

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2019(19), №4

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» 29010

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

Тираж 300 экз.

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .doc на адрес: **acpp@inbox.ru**.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2019

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители Главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

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

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ «КОВАЛЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2019»

С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ.....	4
О.С. Белова, А.Г. Соловьев НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ГРУППЫ РИСКА ПО ОТКЛОНЕНИЮ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ.....	11
Н.Ю. Жукова, Е.Л. Солдатова ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОГО ОПЫТА ПОДРОСТКОВ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ ПО ПОВОДУ СМЕРТИ.....	17
Н.В. Калинина, Е.Д. Пушкарев, Г.Г. Буторин ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ ИНДИВИДУУМ-УРОВНЯ.....	25
Т.Ю. Кудряшова ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ КОМПОНЕНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	31
В.А. Миткевич, А.Г. Соловьев, О.А. Харькова, А.А. Клыков СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕОРГАНИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ.....	40
О.Ф. Панкова, Д.С. Радионов, С.М. Иванова, И.В. Дорина ШИЗОФРЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КЛИНИКЕ СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В КРУПНЕЙШУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ МОСКВЫ).....	47
А.С. Сергеевкова, Е.А. Стыгар ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	57
С.Ю. Цапина ПРЕОДОЛЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	62
ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
А.А. Григорьева ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	70
М.И. Вещикова, Н.В. Зверева ВОСПРИЯТИЕ ОПАСНОСТИ ПОДРОСТКАМИ: ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	80
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
Е.В. Павлова, С.В. Смирнова, А.А. Кривенкова ИНСТРУМЕНТЫ ПОЗИТИВНОЙ И ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	88
О.М. Волкова МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	97
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	
Л.А. Сурчакова, А.Р. Кирпиков АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ «ГРУППЫ РИСКА».....	103
Ю.А. Федорова, М.В. Нухова, О.Н. Хахлова, Э.Ш. Шаяхметова СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК РЕСУРСНОЕ КАЧЕСТВО ЗАМЕЩАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ.....	108
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
О.П. Шамова УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ: ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ.....	113
И.В. Добряков, С.Б. Лещинская, И.Я. Стоянова, О.В. Магденко ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПОЛОДОТВОРЕНИЯ.....	122
Н.В. Зверева, А.А. Сергиенко, С.Е. Строгова, М.В. Зверева СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКО.....	133
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	144

CONTENTS

PROCEEDINGS OF THE KOVALEV READINGS-2019 CONFERENCE

S.B. Babarakhimova, V.K. Abdullaeva

RESEARCH OF TYPES OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS WITH SYNDROME OF ESCAPES AND VAGRANCY, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS..... 4

O.S. Belova, A.G. Soloviev

AREAS OF TRAINING FOR SPECIALISTS TO PROVIDE EARLY HELP TO CHILDREN AT RISK FOR THE DEVIATION IN MENTAL DEVELOPMENT..... 11

N.Yu. Zhukova, E.L. Soldatova

INFLUENCE OF PERSONAL EXPERIENCE OF ADOLESCENTS ON THE LEVEL OF DEATH ANXIETY..... 17

N.V. Kalinina, E.D. Pushkarev, G.G. Butorin

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDER IN INDIVIDUAL-LEVEL FRAMEWORK..... 25

T.Yu. Kudryashova

EXPERIMENTAL STUDY OF DEVELOPMENT FEATURES COMPONENTS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH BY CHILDREN OF SENIOR PRESCHOOL AGE..... 31

V.A. Mitkevich, A.G. Soloviev, O.A. Kharkova, A.A. Klykov

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH INORGANIC ENURESIS..... 40

O.F. Pankova, D.S. Radionov, S.M. Ivanova, I.V. Dorina

SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN MODERN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (HOSPITALIZATION'S ANALYSIS AT THE LARGEST MOSCOW CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL)..... 47

A.S. Sergeenkova, E.A. Stygar

HEALTHY NUTRITION AND COGNITIVE ABILITIES OF CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGES... 57

Yu. Tsapina

COPING WITH STIGMATIZATION OF FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES..... 62

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

A.A. Grigorieva

CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH RISK OF SELF-HARM BEHAVIOR AND SUBSTANCE USE..... 70

M.I. Veshchikova, N.V. Zvereva

HAZARD PERCEPTION IN ADOLESCENTS: AGE DIFFERENCES AND DIFFERENCES AMONG ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS..... 80

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

E.V. Pavlova, S.V. Smirnova, A.A. Krivenkova

INSTRUMENTS OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY IN DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC WORK WITH ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS..... 88

O.M. Volkova

ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN EARLY CHILDHOOD: CLINICAL MANIFESTATIONS AND DIAGNOSIS..... 97

SHORT COMMUNICATIONS

L.A. Surchakova, A.R. Kirpikov

ART-THERAPY AS A MEANS OF CORRECTION OF SELF-ATTITUDE OF TEENAGERS «GROUPS OF RISK»..... 103

Yu.A. Fedorova, M.V. Nukhova, O.N. Khakhlova, E.Sh. Shayakhmetova

STRESS RESISTANCE AS A RESOURCE AS A SUBSTITUTE PARENT..... 108

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

O.P. Shmakova

MENTAL RETARDATION: A REVIEW OF THE PUBLICATIONS OF THE LAST DECADE..... 113

I.V. Dobryakov, S.B. Leshchinskaya, I.Ya. Stoyanova, O.V. Magdenko

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF HEALTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN CONCEIVED THROUGH IN VITRO FERTILIZATION DURING THE PERIODS OF EARLY CHILDHOOD..... 122

N.V. Zvereva, A.A. Sergienko, S.E. Strogova, M.V. Zvereva

MODERN APPROACHES TO EVALUATING THE COGNITIVE DEVELOPMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS BORN WITH THE USE OF IVF..... 133

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 144

С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева
ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ
У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА
С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент).

Резюме: В статье представлено исследование влияния конституционально-личностных особенностей девочек подростков с синдромом уходов и бродяжничества, на формирование типов суицидальных тенденций. Целью исследования явилось изучение клинических проявлений типов суицидальных тенденций у подростков с синдромом уходов и бродяжничества для улучшения качества оказываемой диагностической и терапевтической коррекции. Объектом для исследования отобраны подростки в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивной симптоматикой и поведенческими нарушениями. Было обследовано 48 девочек-подростков с диагнозом: F91.2 Социализированное расстройство поведения. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Установлена взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к бродяжничеству, с формированием аутоагрессивных действий непсихотического уровня. Предложен вариант нового направления исследований, связанный с мультидисциплинарным подходом

Ключевые слова: девочки-подростки, конституционально-личностные особенности, синдром уходов и бродяжничества, эмоциональные расстройства, суицидальное поведение, самоповреждения.

Введение: по данным Всемирной Организации Здравоохранения (2017), за последние 30 лет число суицидальных попыток, совершенных детьми и подростками, неуклонно растет, особенно в развитых государствах Европы и Америки [12]. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате пагубного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета [2]. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств [1, 8]. Следует учитывать и моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам, учителям, обществу в целом [3]. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков как варианта патохарактерологической реакции протеста во внутрисемейных взаимоотношениях [4]. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов - как российских, так и зарубежных [5, 11]. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков

с отклоняющимся поведением - побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами - отмечают в своих исследованиях российские психиатры и психологи [6, 10]. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых [7, 9]. По мнению В.Д. Менделевича, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [5]. Согласно данным российских психиатров, для подростков характерны незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний. По данным исследований Е.А. Григоренко, для суицидентов-подростков характерны следующие особенности: обидчивость, ранимость; снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; низкая самооценка; отвержение социальным окружением, чувство покинутости; переживание собственной несостоятельности, физического отставания; избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций [3].

Цель исследования: изучить типы суицидальных тенденций депрессивно-го генеза у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества с учетом их конституционально-личностных особенностей для оптимизации медико-психологической помощи детско-подростковому контингенту населения.

Материал и методы: объектом исследования явились 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине аутоагрессивных действий, возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 (F91.2). Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества»; тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона; для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых использовался психопатологический диагностический опросник А.Е. Личко (ПДО).

Результаты исследования и обсуждение. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью ПДО было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 20 больных (42%), застревающий тип личности у 12 больных (25%), шизоидный тип был выявлен в 20% случаев (10 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%). С наибольшим процентом выявленной акцентуации характера оказался демонстративный тип. У этих девочек-подростков отмечались такие черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям, к утрированному самонаблюдению, рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выяв-

лено у 5 пациенток с демонстративным типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялись изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При застревающем типе личности чаще возникала депрессия средней тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжелой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных тревожно-боязливый тип личности встречался в 12% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях. Данному типу личности были присущи следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов.

В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с ригидными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с шизоидными (62%) и истероидными чертами (31%) – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациенток, в 61% случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-

подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациентки были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (68%), группа аффективных (18%) и импульсивных суицидов (14%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки совершали суицидальные попытки (рис. 1).

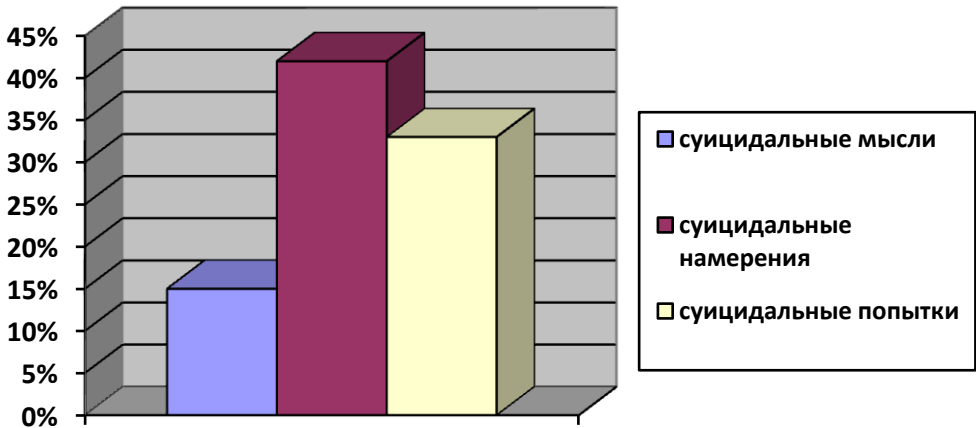


Рисунок. 1. Классификация суицидальных тенденций.

Предпочтение отдавалось легкодоступным и нежестоким способам – отравлению таблетками и нанесению порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 6% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение (пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье), 17% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 10% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациенток домой. В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток тревожно-депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления

чувства вины у 56% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных, астенические состояния и тревожно-депрессивные расстройства наблюдались у 10% подростков. В ходе исследования выявлена взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к побегам из дома и бродяжничеству, с типам совершаемых суицидальных попыток (рис. 2).

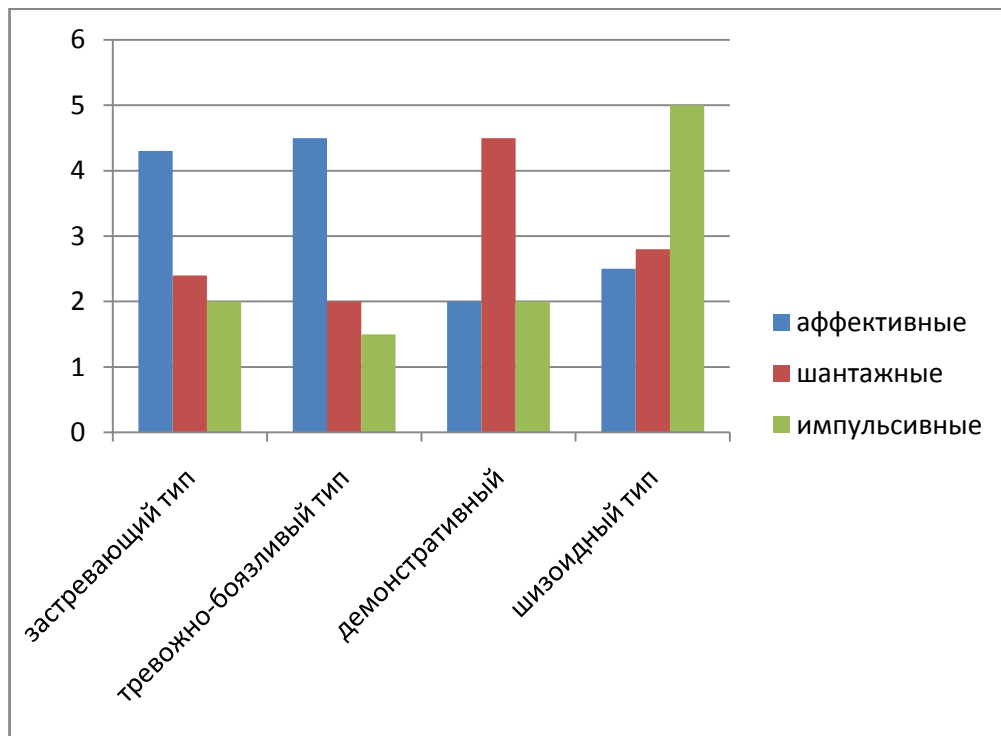


Рисунок 2. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций.

Выводы. Таким образом, в результате исследования типов суицидальных тенденций установлена взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к бродяжничеству, с видом совершаемых суицидальных попыток. Суицидальные попытки аффективного уровня наблюдались у подростков с застревающими и тревожно-боязливыми типами личности. Шантажного характера парасуициды были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. Импульсивные суициды отмечались у девочек-подростков с шизоидным типом личности. Клинические проявления аутоагрессивных действий у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являлись в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формировались на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имели демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление суицидальных тенденций депрессивного генеза усложняло клиническую картину.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Алексеева М.В., Ваулин С.В. Комплексная профилактика суицидального поведения подростков // «Юбилейные Сухаревские чтения». Науч.-практ. конф. «Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям». Сборник тезисов под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук. М. 2016. С. 7-8.
2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков // Человеческий фактор Социальный психолог. 2019. № 1 (37). С. 196-202.
- 3.Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.
- 4.Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 4. С. 27-33.
- 5.Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь. 2005. 48 с.
6. Положий Б.С. Психопатологические, личностные и ситуационные факторы в структуре механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. М. 2008. № 6. С.46-50.
7. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков - что происходит и в чем причина? // Суицидология. 2014. Т. 5. № 4. С. 16-31.
- 8.Сыроковашина К.В.Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3 (97). С. 60-75.

REFERENCES

- 1.Alekseeva M.V., Vaulin S.V. Kompleksnaja profilaktika suicidal'nogo povedenija podroستkov // «Jubilejnye Suharevskie chtenija». Nauch.-prakt. konf. «Sluzhba psihicheskogo zdorov'ja: kachestvo poliprofessional'noj pomoshhi detjam». Sbornik tezisov pod obshhej redakciej k.m.n. M.A. Bebchuk. M. 2016. S. 7-8.
2. Babarahimova S.B., Abdullaeva V.K. Vzaimosvjaz' lichnostnyh osobennostej i suicidal'nyh tendencij u podroستkov // Chelovecheskij faktor Social'nyj psiholog. 2019. № 1 (37). S. 196-202.
- 3.Grigorenko E.A. Problema suicidal'nogo povedenija podroستkov (obzor literatury) // Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki. 2016. № 5. S. 40-45.
- 4.Zhukova N.Ju. Vzaimosvjaz' otnoshenija k smerti i sklonnosti k samorazrushajushhemu povedeniju u podroستkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. 2017 (17). № 4. S. 27-33.
- 5.Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija. SPb.: Rech'. 2005. 48 s.
6. Polozhij B.S. Psihopatologicheskie, lichnostnye i situacionnye faktory v strukture mehanizmov suicidal'nogo povedenija u lic s psihicheskimi rasstrojstvami // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. M. 2008. № 6. S.46-50.
7. Rozanov V.A. Samoubijstva sredi detej i podroستkov - chto proishodit i v chem prichina? // Suicidologija. 2014. T. 5. № 4. S. 16-31.
- 8.Syrokvashina K.V.Sovremennye psihologicheskie modeli suicidal'nogo povedenija v podroستkovom vozraste // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2017. T. 25. № 3 (97). S. 60-75.
9. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K. Research of family relationships and

suicidal tendencies in adolescents // «Current Issues in Medical Science in the XXI century». 2019 № 1. Tashkent, Uzbekistan, pp. 71-75.

10. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Journal «Austria-science». V. 1, № 24 (2019), pp. 8-12.

11. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study // BMJ, 349: pp. 50-54.

12. Wasserman D. Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Jun;50(6):973-82.

S.B. Babarakhimova, V.K. Abdullaeva

**RESEARCH OF TYPES OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS
WITH SYNDROME OF ESCAPES AND VAGRANCY,
TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS**

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan).

Summary. Features of influence personal characteristics in adolescent girls with the syndrome of escapes and vagrancy in development types of suicidal tendencies are considered in the article. The aim of this study was to estimated the clinical features of self-destructive actions in adolescents with depressive disorders and behavioral problems to improve the quality of diagnostic and therapeutic correctional help this group of patients. The subject for the study 48 adolescents were selected between the ages of 15 to 17 years with depressive disorders and behavioral disorders. A survey was conducted with 48 girls socialized conduct disorder. The leading methods of investigation were clinical-psychopathological and clinical-catamnestic. The study revealed the close relationship of personal characteristic in adolescent girls with suicidal tendencies and self-harm-action.

Keywords: adolescent girls, personal characteristic, escapes and vagrancy syndrome, emotional disorders, self-harm.

**НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ГРУППЫ РИСКА
ПО ОТКЛОНЕНИЮ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ**
Северный государственный медицинский университет (Архангельск).

Резюме. С целью систематизации направлений методической деятельности по подготовке специалистов, оказывающих раннюю помощь детям группы риска по отклонению в психическом развитии, представлен опыт работы кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (г.Архангельск) на додипломном уровне и в рамках программ повышения квалификации психиатров, педиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе. Показаны особенности подготовки специалистов по основным и дополнительным профессиональным программам с учетом региональных особенностей оказания помощи детям раннего возраста и воспитывающих их семей.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, отклонения в психическом развитии, подготовка специалистов в медицинском вузе, межведомственное взаимодействие.

По данным Федеральной службы государственной статистики, за последние 5 лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составляет около 2% детского населения [2]. Раннее начало комплексной помощи детям с нарушениями здоровья способствует максимально возможным достижениям в развитии, успешной социализации и включению в образовательную среду с последующей интеграцией в общество. Распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 г. № 1839-р принята «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» [9], разработанная Министерством труда и социальной защиты населения РФ совместно с профильными ведомствами, в которой предлагается система мер для оказания помощи семьям с детьми в возрасте от 0 до 3 лет с наличием нарушений в физическом или умственном здоровье, с высокой вероятностью приводящим к задержке развития.

Психические расстройства являются ведущими в структуре инвалидизации ребенка, обуславливая до 25% от общего числа детей-инвалидов [8]. Несмотря на то, что важнейшим условием профилактики социальных нарушений развития ребенка уже достаточно давно обосновано внедрение ранней диагностики [6], на практике организация в стране медико-социальной помощи детям с психическими расстройствами не всегда соответствует мировым стандартам: диагностика расстройств производится поздно, врачи общей практики, педиатры и неврологи редко принимают участие в их раннем выявлении. Несвоевременная диагностика утяжеляет нарушения и увеличивает риск формирования коморбидных расстройств. В дальнейшем сопровождение ребенка требует серьезных материальных, медицинских и социальных ресурсов как семьи, так и государства.

Актуальной является разработка межведомственного взаимодействия при оказании ранней помощи и сопровождении нуждающихся в ней детей и воспитывающих их семей. Важным предполагается обеспечение координации услуг, направленных на развитие всех сторон жизни ребенка, используя междисциплинарный подход, что требует внедрения новых форм обучения и формирования учебных стандартов и программ по детской психиатрии, специализации и

повышения квалификации специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи детям [1]. В связи с этим необходимо решение вопросов по обеспечению специалистов новыми компетенциями при их подготовке и переподготовке на федеральном и региональном уровнях.

Целью исследования явилась систематизация направлений методической работы по подготовке специалистов, оказывающих раннюю помощь детям группы риска по отклонению в психическом развитии, в медицинском вузе. В основу работы положен анализ методической деятельности кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (СГМУ) в г. Архангельске в сфере подготовки специалистов указанного профиля.

Несмотря на наличие различного рода учреждений сферы социального обслуживания по оказанию ранней помощи детям, последнее, тем не менее, сопряжено с определенными трудностями, включающими:

- неразвитость системы межведомственного и сетевого взаимодействия;
- недостатки в применении современного диагностического инструментария, а также медицинских, образовательных и реабилитационных технологий;
- отсутствие информационного поля, обеспечивающего раннее выявление и своевременность оказания помощи ребенку и его семье;
- нехватку кадров, получивших специальную подготовку.

Сохраняющийся в Северо-Западном регионе дефицит детских психиатров не компенсируется наличием взрослых врачей психиатрического профиля, которые вынуждены оказывать помощь детскому населению, нередко не имея достаточных знаний и навыков в области психиатрии раннего возраста. Недостаток подготовленных кадров по вопросам оказания ранней помощи детям группы риска предопределил необходимость целенаправленной подготовки специалистов на кафедре психиатрии и клинической психологии СГМУ с разработкой и внедрением комплекса обучающих программ, направленных на совершенствование имеющихся и получение новых компетенций, необходимых для успешной профессиональной деятельности.

Додипломное обучение на кафедре проходят будущие врачи - студенты лечебного и педиатрического факультетов, специалисты по социальной работе и адаптивной физической культуре, клинические психологи. В программу дисциплины «Психиатрия и клиническая психология» разработаны и внедрены тематические модули:

- «Раннее выявление, диагностика и ранняя помощь детям группы риска» по направлениям подготовки 31.05.02 «Педиатрия» (уровень специалитета), 37.03.01 «Психология», 37.05.01 «Клиническая психология»;
- «Оказание ранней помощи детям» по направлению подготовки 37.04.01 «Психология» (уровень магистратуры).

В обоих случаях обучение проводится с применением дистанционных технологий в виртуальной образовательной среде Moodle.

В рамках программы повышения квалификации врачей с 2017 г. на кафедре реализуется дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Детская психиатрия» (72 ч., специальность «Психиатрия»). Практико-ориентированная программа цикла направлена на удовлетворение потребностей профессионального развития детских психиатров, обеспечение ответственности их квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности. С учетом высокой важности раннего выявления отклонений в разви-

тии у детей программа была дополнена базовой информацией по основным вопросам и диагностическим подходам к выявлению детей группы риска по отклонениям в развитии, что позволит оптимизировать процесс своевременного оказания психиатрической помощи. В программе представлены современные направления профилактики, диагностики и терапии отклонений в развитии у детей раннего возраста для совершенствования профессиональных компетенций в области детской психиатрии и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. Все курсанты получают необходимые знания в области выявления, диагностики и оказания ранней помощи детям группы риска, могут использовать современные подходы в оказании ранней помощи в рамках своей профессиональной компетенции.

Модуль программы повышения квалификации врачей «Раннее выявление, диагностика и ранняя помощь детям группы риска», осуществляемый через систему непрерывного медицинского образования, посвящен изучению процессов развития ребенка, роли влияния взаимосвязанных медико-биологических и социальных факторов, участвующих в формировании как адаптивного, так и дизадаптивного¹ развития, особенностям психической деятельности и психопатологии детей, имеющих проблемы в развитии, вопросам выявления и применения диагностических подходов в раннем возрасте.

Высокая частота встречаемости на Севере случаев табакокурения во время беременности, главным образом среди молодых женщин, инициировала внедрение в циклы повышения квалификации врачей вопросов первичной и вторичной профилактики аддиктивного поведения беременных и целенаправленного изучения влияния хронической никотиновой интоксикации на развитие плода и адаптацию новорожденных [5].

Усиление внимания к социально-психологической реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) способствовало разработке и внедрению программы обучения специалистов на базе СГМУ, участвующих в оказании помощи детям с данной патологией. В рамках программы реализуются следующие модули: «Выявление, диагностика и ранняя помощь детям с РАС», «Психокоррекция детей с РАС», «Оказание стоматологической помощи детям с РАС» [3].

Медицинская помощь детям с психическими и поведенческими расстройствами более эффективна, если помимо психиатров и психотерапевтов в ней участвуют педиатры, специалисты по социальной работе, медицинские менеджеры, педагоги и психологи. Обоснование роли междисциплинарного взаимодействия лежит в основе реализуемой в СГМУ с 2018 г. программы магистратуры по направлению «Психологии здоровья». Важной составляющей образовательных усилий на последипломном уровне является обучение всех специали-

¹ Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. – 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Merriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

стов навыкам взаимодействия с родителями с предоставлением им профессиональных консультаций еще до постановки официального диагноза ребенку [4].

