторы-сост.: Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына (Малкова). – М.: Фолиум, 1995. – Выпуск 9. – 56 с. (3,5 / 1,2 п.л.)
25. Малкова, Е.Е. Адаптация и опыт практического использования методики «Поведение родителей и отношение к ним подростков»: пособие для врачей и психологов / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына (Малкова). – СПб., 1995. – 60 с. (3,75 / 1,25 п.л.)
26. Малкова, Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение: методическое пособие / авторы: Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына (Малкова). – СПб.: «ФАРМиндекс», 2001. – 68 с. (4,25 / 1,42 п.л.)
27. Малкова, Е.Е. Компьютерный психодиагностический инструментарий в практической работе медицинского психолога: методическое пособие / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Л.И. Вассерман, В.В. Бочаров, Е.Л. Вассерман и др. – СПб., 2002, 84 с. (5,25 / 0,58 п.л.)
28. Малкова, Е.Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике: учеб. пособие / Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына (Малкова). – СПб.: Речь, 2004. – 256 с. (16 / 6,94 п.л.)

29. Малкова, Е.Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ): учебно-методическое пособие / Е.Е. Малкова. – СПб.: Речь, 2006. – 112 с. (7 п.л.)
30. Малкова, Е.Е. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности: пособие для врачей и психологов / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; автор: Е.Е. Малкова. – СПб, 2007. – 34 с. (2,13 п.л.)
31. Малкова, Е.Е. Психическое здоровье школьников: пособие для педагогов и социальных работников / В.М. Астапов, Е.Е. Малкова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2012. – 66 с. (4,13 / 2,06 п.л.)
32. Малкова, Е.Е. Практикум по детской клинической психологии: учебно-методический комплекс / Е.Е. Малкова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2012. – 67 с. (4,19 п.л.)

Научные статьи

33. Малкова, Е.Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности» / Е.Е. Малкова // Новости науки и техники. Серия: Медицина. Психиатрия. – 2007. – № 2. – С. 134–134. (0,06 п.л.)
34. Малкова, Е.Е. Динамика проявлений тревожности, как механизма дезадаптации у школьников при патологии невротического уровня / Е.Е. Малкова // Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии). – СПб.: НП Стратегия будущего, 2010. – С.173–181. (0,56 п.л.)
35. Малкова, Е.Е. Тревога при соматических расстройствах у детей и подростков / Е.Е. Малкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru> (0,83 п.л.)
36. Малкова, Е.Е. Клинико-психологические феномены формирования компьютерной зависимости у современных подростков / Е.Е. Малкова, Н.И. Калинин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 4 (15). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru> (1,09 / 0,55 п.л.)
37. Малкова, Е.Е. Саморазрушающее поведение подростков – феномен и научная проблема / А.Н. Алехин, Е.Е. Малкова // Universum: Вестник Герценовского университета. – 2012. – № 2. – С. 191–198. (0,56 / 0,28 п.л.)
38. Малкова, Е.Е. Отрочество как клинико-психологический феномен в науке и культуре / Е.Е. Малкова, А.А. Наумова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 6 (17). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru> (1,33 / 0,62 п.л.)
39. Малкова, Е.Е. Підлітковий період формування особистості як фундаментальна проблема науки і практики / Е.Е. Малкова, А.А. Наумова // Практична психологія та соціальна робота (Київ). – 2012. – № 12. – С. 29–37. (1,32 / 0,66 п.л.)

Патент на изобретение

40. Малкова, Е.Е. Патент Российской Федерации на изобретение № 2297180 «Способ многомерной психологической диагностики детской тревожности»; Автор: Е.Е.Ромицына (Малкова), заявка № 2004113010, приоритет изобретения 27 апреля 2004 г., зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 апреля 2007 г.

Свидетельство о государственной регистрации прав на интеллектуальную собственность

41. Малкова, Е.Е. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2013620501 «База ситуационных задач»; Авторы: А.Н.Алехин, Е.А.Трифорова, Е.Е.Малкова, А.В.Чернорай, А.А.Наумова, заявка № 2013620154, дата поступления 15 февраля 2013 г., зарегистрировано в реестре баз данных 11 апреля 2013 г.