В последние десятилетия в международной практике раннего вмешательства развивается функциональный подход [12]. Главными задачами раннего вмешательства становятся содействие благополучию ребенка в семье, улучшение его способностей выполнять задачи, встающие в повседневной жизни, обеспечение максимальной активности ребенка. При этом развитие у ребенка способности участвовать в различных социальных ситуациях рассматривается как наиболее значимая задача помощи семье и ребенку [10].

Развитие функционального подхода привело к изменению содержания программ раннего вмешательства в СГМУ. Теперь они в большей степени ориентированы на функциональную направленность, реализацию в естественной среде на основе повседневных рутин и активного участия семьи с учетом повышения ее компетентности в вопросах развития ребенка, а также международного опыта, в первую очередь, коллег из научно-практических центров Евро-Арктического Баренц-региона.

Методические аспекты ранней помощи основаны на положениях «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков» (МКФ ДП) [12]. Данная классификация предлагает универсальный язык международного и междисциплинарного общения, содействует внедрению современного подхода к реабилитации и образованию детей с инвалидностью и особыми образовательными потребностями, направленного на реализации их прав на участие в социальной жизни [7]. Для повышения эффективности междисциплинарного взаимодействия и командной работы специалистов региона в рамках обучения основам ранней помощи мы знакомим с МКФ ДП не только психиатров, но и детских неврологов, педиатров, неонатологов. Клинической базой для реализации данного направления является ГБУ Архангельской области «Новодвинский детский дом-интернат для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии», одним из первых в стране получивший лицензию на образовательную деятельность с детьми с множественной психомоторной патологией [11].

Научные исследования на кафедре психиатрии и клинической психологии СГМУ реализуются в рамках междисциплинарной программы «Детская психиатрия и психология» посредством деятельности преподавателей, практических врачей, психологов и специалистов по социальной работе в межкафедральных научных лабораториях. Обмен опытом и компетентное обсуждение актуальных вопросов всеми заинтересованными специалистами позволяют дополнить профессиональные знания, объединить усилия в оказании помощи детям, а также способствуют активному внедрению результатов в практическое здравоохранение с дальнейшим совершенствованием системы охраны психического здоровья детей.

Таким образом, междисциплинарная подготовка специалистов к оказанию ранней помощи детям группы риска по отклонению в психическом развитии в условиях Европейского Севера направлена на повышение квалификации специалистов, участвующих в комплексных программах укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и восстановления здоровья детей и состоит из нескольких важнейших элементов: раннего выявления детей группы риска по отклонению в развитии и внедрения инновационных диагностических методов; повышения эффективности медицинского и психолого-педагогического

сопровождения детей раннего возраста на основе принципов коррекционной работы с ребенком наряду с социальной поддержкой и ростом мотивации семей по активному включению в совместную работу со специалистами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алехина С.В. Создание системы комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра в России: опыт одного проекта // Аутизм и нарушения развития. 2016. №4. С.10-13.

2. Андрусенко А.А., Кузнецов И.А., Обросов И.Ф. О профилактической направленности детской психиатрии и программах последипломного образования специалистов // Вестник ПГГПУ. 2017. № 1. С. 87-91.

3. Белова О.С., Соловьев А.Г. Система подготовки специалистов для оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра в медицинском университете // Психическое здоровье. 2018. № 10. С.3-6.

4. Белова О.С., Шукина Е.Г., Соловьев А.Г. Социально-психологические особенности семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра // Наука. Мысль. 2018. № 4. Электронный ресурс. URL: wwenews.esrae.ru/68-828 (дата обращения: 21.11.2018).

5. Бессолова Н.А., Киселева Л.Г., Чумакова Г.Н., Соловьев А.Г. Влияние никотиновой зависимости беременных на развитие плода и адаптацию новорожденных // Наркология. 2008. Т. 7. № 11 (83). С. 49-52..

6. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни. – Архангельск: Издат. центр СГМУ. 2005. 217 с.

7. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) // Клиническая и специальная психология. 2014. № 2. Электронный ресурс. Режим доступа: www.psyjournals.ru/psyclin.

8. Макушкин Е.В., Жеребцова В.А. Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика) // Вестник новых медицинских технологий. 2011. № 4 (18). С.291–293.

9. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г.». Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.

10. Самарина Л.В. Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2015. № 6. С.49-60.

11. Шалаурова Е.В., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Познавательная деятельность в процессе абилитации детей с множественной психомоторной патологией развития // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». 2015. № 3. С. 87-94.

REFERENCES

1. Alehina S.V. Sozdanie sistemy kompleksnoj pomoshhi detjam s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v Rossii: opyt odnogo proekta // Autizm i narusheniya razvitiya. 2016. №4. S.10-13.

2. Andrusenko A.A., Kuznecov I.A., Obrossov I.F. O profilakticheskoy napravlenosti detskoj psihiatrii i programmah poslediplomnogo obrazovaniya specialistov //

Vestnik PGGPU. 2017. № 1. S. 87-91.

3. Belova O.S., Solov'ev A.G. Sistema podgotovki specialistov dlja okazaniya pomoshhi detjam s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v medicinskom universitete // Psihicheskoe zdorov'e. 2018. № 10. S.3-6.

4. Belova O.S., Shhukina E.G., Solov'ev A.G. Social'no-psihologicheskie osobennosti semej, vospityvajushhih rebenka s rasstrojstvom autisticheskogo spektra // Nauka. Mysl'. 2018. № 4. Jelektronnyj resurs. URL: wwenews.esrae.ru/68-828 (data obrashhenija: 21.11.2018).

5. Bessolova N.A., Kiseleva L.G., Chumakova G.N., Solov'ev A.G.

Vlijanie nikotinovoj zavisimosti beremennyh na razvitie ploda i adaptaciju novorozhdennyh // Narkologija. 2008. T. 7. № 11 (83). S. 49-52..

6. Bocharova E.A., Sidorov P.I., Solov'ev A.G. Problemnyj rebenok: psihosocial'naja adaptacija i kachestvo zhizni. – Arhangel'sk: Izdat. centr SGMU. 2005. 217 s.

7. Kaz'min A.M., Perminova G.A., Chugunova A.I. Prikladnoe znachenie Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja detej i podrostkov (kratkij obzor literatury) // Klinicheskaja i special'naja psihologija. 2014. № 2. Jelektronnyj resurs. Rezhim dostupa: www.psyjournals.ru/psyclin.

8. Makushkin E.V., Zherebcova V.A. Prioritetnye napravlenija ohrany zdorov'ja rebenka v nevrologii i psihiatrii (diagnostika, terapija, reabilitacija i profilaktika) // Vestnik novyh medicinskih tehnologij. 2011. № 4 (18). S.291–293.

9. Rasporjazhenie Pravitel'stva RF ot 31.08.2016 № 1839-r «Koncepcija razvitiya rannej pomoshhi v Rossijskoj Federacii na period do 2020 g.». Jelektronnyj resurs. Rezhim dostupa: <http://www.consultant.ru>.

10. Samarina L.V. Postroenie programm rannego vmeshatel'stva na osnove Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja // Social'noe obsluzhivanie semej i detej: nauchno-metodicheskij sbornik. 2015. № 6. S.49-60.

11. Shalaurova E.V., Bocharova E.A., Solov'ev A.G. Poznavatel'naja dejatel'nost' v processe abilitacii detej s mnozhestvennoj psihomotornoj patologiej razvitiya // Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Serija «Medikobiologicheskie nauki». 2015. № 3. S. 87-94.

12. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version. Geneva, Switzerland, WHO. 2007. 322 p.

O.S. Belova, A.G. Soloviev

AREAS OF TRAINING FOR SPECIALISTS TO PROVIDE EARLY HELP TO CHILDREN AT RISK FOR THE DEVIATION IN MENTAL DEVELOPMENT Northern State Medical University (Arkhangelsk).

Summary. In order to systematize the directions of methodological activities for the training of specialists providing early help to children at risk for mental development, the experience of the Department of psychiatry and clinical psychology of the Northern state medical University (Arkhangelsk) at the pre-diploma level and in the framework of training programs for psychiatrists, pediatricians, clinical psychologists, specialists in social work is presented. The features of training of specialists in basic and additional professional programs, including regional features of assistance to young children and their families are shown.

Keywords: children, early age, deviations in mental development, training in medical school, interdepartmental cooperation.

Н.Ю. Жукова, Е.Л. Солдатова

**ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОГО ОПЫТА ПОДРОСТКОВ
НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ ПО ПОВОДУ СМЕРТИ**

Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлен обзор представлений о формировании отношения к смерти детей, начиная с раннего возраста до подросткового включительно. Целью исследования стало изучение взаимосвязи тревоги по поводу смерти и личного опыта столкновения со смертью. В исследовании приняли участие 110 юношей и девушек в возрасте от 11 до 17 лет. Анкетирование показало, что большинство подростков (примерно 70%) имеют довольно широкий спектр ситуаций столкновения со смертью. Однако в целом они характеризуются низким уровнем доступности мыслей о смерти и преимущественно средним уровнем тревоги по поводу смерти. Было показано, что опыт столкновения со смертью тесно связан с временными представлениями, а ситуации непосредственного столкновения со смертью актуализируют тревогу смерти, осознание быстротечности времени.

Ключевые слова: отношение к смерти, тревога смерти, представление о смерти у детей и подростков.

Современный подросток развивается в информационной среде, наполненной трагическими событиями, происходящими в мире (кризисы, войны, катастрофы, преступления), агрессивными, разрушительными, опасными действиями. Подросток имеет доступ практически к любой информации. Исследования, проведенные в рамках теории управления страхом смерти, свидетельствуют, что подобная информация значительно повышает доступность мыслей о смерти [9]. Картина мира человека и его самооценка являются защитными механизмами, препятствующими проникновению мыслей о смерти в сознание, тем самым поддерживая низкий уровень тревоги по поводу смерти. Другими словами, высокая доступность мыслей о смерти приводит к возрастанию страха смерти [9, 15].

Подростки сталкиваются со смертью: утрата члена семьи, друга, знакомого человека, домашнего животного. Основная задача развития этого возрастного периода (отделение от родителей и формирование эго-идентичности) в сущности является опытом утраты и смерти [7]. Было выявлено, что формирование идентичности тесно связано с тревогой смерти [13]: кризис идентичности усиливает тревогу смерти, в особенности у юношей, и в статусе моратория [11].

Первые исследования детских представлений о смерти акцентировали внимание психологов на том, что дети с первых лет жизни познают и экспериментируют с понятиями жизнь, не-жизнь, смерть. R. Kastenbaum пишет, что наравне с формированием концепции неизменности (Ж. Пиаже), ребенок развивает и концепцию трансформации. Они показали, что все дети думают о смерти, хотя было распространено мнение, что подобные мысли бывают только у психологически травмированных и нестабильных детей [10].

Психоаналитический подход к теме отношения к смерти у детей ориентирован на ее эмоциональный компонент (грусть, печаль, страх), понимание смер-

ти как разлуки, расставания. Отмечаются персонифицированность смерти (бугимен, мрачный жнец и т. д.), наличие тревоги по отношению к смерти в силу эмоциональной и когнитивной незрелости ребенка, приводящих к ограниченному пониманию феномена смерти [16].

Когнитивный подход к пониманию смерти детьми, опирающийся на концепцию Ж. Пиаже, по-прежнему распространен среди психологов. Акцентируя внимание на когнитивных компонентах отношения к смерти, исследователи выделили следующие: необратимость и окончательность, универсальность и применимость (только живое умирает), смерть относится к собственному «Я» (личная смерть), прекращение/отсутствие функциональных возможностей после смерти, причинно-следственные связи (смерть в результате нарушений работы организма), непредсказуемость. Их сформированность свидетельствует о зрелом, «взрослом» представлении о смерти. По мнению исследователей, такое понимание смерти появляется приблизительно к 10 годам: в среднем представления об универсальности и окончательности появляются к 5-6 годам, к 7-8 о неизбежности и недееспособности организма, последние два компонента формируются в возрасте 9-10 лет.

Последующие исследования концепции смерти показали, что понятие смерти у детей формируется как биологический концепт. Приблизительно с 4 лет дети начинают строить собственные элементарные биологические теории о мире и теле человека, формируя причинно-объяснительное представление о жизни на основе активно развивающегося воображения. Биологически ориентированное понимание жизни появляется гораздо позже и приводит к более зрелому представлению о смерти [10, 16]. Однако исследователями была отмечена особенность: по достижении к 9-10 годам «взрослой» концепции смерти у детей снова появляются нереалистические, мифологические представления (мертвый человек может при определенных обстоятельствах ожить, мертвые чувствуют). Причины этого явления психологи видят в появлении нового уровня когнитивного развития – наряду с формально-логическими операциями активно формируется креативность. Осуществляется переход с «черно-белого» мышления на «серое». Ребенок на основе активно развивающихся когнитивных способностей, накопления знаний и опыта глубже проникает в суть явлений, ситуаций, открывая тем самым, что не все сводимо к одному единственному ответу, он способен подойти к решению проблемы с различных позиций. Новый тип мышления приводит к усмотрению ребенком двусмысленностей, неопределенностей в различных явлениях, в частности и в отношениях между жизнью и смертью [6, 10].

Дуализм присущ развитию всех сфер жизни подростка. Стремление рассуждать логически вступает в противоречие с потребностью в духовных, иррациональных, романтических переживаниях. Потребность в автономии противоречит желанию одобрения в группе сверстников и страху социального отвержения. Обретение идентичности связано с разрушением предыдущих личностных достижений. Для подростков диалектика жизни и смерти является источником двусмысленности и отличает их понимание смерти от «взрослого» [7].

На основе бесед с детьми (7-12 лет), совершавших суицидальные попытки, I. Orbach делает вывод, что особое представление о смерти актуализирует суицидальное поведение. У тех детей имелись знания о смерти как абстрактном

феномене, они уверенно отвечали на вопросы о причинах смерти, о том, что происходит с человеком после смерти, но затруднялись отвечать на вопросы о собственной смерти. Таким образом, имея реалистичные представление о смерти как абстрактном, безличном феномене, эти дети отличались неадекватными и искаженными представлениями о личной смерти [14].

В рамках когнитивного подхода одной из причин суицидального поведения рассматриваются когнитивные искажения и специфика метапрограмм. Среди них отмечают контрастность мышления, ассоциированное эмоциональное состояние, обусловленная самооценка и другие [2]. В частности специалистами отмечается, что суицидальное и парасуицидальное поведение детей и подростков носит приспособительный характер [4, 5]. И. Кон акцентирует внимание на связь представлений о смерти и времени. Он считает, что особую остроту тема смерти приобретает именно в подростковой стадии. Одной из задач данного возрастного периода считает примирение с мыслью о собственной смертности [3]. R. Kastenbaum отмечает, что наравне с такими задачами подросткового возраста, как формирование идентичности, отношений со сверстниками, обретение независимости, выступает и задача осмысления смерти, что редко признается психологами [10].

Исследования индивидуальных различий в формировании представлений о смерти носят противоречивый характер и проводились преимущественно американскими психологами. Им удалось выяснить, что такие факторы, как размышления о смерти, наличие серьезного заболевания у ребенка, религиозность и уровень тревоги оказывают влияние лишь на отдельные компоненты представлений о смерти и чаще всего не способствуют формированию более зрелой концепции. Так, размышления о смерти детьми позволяют раньше понять универсальность смерти, наличие серьезного заболевания может ускорить формирование таких компонентов представлений о смерти, как неизбежность, недееспособность организма и причины смерти. Наличие религиозных убеждений у детей затрудняет формирование представлений о неизбежности смерти. Дети с высоким уровнем тревоги склонны отрицать универсальность смерти, но не из-за когнитивной неспособности понять, а в результате попытки справиться с тревогой [16].

Таким образом, отношение к смерти детей и подростков подвергается влиянию не только возрастно-психологических особенностей, обуславливающих формирование представлений различной сложности и содержания, но и других факторов, таких как личный опыт, социокультурные особенности.

Целью эмпирического исследования стало изучение взаимосвязи доступности мыслей о смерти, тревоги смерти и личного опыта столкновения со смертью в подростковом возрасте.

Выборка исследования: 110 обучающихся в МБОУ «Школа-интернат спортивного, спортивно-оздоровительного и адаптивного профиля г. Челябинска» в возрасте от 11 до 17 лет, из них 56 девочек, 54 мальчика.

Методы исследования:

Задание на исследование доступности мыслей о смерти. Задание включает в себя список из 25 слов с пропущенными фрагментами, которые необходимо дополнить. Для каждого случая может быть придумано несколько вариантов слов, в 7 случаях – слова, связанные с темой смерти.

Шкала тревоги по поводу смерти Д. Темплера (в адаптации Т.А. Гавриловой). Выявляет уровень тревоги по поводу смерти. Состоит из 15 утверждений. Диагностирует 4 фактора страха смерти: когнитивно-аффективная озабоченность смертью, озабоченность физическими изменениями, осознание течения времени, озабоченность болью и стрессом и общий уровень тревоги по поводу смерти [1].

Анкета для исследования опыта столкновения подростка со смертью. Анкета состоит из 15 вопросов, направленных на выявление личного опыта, связанного со смертью: смерть члена семьи, друга, знакомого, смерть домашнего животного, опыт тяжелой болезни, наличие несчастных случаев, мыслей о смерти близких или о собственной смерти.

Математический анализ данных осуществлялся с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена, непараметрического Н-критерия Краскелл-Уоллиса, многофакторного дисперсионного анализа (ANOVA).

Результаты исследования и обсуждение. Среднее значение уровня общей тревоги по поводу смерти равно 7,42. Стандартное отклонение 2,94. (Темплер – 6,39 (3,18), Гаврилова – 8,23 (2,56)) Низкий уровень тревоги по поводу смерти выявлен у 19% подростков, средний – у 63%, высокий – у 18%. Большинство подростков характеризуются средним и высоким уровнем тревоги по поводу смерти.

Доступность мыслей о смерти можно оценить как низкую в данной выборке. Максимально возможный балл по заданию равен 7. В исследуемой выборке минимальный балл равен 0, максимальный – 3. Среднее значение равно 0,67.

Анкетирование показало, что 75% подростков пережили утрату члена семьи (дедушки, бабушки, папы, мамы, сестры/брата). При этом 76% отметили, что их беспокоят мысли о смерти родных, и 47% размышляют о собственной смерти. Подростки также отметили, что сталкивались со смертью друга (20%), знакомого человека (42%), 74% столкнулись со смертью домашнего животного. Несчастные случаи происходили у 39%, 6% отметили, что были очень серьезно больны. 19% были свидетелями тяжелой болезни, несчастного случая, попытки суицида.

Таким образом, подростки имеют широкий личный опыт столкновения со смертью (только 5% не отметили ничего из перечисленного), характеризуются низким уровнем доступности мыслей о смерти, но средним и высоким уровнями тревоги по поводу смерти. Подобное соотношение доступности мыслей о смерти и страха смерти противоречит положению теории управления страхом смерти, однако не противоречит теоретическим положениям других исследователей о том, что в норме у человека должна в некоторой степени присутствовать тревога смерти для сохранения жизни [8, 12].

Сравнение испытуемых по полу показало, что у девушек уровень тревоги смерти значительно выше ($p \leq 0,001$). Тема гендерных различий в уровне тревоги по поводу смерти является частым предметом исследований, однако не было получено убедительных доказательств их наличия. R. Kastenbaum считает, что, скорее всего, получаемые различия связаны в большей степени с самим методом исследования (вербальный самоотчет) нежели отражают реальное положение дел [10].

Сравнение по возрасту (11-13 лет и 14-17 лет) показало, что подростки 14-17 лет имеют больший опыт встречи со смертью: утрата родственников ($p \leq 0,01$), друзей ($p \leq 0,05$), знакомых ($p \leq 0,01$). Соответственно, их чаще посеща-

ют мысли о смерти близких ($p \leq 0,05$).

Также подростки были разделены по критерию «Личный опыт столкновения со смертью» на 3 группы: низкий, средний, высокий. В группу с отсутствием или малым опытом были включены подростки, не давшие ни одного или же давшие 1 положительный ответ на 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 вопросы анкеты. В группу с широким опытом столкновения со смертью попали подростки, давшие 5 и более положительных ответов на те же вопросы. Были выявлены значимые различия по показателю осознания течения времени, т. е. с расширением опыта столкновения со смертью увеличивается тревога относительно быстрого течения времени. Такая тесная связь временных представлений и представлений о смерти соответствует логике рассуждений И. Кона. Однако вызывает интерес факт озабоченности подростков темой уходящего времени, поскольку не является типичной для данного возрастного периода.

Корреляционный анализ взаимосвязи доступности мыслей о смерти, тревоги смерти и личного опыта столкновения со смертью показал наличие множества взаимосвязей тревоги смерти и личного опыта столкновения со смертью (табл. 1). В целом тревога смерти связана с такими категориями, как: мысли о собственной смерти, пол, опыт утраты друга или знакомого. Опыт утраты друга положительно связан с когнитивно-аффективной озабоченностью темой смерти ($R=0,195$ при $p \leq 0,05$), смерть знакомого положительно связана с осознанием течения времени ($R=0,195$ при $p \leq 0,05$). Размышления о собственной смерти положительно связаны с общим уровнем тревоги по поводу смерти ($R=0,293$ при $p \leq 0,01$), когнитивно-аффективной озабоченностью по поводу смерти ($R=0,238$ при $p \leq 0,05$) и осознанием течения времени ($R=0,381$ при $p \leq 0,01$).

По результатам многофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), где в роли фактора (независимой переменной) выступил фактор собственного опыта столкновения со смертью, были получены следующие данные. Так, мысли о собственной смерти влияют на общий уровень тревоги смерти (0,009 при $p \leq 0,01$) и осознание течения времени (0,001 при $p \leq 0,001$). Наличие в опыте подростка наблюдения за несчастным случаем, тяжелой болезнью, попыткой самоубийства увеличивает доступность мыслей о смерти (0,049 при $p \leq 0,05$) и осознание течения времени (0,05, при $p \leq 0,05$). Утрата близкого друга провоцирует когнитивно-аффективную озабоченность по поводу смерти (0,053 при $p \leq 0,05$). Смерть знакомого человека (не близкого) провоцирует озабоченность по поводу физических изменений, связанных со смертью (0,053 при $p \leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, по результатам сравнительного, корреляционного и дисперсионного анализов можно заключить следующее:

– девушки имеют более высокие показатели по уровню тревоги смерти, чем юноши;

– более широкий опыт столкновения со смертью провоцирует осознания быстроты течения времени у подростков;

– тревога смерти у подростков положительно связана с размышлениями о собственной смерти, опытом утраты близкого и просто знакомого человека;

– непосредственное столкновение со смертью (утрата друга/знакомого, наблюдение за тяжелой болезнью, несчастным случаем со смертельным исходом

и т. д.) увеличивают доступность мыслей о смерти, повышают уровень тревоги по поводу смерти, провоцирует осознание течения времени и интерес к физическим изменениям, связанным со смертью.

В целом подростковый возраст знаменуется формированием личностного отношения к смерти (как и ко многим другим сферам жизни), поэтому современные программы психологического сопровождения развития личности подростка должны включать в себя экзистенциально-ориентированные тематики. Ключевая роль сопровождающего должна быть скорее не в просвещении подростков о различных аспектах смерти и умирания (на примере танатологического образования в США), а в создании открытого пространства для обсуждения сложных и неоднозначных вопросов, дающего подросткам возможность посмотреть на проблему с различных позиций, интегрировать свой личностный опыт, определиться со своей жизненной позицией.

Таблица 1.

Корреляции тревоги смерти, доступности мыслей о смерти, пола, возраста и личного опыта столкновения со смертью

	Доступность мыслей о смерти	Возраст	Пол	Опыт утраты родственника	Мысли о смерти близких	Мысли о собственной смерти	Опыт несчастных случаев	Опыт тяжелой болезни	Смерть питомца	Свидетель несчастного случая, тяжелой болезни, похороны	Опыт утраты друга	Опыт утраты знакомого
Общий уровень тревоги смерти	,048	,048	,406**	,118	,189	,293**	,060	,050	,139	,089	,146	,130
Когнитивно-аффективная озабоченность смертью	,042	,129	,206*	,017	,155	,238*	,159	,071	,146	,076	,195*	,107
Озабоченность физическими изменениями	,157	,003	,375**	,111	,096	,116	,050	,032	,113	,019	,085	,089
Осознание течения времени	,134	,122	,252*	,090	,170	,381**	,108	,074	,139	,040	,142	,249*
Озабоченность болью и стрессом	,082	,068	,367**	,145	,071	,126	,017	,069	,017	,106	,021	,015

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова Т.А. Экзистенциальный страх смерти и танатическая тревога: методы исследования и диагностики // Прикладная психология. – 2001. – № 6. – С. 1-8.
2. Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Психотерапевтические программы реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами, совершивших суицидальную попытку // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 4. – С. 65-69.
3. Кон И.С. Психология ранней юности. – Просвещение, 1989. – 256 с.
4. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение в подростковой среде: современные объяснительные подходы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2015 (15). – № 1. – С. 105-116.
5. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Опыт анализа единичных эпизодов не-суицидальных самоповреждений у девочек-подростков (клинический очерк) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 4. – С. 99-105.
6. Солдатова Е.Л., Лаврова Г.Н. Психология развития и возрастная психология. Онтогенез и дизонтогенез: учебник для бакалавриата и специалитета. 2-е изд., перераб. и доп.: – М.: Юрайт, 2019. – 384 с.

REFERENCES

1. Gavrilova T.A. Jekzistencial'nyj strah smerti i tanaticheskaja trevoga: metody issledovaniya i diagnostiki // Prikladnaja psihologija. – 2001. – № 6. – S. 1-8.
2. Kolomycev D.Ju., Drozdovskij Ju.V. Psihoterapevticheskie programmy reabilitacii podrostkov s pograničnymi psihicheskimi rassstrojstvami, sovershivshih suicidal'nuju popytku // Voprosy psihicheskogo zdo-rov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17). – № 4. – S. 65-69.
3. Kon I.S. Psihologija rannej junosti. – Prosveshhenie, 1989. – 256 s.
4. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Nesuicidal'noe samopovrezhdaju-shhee povedenie v podrostkovoju srede: sovremennye ob#jasnitel'nye podhody // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2015 (15). – № 1. – S. 105-116.
5. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Opyt analiza edinichnyh jepizodov ne-suicidal'nyh samopovrezhdenij u devoček-podrostkov (klinicheskij ocherk) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17). – № 4. – S. 99-105.
6. Soldatova E.L., Lavrova G.N. Psihologija razvitija i vozrastnaja psihologija. Ontogenez i dizontogenez: uchebnik dlja bakalavriata i specialiteta. 2-e izd., pererab. i dop.: – М.: Jurajt, 2019. – 384 s.
7. Balk D.E., Corr C.A. Adolescents, developmental tasks, and encounters with death and bereavement // Handbook of adolescent death and bereavement. – 1996. – P. 3-24
8. Gutierrez P., King C.A., Ghaziuddin N. Adolescents attitudes about death in relation to suicidality // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1996. – Vol. 26, № 1. – P. 8-18.
9. Hayes J. A theoretical and empirical review of the death-thought accessibility concept in terror management research / J. Hayes, J. Schimel, J. Arndt, E.H. Faucher // Psychological bulletin. – 2010. – № 5 (136). – P. 699-739.
10. Kastenbaum R. The psychology of death. 3-ed edition. – Springer Publishing Company, Inc., 2000. – 318 P.
11. Lehto R., Stein K. Death anxiety: an analysis of an evolving concept // Re-

search and Theory for Nursing Practice: An International Journal. – 2009. – № 1 (23). – P. 23-41.

12. Nock M.K. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts / M.K. Nock, T.E. Joiner Jr., K.H. Gordon and others // *Psychiatry Research*. – 2006. – № 144. – P. 65-72.

13. Noppe L.D., Noppe I.C. Ambiguity in adolescent understandings of death // *Handbook of adolescent death and bereavement*. – 1996. – P. 25-42.

14. Orbach I., Glaubman H. The concept of death and suicidal behavior in young children: three case studies // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1979. – Vol. 18, №. 4. – P. 668-678.

15. Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon Sh. A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts an extension of terror management theory // *Psychological Review* October. – 1999. – Vol. 106, №. 4. – P. 835-845.

16. Slaughter V. Young children's understanding of death // *Australian psychologist*. – 2005. – Vol. 40, №. 3. – P. 179-186.

N.Yu. Zhukova, E.L. Soldatova

**INFLUENCE OF PERSONAL EXPERIENCE OF ADOLESCENTS
ON THE LEVEL OF DEATH ANXIETY**

South Ural State University (Chelyabinsk), Saint-Petersburg State University (St.-Petersburg).

Summary. The article presents an overview of ideas about the formation of attitudes to the death of children from an early age to adolescence. The aim of the research was to study the relationship of anxiety about death and personal experience of facing death. The study involved 110 young men and women aged 11 to 17 years. The survey showed that the majority of adolescents (about 70%) have a wide range of situations of encounter with death. Generally they are characterized by a low level of death-thought accessibility and a medium level of death anxiety. It was shown that the experience of facing with death is closely related to temporal representations, and situations of direct encounter with death actualize the anxiety of death, and the awareness of the transience of time.

Keywords: attitude toward death, death anxiety, concept of death children and adolescents.

Н.В. Калинина¹, Е.Д. Пушкарев², Г.Г. Буторин³
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ
С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ
В РАМКАХ ИНДИВИДУУМ-УРОВНЯ**

¹Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет, ²Уральский государственный университет физической культуры, ³Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет (Челябинск).

Резюме. В статье представлены результаты изучения психологических особенностей подростков с личностными и поведенческими расстройствами вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга. В отечественной науке актуальность вопроса подтверждается специалистами в сфере судебно-медицинской экспертизы, что объясняется частой встречаемостью совершенных преступлений подростками, страдающими нервно-психическими расстройствами. Основная направленность научных публикаций содержит аспекты оценки риска общественно опасных действий (ООД) среди лиц страдающих психическими заболеваниями, разработки методов профилактики правонарушений у пациентов психоневрологических диспансеров и больных находящихся на амбулаторном лечении и/или принудительном медицинском наблюдении.

Ключевые слова: психологические особенности подростков, органическое расстройство личности, не уточненное органическое расстройство личности и поведения, обусловленное заболеванием, повреждением и дисфункцией головного мозга, индивидуум-уровень, тип акцентуации характера, степень тяжести расстройства, уровень невротизации и психопатизации.

Проблема формирования и проявления нарушения поведения у подростков с нервно-психическими расстройствами имеет социальную основу и сохраняет научную значимость. В современных медико-психологических исследованиях методологические подходы изучения нарушений поведения при расстройствах психики ориентированы на период пубертата. При этом исследователи рассматривают как биологические, так и психологические факторы, определяющие степень отклонения от поведенческой нормы [2, 3, 14].

Нами проведено исследование, **цель** которого – дифференцировать роль биологических и микросоциальных факторов в процессе формирования психологических особенностей подростков с органическим расстройством личности на индивидуум-уровне [4].

Было **обследовано** 115 пациентов мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет, госпитализированных в клиническое отделение с органическим расстройством личности и поведения (F00-F09, МКБ–10)[10]. Период общего наблюдения и работы с документацией был продлен при повторных госпитализациях до окончания полового метаморфоза (19-20 лет) с целью сбора катamnестических данных. Наблюдение осуществлялось одновременно в двух группах. В основную группу включено 80 пациентов со стационарно установленным диагнозом органическое расстройство личности (F07.0, МКБ–10) [10]. Группу сравнения

составили 35 обследованных того же возраста с психопатоподобными расстройствами церебрально-органического генеза без признаков формирования психопатических проявлений с медицинским диагнозом (F07.9, МКБ–10) [10]. В основной группе наблюдения было выделено две подгруппы, отличающиеся друг от друга степенью тяжести расстройства. Разделение осуществлялось с учетом медико-психологических характеристик. Первую подгруппу составили 23 человека (20%) с выраженной степенью тяжести органического расстройства личности, вторую 57 (49,5%) с умеренной степенью.

Индивидуум–уровень подростка в данном случае подразумевает: степень тяжести расстройства, уровень невротизации и психопатизации (методика УНП), тип акцентуации характера (ПДО) [5, 6].

Степень тяжести органического расстройства личности (F 07.0, МКБ–10) [10] в исследовании определялась при помощи уравнения регрессии ($2,63+0,0053 \cdot X_2 - 0,056 \cdot X_3 + 0,33 \cdot X_4 - 0,14 \cdot X_5 - 0,15 \cdot X_6 - 0,16 \cdot X_7 - 0,16 \cdot X_8$), полученном в ходе проведения статистического анализа среди выделенных основных и дополнительных критериев, где расчетные и экспериментальные значения противоречивы лишь в одном случае (респондент 1 из 1-й подгруппы, выраженная степень тяжести), где $Y_{расч.}=1,57$, а в эксперименте $y=1$.

В ходе работы было выявлено, что психологические особенности обследуемых пациентов претерпевают изменения в зависимости от их индивидуум-уровня. Прежде всего это относится к типу акцентуации характера, который предполагает некоторую совокупность психологических особенностей и вариативность поведения, что следует отметить и при изменениях уровня невротизации и психопатизации. Так, высокий показатель по шкале невротизация оказывает влияние на формирование эмоциональной возбудимости, приводящей к тревожности, растерянности либо раздражительности. В то же время таких подростков отличают переживания по поводу неудовлетворенности желаний, провоцируемые отсутствием инициативы с их стороны, а наличие эгоцентрической направленности приводит к формированию переживаний о собственной неполноценности и социальной робости.

Высокий уровень психопатизации предполагает беспечность, отсутствие эмпатии к окружающим, упрямство и напористость при межличностном взаимодействии, что способствует возникновению конфликтных ситуаций. Для таких подростков характерен отказ принять и следовать общепринятым нормам морали, их поступки бывают непредсказуемы.

Типы акцентуаций характера респондентов выявлялись с помощью методики ПДО для каждой из исследуемых групп, таковыми стали: неустойчивый, эпилептоидный, истероидный, шизоидный, психастенический типы (в группе сравнения шизоидный тип не проявился).

Статистический анализ полученных данных по методике УНП позволил выявить различия внутри клинической группы. С помощью непараметрического критерия Манна-Уитни удалось установить, что значимые различия определяются при $p < 0,05$. В этом случае аналитически значимыми числовыми показателями считались полученные результаты в числовом диапазоне от >11 до >20 .

Наиболее высокий уровень среднего значения невротизации ($18,2 \pm 1,97$) и

психопатизации ($22,8 \pm 2,1$) в сравнении со всей представленной выборкой, определен в 1-й подгруппе (выраженная степень тяжести). Внутри подгруппы с выраженной степенью тяжести высокий уровень психопатизации преобладает в случаях с эпилептоидным типом ($33,3 \pm 0,68$) органического расстройства личности. Далее позиции расположились в следующей последовательности: неустойчивый ($16,7 \pm 0,60$), истероидный ($16,8 \pm 1,1$), шизоидный ($9,5 \pm 0,50$) и астенический типы ($9,8 \pm 0,2$), средний результат невысокий. Среди пациентов подгруппы с выраженной степенью тяжести по уровню невротизации преобладают астенический ($30,0 \pm 0,7$), истероидный ($27,3 \pm 3,3$), шизоидный ($26 \pm 1,0$) типы акцентуаций характера. Далее следуют по показателям такие типы, как неустойчивый ($11,4 \pm 0,48$), эпилептоидный, средний результат не высокий ($9,71 \pm 0,36$).

Таблица 1.

Распределение пациентов по типам акцентуаций характера (результаты по методике ПДО) в группах с выраженной и умеренной степенью тяжести

Тип акцентуации характера	Выраж. степень тяжести		Умер. степень тяжести	
	п	%	п	%
неустойчивый	6	26	13	23
эпилептоидный	7	30	13	23
истероидный	3	13	5	9
шизоидный	2	9	6	11
психастенический	5	22	20	35

Также общий частотный анализ проводился в группе сравнения. Результаты отражены в табл. 2.

Таблица 2.

Распределение пациентов по типам акцентуаций характера (результаты по методике ПДО) в группе сравнения

Акцентуации характера	Группа сравнения	
	п	%
неустойчивый	15	43
эпилептоидный	8	23
истероидный	3	9
шизоидный	0	0
психастенический	9	26

Вторую подгруппу выборки (умеренная степень тяжести) характеризует самый низкий уровень невротизации ($11,2 \pm 0,87$) и средний показатель по уровню психопатизации ($14,7 \pm 0,40$) при всех выделенных типах акцентуации характера. Так, по уровню психопатизации преобладают истероидный ($16,8 \pm 1,1$) и эпилептоидный ($16,5 \pm 0,51$) типы. Далее расположились: шизоидный

(14,7±0,21), астенический (11,9±0,57), неустойчивый (6,7±0,60) тип акцентуации характера, результат не высокий. В этой же подгруппе (умеренная степень тяжести) уровень невротизации преобладал у пациентов с астеническим типом, близки по уровню показателей к нему были шизоидный (13,3±0,92), истероидный (14,4±1,27) типы. У таких типов акцентуаций характера, как неустойчивый (10,3±0,41), эпилептоидный (2,08±1,1), уровень невротизации средний, результат не высокий.

Пациенты, составившие группу сравнения, выделяются достаточно высоким средним уровнем невротизации (15,3±0,65) при таких акцентуациях характера, как: неустойчивый, эпилептоидный тип, и незначительный уровень психопатизации (11,5±0,42) по отношению ко всей выборке.

В названной группе высокий уровень психопатизации определяется у эпилептоидного (14,8±0,16), истероидного (10,3±0,3) типов акцентуаций характера. Остальные типы расположились в следующей последовательности: неустойчивый (11,2±0,61), астенический (9,6±0,24) тип акцентуации характера. В этой же группе по уровню невротизации показатели имеют незначительное различие в зависимости от типа акцентуации характера: неустойчивый (16,0±1,1), эпилептоидный (15,25±1,4), истероидный (15,3±1,5), астенический (14,3±1,2).

Вывод. Из представленного материала следует, что при изменении степени тяжести расстройства меняется количественный показатель в представленных акцентуациях характера и свойственные каждой из них уровни невротизации и психопатизации. В то же время от названных критериев зависит интенсивность проявления психологических особенностей.

Таким образом, к диагностическим критериям относятся полученные характеристики индивидуум-уровня и выделенные психологические особенности подростков, т. к. на их основе возможно построение пролонгированного прогноза как течения, так и завершения ситуации. Такое понимание проблемы позволяет комплексно и на индивидуальном уровне рассмотреть варианты проведения коррекционной работы с подростками названной категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворсина О.П. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение лиц, совершивших общественно опасные действия, в Иркутском ПНД // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. 3 (96).
2. Гранкина И.В. Клинические особенности инициального периода девиантного синдрома у детей с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2015. № 1 (86).
3. Дьяков Д.Г., Жук Н.Н., Малаховская Е.С. Самоидентификация у лиц, страдающих психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ разного типа: компаративный анализ // Сибирский психологический журнал. – 2016. № 59.
4. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы. Учебное пособие. 3-е изд. доп. и испр. – СПб.: Питер. 2019. – 352 с.
5. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Метод. пособие. 2-е изд. - М.: «Фолиум», 1995. – 64 с.
6. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Усовершенствование процедуры обработки ре-

зультатов, полученных с помощью патохарактерологического диагностического опросника для подростков. – Л.: 1981.

7. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Комплексный (клинико-психопатологический и математико-статистический) подход в оценке риска общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. № 2 (91).

8. Макушкина О.А. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017, т. 27. № 3.

9. Макушкина О.А., Панченко Е.А. Современная концепция комплексной профилактики противоправного поведения лиц с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018.. 1 (98).

10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 208 с.

11. Пирогова А.В. Клинические и социально-психологические характеристики несовершеннолетних, находящихся на стационарном принудительном лечении: автореф. дис. ... канд. мед. н. – М., 2017. – 21с.

12. Ситковская О.Д. Психология уголовной ответственности. – М.: 1998. – 272 с.

13. Ткаченко А.А. Судебная сексология. – М.: БИНОМ, 2014. – 646 с.

14. Трубина О.С., Малинина Е.В. Социально-психологические и клинические характеристики наркологического контингента несовершеннолетних с коморбидной психической патологией // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология» 2017. Т.10. № 2.

15. Якимович Л.А. Макушкина О.А. Проблемы прогнозирования риска опасного поведения больных шизофренией (информационно-статистический подход) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. № 4 (89).

REFERENCES

1. Vorsina O.P. Ambulatornoe prinuditel'noe nabljudenie i lechenie lic, sovershivshih obshhestvenno opasnye dejstviya, v Irkutskom PND // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2017. 3 (96).

2. Grankina I.V. Klinicheskie osobennosti inicial'nogo perioda deviantnogo sindroma u detej s psihicheskimi rasstrojstvami // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2015. № 1 (86).

3. D'jakov D.G., Zhuk N.N., Malahovskaja E.S. Samoidentifikacija u lic, stradahushhih psihicheskimi rasstrojstvami, svjazannymi s upotrebleniem psihoaktivnyh veshhestv raznogo tipa: komparativnyj analiz // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. – 2016. № 59.

4. Zmanovskaja E.V., Rybnikov V.Ju. Deviantnoe povedenie lichnosti i gruppy. Uchebnoe posobie. 3-e izd. dop. i ispr. – SPb.: Piter. 2019. – 352 s.

5. Ivanov N.Ja., Lichko A.E. Patoharakterologicheskij diagnosticheskij oprosnik dlja podrostkov. Metod. posobie. 2-e izd. - M.: «Folium», 1995. – 64 s.

6. Lichko A.E., Ivanov N.Ja. Usovershenstvovanie procedury obrabotki rezul'tatov, poluchennyh s pomoshh'ju patoharakterologicheskogo diagnosticheskogo oprosnika dlja podrostkov. – L.: 1981.

7. Makushkina O.A., Muganceva L.A. Kompleksnyj (kliniko-psihopatologicheskij i matematiko-statisticheskij) podhod v ocenke riska obshhestvennoj opasnosti lic, stradajushhih psihicheskimi rasstrojstvami // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2016. № 2 (91).

8. Makushkina O.A. Ocenka riska obshhestvenno opasnogo povedenija lic s psihicheskimi rasstrojstvami // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2017, t. 27. № 3.

9. Makushkina O.A., Panchenko E.A. Sovremennaja koncepcija kompleksnoj profilaktiki protivopravnogo povedenija lic s psihicheskimi rasstrojstvami // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2018.. 1 (98).

10. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. – SPb., 1994. – 208 s.

11. Pirogova A.V. Klinicheskie i social'no-psihologicheskie harakteristiki nesovershennoletnih, nahodjashhihsja na stacionarnom prinuditel'nom lechenii: avtoref. dis. ... kand. med. n. – M., 2017. – 21s.

12. Sitkovskaja O.D. Psihologija ugovnoj otvetstvennosti. – M.: 1998. – 272 s.

13. Tkachenko A.A. Sudebnaja seksologija. – M.: BINOM, 2014. – 646 s.

14. Trubina O.S., Malinina E.V. Social'no-psihologicheskie i klinicheskie harakteristiki narkologicheskogo kontingenta nesovershennoletnih s komorbidnoj psihicheskoy patologiej // Vestnik JuUrGU. Serija «Psihologija» 2017. T.10. № 2.

15. Jakimovich L.A. Makushkina O.A. Problemy prognozirovaniya riska opasnogo povedenija bol'nyh shizofreniej (informacionno-statisticheskij podhod) // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2015. № 4 (89).

N.V. Kalinina¹, E.D. Pushkarev², G.G. Butorin³

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDER IN INDIVIDUAL-LEVEL FRAMEWORK

¹South Ural State Humanitarian-Pedagogical University, ²Ural State University of Physical Culture, ³South Ural State Humanitarian-Pedagogical University (Chelyabinsk).

Summary. The article presents the results of the study of the psychological characteristics of adolescents with personal and behavioral disorders due to illness, damage and dysfunction of the brain. In Russian science, the relevance of the issue is confirmed by experts in the field of forensic medical examination, which is explained by the frequent occurrence of the crimes committed adolescents suffering from neuropsychiatric disorders. The main thrust of scientific publications contains aspects of risk assessment of socially dangerous actions (SDA) among persons suffering from mental illness, the development of methods for preventing crime in patients of psychoneurological dispensaries and patients who are on outpatient treatment and/or forced medical observation.

Keywords: psychological characteristics of adolescents, organic personality disorder, not specified organic disorder of personality and behavior due to the disease, brain damage and dysfunction, individual level, type of character accentuation, the severity of the disorder, the level neurotic and psychopathization.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ КОМПОНЕНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И.Лобачевского, МБДОУ № 34, р. п. Выездное (Нижегородская область).

Резюме. В статье представлены основные подходы к понятию психологического здоровья личности отечественных и зарубежных авторов. Рассмотрены основные структурные компоненты психологического здоровья. Экспериментально выявлены особенности структурных компонентов психологического здоровья (психомоторного, эмоционального, интеллектуального, социально-коммуникативного, личностного) у детей старшего дошкольного возраста в условиях традиционной организации образовательного процесса.

Ключевые слова: психологическое здоровье, многоуровневое образование, старшие дошкольники, психомоторный, эмоциональный, интеллектуальный, социально-коммуникативный компоненты психологического здоровья.

Период дошкольного детства очень важный этап в развитии психологического здоровья ребенка. В этот период начинает формироваться психика, закладываются основы нравственности, поведения в социуме. Современная жизнь изобилует трудными или критическими ситуациями, с которыми ребенок не всегда может справиться самостоятельно, и ввиду своей беспомощности практически все дети требуют той или иной психологической поддержки. Поэтому именно от взрослого зависит, будет ли развитие ребенка гармоничным. К сожалению, в настоящее время ощущается недостаток материальных и духовных ресурсов, которые так необходимы для полноценной социализации и развития детей. В психологической практике следом за проблемами гиперактивности, дефицита внимания, сенсорной недостаточности мы все чаще наблюдаем у детей неумение общаться, агрессивное поведение, страхи, высокую тревожность и имеем дело с нарушениями психологического здоровья.

Наблюдения показывают, что в большинстве дошкольных учреждений, даже при соблюдении личностно-ориентированного подхода к ребенку, первоочередность обеспечения психологического здоровья чаще декларируется, чем реализуется. Первоочередными же остаются задачи подготовки детей к обучению в школе, а точнее формирование у дошкольников первоначальных учебных навыков. А развитие социокультурного, духовно-нравственного потенциала личности ребенка носит имитационный, «показной» характер, в результате которого у детей «притупляются» эмоциональная отзывчивость, чувство сопереживания, способность к рефлексии и т. д.

Проблемой сохранения, развития и укрепления психологического здоровья человека занимались многие зарубежные и отечественные исследователи. Одними из первых об общечеловеческих ценностях и специфически человеческих проявлениях говорили гуманистические психологи, выделяя такие понятия, как

экспрессивность, уникальность, способность к эмоциональной близости, автономии, рациональность, индивидуализм, ответственность, активность. Авторы характеризовали общий принцип психологического здоровья – «стремление человека стать и оставаться самим собой, несмотря на перипетии и трудности индивидуальной жизни» [11].

В. Франкл, опираясь на основания психологической антропологии, констатирующие «человеческое в человеке», выделял такие понятия, как сознание, деятельность, общность. Считал, что «...каждый человек должен иметь какое-нибудь дело, надо найти это дело, этот смысл, а у ребенка надо воспитывать готовность к нахождению смысла жизни, чтобы быть уникальным и неповторимым в своем деле» [15]. Подобную мысль высказывал С.Л. Рубинштейн, говоря об идеальном человеке как о человеке, в котором реализованы все его возможности по приближению к идеалу [12].

И.В. Дубровина ввела термин «*психологическое здоровье*», выделяя его как психологический аспект психического здоровья, то есть совокупность личностных характеристик, являющихся предпосылками стрессоустойчивости, социальной адаптации, успешной самореализации [4]. О.В. Хухлаева рассматривала психологическое здоровье как динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющуюся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи, которая делает человека счастливым [16]. О.В. Хухлаева пришла к выводу, что использованию термина «психологическое здоровье» подчинена неразделимость телесного и психического в человеке, необходимость и того, и другого для полноценного функционирования человека, Между психическим и соматическим издавна известна непрерывная связь и, говоря словами Сократа, «Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, также как тело без души» [16]. Структуру психологического здоровья описывали с учетом системного анализа и уровневого подхода [2]. Авторы предлагали структуризацию модели психологического здоровья, позволяющую проследить путь становления и переход от низшего уровня к высшему через парадокс развития [1].

Период дошкольного детства в развитии потенциальных возможностей психологического здоровья имеет первоочередное значение. И.В. Дубровина утверждала, что психологическое здоровье детей и школьников - цель и критерий эффективности работы психолога в государственном образовательном учреждении [4].

Значительное количество работ посвящено исследованию причин нарушения психологического здоровья у детей. Ученые делали акценты на пластичности и легкой обучаемости ребенка, адекватности программ развития познавательной сферы в дошкольных учреждениях, соблазнах форсирования законов развития и небеспредельных психофизиологических особенностях ребенка [5]. Нарушения психологического здоровья в дошкольном возрасте в значительной степени зависят от стабильности внутрисемейных отношений. Конфликты между родителями, развод или уход из жизни одного из родителей могут вызвать у ребенка чувство одиночества, неудовлетворенность потребности в безусловной любви и принятии, состояние тревоги, беспокойства, усиливают чувство вины и неуверенности

в себе, а вместе с тем нарушение психологического здоровья [13]. И.А.Захаров к социально-психологическим факторам нарушения психологического здоровья относит также занятость родителя на работе, раннее помещение ребенка в детский сад, привлечение няни для ребенка [6]. Автор подчеркивает, что формирование чувства «Я» у ребенка, потребности в исследовании окружающего мира и взаимодействия со сверстниками происходит лишь в случае нормального общения матери и ребенка. Только тогда ребенок без проблем и вреда для психического здоровья может посещать детский сад, ненадолго расставаясь с матерью.

Учитывая многообразие концепций и подходов к изучению психологического здоровья, необходимости его сохранения и укрепления у детей, мы считаем архиважным изучение особенностей развития психологического здоровья с выделением всех его структурных компонентов на этапе дошкольного детства в условиях традиционной организации образовательного процесса. Опираясь на принцип общественно-исторической обусловленности жизненных этапов человека и закон психологии развития, предполагающий изменение типа взаимодействия с окружающей средой, проходящий через все уровни психики, мы представляем ***психологическое здоровье детей как многоуровневое образование, составляющими которого являются центральные сферы психики ребенка: психомоторная, эмоциональная, интеллектуальная, социально-коммуникативная, личностная.***

Цель нашего эксперимента - выявление и изучение особенностей развития психологического здоровья старших дошкольников в совокупности психомоторного, эмоционального, интеллектуального, социально-коммуникативного, личностного компонентов в условиях традиционной организации образовательного процесса.

В эксперименте принимали участие 94 воспитанника подготовительных групп муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад № 34 Арзамасского района Нижегородской области. Средний возраст испытуемых 6 лет 3 мес. Эксперимент проводился в октябре 2018 г.

Для оценки развития компонентов психологического здоровья мы использовали следующие **методики**:

1) Критериально-ориентированная методика психомоторного развития детей старшего дошкольного возраста Н.В. Шутовой [17];

2) Методики исследования особенностей эмоционального состояния: «Тест тревожности» Р. Темпл, В. Дорки, Н. Аммена [3], опросник «Уровень тревожности ребенка» Г.П. Лаврентьевой, Т.М. Титаренко [10], «Оценка детских страхов» А.И. Захарова [6], оценка агрессивности, по О.Н. Истратовой [7].

3) Методики исследования особенностей познавательного развития дошкольников: оценка внимания «Найди и вычеркни», «10 слов» А.Р. Лурия, «Цветные прогрессивные матрицы Равена», по Т.Д. Марцинковской [8].

4) Методики исследования особенностей социально-коммуникативного развития: социометрическое исследование «У кого больше» Я.Л. Коломенского, тест Р. Жилия (детский вариант) [10].

5) Методики исследования особенностей личностного развития: «Лесенка» С.Г. Якобсон, В.Г. Щур [8], методика изучения социального интеллекта «Кар-

тинки» (по Е.О. Смирновой) [14], методика оценка ценностных ориентаций «Волшебник» И.А. Петровой [9].

Обратимся к полученным результатам констатирующего эксперимента.

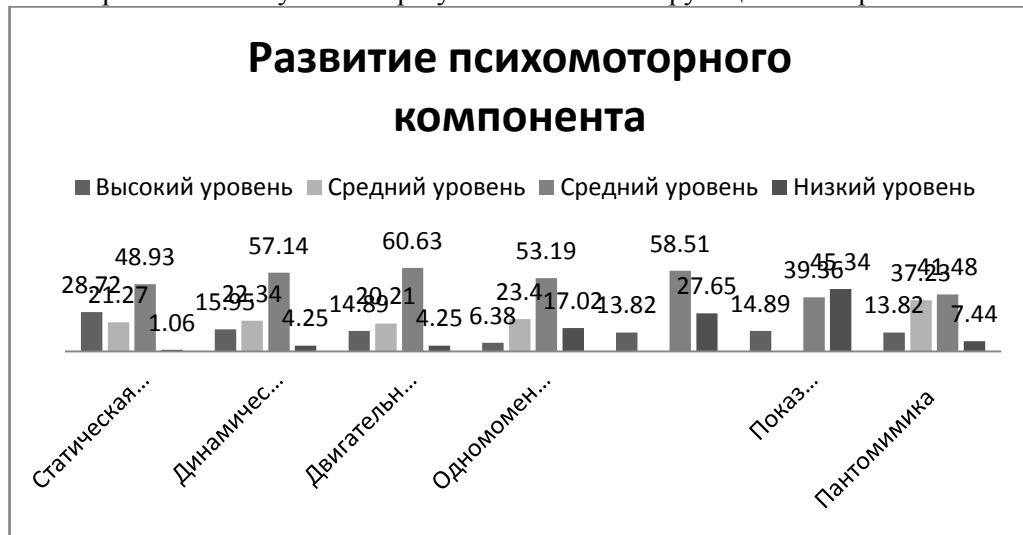


Рисунок 1. Распределение испытуемых по уровням развития психомоторного компонента.

Как можно видеть, развитие психомоторной сферы у большинства старших дошкольников соответствует III (среднему) уровню. У подавляющей части старших дошкольников обнаружено недоразвитие двигательных и мимических умений. Дети выполняют двигательное задание не в полном объеме, нарушают способ выполнения, демонстрируют моторную неловкость, низкое качество выполнения действий, быстро теряют интерес, зависимы от помощи взрослого на всех этапах выполнения заданий.

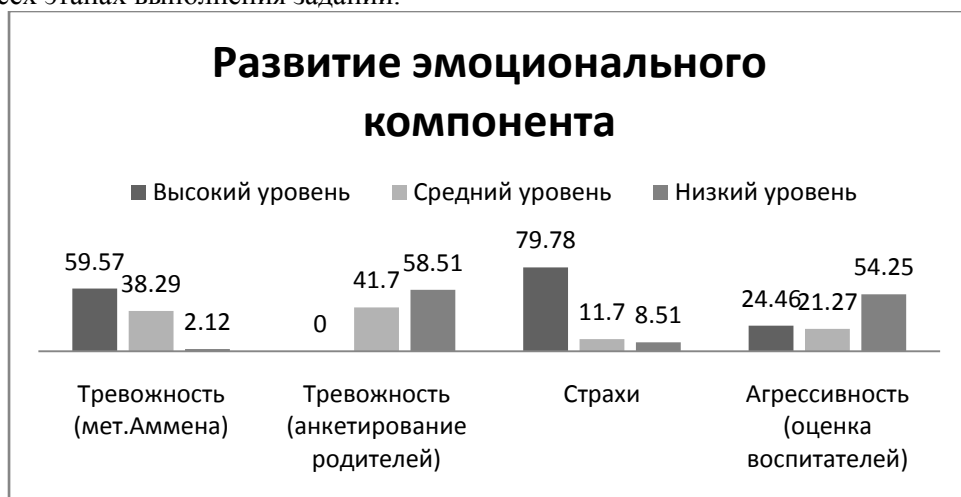


Рисунок 2. Распределение испытуемых по уровням развития эмоционального компонента.

Исследование эмоционального состояния детей показало, что у 59,57% дошкольников обнаружен высокий уровень тревожности, у 79,78% - высокий уровень страхов. Оценка тревожности по анкетам родителей свидетельствовала о том, что у 58,51% уровень тревожности низкий. Родители часто не замечают у детей ни состояний напряженности, скованности, ни усталости, ни невозможности сосредоточиться, ни излишнего беспокойства. У 54,25% испытуемых зафиксирован низкий уровень агрессивности. Для таких детей характерно спокойствие, равновесие, согласие во всем с другими, огорчение из-за мелочей и неудач, сожаление о своих поступках, неумение сердиться, вежливость с людьми (даже с теми, которые им не нравятся). Данный факт может указывать на формирование у детей ассимилятивного стиля поведения в стрессовой ситуации, что приводит к нарушению психологического здоровья в целом.

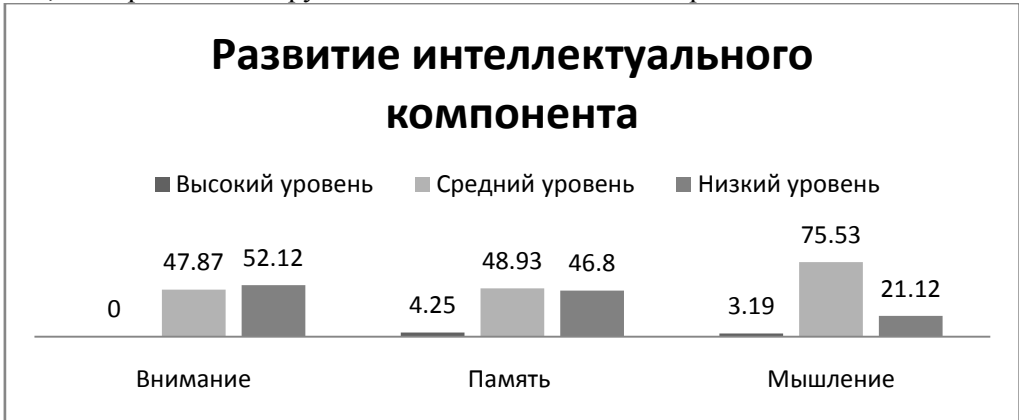


Рисунок 3. Распределение испытуемых по уровням развития интеллектуального компонента.

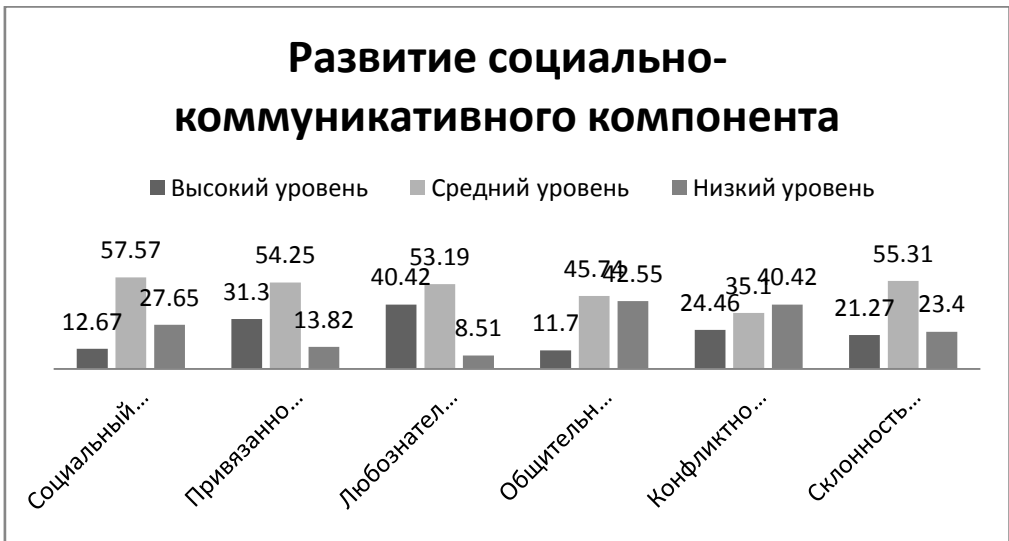


Рисунок 4. Распределение испытуемых по уровням развития социально-коммуникативного компонента.

Как можно видеть на рис. 3, доминирующий уровень познавательного развития испытуемых средний. Старшие дошкольники отличаются средней работоспособностью, которая зависит от позитивной или негативной оценки взрослого. Им свойственна импульсивность в отдельных решениях. Темп работы зависит от вработываемости или утомления. Отношение к успеху в целом положительное. Наблюдались попытки сравнения себя с другими детьми. При этом у большинства испытуемых (52,12%) обнаружен низкий уровень развития внимания, а также у значительной части испытуемых (46,80%) - низкий уровень развития кратковременной памяти.

Оценка социально-коммуникативного развития (рис. 4) показала, что у 27,65% испытуемых обнаружен неблагоприятный статус в группе сверстников; у 40,42% - высокий уровень любознательности; 42,55% детей с низким уровнем общительности; 21,27% детей с высоким уровнем стремления к уединению; 24,46% детей с высоким и 40,42% детей с низким уровнем конфликтности.

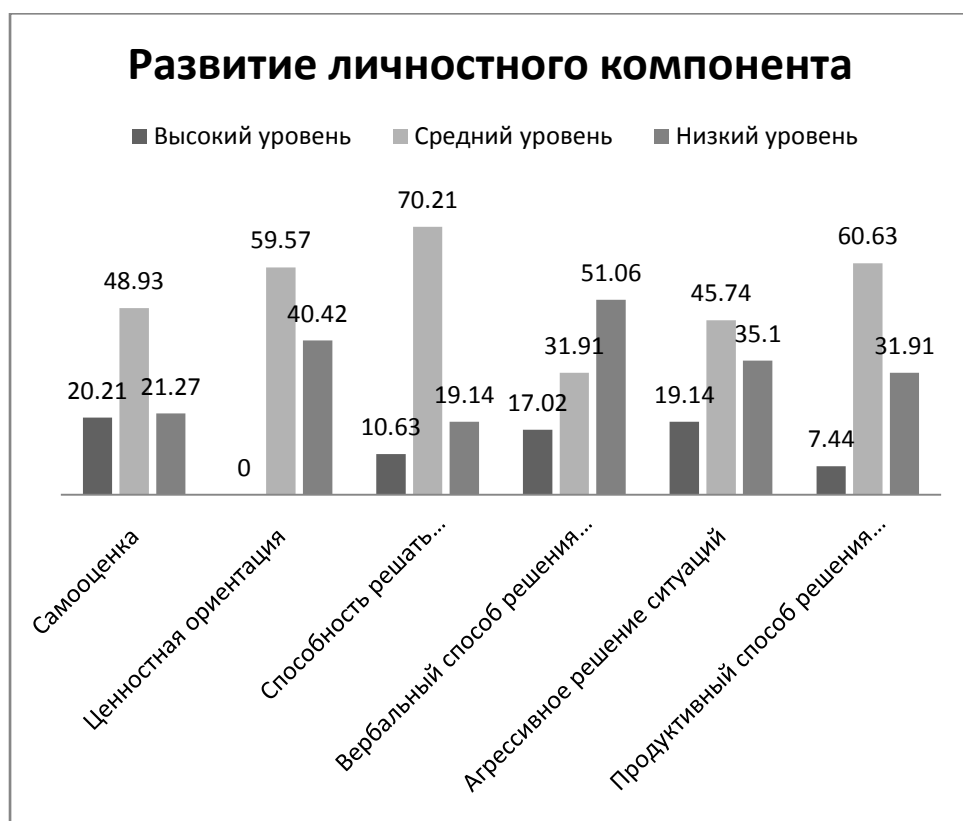


Рисунок 5. Распределение испытуемых по уровням развития личностного компонента.

Изучение личностной сферы детей показало, что высокий уровень самооценки обнаружен у 20,21% испытуемых. Дети объясняли свой выбор: «Я самый лучший», «Я себя очень люблю». 21,27% испытуемых имеют заниженную и

9,57% низкую самооценку. Это часто было связано с определенной психологической проблемой ребенка - ссорой с товарищем, неудачей на занятии, либо комплексом негативных, постоянно влияющих факторов. В беседе дети рассказывали: «Я плохой, потому что я дерусь», «Я плохой, потому что меня ругают» и т. д.

Значительная часть испытуемых (40,42%) показала низкий уровень ценностных ориентаций. Реализация собственных желаний и возможностей для таких детей стояла на первом месте. Ценностью являлись они сами и окружающие их предметы. Ответы детей носили потребительский характер: игрушки, еда, красивая одежда, телефоны, деньги.

Большинство испытуемых (51,06% и 31,91%) показало низкий уровень умения использовать вербальный и продуктивный способ решения проблемных ситуаций; 35,10% испытуемых показали низкий уровень использования агрессивного решения. Данный показатель коррелирует с показателем неконфликтного поведения при оценке социально-коммуникативного компонента психологического здоровья дошкольников.

По итогам исследования особенностей развития психологического здоровья у старших дошкольников в совокупности его психомоторного, эмоционального, интеллектуального, социально-коммуникативного и личностного компонентов в условиях традиционной организации образовательного процесса нами были сделаны следующие выводы.

1) Исследование психологического здоровья старших дошкольников в совокупности его психомоторного, эмоционального, интеллектуального, социально-коммуникативного и личностного компонентов возможно с точки зрения продвижения его психовозрастного развития.

2) У детей старшего дошкольного возраста было выявлено снижение показателей в развитии психомоторной, эмоциональной, интеллектуальной, социально-коммуникативной, личностной сферы, что приводит к ослаблению психологического здоровья в целом.

3) Наибольшее нарушение психологического здоровья наблюдается в развитии интеллектуальной и эмоциональной сферы: у большинства испытуемых (52,12% и 46,80%) обнаружен низкий уровень развития внимания и памяти, у подавляющей части (59,57% и 79,78%) дошкольников обнаружен высокий уровень тревожности и страхов.

4) Наименьшее нарушение психологического здоровья наблюдается в развитии психомоторной сферы. Развитие психомоторной сферы у большинства старших дошкольников соответствует III (среднему) уровню, при котором дети выполняют задание не в полном объеме, зависимы от помощи взрослого, испытывают моторную неловкость. Наибольшие затруднения у детей (58,51% и 39,36%) вызывают выполнение мимических проб и показа эмоций. Данные показатели коррелируют с показателями уровней страхов и тревожности у детей.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы методистами, педагогами-психологами, воспитателями дошкольных образовательных учреждений при составлении образовательных программ, определении оптимальных условий развития и организации коррекционно-развивающей работы с детьми старшего дошкольного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1984. — 175 с.
2. Данчева Т.Д. Факторная структура психологического здоровья личности // Мат-лы международной науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов (26 апреля 2012 г., Одесса). – Одесса: Феникс, 2012. - С. 49-55.
3. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. - СПб. : Речь, 2002 (Тип. ООО ИПК Бионт). - 171,.
4. Дубровина И.В. Практическая психология в лабиринтах современного образования. – М.: НОУ ВПО МПСУ, 2014. - 464 с.
5. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. - М.: Педагогика, 1986.
6. Захаров И.А. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - Л.: Медицина, 1982. – 236 с.
7. Истратова О.Н. Диагностика и коррекция поведения у детей дошкольного возраста: дисс... к. п. н., 1998.
8. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. - М.: ЛИНКА—ПРЕСС, 1997 - 176 с..
9. Петрова В.И. Методика оценки ценностных ориентаций «Волшебник». [Электронный ресурс]. – URL: <https://nsportal.ru/> (дата обращения: 12.09.2019).
10. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.- Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
11. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс: Универс, 1994. – 480 с
12. Рубинштейн Л.С. Бытие и сознание. Человек и мир. - СПб: Питер. 2003. – 500 с.
13. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91-105.
14. Смирнова Е. О. , Холмогорова В. М. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция. - М.: ВЛАДОС, 2005. – 158 с.
15. Франкл В.Э. Человек в поисках смысла. - М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
16. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. - М.: «Академия», 2001. – 208 с.
17. Шутова Н.В. Интегрированное психическое развитие проблемных детей старшего дошкольного возраста средствами музыкального воздействия: дисс... д. пс. н., 2009.

REFERENCES

- 1.Ganzen V.A. Sistemnye opisanija v psihologii. - L.: Izd-vo LGU, 1984. — 175 s.
- 2.Dancheva T.D. Faktornaja struktura psihologicheskogo zdorov'ja lichnosti // Mat-ly mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. molodyh uchenyh i studentov (26 aprelja 2012 g., Odessa). – Odessa: Feniks, 2012. - S. 49-55.
- 3.Dermanova I.B. Diagnostika jemocional'no-nravstvennogo razvitija. - SPb. : Rech', 2002 (Tip. ООО ИПК Бионт). - 171,.

4. Dubrovina I.V. Prakticheskaja psihologija v labirintah sovremennogo obrazovaniya. – M.: NOU VPO MPSU, 2014. – 464 s.
5. Zaporozhec A.V. Izbrannye psihologicheskie trudy. – M.: Pedagogika, 1986.
6. Zaharov I.A. Psihoterapija nevrozov u detej i podrostkov. – L.: Medicina, 1982. – 236 s.
7. Istratova O.N. Diagnostika i korrekciya povedenija u detej doshkol'nogo vozrasta: diss... k. p. n., 1998.
8. Marcinkovskaja T.D. Diagnostika psihicheskogo razvitiya detej. – M.: LINKA-PRESS, 1997 – 176 s..
9. Petrova V.I. Metodika ocenki cennostnyh orientacij «Volshebnik». [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://nsportal.ru/> (data obrashhenija: 12.09.2019).
10. Rajgorodskij D.Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie.- Samara: Izdatel'skij Dom «BAHRAH», 1998. – 672 s.
11. Rodzhers K.R. Vzgljad na psihoterapiju. Stanovlenie cheloveka. – M.: Progress: Univers, 1994. – 480 s
12. Rubinshtejn L.S. Bytie i soznanie. Chelovek i mir. – SPb: Piter. 2003. – 500 s.
13. Slobodchikov V.I., Shuvalov A.V. Antropologicheskij podhod k resheniju problemy psihologicheskogo zdorov'ja detej // Voprosy psihologii. 2001. № 4. S. 91-105.
14. Smirnova E. O. , Holmogorova V. M. Mezhlichnostnye otnoshenija doshkol'nikov: diagnostika, problemy, korrekciya. – M.: VLADOS, 2005. – 158 s.
15. Frankl V.Je. Chelovek v poiskah smysla. – M.: Progress, 1990. – 368 s.
16. Huhlaeva O.V. Osnovy psihologicheskogo konsul'tirovaniya i psihologicheskoej korrekcii: Ucheb. posobie dlja studentov vysshih pedagogicheskikh uchebnyh zavedenij. – M.: «Akademija», 2001. – 208 s.
17. Shutova N.V. Integrirovannoe psihicheskoe razvitie problemnyh detej starshego doshkol'nogo vozrasta sredstvami muzykal'nogo vozdejstviya: diss... d. ps. n., 2009.

T.Yu. Kudryashova

EXPERIMENTAL STUDY OF DEVELOPMENT FEATURES COMPONENTS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH BY CHILDREN OF SENIOR PRESCHOOL AGE

**National Research University of N.I. Lobachevsky, Preschool Educational
Institute № 34, Viednoe (Nizhny Novgorod Region).**

Summary. The article presents the main approaches to the concept of psychological health by domestic and foreign authors. The main structural components of psychological health are considered. The features of the structural components of psychological health (psychomotor, emotional, intellectual, social and communicative, personal) by children of preschool age in the traditional organization of the educational process were experimentally revealed.

Keywords: psychological health, multilevel education, senior preschool children, psychomotor, emotional, intellectual, social and communicative components of psychological health.

В.А. Миткевич¹, А.Г. Соловьев¹, О.А. Харькова¹, А.А. Клыков²
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С НЕОРГАНИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ

¹Северный государственный медицинский университет, ²ФГБУЗ Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко (Архангельск).

Резюме. Цель исследования - оценка эффективности групповой образно-игровой сказкотерапии в лечении детей младшего школьного возраста с неорганическим энурезом. Участники исследования в возрасте от 7 до 10 лет были разделены на две группы в соответствии с различными методами лечения: I группа - сказкотерапия и фармакотерапия, II группа - медикаментозная терапия. В результате исследования было выявлено, что использование групповой образно-игровой сказкотерапии способствует нормализации и улучшению психического, социального и семейного функционирования детей младшего школьного возраста с неорганическим энурезом.

Ключевые слова: неорганический энурез, дети младшего школьного возраста, групповая психотерапия, сказкотерапия, эффективность терапии.

Актуальность проблемы нарушений мочеиспускания и энуреза обусловлена высокой распространенностью данного заболевания в детском возрасте, а также социально-гигиеническими аспектами. Неорганический энурез не обусловлен отсутствием контроля над функцией мочевого пузыря вследствие какого-либо неврологического заболевания, эпилептического припадка или структурной аномалии мочевых путей. Поэтому диагноз энуреза обычно не ставится детям моложе 5 лет или с психическим возрастом ниже 4 лет [9]. Взгляды на этиологию первичного и вторичного энуреза различны. Одни авторы считают, что причины этих двух форм энуреза могут значительно различаться, и это важно учитывать при выборе методов лечения [1]. Другие отмечают, что подобное деление не ведет к различиям в клинических подходах. В то же время исследователи сходятся во мнении о том, что эмоциональные расстройства играют большую роль в прогрессировании энуреза у детей [4]. Хотя данная болезнь не делает ребенка инвалидом, она существенно осложняет его жизнь. Неопрятность больных является причиной конфликтных ситуаций в семье и школе. Таким детям трудно, а порой и невозможно находиться в организованном детском коллективе, участвовать со сверстниками в соревнованиях, туристических походах и других мероприятиях. Постоянные насмешки со стороны сверстников и наказания родителями способствуют развитию у ребенка чувства вины и собственной неполноценности, что отрицательно сказывается на формировании личности.

Среди основных механизмов патогенеза энуреза рассматриваются задержка созревания центральной нервной системы (ЦНС), нарушения реакции активации во время сна, механизмы наследственности, изменения ритма секреции антидиуретического гормона, действие психологических факторов и стресса, урологическая патология [3]. Выработка алгоритма дальнейшего обследования основывается на распределении пациентов по трем клиническим категориям[10]:

- 1) неврологические нарушения (заболевания, пороки развития, травмы головного или спинного мозга);
- 2) не неврологические аномалии, приводящие к нарушению мочеиспускания;
- 3) идиопатические нарушения.

В подходах к лечению энуреза существует значительное разнообразие. Для повышения эффективности лечения у детей разработаны различные варианты дифференцированной терапии, основанные на патофизиологических механизмах, широко используются следующие группы лекарственных препаратов [4]:

- уменьшающие образование мочи (десмопрессин);
- препараты антихолинергического действия, увеличивающие емкость мочевого пузыря и понижающие нестабильность его сокращений (оксибутинин);
- трициклические антидепрессанты;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- нейрометаболиты;
- витамины группы В, А, Е, анаболические препараты.

Распространенность энуреза требует новых подходов к решению данной проблемы. Применение медикаментозной терапии, особенно длительной, сопряжено с рядом рисков для состояния здоровья, обусловленных побочным действием препаратов [2]. Служба детской психиатрии должна выйти за рамки традиционных форм помощи и использовать новые подходы к построению лечебно-реабилитационных программ, что позволит добиться ее максимальной эффективности [5].

Несмотря на значительное число работ, посвященных проблемам детской психиатрии и психотерапии, в настоящее время недостаточно изучены междисциплинарные подходы в этой области, в частности между психотерапией и искусством, что и определило необходимость обоснования нового научного направления психотерапии детей, имеющих нарушения в нервно-психической сфере, и членов их семей - образно-игровой сказкотерапии.

Цель работы - оценка эффективности образно-игровой сказкотерапии в лечении детей младшего школьного возраста с неорганическим энурезом.

Объектом исследования явились 73 ребенка с неорганическим энурезом в возрасте от 7 до 10 лет - 51 мальчик (69,8%) и 22 девочки (30,2%), наблюдавшихся у детских психиатров и невропатологов г. Архангельска. Все больные были разделены на две группы в соответствии с различными методами лечения. В I гр. (28 чел.) использовалась преимущественно групповая образно-игровая сказкотерапия и фармакотерапия, во II гр. (45 чел.) проводимое лечение включало в себя медикаментозную терапию - ноотропы, витамины группы В, А, анаболики, транквилизаторы, антидепрессанты и физиотерапевтические методы. Всем больным проводили обследование (общий и бактериологический анализы мочи, анализы мочи по Нечипоренко, Зимницкому, УЗИ почек и мочевого пузыря). Клинико-лабораторное обследование всех детей не выявило каких-либо выраженных отклонений от нормы.

Предлагаемый нами вариант образно-игровой сказкотерапии является методом групповой психотерапии, использующим творческий потенциал личности и направленным на устранение болезненной симптоматики, восстановление

внутрисемейных отношений, социально-психологическую адаптацию, а также формирование психологической устойчивости к психотравмирующим ситуациям у детей с неорганическим энурезом [7]. В нашем исследовании применялся междисциплинарный подход: к работе с детьми: привлекались психиатры, психотерапевты, психологи, художники, артисты, музейные педагоги [8].

Для обеспечения оптимального режима работы группы необходимо решить следующие задачи: соблюсти необходимый баланс между профессиональной автономией членов группы и их совместной деятельностью, а также создать четкую систему, в которой каждый член группы был бы ответственен за определенную часть работы. Междисциплинарная практика рассматривает работу людей с различной профессиональной подготовкой как совместную, с единым подходом для достижения общей цели [11].

Число детей в группе 10-12 человек, продолжительность одного занятия - 45-60 минут, частота занятий - 1 раз в неделю, длительность всего процесса сказкотерапии составляла в среднем 3 мес.

Для оценки эффективности результатов психотерапевтической работы с детьми нами использовалась авторская методика, основанная на выделении наиболее важных позиций гармонических и дисгармонических изменений и их количественной объективизации [6], включающая критерии:

- симптоматического улучшения состояния ребенка в ходе лечения;
- степени изменений взаимоотношений в семье;
- степени социальных изменений функционирования детей в детском дошкольном учреждении, школе, отношениях со сверстниками.

Данный подход учитывал незрелость личности ребенка, своеобразие психогенных и средовых факторов, ведущих к невротическому реагированию, такие особенности детской психики, как раздражительность, впечатлительность, аффективность, внушаемость и др. Уровень развития ребенка, особенности его семьи, социальный контекст также имеют большое значение при оценке эффективности. Для оценки эффективности проведенной групповой коррекционной работы, кроме наблюдений за детьми в ходе занятий, в середине и конце цикла психотерапии с родителями проводятся беседы.

Значимость различий показателей рассчитывали с помощью метода Хи-квадрат Пирсона.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования, полученные при сравнительном анализе динамики показателей симптоматического улучшения после проведенной терапии между пациентами двух групп продемонстрировали, что положительные результаты по данному критерию достоверно более выражены в I гр. (табл. 1). Отмечалось значительное редуцирование болезненной симптоматики, что проявлялось увеличением продолжительности «сухого» периода у пациентов I гр. Полученные данные подтверждают адекватность выбора метода сказкотерапии, т. к. совпадение субъективно переживаемого больным и объективно регистрируемого клинического симптоматического улучшения является несомненно важнейшим критерием оценки эффективности психотерапии.

При изучении переменной «Какие изменения взаимоотношений произошли в семье?» практически половина пациентов II группы отметила, что данных

изменений практически не произошло, в то время как в I группе около 60% пациентов осознали проблему ребенка и реконструировали нарушенные эмоциональные отношения ($p < 0,001$) (табл. 2).

Таблица 1.

Особенности симптоматического улучшения у детей с энурезом в зависимости от типа лечения, абс. чис. (%)

Симптоматическое улучшение	Группы по типу лечения		p-уровень*
	I группа (n=28)	II группа (n=45)	
Симптоматика сохраняется практически в первоначальном виде	0	2 (4,5)	<0,001
Симптоматика проявляется часто и характеризуется значительной интенсивностью	6 (21,4)	18 (40,0)	
Симптоматика проявляется редко и характеризуется слабой интенсивностью	5 (19,9)	23 (51,0)	
Отсутствие болезненной симптоматики	17 (60,7)	2 (4,5)	

Примечание: *р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона.

Таблица 2.

Особенности изменений взаимоотношений в семье у детей с энурезом в зависимости от типа лечения, абс. чис. (%)

Изменения взаимоотношений в семье:	Группы по типу лечения		p-уровень*
	I группа (n=28)	II группа (n=45)	
Изменений практически не произошло	0	22 (48,9)	<0,001
Осознание семьей проблем ребенка	5 (17,9)	18 (40,0)	
Осознание семьей проблем ребенка и частичная реконструкция нарушенных эмоциональных отношений	6 (21,4)	5 (11,1)	
Осознание семьей проблем ребенка и полная реконструкция нарушенных эмоциональных отношений	17 (60,7)	0	

Примечание: *р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона.

Результаты свидетельствовали об улучшении взаимоотношений между родителями и детьми на основе снятия дизадаптированного поведения детей и позитивной перестройки семейных отношений через терапевтический коллективный эффект сказкотерапии, что говорит об осознании членами семьи проблем ребенка и реконструкции нарушенных эмоциональных отношений в семье. В результате психотерапии родители стали более адекватно и внимательно относиться к ребенку, не наказывать и не ругать его «за мокрую постель»; пришло понимание, что и они, и их ребенок обязательно справятся с проблемой недержания мочи; как следствие, происходила оптимизация семейных взаимоотношений.

Степень социальных изменений у лечившихся методом психотерапии по сравнению со II группой чаще отмечалась как «восстановление полного социального функционирования» (60,7%); в то время как у II группы превалировал ответ «изменений практически не произошло» ($p < 0,001$) (табл. 3).

Таблица 3.

Особенности степени социальных изменений у детей с энурезом в зависимости от типа лечения, абс. чис. (%)

Социальные изменения	Группы по типу лечения		p-уровень*
	I группа (n=28)	II группа (n=45)	
Изменений практически не произошло	0	30 (66,7)	<0,001
Положительные изменения в сфере конфликтной ситуации	5 (17,9)	15 (33,3)	
Частичное восстановление социального функционирования	6 (21,4)	0	
Восстановление полного социального функционирования	17 (60,7)	0	

Примечание: *р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона.

Важно, что у ребенка появлялось стремление избавиться от энуреза, когда это начинает мешать его «общественной жизни». Следовательно, можно говорить о том, что итогом использования метода психотерапии явилась нормализация психического функционирования детей и актуализация возможностей их личностного развития в социальном контексте отношений; у пролеченных пациентов произошла реализация нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных межличностных отношений, что привело к улучшению их социального функционирования. Психотерапия помогла формированию у детей способности к общению и совместному обучению, повысила их адаптивные навыки. Тренировка способности к адаптации в психотерапевтической технике расширила возможности приспособления, т. е. активной перестройки, с новыми требованиями и выработки соответствующих адекватных форм поведения. У пациентов улучшилась способность строить взаимоотношения с окружающими на положительной осно-

ве, появилось умение контролировать свое поведение, улучшилась их социальная приспособленность, эмоциональная устойчивость, их побуждения стали находить практическую разрядку в процессе деятельности.

Заключение. Таким образом, использование групповой образно-игровой сказкотерапии способствует нормализации и улучшению психического, социального и семейного функционирования детей младшего школьного возраста с неорганическим энурезом. Преимуществами метода являются:

- хорошие диагностические, психотерапевтические возможности,
- улучшение комплайенса,
- устойчивый терапевтический эффект, подтвержденный данными анамнеза,
- доступность материалов и средств для применения методики.

Апробированная нами методика может служить перспективной методологической основой для разработки новых моделей групповой психотерапии у детей и подростков с нервно-психической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заваденко Н.Н. Энурез: классификация, патогенез, диагностика и лечение // Неврологический журнал. – 2001. - № 2. - С.42-46
2. Заваденко Н.Н., Колобова Н.М., Суворинова Н.Ю. Гиперактивность с дефицитом внимания и энурез у детей и подростков // Ж. неврол. и психиатр. - 2010. - № 2. - С. 50-55
3. Казанская И.В., Отпущенникова Т.Е. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение // Вопросы современной педиатрии. - 2004. - № 1.- С.20-27.
4. Казанская И.В., Отпущенникова Т.Е. Обоснование лечебной тактики энуреза у детей с гиперактивным мочевым пузырем // Русский мед. ж-л. - 2006.- № 16 (14). - С. 1119-1204.
5. Макаров И.В. Организация психиатрической помощи детям и подросткам // Педиатрия. - 2004. - № 3. – С. 74-77
6. Миткевич В.А., Соловьев А.Г. К вопросу оценки эффективности терапии нервно-психических заболеваний у детей и подростков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. - № 4. – С. 52-53.
7. Миткевич В.А., Соловьев А.Г. Групповая образно-игровая сказкотерапия // Вестник психотерапии. – 2011. - № 37 (42). – С. 19-29.
8. Миткевич В.А., Соловьев А.Г. Междисциплинарно-интегративный подход в психотерапевтической помощи детям и подросткам с невротическими расстройствами // Вестник психотерапии. – 2017. - № 62 (67).– С. 27-35.
9. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
10. Павлов А.Ю., Ромих В.В., Москалева Н.Г. Дисфункции мочевого пузыря у детей: некоторые вопросы диагностики и пути эффективной терапии // Педиатрия. - 2007. - № 5(86). – С. 52-56.
11. Фукс Д. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // Соц. и клинич. психиатрия. - 2005. - № 2. - С.24-29.

REFERENCES

1. Zavadenko N.N. Jenurez: klassifikacija, patogenez, diagnostika i lechenie // Nevrologicheskij zhurnal. – 2001. - № 2. - S.42-46
2. Zavadenko N.N., Kolobova N.M., Suvorinova N.Ju. Giperaktivnost' s deficitom vnimaniya i jenurez u detej i podrostkov // Zh. nevrol. i psihiatr. -2010. - № 2. - S. 50-55
3. Kazanskaja I.V., Otpushhennikova T.E. Jenurez: klassifikacija, prichiny, diagnostika i lechenie // Voprosy sovremennoj pediatrii. - 2004. - № 1.- S.20-27.
4. Kazanskaja I.V., Otpushhennikova T.E. Obosnovanie lechebnoj taktiki jenureza u detej s giperaktivnym mochevym puzyrem // Russkij med. zh-l. - 2006.- № 16 (14). - S. 1119-1204.
5. Makarov I.V. Organizacija psihiatricheskoj pomoshhi detjam i podrostkam // Pediatrija. - 2004. - № 3. – S. 74-77
6. Mitkevich V.A., Solov'ev A.G. K voprosu ocenki jeffektivnosti terapii nervno-psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov // Mediko-social'naja jekspertiza i reabilitacija. – 2010. - № 4. – S. 52-53.
7. Mitkevich V.A., Solov'ev A.G. Gruppovaja obrazno-igrovaja skazkoterapija // Vestnik psihoterapii. – 2011. - № 37 (42). – S. 19-29.
8. Mitkevich V.A., Solov'ev A.G. Mezhdisciplinarno-integrativnyj podhod v psihoterapevticheskoj pomoshhi detjam i podrostkam s nevroticheskimi rasstrojstvami // Vestnik psihoterapii. – 2017. - № 62 (67).– S. 27-35.
9. Mnogoosevaja klassifikacija psihicheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vozraste. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10. – M.: Smysl; SPb.: Rech', 2003. – 407 s.
10. Pavlov A.Ju., Romih V.V., Moskaleva N.G. Disfunkcii mochevogo puzyrja u detej: nekotorye voprosy diagnostiki i puti jeffektivnoj terapii // Pediatrija. - 2007. - № 5(86). – S. 52-56.
11. Fuks D. Vozrastajushhaja rol' social'noj raboty i ee vlijanie na progressivnye peremeny v sisteme psihiatricheskoj pomoshhi v Rossii // Soc. I klinich. psihiatrija. - 2005. - № 2. - S.24-29.

V.A. Mitkevich¹, A.G. Soloviev¹, O.A. Kharkova¹, A.A. Klykov²
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS
OF PSYCHOTHERAPY IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN
WITH INORGANIC ENURESIS

***Northern State Medical University, **Northern medical clinical Center named after N.A. Semashko, (Arkhangelsk).**

Summary. The aim of the study is to evaluate the effectiveness of group figurative-game fairy-tale therapy in the treatment of children of primary school age with inorganic enuresis. Study participants aged 7 to 10 years were divided into two groups in accordance with various treatment methods: group I - fairy tale therapy and pharmacotherapy, group II - drug therapy. As a result of the study, it was revealed that the use of group figurative-game fairy-tale therapy contributes to the normalization and improvement of the mental, social and family functioning of primary school children with inorganic enuresis.

Keywords: inorganic enuresis, primary school children, group psychotherapy, fairy tale therapy, effectiveness of therapy.

О.Ф. Панкова, Д.С. Радионов, С.М. Иванова, И.В. Дорина
ШИЗОФРЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
В КЛИНИКЕ СОВРЕМЕННОЙ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ
ПСИХИАТРИИ (АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В КРУПНЕЙШУЮ
ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ МОСКВЫ)

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (Москва).

Резюме. В свете предстоящего вступления в действие международной классификации болезней 11 пересмотра (ICD-11), в которой существенные изменения внесены в целый ряд разделов, включая расстройства из группы шизофрении, представляется важным провести анализ использования предыдущей классификации ICD-10, а именно раздела F2 (F20-F29) Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства. Особый интерес и значение имеет квалификация расстройств данной группы у детей и подростков. Были изучены показатели распространенности, половозрастные особенности и диагностика расстройств шизофренического спектра у больных крупнейшей детской психиатрической клиники г.Москвы.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, распространенность, клинические формы, диагностика.

Введение. Клинический опыт показывает, что многие психические заболевания берут начало в детско-подростковом возрасте. Особый интерес и значение имеет диагностика в детском и подростковом возрасте расстройств из группы шизофрении. В настоящее время расстройства шизофренического спектра остаются одной из инвалидизирующих групп психических заболеваний. Это особенно отчетливо видно в случаях начала заболевания в детско-подростковом периоде, т. к. именно с ним связаны основные этапы психического онтогенеза. Социальному прогнозу пациентов с имеющимися психическими расстройствами придается важнейшее значение в современной биопсихосоциальной парадигме [1, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 15, 18, 21, 23]. Известно, что подходы к диагностике имеют серьезные различия в разных странах, а постановка диагноза шизофрении и проводимая терапия уже в этом возрасте могут оказать серьезное влияние на дальнейшее психическое здоровье и судьбу отдельного человека. Особую актуальность данные вопросы приобретают в свете скорого вступления в действие МКБ 11 пересмотра (ICD-11) и, соответственно, смены клинко-диагностической парадигмы – перехода с категориального на дименсиональный принцип диагностики. Многочисленные опросы, проводившиеся во время подготовки ICD-11, показали [13], что классификационные системы в своей повседневной работе используют 79% опрошенных (в России это число даже больше – 92%). Почти 70% психиатров высказались за более гибкую классификацию, которая бы позволяла учитывать клинические суждения и культуральную специфику. Если первоначально психиатры пытались отграничить так называемую детскую шизофрению от шизофрении взрослого возраста (в российской версии МКБ-10 в рубрике F20.8 выделяется детский тип шизофрении), то в дальней-

шем большее признание получило представление [10, 11] о наличии континуума между шизофреническим процессом, начавшимся в детском возрасте, и шизофренией у взрослых [19, 21]. С.Н. Мосолов [10] в своей программной статье констатирует, что «Мы точно не знаем, есть ли четкие границы искусственно выделенных диагностических категорий, или существует целый спектр шизофренических расстройств с перекрытием симптоматики с аффективными или обсессивно-компульсивными расстройствами, а также с шизотипическим личностным расстройством».

Несмотря на то что основы эволюционных взглядов в детской психиатрии, в том числе идея о врожденной (внутриутробной) шизофрении, во многом принадлежат западным психиатрам, в современной европейской и американской детской психиатрии не рекомендуется ставить данный диагноз ранее 8-14 лет. В отечественной психиатрии безусловна ведущая роль Г.Е. Сухаревой [14], которая писала о ранних формах шизофрении, начинающейся остро уже в 3-4-летнем возрасте в период первого возрастного криза. Подобного мнения придерживались и другие известные отечественные специалисты в области детской психиатрии [2, 4, 7, 8, 12]. Как среди отечественных [3, 7-9, 11, 15, 17, 18], так и зарубежных психиатров [21-24] существуют противоположные оценки предикторов и исходов заболевания. Изучение прогноза детской и подростковой шизофрении, проведенное в Научном центре психического здоровья РАМН в конце прошлого века [17], показало, что формы с благоприятным (малопрогрессирующим) течением составляют 50%, а злокачественные только 8-10 %. Это было подтверждено и зарубежными исследованиями [19, 21]. Результаты представленных работ свидетельствуют о том, что вопреки высказывавшемуся в ряде случаев пессимизму прогноз шизофрении и заболеваний шизофренического спектра, их течения отличается значительным разнообразием и во многом определяется терапевтическим подходом. Высказывается мнение, что в детском возрасте деструктивная тенденция шизофренического процесса сочетается с прогрессивными тенденциями физиологического развития ребенка, особой пластичностью его нервной системы. Результаты одного из последних отечественных катamnестических исследований невыборочной когорты больных с началом шизофрении в детском возрасте [9] свидетельствуют о том, что ранние дебюты шизофрении прогностически малоблагоприятны как в клиническом, так и социальном отношении.

Очевидность различий в исходах заболевания, объясняемая как возрастом его начала, так и факторами внешней среды, в том числе использованием психофармакотерапии, проведением социально-педагогических и психотерапевтических мероприятий, требует проведения дальнейших исследований клинико-динамических особенностей и подходов к оказанию помощи больным с расстройствами шизофренического спектра с началом в детско-подростковом возрасте.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности, с учетом половозрастных характеристик, расстройств, обозначаемых диагностическими рубриками F20-F29, у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы мегаполиса.

Материалы и методы. Предметом клинико-статистического анализа явились данные амбулаторных и стационарных карт пациентов, проходивших об-

следование и получавших лечение в отделениях ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» г. Москвы с 2004 по 2018 гг.

Результаты. За пятнадцатилетний период (2004–2018 гг.) наблюдения в НППЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой было госпитализировано с учетом повторных поступлений 51 863 пациента (диагностические рубрики F00–F90). Из них уникальных пациентов² (без учета повторных госпитализаций) оказалось 15 972. В ходе клинико-статистического анализа данных медицинской документации было установлено, что диагнозы из раздела F2 (F20–F29) Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства зафиксированы у 1341 пациента стационара (8,4% от общего числа). Проведенный анализ диагностических групп выявил следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов в соответствии с диагностическими группами

Диагностические группы	Число пациентов	%
F20	480	35,8
F21	448	33,4
F22	8	0,6
F23	235	17,5
F24	6	0,5
F25	149	11,1
F28	10	0,7
F29	5	0,4
Всего	1341	100

Из данных, приведенных в табл. 1, видно, что преобладающими среди расстройств шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте явились: F20 Шизофрения, F21 Шизотипическое расстройство, F23 Острые и переходящие психотические расстройства, F25 Шизоаффективное расстройство, в совокупности составившие 97,8% и представляющие собой основную часть расстройств шизофренического спектра. Исходя из этих результатов, в своих дальнейших исследованиях структуры заболеваемости в данном разделе психопатологии мы учитывали именно эти группы.

В соответствии с возрастной периодизацией ВОЗ было выделено три основных возрастных категории: детский и младший школьный возраст (от 3 до 10 лет), подростковый возраст (от 11 до 14 лет), старший подростковый (юношеский) возраст (от 15 до 17 лет). Как видно на представленных графиках, пациенты мужского пола преобладают в группах F20 и F21 (показатели практически идентичны), в то время как диагноз шизоаффективного расстройства (F25) в возрасте пациентов до 10 лет в абсолютном большинстве (92%) имел место у мальчиков. В возрастных группах 11–14 лет и 15–17 лет частота диагноза F25 была практически одинаковой у пациентов мужского и женского пола. Отличия распределения па-

²Eligible Professional Meaningful Use Core Measures, Measure 9 of 15, Stage 1, Date issued: November 7, 2010, EHR Incentive Program, Centers for Medicare and Medicaid Services

циентов по полу выявлены в группе пациентов с диагнозом F23 Острые и преходящие психотические расстройства. Данная группа единственная, где в возрасте 11-14 лет выявлено преобладание девочек-подростков, что, вероятно, может быть связано с их более ранним половым созреванием. В старшем подростковом возрасте (15-17 лет) показатели частоты диагноза F23 сравнялись.

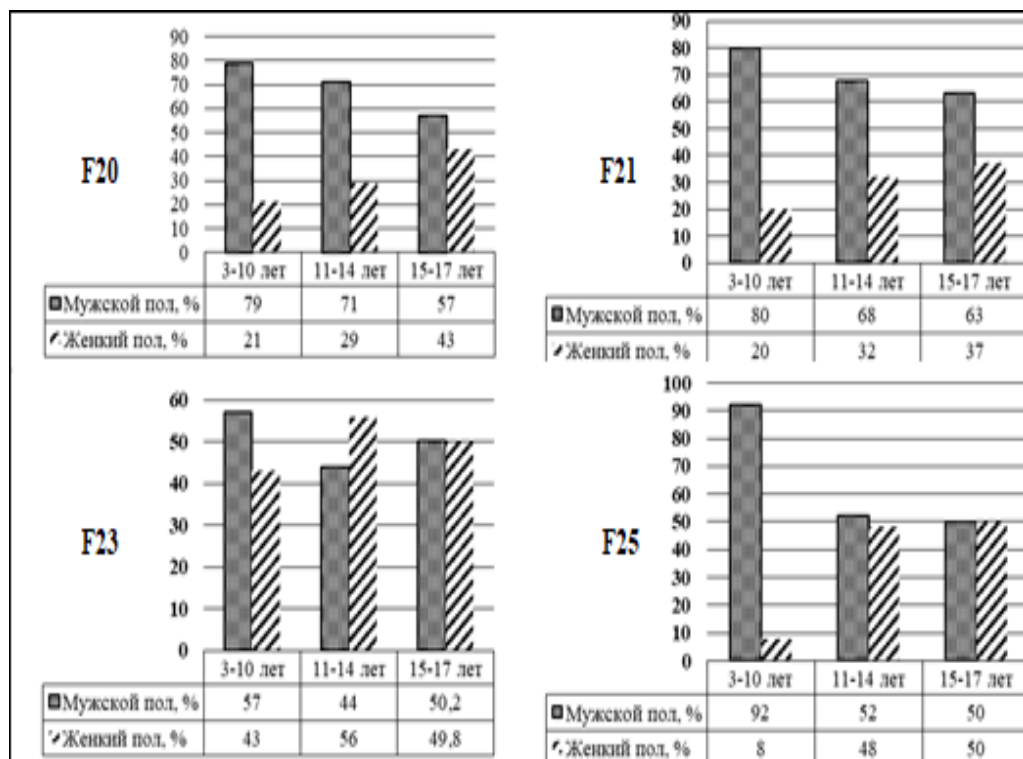


Рисунок 1. Распределение больных с расстройствами шизофренического спектра по полу и возрасту.

Что касается совокупной распространенности расстройств шизофренического спектра по годам (рис. 2), то на представленном графике видны колебания по годам – минимальный показатель 5,4% от общего числа пациентов в 2012 г., максимальный 11,3% в 2017 г. И если значительный рост числа больных с расстройствами шизофренического спектра в 2016г. можно объяснить закрытием подростковых отделений в ПКБ №15, вследствие чего все подростки г. Москвы с острыми психозами госпитализируются в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, то всплеск показателей в 2010 г. пока понять не удалось. В течение последних 3 лет показатели распространенности расстройств шизофренического спектра находятся на уровне, превышающем 10% от общего числа пациентов без учета повторных госпитализаций.

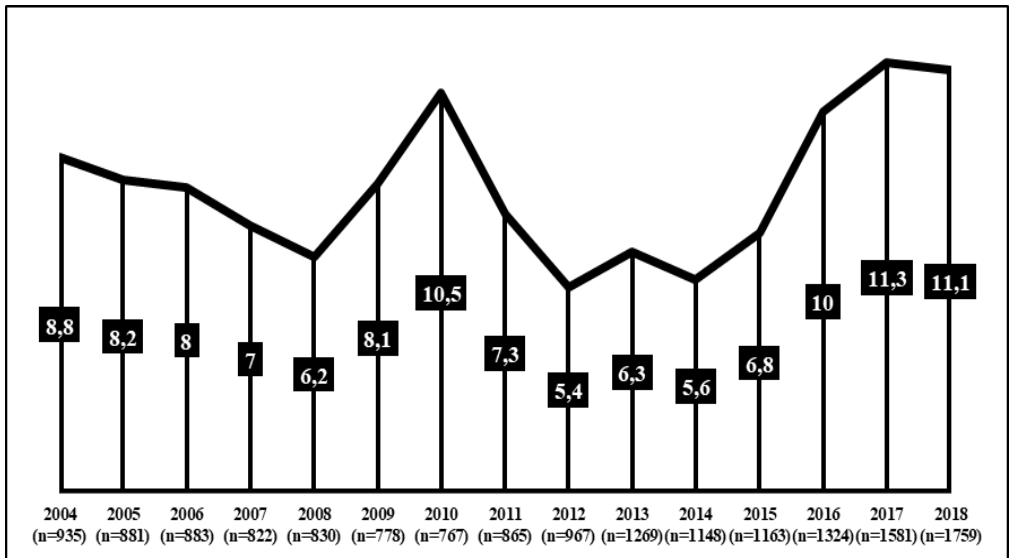


Рисунок 2. Распространенность у больных расстройств шизофренического спектра по годам (уникальные пациенты)

Распространенность основных форм по годам отражена на рис. 3. На представленных графиках видно, что в течение всех лет отмечались колебания частоты отдельных форм в пределах средних отклонений за исключением вышеотмеченного 2010 г., когда резко выросли показатели шизофрении (5,2%) с дальнейшей их стабилизацией в последующие годы.

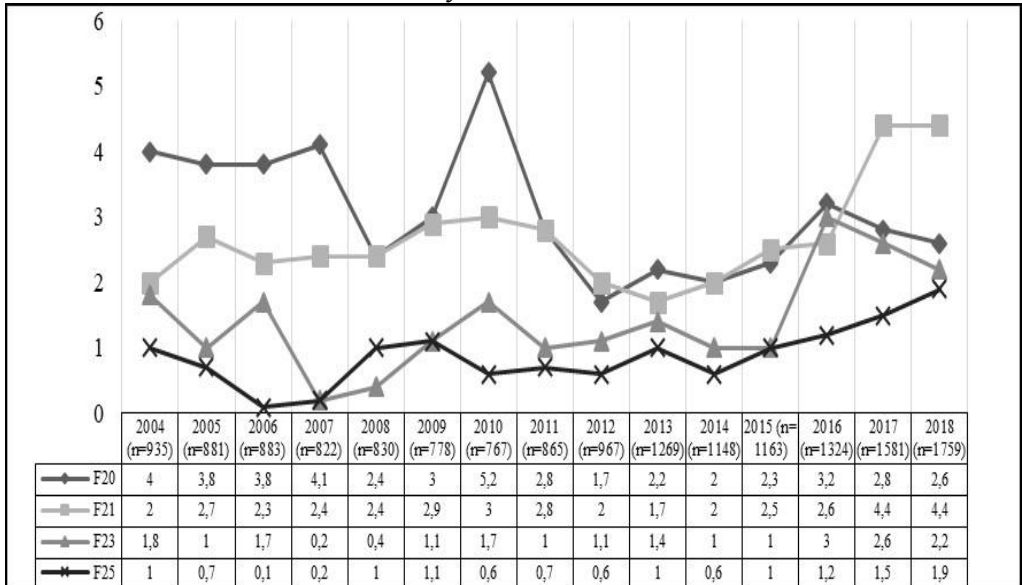


Рисунок 3. Структура расстройств шизофренического спектра по отношению к общему числу уникальных пациентов

В последние годы отмечается поступательный рост пациентов с диагнозом F23 Острые и преходящие психотические расстройства, а также с F21 Шизотипическое расстройство. Если в 2004 г. показатели шизофрении были в 2 раза выше показателей шизотипического расстройства, то в последние 2 года частота диагноза шизотипического расстройства более чем в полтора раза превышает диагноз шизофрении. Процентное соотношение основных клинических форм расстройств шизофренического спектра по годам отражено графически на рис. 4. Как видно, отмечен наиболее заметный рост шизотипического расстройства и острых психотических расстройств, что требует более глубокого изучения клинико-динамических показателей для объяснения данного явления.

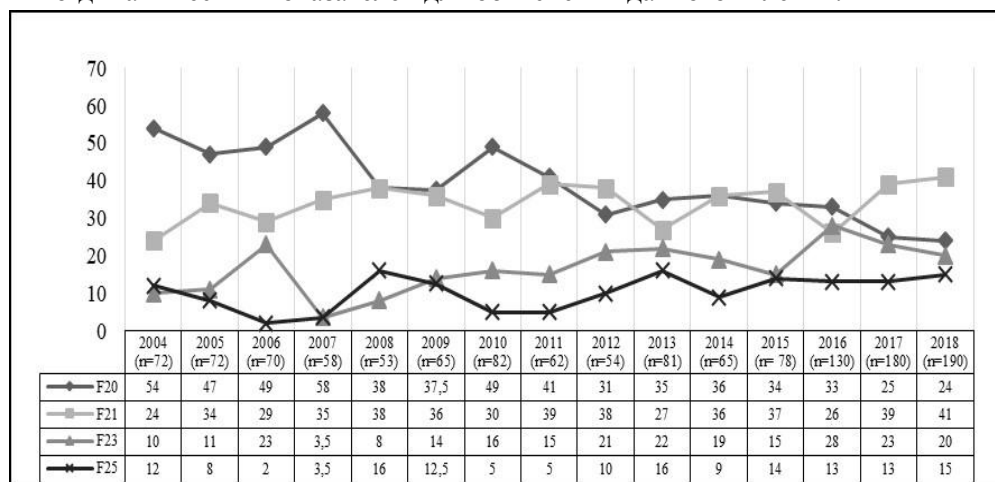


Рисунок 4. Структура расстройств у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (уникальные пациенты)

Трудности квалификации психопатологических расстройств в рамках отдельных форм расстройств шизофренического спектра обнаруживаются уже при поступлении пациентов. Соотношение диагнозов направившего учреждения и диагнозов при выписке отражено на рис. 5. Наибольшее совпадение отмечалось по шизофрении (94,9%), наименьшее — в случаях острых психотических расстройств (78%). При шизотипическом расстройстве и шизоаффективном расстройстве совпадение было в 87% и 83,2% соответственно.

В случаях шизофрении при поступлении в 1,3% случаев имел место диагноз умственной отсталости. Первичный диагноз шизофрении в 3,1% случаев был изменен на диагноз шизотипического расстройства. У 2,6% пациентов, выписанных с диагнозом шизотипического расстройства, при поступлении были диагнозы из рубрики F90, преобладающим из которых явился F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся детский и подростковый возраст, неуточненное. Наибольший разброс диагнозов при направлении отмечался у больных с F23 Острые и преходящие психотические расстройства: F20 — 5,7%, F90 — 4,7%, F21 — 2,9%. При шизоаффективном расстройстве примерно с одинаковой частотой при поступлении встречались диагнозы: F23 (4,3%), F20 (3,2%), F21 (2,2%).

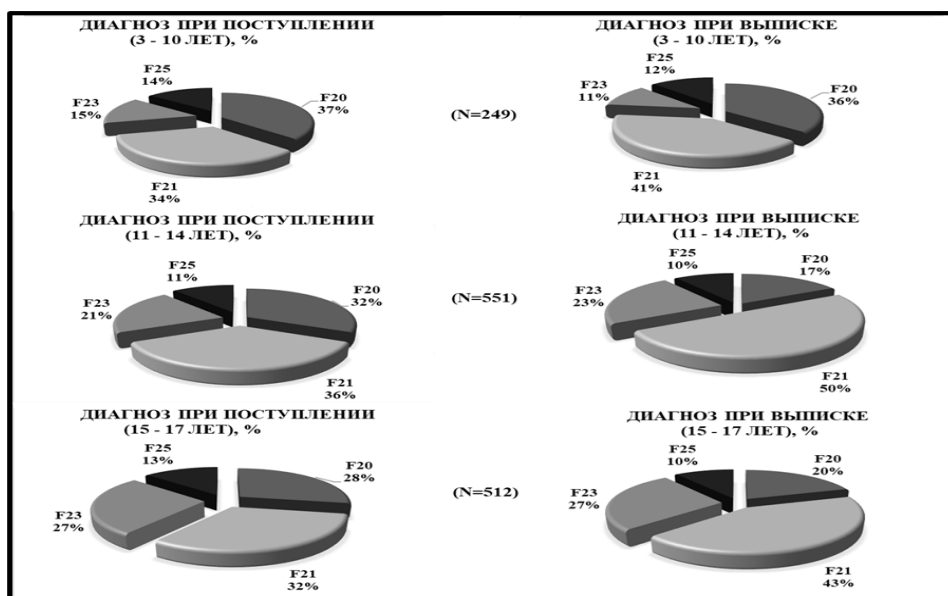


Рисунок 5. Соотношение диагнозов при поступлении и при выписке..

Соотношение диагнозов при поступлении и при выписке у пациентов основных возрастных групп представлено на рис. 5. Как видно, во всех возрастных группах при выписке увеличивается число пациентов с диагнозом F21 Шизотипическое расстройство. Практически без изменений остались показатели F20 у пациентов младшей группы, в то время как в средней группе отмечалось их значительное уменьшение, в старшей группе уменьшение было менее значительным. Несколько уменьшался при выписке процент пациентов с острыми психотическими расстройствами (F23).

Заключение. Проведенное исследование позволило выявить ряд тенденций в диагностике расстройств шизофренического спектра у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы г. Москвы с учетом половозрастных особенностей. За последние 15 лет выявлены относительно стабильные совокупные показатели распространенности расстройств шизофренического спектра, составляющие в среднем 8,3% (колебания по годам от 5,4% до 11,3%). Преобладающими среди расстройств шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте явились: F20 Шизофрения (35,8%), F21 Шизотипическое расстройство (33,4%), F23 Острые и преходящие психотические расстройства (17,5%), F25 Шизоаффективное расстройство (11,1%), составившие 97,8% и представляющие собой основу расстройств шизофренического спектра. При шизофрении и шизотипическом расстройстве во всех возрастных группах отмечалось преобладание пациентов мужского пола. Исключение составили пациенты с диагнозом F23 Острые и преходящие психотические расстройства, у которых в возрасте 11-14 лет выявлено преобладание девочек-подростков, что, вероятно, может быть связано с их более ранним половым созреванием, а также с диагнозом F25 Шизоаффективное расстройство, при котором в возрасте пациентов до 10 лет отмечалось абсолютное преобладание мальчиков (92%), а воз-

растных группах 11-14 лет и 15-17 лет показатели были практически одинаковы. Отмечен наиболее заметный рост шизотипического расстройства и острых психотических расстройств. Если в 2004 г. показатели шизофрении были в два раза выше показателей шизотипического расстройства, то в последние два года частота диагноза шизотипического расстройства более чем в полтора раза превышает диагноз шизофрении. Трудности квалификации психопатологических расстройств в рамках отдельных форм расстройств шизофренического спектра обнаруживаются уже при поступлении пациентов. Во всех возрастных группах при выписке увеличивалось число пациентов с диагнозом F21 Шизотипическое расстройство. Практически без изменений оставались показатели F20 у пациентов младшей группы, значительно уменьшение отмечалось в средней и умеренное в старшей группах. Несколько уменьшался при выписке процент пациентов с острыми психотическими расстройствами (F23).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о серьезных трудностях и противоречиях в вопросах диагностики расстройств шизофренического спектра в детско-подростковом возрасте, трансформации диагнозов, в оценке динамики расстройств, исходов, уровня социального функционирования больных, что требует дальнейшего изучения с использованием клиникo-катамнестических методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А. Прогностические факторы неблагоприятного исхода острых преходящих психотических // Российский медицинский журнал. – 2016. - № 2. – С. 81-84.
2. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. - М.: Медицина, 1989. - 254 с.
3. Волкова И.П. Первый психотический эпизод: клиникo-катамнестическое исследование // Социальная и клиникеская психиатрия. - 2011. - Т. 21. - № 4. - С. 90–92.
4. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1971. - 128 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первые психотические приступы у больных шизофренией // Русский медицинский журнал. - 2004. - Т. 12. - № 22. - С. 72-77.
6. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дисс... канд. мед. наук. - М., 2006. - 167 с.
7. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 284 с.
8. Козлова И.А. Современное состояние учения о детской шизофрении // Психиатрия. – 2008. - № 3. – С. 7-12.
9. Мазаева Н.А., Шмакова О.П., Андреева О.О. Катамнез детской шизофрении (клинический и социальный аспекты) // Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. – 2012. - № 7 (112). – С. 20-27.
10. Мосолов С.Н. Актуальные дискуссионные вопросы диагностики, классификации, нейропатологии, патогенеза и терапии шизофрении // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина клиникеской практике) / Под ред. С.Н. Мосолова.- М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 61-102.
11. Пилявская О.И., Малинина Е.В. Детская шизофрения // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. - № 2 (13). - Т. 3. – С. 99-102.

12. Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 2012. – 808 с.

13. Рид Дж.М., Краснов В.Н., Кулыгина М.А. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - № 4. - С. 56-60.

14. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медгиз, 1955. - 453 с.

15. Цуцульковская М.Я., Бильжо А.Г., Орлова В.А., Владимирова Т.В., Василенко Е.В. Прогноз благоприятного исхода юношеской малопрогрессирующей неврозоподобной шизофрении на основе данных отдаленного анамнеза // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1988. - Т. 88. - № 3. - С. 88-93.

16. Чуркин А.А., Мартышов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. - М.: Мега-Про, 2010 – 132 с.

17. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Вроно М.Ш. Опыт эпидемиологического изучения детской шизофрении. — Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1980. - № 10. - С. 1514-1520.

18. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный анамнез шизофрении и расстройств шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 22. - № 2. - С. 10-15.

REFERENCES

1. Bardenshtejn L.M., Aleshkina G.A. Prognosticheskie faktory neblagoprijatnogo ishoda ostrыh prehodjashhих psіhoticheskіh // Rossijskij medicinskij zhurnal. – 2016. - № 2. – S. 81-84.

2. Bashina V.M. Rannjaja detskaja shizofrenija. - M.: Medicina, 1989. - 254 s.

3. Volkova I.P. Pervыj psіhoticheskij jepizod: kliniko-katamnesticheckoe issledovanie // Social'naja i klinicheskaja psіhiatrija. - 2011. - Т. 21. - № 4. - С. 90-92.

4. Vrono M.Sh. Shizofrenija u detej i подроstkov. - M.: Medicina, 1971. - 128 s.

5. Gurovich I.Ja., Shmukler A.B. Pervыe psіhoticheskіe pristupy u bol'nyh shizofrenij // Russkij medicinskij zhurnal. - 2004. - Т. 12. - № 22. - С. 72-77.

6. Dorodnova A.S. Kliniko-social'nye i organizacionnye aspekty pomoshhi bol'nyh shizofrenij i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra s pervыmi psіhoticheskimi jepizodami: diss... k. m. n. - M., 2006. - 167 s.

7. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psіhicheskіh zabolevanij u detej i подроstkov. - M.: Medicina, 1985. - 284 s.

8. Kozlova I.A. Sovremennoe sostojanie uchenija o detskoj shizofrenii // Psіhiatrija. – 2008. - № 3. – S. 7-12.

9. Mazaeva N.A., Shmakova O.P., Andreeva O.O. Katamnez detskoj shizofrenii (klinicheskij i social'nyj aspekty) // Zh. nevrol. i psіhiatr im. S.S. Korsakova. – 2012. - № 7 (112). – S. 20-27.

10. Mosolov S.N. Aktual'nye diskussionnye voprosы diagnostiki, klassifikacii, nejropatologii, patogeneza i terapii shizofrenii // Biologicheskіe metody terapii psіhicheskіh rasstrojstv (dokazatel'naja medicina klinicheskoj praktike) / Pod red. S.N. Mosolova. - M.: Social'no-politicheskaja mysl', 2012. – S. 61-102.

11. Piljavsкаja O.I., Malinina E.V. Detskaja shizofrenija // Vestnik Soveta molodyh uchenyх i specialistov Cheljabinskоj oblasti. – 2016. - № 2 (13). - Т. 3. – S. 99-102.

12. Psіhiatrija: Rukovodstvo dlja vrachej. V dvuh tomah / Pod red. A.S. Tigano-

va. – M.: Medicina, 2012. – 808 s.

13. Rid Dzh.M., Krasnov V.N., Kulygina M.A. Podgotovka MKB-11: osnovnye zadachi, principy i jetapy peresmotra klassifikacii psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. - 2013. - № 4. - S. 56-60.

14. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psichiatrii detskogo vozrasta. - M.: Medgiz, 1955. - 453 s.

15. Cucul'kovskaja M.Ja., Bil'zho A.G., Orlova V.A., Vladimirova T.V., Vasilenko E.V. Prognoz blagoprijatnogo ishoda junosheskoj maloprogridientnoj nevrozopodobnoj shizofrenii na osnove dannyh otdalennogo katamneza // Zh. nevropatol. i psichiatr. im. S.S. Korsakova. - 1988. - T. 88. - № 3. - S. 88–93.

16. Churkin A.A., Martjushov A.N. Prakticheskoe rukovodstvo po primeneniju MKB-10 v psichiatrii i narkologii. - M.: Mega-Pro, 2010 – 132 s.

17. Shmaonova L.M., Liberman Ju.I., Vrono M.Sh. Opyt jepidemiologicheskogo izuchenija detskoj shizofrenii. — Zh. nevropatol. i psichiatr. im. S.S. Korsakova. – 1980. - № 10. - S. 1514-1520.

18. Shmukler A.B., Bochkareva O.S. Otdalennyj katamnez shizofrenii i rasstrojstv shizofrenicheskogo spektra posle pervogo obrashhenija v psichonevrologicheskij dispanser // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. - 2012. - T. 22. - № 2. - S. 10–15.

19. Asarnow, J. R., & Ben-Meir, S. Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: A comparative study of onset patterns, pre-morbid adjustment and severity of dysfunction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (1988).- 29, 477-488.

20. Cannon T.D., Comblatt B., McGorry P. The empirical status of the ultra-high-risk (prodromal) research paradigm// *Schizophr. Bull.* – 2007.- Vol.33. – P.661-664.

21. Eggers Ch., Bunk D. The long-term course of childhood-onset schizophrenia; a 42-year follow-up. *Schizophr. Bull* 1997; 23: 1: 105—117.

22. Eggers Ch., Bunk D., Krause D. Schizophrenia with Onset Before the Age of Eleven: Clinical Characteristics of Onset and Course. - *Journal of Autism and Developmental Disorders*.- 2000, Volume 30, Issue 1, pp 29–38

23. Harrison G. et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year international follow-up study // *Br. J. Psychiatry*. 2001. Vol. 178. P. 506–517

24. Hollis Ch. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1652—1659.

O.F. Pankova, D.S. Radionov, S.M. Ivanova, I.V. Dorina
SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS
IN MODERN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY
(HOSPITALIZATION'S ANALYSIS AT THE LARGEST MOSCOW
CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL)

Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow).

Summary. In the context of upcoming International Classification of Diseases (ICD-11) where significant changes took place in a wide range of sections, including schizophrenia spectrum disorders, it seems important to analyze usage of the previous ICD-10. Diagnostics of these disorders in children and adolescents is of special interest. Prevalence rate, age and gender aspects and diagnostics of schizophrenia spectrum disorders in patients of the largest Moscow children's psychiatric hospital were studied.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, prevalence, clinical variants, diagnostic.

**ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА****ФГБОУ «Смоленский государственный медицинский университет»
(Смоленск).**

Резюме. Проведено изучение осведомленности детей младшего школьного возраста о принципах здорового питания и влияния знаний на когнитивные способности. Был проведен опрос 70 школьников, обучающихся в МБОУ «СОШ № 16» и МБОУ «Гимназия № 4». В результате были отмечены низкая информированность детей о правильном питании и прямая зависимость рационального питания и когнитивных способностей детей. На основании исследования разработан интерактивный урок-игра, представляющий полную информацию о «здоровых продуктах», который может быть использован для работы с детьми при проведении уроков по «Здоровому питанию».

Ключевые слова: здоровое питание, дети младшего школьного возраста, когнитивные способности.

Правильное питание (ПП) представляет собой одну из важных составляющих здорового образа жизни ребенка любого возраста. Школьный возраст является тем периодом, когда происходит основное развитие ребенка и формируется образ жизни, поэтому школьную среду можно использовать для формирования у детей правильных навыков и стереотипов питания [2].

Физиологические особенности школьников характеризуются интенсивностью роста, напряженностью процессов метаболизма, половым развитием в пубертатном периоде, увеличением энергетических затрат и формированием типа нервной деятельности. Для детского возраста характерно увеличение умственной и физической нагрузок в связи с сочетанием учебных занятий в школе с производственным процессом и спортом. Поэтому для восполнения энергетических затрат школьников и их гармонического развития чрезвычайно важно рациональное питание, обеспечивающее растущий организм необходимыми пищевыми веществами в правильном (качественном) соотношении и достаточном количестве [4]. К числу наиболее значимых отклонений в состоянии питания дошкольников и школьников РФ относятся избыточное потребление насыщенных жирных кислот, сниженное потребление ω -3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), избыточное потребление соли, специй, сахара [1]. Правильное (или здоровое) питание включает следующие компоненты: фрукты, овощи, бобовые (например, чечевица, фасоль), орехи и цельные злаки, 5 порций фруктов и овощей в день, свободные сахара должны составлять менее 10% от общей потребляемой энергии, жиры менее 30% и кратность питания 3-4 раза в сутки [5]. Сбалансированное питание в детском возрасте способствует повышению работоспособности и успеваемости, физическому и умственному развитию, создает условия для адаптации подрастающего поколения к факторам окружающей среды, поэтому изучение вопросов пищевого поведения школьников приобретает особое значение [6].

Можно предположить, что недостаток тех или иных питательных веществ в детском возрасте может приводить к нарушению развития и работы мозга. Под-

тверждением этого являются многочисленные исследования детей в развивающихся странах, в ситуациях голода и социальных потрясений, которые показывают, что недостаток питания приводит к выраженным нарушениям работы мозга, которые часто не восстанавливаются даже при восполнении дефицита питания. Для общей детской популяции РФ более характерен дефицит отдельных минералов и витаминов, связанный с неправильным или неадекватным питанием [3].

Целью исследования явилось сравнительное изучение осведомленности школьников начальных классов о здоровом питании и его влиянии на когнитивные способности у детей, обучающихся в средней образовательной школе и гимназии.

Изучение знаний о правильном питании и его влиянии на когнитивные способности проведено на основании анонимного опроса 70 школьников начальных классов, из них $n_1=35$ (50%) человек обучались в МБОУ «СОШ № 16» (11 мальчиков, 31,4%, и 24 девочки, 69,6%) и в МБОУ «Гимназия № 4» также $n_2=35$ (50%) человек (13 мальчиков, 37,1%, и 22 девочки, 62,8%). В обеих группах статистически значимых гендерных различий не было.

Разработанная нами анкета содержала два блока вопросов. В первый блок входили вопросы относительно знаний школьников о принципах и режиме здорового питания, потребляемых продуктах и их предпочтениях (табл. 1). С каждым вопросом школьникам предлагались несколько вариантов ответов, из которых они выбирали наиболее подходящий вариант. Правильные ответы на вопросы о питании составлены на основании рекомендаций ВОЗ и включали 1-2 верных варианта о ПП. На основании ответов на первые 5 вопросов о здоровом питании детей разделили на две группы: А) преимущественно знающие о принципах ПП, выбравших 3 и более правильных ответа, и Б) недостаточно знающие о ПП, имеющие менее 3 верных ответов о здоровом питании.

Во втором блоке школьникам предоставлены две методики для оценки когнитивных функций произвольного внимания (методика «Расстановка чисел») и памяти (методика «Оперативная память»). В первой методике было необходимо в течение 2 мин. расставить в свободных клетках бланка для заполнения в возрастающем порядке числа, которые расположены в случайном порядке в 25 клетках квадрата бланка стимульного материала. Вторая методика включала в себя 10 рядов из 5 чисел в каждом. Главной задачей было запомнить эти 5 чисел в том порядке, в котором они прочитаны, а затем в уме сложить первое число со вторым, второе с третьим, третье с четвертым, четвертое с пятым, а полученные четыре суммы записать в предоставленном бланке. На выполнение этих двух тестов детям было отведено 5 мин.

Статистический анализ проводился при помощи программного пакета «Microsoft Excel 2010». Для выявления достоверности различий в исследуемых группах в случае качественных переменных использовался критерий Фишера. Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$. При сравнительном анализе знаний школьников начальных классов обучающихся в разных учебных заведениях достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Для оценки информированности школьников о ПП и потребляемой ими пищи был составлен перечень вопросов о употребляемых продуктах питания. Результаты приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Оценка правильности питания школьников младшего возраста»

Вопросы	Варианты ответов	МБОУ СОШ № 16 - 35 чело- век (100%)	МБОУ «Гимна- зия № 4» - 35 человек (100%)
1. Чтобы Вы вы- брали в качестве перекуса?	Шоколадку, печенье	13 (37,1%)	14 (40%)
	Фрукты (яблоко, ба- нан, грушу и т.д.) *	8 (22,9%)	8 (22,9%)
	Бутерброд, булочку	14 (40%)	13 (37,1%)
2. Как часто Вы употребляете в пищу свежие овощи и фрук- ты?	Каждый день *	9 (25,7%)	9 (25,75%)
	1-3 раза в неделю	11 (31,4%)	9 (25,75%)
	1-2 раза в месяц	13 (37,1%)	17 (48,5%)
	Реже 1 раза в месяц	2 (5,8%)	0 (0%)
3. Сколько ло- жек сахара Вы кладете в чай, кофе?	Пью без сахара	4 (11,45%)	3 (8,6%)
	Одну *	7 (20%)	8 (22,8%)
	Две	20 (57,1%)	18 (51,4%)
	Три и более	4 (11,45%)	6 (17,2%)
4. Употребляете ли Вы в питании продукцию «фаст-фуд» (продукты «бы- строго пита- ния»)?	Да, практически еже- дневно	2 (5,7%)	2 (5,7%)
	1-2 раза в неделю	15 (42,9%)	18 (51,4%)
	1-2 раза в месяц	16 (45,7%)	14 (40%)
	Не употребляю *	2 (5,7%)	1 (2,9%)
5. Сколько раз в день Вы кушае- те?	Нет регулярного пита- ния	9 (25,7%)	5 (14,2%)
	2-х разовое питание	11 (31,4%)	11 (31,4%)
	3-х разовое питание *	9 (25,7%)	11 (31,4%)
	4-х разовое питание *	6 (17,2%)	8 (23%)
6. По Вашему мнению, Вы придерживаетесь принципов здо- рового питания?	Да	28 (80%)	27 (77,1%)
	Нет	7 (20%)	8 (22,9%)
7. Оцените уровень своего питания по 5-балльной шкале.		4,3 балла	4,7 баллов

* правильные ответы составлены на основании рекомендаций ВОЗ [7].

Среди всего многообразия ответов детьми были выбраны как правильные, так и неправильные ответы независимо от их возраста и обучения в разных учебных заведениях. Согласно полученным данным, мы не выявили существенных отличий в осведомленности о здоровом питании у младших школьников, обучающихся в школе и гимназии, поскольку были минимальные различия

правильных и неправильных ответов учеников, которые указаны в табл. 1. Обращает внимание, что питаются фаст-фудом и употребляют большое количество сахара дети из обеих школ и любого возрастного периода начальной школы.

В результате анкетирования детей разделили на две группы, преимущественно знающими о ПП были 32 человека (45,7%), из них 3 человека ответили правильно на 5 вопросов о ПП, 14 детей – на 4 вопроса и 15 – на 3 вопроса. В группу недостаточно знающих о ПП включили 38 (54,3%) детей, из которых большинством было выбрано менее 3 правильных ответов. Вопрос, на который дети наиболее правильно ответили «Сколько раз в день Вы кушаете?».

Для уточнения мнения детей о качестве собственного питания дополнительно были включены вопросы: «По Вашему мнению, Вы придерживаетесь принципов здорового питания?» и «Оцените уровень своего питания по 5 балльной шкале». Обращает на себя внимание, что 55 (78,6%) детей в обеих школах считают свое питание здоровым, однако из них лишь 17 человек (1/3 группы) выбрали преимущественно правильные ответы о здоровом питании. Обращает на себя внимание, что среди школьников из группы, преимущественно знающих о ПП, верно считают свое питание правильным лишь 17 (53,1%) человек.

Интерпретация результатов анкет о когнитивных функциях основана на двух группах, знающих и недостаточно знающих о ПП. Результаты приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Оценка влияния здорового питания на когнитивные способности детей.

Наименование методики	Преимущественно знающие о ПП 32 человека		Недостаточно знающие о ПП 38 человек	
	Правильные ответы	Неправильные ответы	Правильные ответы	Неправильные ответы
«Расстановки чисел»	21 (63,6%)	12 (36,7%)	16 (48,4%)	17 (51,6%)
«Оперативная память»	25 (75,7%)	8 (24,3%)	18 (54,5%)	15 (45,5%)

Анализ когнитивных способностей установил достоверное отличие школьников, имеющих знания о правильном питании и возможно употребляющих данные продукты в своем рационе ($p < 0,05$).

В группе детей, знающих о принципах здорового питания, отмечаются более сохранные когнитивные способности, в частности больше правильных ответов при тестировании о произвольном внимании – 21 (63,6%) человек и оперативной памяти – 25 (75,7%) детей по сравнению с детьми из группы, недостаточно знающих о ПП.

Выводы:

1) Среди школьников установлен относительно низкий уровень информированности о ПП независимо от возраста детей и места обучения.

2) Не получено существенных отличий в осведомленности о здоровом питании у младших школьников, обучающихся в средней образовательной школе и гимназии.

3) Отмечается прямая зависимость знаний детей о ПП и возможном здоро-

вом питания и их когнитивных способностей - произвольной памяти и оперативного внимания.

4) Нами был разработан интерактивный урок-игра для школьников, представляющий полную информацию о «здоровых продуктах», который может быть использован для работы с детьми в лечебных учреждениях, а также в общеобразовательных организациях для проведения уроков по «Здоровому питанию».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакирова М.А., Таракова Г.А. Влияние питания на здоровье школьников // Вестник № 1- КазНМУ, 2016. - 235 с.

2. Бондаренко Е.А., Белик С.Н., Жукова Т.В., Харагургиева И.М. Правильная организация питания в школе как основа сохранения здоровья молодежи // Молодой ученый. - 2016. - № 18.1. - С. 43-46.

3. Волохова А.И., Панковец А.В. Питание ребенка от А до Я. - М., 2015. - 43 с.

4. Клейменов В.Н., Романцов М.Г., Высочина Л.В. Основы медицинских и психолого-педагогических знаний в деятельности преподавателя школы. - М., 2018. - 35 с.

5. Конь И.Я. Детская (педиатрическая) диетология (нутрициология): достижения и проблемы // Педиатрия. - 2012. - Том 91. - № 3. - С. 59-64.

REFERENCES

1. Bakirova M.A., Tarakova G.A. Vlijanie pitaniya na zdorov'e shkol'nikov // Vestnik № 1- KazNMU, 2016. - 235 s.

2. Bondarenko E.A., Belik S.N., Zhukova T.V., Haragurgieva I.M. Pravil'naja organizacija pitaniya v shkole kak osnova sohraneniya zdorov'ja molodjozhi // Molodj uchenyj. - 2016. - № 18.1. - S. 43-46.

3. Volohova A.I., Pankovets A.V. Pitanie rebenka ot A do Ja. - M., 2015. - 43 s.

4. Klejmenov V.N., Romancov M.G., Vysochina L.V. Osnovy medicinskih i psihologo-pedagogicheskikh znaniy v dejatel'nosti prepodavatelya shkoly. - M., 2018. - 35 s.

5. Kon' I.Ja. Detskaja (pediatricheskaja) dietologija (nutriciologija): dostizhenija i problemy // Pediatrija. - 2012. - Tom 91. - № 3. - S. 59-64.

6. Georgieff M.K. Nutrition and developing brain: nutrient priorities and measurements // Am. J. Clin. Nutr. 2017; 85: P. 614-620.

7. <https://www.who.int/ru>

A.S. Sergeenkova, E.A. Stygar

HEALTHY NUTRITION AND COGNITIVE ABILITIES OF CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

Smolensk State Medical University (Smolensk).

Summary. A study was made of the awareness of primary school children about the principles of healthy eating and the impact of knowledge on cognitive abilities. A survey of 70 students enrolled in MBOU «Secondary School No. 16» and MBOU «Gymnasium No. 4» was conducted. As a result, there was a low awareness of children about proper nutrition and a direct correlation of rational nutrition and children's cognitive abilities. Based on the study, we developed an interactive lesson-game that presents complete information about “healthy foods”, which can be used to work with children to conduct lessons on «Healthy eating».

Keywords: healthy nutrition, primary school children, cognitive abilities.

ПРЕОДОЛЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).

Резюме. В статье обобщен опыт психологического сопровождения 90 семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра. В качестве общей для них проблемы выделено некорректное любопытство со стороны посторонних. На конкретных клинических примерах рассмотрены три варианта стигматизации: школьный буллинг, «выдавливание» ребенка из коллектива и «самостигматизация» родителей. Для каждого типа описаны ключевые направления дестигматизации и соответствующие психологические методики.

Ключевые слова: стигматизация, ребенок с нарушениями развития, семья, психологическое сопровождение.

Проблема стигматизации и дестигматизации в настоящее время поднимается многими исследователями [1]. Термин «стигма» используется для обозначения неких нежелательных, «постыдных» качеств индивида, причем стигматизация определяется не ими самими, а отношением к ним окружающих [3]. Типичными поводами для стигматизации являются психические расстройства [4]. Проведенное нами ранее исследование под руководством А.Л. Венгера показало, что большинство семей, воспитывающих детей с тяжелыми психофизическими нарушениями, сталкивалось с неадекватным, часто недоброжелательным любопытством посторонних по отношению к их ребенку [6].

Материалом для настоящей статьи послужил опыт работы с семьями, воспитывающими детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Для этих расстройств типичны нарушения психомоторики и аффективные проявления [5], которые привлекают к детям повышенное внимание окружающих, а сложившиеся в обществе стереотипы определяют негативный, стигматизирующий характер отношения к ним. У таких семей сформирован запрос на психологическую помощь в преодолении стигматизации.

Предлагаемые в литературе способы дестигматизации в основном направлены на формирование в обществе более толерантного отношения к субъектам, имеющим стигму [2]. К сожалению, в нашем обществе формирование толерантности к детям с нарушениями развития происходит не так быстро, как хотелось бы. Жалуясь на психологические трудности, связанные со стигматизацией, родители хотят получить инструменты для благополучного переживания этих проблем. Поиск подобных инструментов проводился нами в процессе психологического консультирования и сопровождения 90 таких семей в 2017–2019 гг. на базе детского психоневрологического реабилитационного центра «Огонек» г. Москвы. Был проанализирован опыт сопровождения семей, воспитывающих детей в возрасте от 2 до 17 лет с РАС. Их физическое и интеллектуальное развитие находилось в широком диапазоне (от легких до самых тяжелых нарушений).

В работе с семьями проблемы стигматизации часто выходили на первый план. Самыми распространенными из них были затруднения в поиске способов реагирования на повышенное внимание со стороны окружающих. Родители говорили о некорректном любопытстве со стороны посторонних при встрече с их ребенком, в связи с чем возникали смущение, стыд, раздражение. Многие (особенно родители детей раннего и дошкольного возраста) не могли определить для себя стратегию поведения в подобной ситуации. Родители подростков обычно уже имели выработанную стратегию реагирования на некорректное поведение посторонних. Выделялось три типа такой стратегии. *В первом случае* она была деструктивной: родители начинали проявлять вербальную агрессию («чего уставился?»). *Во втором случае* родители делали вид, что игнорируют некорректное любопытство, но у них возникали негативные эмоции, влияющие на их психологическое здоровье. И, наконец, *в третьем случае* родители вступали в конструктивный диалог с посторонними (объясняли, что ребенок не опасен), причем часто сами инициировали его. Эта форма реагирования наиболее адекватна, но родители жаловались на чрезмерную частоту такого вида общения («приходится слишком многим объяснять»).

В ходе работы мы вместе с семьями пришли к выводу, что оптимальна гибкая стратегия реагирования, несущая позитивный посыл окружающим. Иногда достаточно улыбки в ответ на вопросительный взгляд. В других случаях (особенно при взаимодействии своего ребенка с незнакомыми детьми) лучше объяснить, что происходит с ребенком и как с ним можно общаться. Отдельного внимания заслуживал вопрос родителей, как себя вести при обострении у ребенка угрожающего неадекватного поведения (если такое случилось в общественном месте).

Проявления ребенком агрессии и аутоагрессии могут расцениваться окружающими как опасные для них. Мы предлагали родителям представить себя в роли окружающих, которые видят рядом с собой источник угрозы. Это помогало родителям осознать, что окружающие нуждаются в разъяснении происходящего. Это уменьшает их опасения и может побудить к сопереживанию. Давая обратную связь о применении данной стратегии, родители говорили, что часто посторонние люди предлагали помощь. Некоторые, правда, убежали подальше, несмотря на разъяснения.

Помимо проблемы реагирования на некорректное любопытство было выделено три широко распространенных типа стигматизации, связанной с состоянием здоровья ребенка. Проиллюстрируем их клиническими примерами, включая предпринятые способы нормализации ситуации.

Пример 1. Буллинг в школе. Мальчик 14 лет, диагноз: атипичный аутизм, умственная отсталость легкой степени. Со слов родителей, отставание в развитии наблюдалось с рождения, а поведение ребенка уже в раннем возрасте настораживало окружающих: при возбуждении он бьет себя по щекам, стучит пальцами по шее. Семья была включена в систему ранней помощи, ребенок систематически получал психолого-педагогическую помощь, а при необходимости – медикаментозное лечение. В возрасте 7 лет при определении образовательного маршрута был установлен диагноз «умственная отсталость легкой степени»,

после чего мальчик поступил на обучение в коррекционную школу VIII вида (для детей с интеллектуальными нарушениями). На момент первичного консультирования он окончил 7 класс этой школы. Ребенок хорошо социализирован, умеет себя обслуживать, в целом соблюдает социальные нормы поведения, однако у него сохраняются привлекающие внимание стереотипные действия.

Стигматизация в форме буллинга началась после прихода в класс нового ученика с асоциальными склонностями. К нашему мальчику прикрепилась обидная кличка, он стал подвергаться издевкам и физическому насилию несмотря на высокий рост и крепкое сложение. Одноклассники стали смеяться над его особенностями. Мальчик переживал связанный с буллингом стресс, возросла невротизация, в связи с чем проявления аутоагрессии участились, а это, в свою очередь, усугубляло буллинг, образуя замкнутый круг. Родители ребенка неоднократно обращались к школьному психологу и педагогам с просьбой повлиять на ситуацию, однако травля ребенка продолжалась. Беседы специалистов с родителями нового ученика, начавшего травлю, также не изменили ситуацию.

Буллинг продолжался в течение всего учебного года, а встреча семьи с психологом реабилитационного центра произошла в начале летних каникул. На этот момент родители искали альтернативные способы обучения ребенка. Рассматривались два варианта: перевод мальчика в другую (расположенную далеко от дома) коррекционную школу или перевод на надомную форму обучения. Оба этих варианта имели серьезные недостатки. Ежедневные далекие поездки утомляли бы ребенка, дорога стала бы дополнительным стрессогенным фактором. Требовалось найти сопровождающего, что влекло дополнительные финансовые вложения. К тому же в новой школе ситуация буллинга могла повториться. Надомное обучение привело бы к искажению социальной ситуации развития ребенка.

В работе с родителями было важно помочь им понять возможные негативные последствия вывода ребенка из школы, повысить их уверенность в своих силах, подкрепить самооценку. Совместно с родителями было решено предпринять попытку повысить устойчивость мальчика к травле, найти новые способы реагирования. Вариант вывода мальчика из школы оставался для семьи как запасной.

Основной техникой в работе с ребенком стал метод социальных историй. Их было создано несколько: «Как мне успокоиться», «Если меня бьют», «Если надо мной смеются», «Как надо дружить». Ситуации и способы поведения обсуждались и тут же совместно с ребенком зарисовывались подобно мини-комиксам. На картинках мальчик изображался высоким и сильным (что соответствует действительности), это укрепляло его самооценку и уверенность в себе. В рисунках отображались варианты возможной реакции на травлю (отразить удар скрещенными руками, спокойно возразить в ответ на кличку: «Нет, меня зовут (имя)»). Это формировало у ребенка ощущение управления ситуацией. Приводились примеры дружелюбного поведения (улыбка, протянутая рука, играющие вместе дети), изображались способы снять возбуждение без аутоагрессии (персонаж прыгает, рисует, мнет глину).

К окончанию курса реабилитации мальчик выглядел более спокойным и

уверенным в себе. Семье было рекомендовано дома продолжить закрепление усвоенных норм и способов поведения, используя сделанные рисунки и создавая новые. В новом учебном году следовало контролировать применение мальчиком усвоенных навыков на практике, привлечь к этому процессу педагогов и школьного психолога. Новые социальные навыки помогли бы противостоять повторению подобной ситуации и при переводе ребенка в другую школу.

В следующем учебном году мальчик смог использовать некоторые из приемов, «отрепетированных» с помощью методики «социальные истории». В совокупности с возросшей самооценкой и укрепившимся после летнего отдыха нервно-психическим тонусом, выработанная стратегия поведения помогла ему спокойно реагировать на проявления буллинга. Родители постоянно мониторили ситуацию, проверяя, насколько ребенок справляется с ней. В результате «замкнутый круг» был разорван: мальчик перестал остро реагировать на травлю и она постепенно угасла.

В этом примере стратегия психологической помощи была направлена на формирование у ребенка (субъекта стигматизации) новых способов социального поведения, помогающих противостоять травле. Добиться этого нам удалось с помощью метода социальных историй. Кроме того важно было повысить самооценку и уверенность в собственных силах как ребенка, так и его родителей. Уверенность семье придавала успешность в освоении новых навыков, обретение способов, позволяющих контролировать жизненную ситуацию.

Пример 2. «Выдавливание» ребенка из коллектива. Мальчик 12 лет с синдромом Туретта обучается в 5 классе общеобразовательной школы. В анамнезе ребенка задержка психического развития, поэтому в школу он пошел в возрасте 8 лет. Успеваемость в школе хорошая, материал усваивает. Состояние ребенка выражается в частых неконтролируемых вскрикиваниях.

После начальной школы мальчик оказался в новом коллективе, поскольку классы были переукомплектованы. После этого на родительских собраниях неоднократно поднимался вопрос о выводе ребенка из школы, т. к. он «мешает другим детям». При этом на отношения со сверстниками мальчик не жалуется. По его рассказам, одноклассники над ним подтрунивают, но умеренно. Интеллектуальное развитие ребенка позволяет ему осваивать общеобразовательную программу, однако администрация школы по просьбе родительского комитета неоднократно намекала семье, что мальчика следует перевести в коррекционную школу. Открыто права ребенка в данной ситуации никто не нарушал, но атмосфера недоброжелательности побуждала родителей действительно рассматривать для ребенка другие варианты получения образования.

К моменту поступления мальчика на реабилитационный курс его семья была невротизирована сложившейся ситуацией. Родители испытывали тревогу по поводу будущего, гнев по отношению к администрации школы и другим родителям, мгновенно возбуждались при разговоре на эту тему. Наибольший стресс испытывали именно они, а мальчик подвергался негативному влиянию стигматизации опосредованно, испытывая последствия невротизации взрослых. Задачей психолога стало помочь родителям объективно оценить, насколько состояние мальчика нарушает образовательный процесс в классе. Для

этого использовались элементы психодрамы (была разыграна небольшая сценка «на уроке»). Родителям предложили представить себя в роли родителей других детей.

Когда родители осознали, что поведение мальчика действительно мешает окружающим, они с помощью психолога стали искать способы компромиссного решения проблемы. Как оптимальный вариант было определено комбинированное обучение (совмещение надомной формы обучения и общих занятий в классе), при котором мальчик сохранял бы социальные связи. Как общие могли быть оставлены уроки, не имеющие серьезной познавательной нагрузки (такие, как физкультура). Предметы, требующие большей сосредоточенности, предполагалось изучать индивидуально. Такое комбинированное обучение требует утверждения психолого-медико-педагогической комиссией и согласования с администрацией школы, поэтому для ребенка была подготовлена психолого-педагогическая характеристика с соответствующими рекомендациями. Найденные пути решения основной проблемы уменьшили гнев, тревогу, невротизацию родителей. Осознание способов влияния на ситуацию помогло снизить опасения по поводу будущего, а примеривание на себя роли других родителей помогло уменьшить переживаемый гнев.

После перевода мальчика на комбинированное обучение родители больше не имели претензий по поводу недоброжелательного отношения к ребенку, связанного с его диагнозом. Предпринятые меры оказались эффективными в преодолении стигматизации. Однако у родителей появилась новая причина для беспокойства: неудовлетворенность объемом и качеством преподавания предметов в индивидуальной форме. Возбудимость родителей как их индивидуальная черта продолжала мешать им принимать конструктивные решения.

Приведенный в этом примере тип стигматизации связан с тем, что неконтролируемое поведение ребенка причиняет реальные неудобства окружающим. Оптимизация взаимодействия ребенка с его социальным окружением способна свести эти неудобства к минимуму. Однако семья не всегда может справиться с такой задачей самостоятельно. В описанном случае родители не могли сами найти решение проблемы, а создававшаяся ситуация невротизировала их. Преодоление негативных переживаний в данном случае основывалось на помощи в конструктивном решении проблемы, выявлении причин стигматизации (ребенок действительно мешал нормальному усвоению знаний другими детьми) и их устранении (переводе на комбинированную форму обучения). Катамнестические наблюдения показали, что при возникновении новых жизненных трудностей в семье вновь обострилась невротизация. Имея возможность обратиться к психологу при вновь возникающих затруднениях, эта семья (и ей подобные) избежала бы регулярно возникающей невротизации родителей и ее негативного влияния на ребенка. Такие семьи нуждаются в регулярном мониторинге и систематическом психологическом сопровождении.

Пример 3. Самостигматизация. Девочка 7 лет, диагноз: синдром Дауна, детское дезинтегративное расстройство. У девочки ярко выражены характерные черты лица. Мама девочки – интеллигентная, скромная женщина с высшим образованием. Несмотря на это в сложившейся ситуации она вела се-

бя явно нерационально. На консультации мама сообщила, что очень надеется скрыть диагноз ребенка от соседей, поэтому не выводит девочку во двор гулять. Она считала возможным скрыть наличие синдрома Дауна от окружающих несмотря на его явные проявления. Дать рациональное объяснение своему стремлению скрыть состояние дочери она не смогла, но описала страх, который испытывает, когда посторонние люди смотрят на ее ребенка.

Одним из первых шагов психологической помощи этой семье стало определение значимости реакции окружающих, пугающей женщину. Выяснилось, что она боится их предвзятого мнения, из-за которого они потенциально могут навредить дочери. При дальнейшем анализе этого переживания женщина осознала, что переносит на окружающих собственное негативное отношение к людям с нарушениями развития, которое было ей свойственно до рождения дочери с синдромом Дауна. Кроме того женщина испытывает чувство вины перед мужем и боится его негативной оценки («не смогла родить нормального ребенка»), но в семье о своих чувствах говорить не принято. Также она страдает от того, что вынуждена была оставить работу в связи с необходимостью ухаживать за особенным ребенком.

Учитывая выявленные обстоятельства, психологическая помощь была ориентирована на принятие матерью состояния ребенка, тренинг осознания своих чувств, поиск способов реализации потенциала ребенка и самореализации. Были использованы арт-терапевтические техники, ориентированные на совместную деятельность матери и ребенка (создание герба и гимна семьи и т. п.). Организовывались совместные подвижные игры (салочки, игра с мячом). Был проведен тренинг признания друг другу в «хороших» чувствах. Представлялось важным помочь матери найти пути самостоятельного развития и для себя, и для дочери, поэтому еще одной задачей психологической помощи стал поиск примеров самореализации детей и родителей в семьях с похожими проблемами. Для этого потребовалось найти контакты с сообществами семей, воспитывающих детей с синдромом Дауна. Хотя в настоящее время найти такие сообщества в информационном пространстве не представляет проблем, женщина была настолько подавлена, что самостоятельно не смогла интегрироваться в подобное сообщество. Ей были предложены несколько таких контактов. Воспользовавшись некоторыми из них, женщина увидела, как другие семьи справляются с подобными проблемами. Найденные примеры самореализации вдохновили ее на поиск театральной студии для ребенка (у девочки были явные способности к актерскому мастерству) и второго высшего образования для себя (она захотела приобрести специальность логопеда, чтобы исправлять речевые нарушения у дочери).

В последующем мать стала вместе с дочерью посещать мероприятия сообществ родителей детей-инвалидов. Вместе с семьями, в которых дети имели такие же нарушения, она чувствовала себя увереннее в общественных местах. И мать, и ребенок получили новые возможности для социализации.

В данном случае самостигматизация матери влекла за собой очевидные негативные последствия для ребенка (девочка была лишена возможности прогулок, игры со сверстниками). Самостигматизация привела к социальной изоля-

ции не только ребенка, но и матери. Она постоянно опекала ребенка, из-за чего оставила работу по специальности. Психологические проблемы матери, вызванные рождением «особого» ребенка, привели к выраженному искажению социальной ситуации его развития.

В этом случае помощь в преодолении самостигматизации была ориентирована на взрослого. Своевременное выявление психологических проблем таких семей обеспечивает совершенно иное качество их жизни. К сожалению, встреча данной семьи с психологом, ориентированным на проблемы родителей, произошла лишь к концу дошкольного возраста ребенка. Это подчеркивает необходимость регулярного мониторинга и систематического психологического сопровождения, ориентированного как на ребенка с нарушениями развития, так и на всю его семью.

Заключение. Из приведенных примеров видно, что с проблемой стигматизации семья ребенка с нарушениями может столкнуться в разных ее проявлениях. В первом примере это стигматизация в форме буллинга, во втором – стигматизация, вызванная неподготовленной инклюзией, в третьем – самостигматизация взрослых.

Стратегию психологической помощи во всех случаях определял поиск способов адаптации семьи к сложившейся ситуации и конструктивных способов поведения, направленных на нормализацию отношений с социумом. Конечно, было бы хорошо, если бы процесс дестигматизации носил двусторонний характер. К сожалению, в средствах массовой информации, которые во многом формируют общественное мнение, все еще встречаются стигматизирующие материалы (например, употребление стигматизирующей лексики типа «мой ребенок – кретин» на ведущем государственном телеканале). Семье же, воспитывающей ребенка с нарушениями, нужна помощь здесь и сейчас, в том социальном окружении, в котором она находится в данном месте и времени. Поэтому психологическая помощь семье ребенка с нарушениями развития в поиске адекватных форм реагирования на стигматизацию, связанную с его состоянием, оценивалась родителями как очень актуальная и полезная. Используемые в нашей практике техники и методики оказались достаточно успешными, приносили родителям облегчение и помогали лучше справляться с текущей ситуацией. Мы полагаем, что они могут быть рекомендованы при работе с семьями, страдающими от стигматизации, связанной не только с РАС, но и с другими отклонениями в психическом развитии ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бовина И.Б., Бовин Б.Г. Стигматизация: социально-психологические аспекты (Часть 1) // Психология и право, 2013, № 3. / Электронный ресурс: http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63778_full.shtml (дата обращения 01.10.2019).

2.Бовина И.Б., Бовин Б.Г. Стигматизация: социально-психологические аспекты (Часть 2) // Психология и право, 2013, № 4. / Электронный ресурс: http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n4/66185_full.shtml (дата обращения 01.10.2019).

3.Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью / пер. с англ. М.С. Добряковой / Электронный ресурс: <https://www.e-reading.by/bookreader.php/145155> (дата обращения 01.10.2019).

4.Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Ю.Ф. Полякова). / Электронный ресурс: http://psyjournals.ru/medpsytrad/issue/61088_full.shtml (дата обращения 01.10.2019).

5.Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.

6.Цапина С.Ю. Психологические проблемы семьи ребенка с тяжелыми психофизическими нарушениями // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2018. – том 7. - № 5а. – С. 99–106.

REFERENCES

1.Bovina I.B., Bovin B.G. Stigmatizacija: social'no-psihologicheskie aspekty (Chast' 1) // Psihologija i pravo, 2013, № 3. / Jelektronnyj resurs: http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63778_full.shtml (data obrashhenija 01.10.2019).

2.Bovina I.B., Bovin B.G. Stigmatizacija: social'no-psihologicheskie aspekty (Chast' 2) // Psihologija i pravo, 2013, № 4. / Jelektronnyj resurs: http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n4/66185_full.shtml (data obrashhenija 01.10.2019).

3.Gofman I. Stigma: Zametki ob upravlenii isporchennoj identichnost'ju / per. s angl. M.S. Dobrjakovoj / Jelektronnyj resurs: <https://www.e-reading.by/bookreader.php/145155> (data obrashhenija 01.10.2019).

4.Enikolopov S.N. Stigmatizacija i problema psihicheskogo zdorov'ja // Meditsinskaja (klinicheskaja) psihologija: tradicii i perspektivy (K 85-letiju Ju.F. Poljakova). / Jelektronnyj resurs: http://psyjournals.ru/medpsytrad/issue/61088_full.shtml (data obrashhenija 01.10.2019).

5.Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej). – М.: Medicina, 1979. – 608 s.

6.Capina S.Ju. Psihologicheskie problemy sem'i rebenka s tjazhelymi psihofizicheskimi narushenijami // Psihologija. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya. – 2018. – том 7. - № 5а. – С. 99–106.

S.Yu. Tsapina

COPING WITH STIGMATIZATION OF FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article summarizes the experience of psychological support of 90 families raising children with autism spectrum disorders. An intrusive curiosity on the part of outsiders was found as a common problem for them. Based on specific clinical examples, three stigmatization variants are determined: school bullying, “squeezing” a child out of a team, and “self-stigmatization” of parents. For each type, the key areas of the coping with stigmatization and the corresponding psychological techniques are described.

Keywords: stigmatization, a child with developmental disabilities, family, psychological support.

А.А. Григорьева**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ
С РИСКОМ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ****Национальный научный центр наркологии, ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» (Москва).**

Резюме. В статье представлены эпидемиологические данные, отражающие значимость проблемы аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте. Рассматриваются основные характеристики самоповреждающего поведения подростков, связанного с употреблением психоактивных веществ. Получены значимые различия в характеристиках аутоагрессивного поведения подростков разных возрастных групп, а также выделены гендерные особенности разных видов аутоагрессивного поведения подростков. Показано, что риск употребления психоактивных веществ, а также проявление интереса и/или осведомленности подростков в данной теме сочетаются с увеличением рисков самоповреждающего и суицидального поведения.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, аутоагрессивное поведение, употребление психоактивных веществ, подростки, суицидальный риск, гендерные особенности, возрастные особенности.

Введение. Подростковый возраст наиболее сенситивен к формированию различных форм аутоагрессии, к которым относятся: самоповреждающее (суицидальное и не суицидальное) поведение, употребление психоактивных веществ (ПАВ), рискованное поведение. Наиболее социально значимыми с учетом распространенности и прогностической ценности являются проблемы самоповреждающего поведения (СПП) и употребления ПАВ. При этом последняя может выступать как в качестве варианта аутоагрессивного поведения, так и самостоятельной наркологической проблемы [1, 2]. По данным ряда исследований, СПП и употребление ПАВ имеют общие патогенетические и патопсихологические механизмы, что делает актуальным их совместное изучение [8, 10, 13, 15].

Об уязвимости именно подросткового возраста свидетельствует частота встречаемости СПП, которая, по данным разных источников, составляет 8,8-16,6%, что в несколько раз превышает показатели у взрослых (1-4%), [12, 16]. Наряду с этим процент подростков (11-24 года), употребляющих ПАВ, составляет: 68,1% употребляют алкоголь, курят; 13,3% употребляют наркотики [3, 7]. Если для возраста 13 лет употребление ПАВ не превышает 7-14%, то к 16 годам достигает уже 24-41% [14]. При этом среди подростков с СПП процент употребляющих ПАВ в 4 раза превышает популяционные показатели [15]. Подростки, употребляющие ПАВ, имеют повышенный риск СПП, при этом чем раньше начинается употребление веществ, тем выше этот риск [13].

Помимо возрастной специфики выбор вида аутоагрессивного поведения обусловлен гендерными особенностями [9, 11, 17, 18]. Так, для мальчиков специфичным выбором являются самоожоги, «сковыривание болячек», для девочек – расцарапывание кожи, выдергивание волос [4]. Известно также, что в возрасте 14-15 лет суицидальное поведение (СЦП) и у девушек, и у юношей проявляется с одинаковой частотой, а после 15 лет преобладает количество суицидальных попыток среди девушек [5, 6]. По данным зарубежных исследований, девочки сообщают о большем употреблении алкоголя, чем мальчики, и о более высоких показателях курения сигарет, при этом мальчики употребляют больше марихуаны, чем девочки [14]. Такие эпидемиологические показатели определяют целесообразность и значимость исследования гендерных и возрастных особенностей СПП и подбора интервенций, направленных на профилактику с учетом специфики пола и возраста подростков групп риска.

Отсутствие комплексных профилактических программ, направленных на выявление и снижение процента лиц с аутоагрессивными тенденциями связано с рядом трудностей. Первая из которых - многофакторность причин, приводящих к появлению аутоагрессивного поведения, среди которых макро- и микро-социальное окружение, наличие психопатологии как у самих подростков, так и у их родителей. Другой проблемой является сам возраст, с точки зрения выраженности патохарактерологических проявлений (протестное поведение, аффективная неустойчивость и т. д.), ограничивающий выбор скрининговых методик и видов профилактических воздействий. Третья сложность - отсутствие достаточного количества эмпирических, популяционных исследований на большой выборке [10, 19], при большом количестве научных данных, собранных на клиническом материале.

Проведенное исследование в общеобразовательных школах Московской обл. позволило выявить подростков группы риска с аутоагрессивным поведением, включающим в себя СПП (суицидальное/не суицидальное) и употребление ПАВ.

Цель исследования: выявление дифференцированных групп риска подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением, связанным с употреблением ПАВ.

Материал и методы исследования. В период с 2018 по 2019 гг. обследовано 2025 подростков из 25 общеобразовательных школ в возрасте от 10 до 18 лет (6-11 классы), среди них 1010 мальчиков, 967 девочек, 48 человек пол не указали. Обследование проходило анонимно. Подросткам предлагалось самостоятельно ответить на вопросы трех психометрических опросников.

Методика модификации тела и самоповреждения [4]. Анкета предназначена для выявления отношения к модификациям тела (татуировки, шрамирование, пирсинг) и самоповреждениям (повреждение тканей тела, суицидальные попытки, употребление ПАВ).

Опросник для определения риска суицида «Суицидальная личность-19». Методика констатирует начальный уровень склонности личности к суициду на момент обследования. Анкета, включающая социально-демографические данные по параметрам: «возраст», «пол», «семейное положение», «количество человек в семье», «вероисповедание», «собственная/съемная квартира», «отдель-

ная комната», «проживание с прародителями», «материальное положение», «случаи суицидов в семье», «злоупотребление алкоголем», «злоупотребление наркотиками», «случаи насилия в семье», «частота конфликтов в семье».

«Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению». Позволяет выявить интерес (пассивный и активный), отношение (тревожное, положительное, отрицательное) и осведомленность в теме ПАВ. Метод разработан специалистами НМИЦПН им. В.П. Сербского на основе качественного анализа описаний подростками опыта употребления ПАВ.

Для статистической обработки эмпирических данных использовалась программа SPSS17; непараметрический критерий Краскела-Уоллиса, однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение.

Социально-демографические характеристики общей выборки. Средний возраст подростков составил $14(\pm 4)$ л. Среднее количество членов семьи, в которых проживают подростки, 4 человека. Среди всех обследуемых ($n=2025$) 71% - это подростки из полных семей, 26% - из неполных, 3% данные о семье не указали. Аутоагрессивное и агрессивное поведение среди членов семьи выявлено в 23,85% случаев, из них 348 (76%) - семьи, где родители употребляют алкоголь, 28 (13%) случаев – употребляют наркотики, 46 (10%) - у родителей были случаи суицида, 61 (13%) – случаи насилия в семье. По вероисповеданию: 1229 – православие, 52 – ислам, католицизм – 3, иудаизм – 4, иная вера – 86 человек, никакую не указали 398 человек. Уровень дохода на одного человека в месяц: менее 10000 рублей – 586 человек; от 10000 до 20000 рублей – 889 человек; более 20000 рублей – 342 человека. Проживают в стесненных жилищных условиях, в одной комнате с родителями или прародителями - 446 человек, 1544 подростков имеют отдельную комнату, 35 человек данные не предоставили.

Возрастные и гендерные различия проявлений СПП и употребления ПАВ. Анализ данных на общей выборке подростков ($n=2025$) в возрастном аспекте позволил выявить различия в группах подростков 10-11 лет, 12-15 лет и 16-18 лет по проявлениям аутоагрессивного поведения (многофакторный анализ).

По сравнению с двумя другими группами, для подростков 10-11 лет характерны высокие значения переменных, отражающих уровень тревожного ($p=0,000$) и отрицательного отношения к ПАВ ($p=0,045$). Для несовершеннолетних 12-15 лет свойственны высокие показатели риска суицида ($p=0,002$), при этом у групп 10-11 и 12-15 лет выявлены схожие показатели позитивного отношения к модификациям. Группа подростков 16-18 лет отличается высокими значениями позитивного отношения к модификациям тела ($p=0,002$), активного интереса к ПАВ ($p=0,000$), при этом высокой осведомленностью о ПАВ ($p=0,000$), готовности к пробе ПАВ ($p=0,000$), интереса к наркотикам ($p=0,000$) (табл. 1).

Анализ гендерных особенностей показал, что на протяжении всех возрастных периодов отмечаются значимые гендерные различия, проявляющие в преобладании интереса девочек к употреблению ПАВ по сравнению с мальчиками ($p=0,000$). Сходную динамику можно наблюдать и в случае с СПП, где девочки обнаруживают наибольшую заинтересованность и позитивное отношение к мо-

дификациям тела. Положительное отношение и интерес к СПП преобладает в 16-18 лет в обеих гендерных группах ($p=0,002$) и наиболее выражен у девочек, по сравнению с мальчиками ($p=0,001$). Суицидальный риск девочек также наиболее выражен по сравнению с мальчиками, наибольшие значения параметра отмечаются в возрасте 12-15 лет ($3,29$; $p=0,001$). В группе девушек 16–18 лет преобладание параметра суицидального риска снижается ($3,0$, $p=0,001$), а у мальчиков, напротив, возрастает (см. табл. 2).

Таблица 1.

Возрастные различия в проявлениях риска самоповреждающего, СЦП и употребления ПАВ у подростков*

ВИДЫ аутоагрессивного поведения	10-11 лет	12-15 лет	16-17 лет	p
Позитивное отношение к самоповреждению	34,4	41	44,5	$P=0,000$
Суицидальный риск	1,78	2,86	2,42	$P=0,000$
Интерес к ПАВ	6,03	7,96	10,22	$P=0,000$
Употребление ПАВ (алкоголь)	3,1	17,1	35	$P=0,000$
Употребление ПАВ (табак)	3,1	4,5	10,4	$P=0,000$

*однофакторный дисперсионный анализ

Таблица 2.

Гендерные особенности СПП и употребления ПАВ*

	p	Юноши			Девушки		
		10-11	12-15	16-18	10-11	12-15	16-18
СЦП	0,012	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03
СПП (позитив. отнош.)	0,001	0,81	0,86	0,94	1,18	1,16	1,48
СПП	0,010	2,43	3,18	2,97	2,87	3,95	4,34
ПАВ (акт. инт.)	0,000	2	3,03	4,30	3,81	4,55	5,55

*многофакторный анализ

Особенности подростков группы риска с СПП и употреблением ПАВ.

Общая выборка делилась на группу контроля и группы риска по преобладающему виду аутоагрессивного поведения. Для формирования контрольной группы и групп риска отбирались значения по выборке обследуемых с использованием верхнего квартиля (процентили выше и ниже 75%) по шкалам Экспресс-теста ПАВ «Активный интерес к ПАВ», «Положительное отношение к ПАВ», итоговый балл по тесту «Суицидальная личность-19», а также положительные и отрицательные ответы на вопросы Методики модификации тела и самоповреж-

дения: «Вы курите?», «Иногда вы употребляете алкогольные напитки?», «Пробовали ли вы наркотические вещества?»), а также вопросы относительно самостоятельного нанесения модификаций тела.

Респонденты, не набравшие баллов ни по одному из вопросов, касающихся СПП или употребления ПАВ (по методу Польской Н.А.), а также получившие результаты ниже 75 квартилей по тестам СЛ-19 и «Экспресс-тест ПАВ», составили группу контроля (553 человека). Подростки, набравшие свыше 75 квартилей (СЛ-19 и «Экспресс-тест ПАВ»), а также, давшие положительные ответы на вопросы, касающиеся СПП и употребления ПАВ (по методу Польской Н.А.), были включены в группы риска: «подростки с суицидальным поведением» (130 человек), «подростки с СПП» (142 человека), «подростки с употреблением ПАВ» (159 человек). Несмотря на выделение групп по преобладающим признакам, каждая из групп включает в себя другие виды аутоагрессивного поведения. Мономодальные виды аутоагрессивного поведения, не пересекающиеся с другими видами, выявлены в незначительном количестве. Критерии распределения по группам представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Критерии групп риска

Группы риска	Методы	Кол-во чел
СПП	Методика модификации тела (МТ) и самоповреждения: Наличие единичного положительного ответа на вопрос относительно МТ + наличие более двух видов МТ, наносимых самостоятельно	142
СЦП	1)«Суицидальная личность-19»: Процентили свыше 75% итогового балла по тесту; 2)Методика модификации тела и самоповреждения: Положительный ответ на вопрос «Были ли в Вашей жизни ситуации, когда Вы собирались «свести счеты с жизнью»	130
ПАВ	1)«Экспресс-тест ПАВ»: процентили свыше 75% по шкалам «Активный интерес к ПАВ», «Положительное отношение к ПАВ» 2)Методика модификации тела и самоповреждения: положительный ответ на вопросы: «Вы курите?», «Иногда вы употребляете алкогольные напитки?», «Пробовали ли вы наркотические вещества?»	159

В среднем процент групп риска от общей выборки составил 7% по каждому виду аутоагрессивного поведения.

Контрольная группа, не включающая ни один из показателей групп риска, составила 553 человека. Группу контроля составили преимущественно мальчики. Средний возраст группы составил 14 лет. Подростки данной группы пре-

имущественно имеют полные семьи, хорошие жилищные условия, низкий уровень конфликтов в семье.

Анамнестические данные семей подростков, попавших в группы риска, также имеют отличия (табл. 4).

Таблица 4.

Социодемографические характеристики подростков группы риска*

Социодемографические характеристики	СЦП (n=130)	СПП (n=142)	ПАВ (n=159)	Норма (n=553)
Средний возраст	14,3	14,7	15,3	14±3
Мальчики	28%(37)	35% (51)	32% (51)	63% (351)
Девочки	72% (94)	63% (90)	67% (107)	35% (194)
Отдельная комната (есть/нет)	45%/25% (59/33)	69%/28% (98/41)	73%/26% (117/42)	80%/18% (444/102)
Полная семья	60% (79)	63% (90)	63% (99)	77% (428)
Неполная семья	38% (50)	33% (48)	34% (55)	21% (117)
Уровень дохода на 1 человека в месяц: менее 10тыс/10-20тыс/более 20 тыс	30%/46%/15% (40/60/20)	29%/45%/19% (42/64/27)	27%/49%/15% 44/79/24	29%/45%/15% 162/250/85
Верят в бога	44,60% (58)	52%(74)	57,20% (91)	79% (441)
Случаи суицида в семье	9,20% (12)	9,10% (13)	1% (3)	0,50% (3)
Употребление алкоголя в семье	39% (51)	26% (37)	17,60% (55)	8,40% (47)
Употребление наркотиков в семье	6,90% (9)	5,60% (8)	1,80% (10)	0,50% (3)
Насилие в семье	14,60% (19)	6,30% (9)	2,50% (11)	0,70% (4)
Конфликты 3-5 раз в неделю	27% (35)	35,20% (50)	6,90% (5)	2,50% (14)

*сравнение средних показателей

Группа подростков с рисками употребления ПАВ самая многочисленная. Средний возраст данной группы выше, чем в других, и составляет 15 лет. Данная группа характеризуется низким количеством конфликтов в семье, низким показателем семейного насилия и употребления родителями ПАВ (по сравнению с другими группами риска), в семьях подростков с рисками употребления ПАВ отмечен только один факт суицида среди родителей, уровень дохода семей также выше, чем в других группах.

Группа подростков с рисками СПП отличается увеличением показателей употребления алкоголя в семье, количеством случаев насилия и суицида среди родственников, повышенной конфликтностью в семьях по сравнению с другими группами. Самые неблагоприятные социально-демографические характеристики обнаружены в группе риска детей с суицидальными интенциями. Данную группу преимущественно составляют девочки (72%). Средний возраст группы риска 14 лет. В семьях отмечается наиболее высокий показатель по употреблению ПАВ, в особенности алкоголя (39%), по сравнению с другими группами. Высокий процент случаев насилия в семье (14,6%). Процент семей со случаями суицида в семейном анамнезе у подростков с высоким суицидальным риском составил 9,2%. Плохие жилищные условия у подростков: менее половины имеет собственную комнату.

Интересный факт получен в сравнении анкетных данных подростков групп риска при ответе на вопрос «Верите ли вы в бога?». Выявлены различия в выраженности фактора «вера в бога» в разных группах: в группе контроля наибольшее количество подростков (79%) дают положительный ответ («Да, верю»); в группе с суицидальными рисками, напротив, наименьший (44,5%). Следует отметить, что все три группы риска (СПП, ПАВ, СЦП) отличаются рядом общих характеристик: в группах преобладают девочки, 1/3 семей имеет неполный состав, семьи имеют отягощенный аутоагрессивными видами поведения анамнез. Во всех трех группах выражен процент семей, в которых родители подростков употребляют алкоголь.

Употребление ПАВ рассматривалось нами не только как самостоятельная характеристика группы риска подростков с аутоагрессивным поведением, но и как самостоятельный тип поведения, сопровождающий самоповреждающее, суицидальное и нормативное поведение.

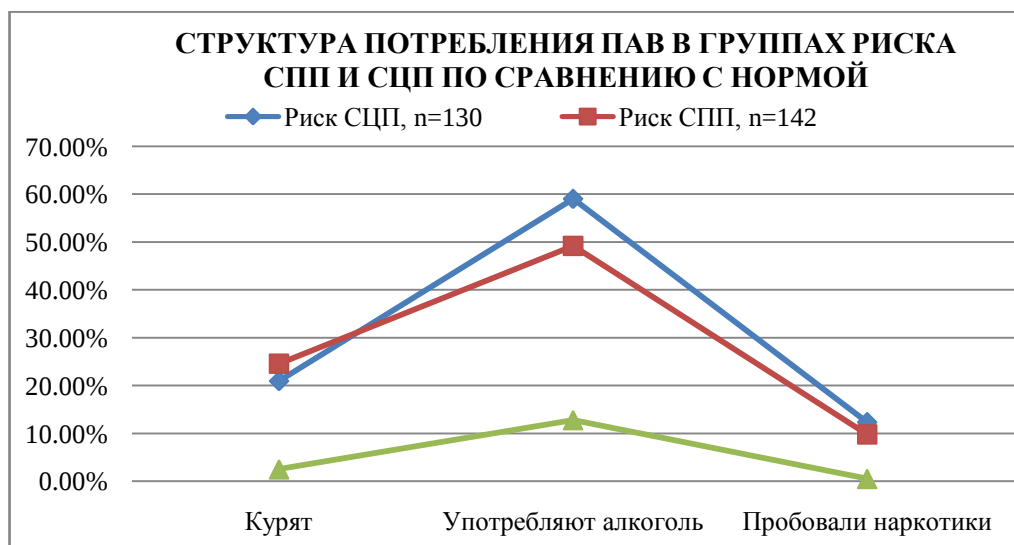


Рисунок 1. Структура потребления ПАВ в группах риска СПП и СЦП по сравнению с нормой (сравнение средних показателей)

Из общей выборки, $n=2025$, была выделена структура употребления ПАВ, ее составили: 118 подростков, использующих табакокурение; 419 употребляют алкоголь, 48 человек пробовали наркотики.

Структура потребления ПАВ выделена также в двух группах риска: с СПП и СЦП. Среди детей группы риска СПП ответили, что курят, 35 человек; употребляют алкоголь 70; пробовали наркотические вещества 14. Среди подростков с суицидальными рисками 27 человек отметили, что курят; 73 употребляют алкоголь; 16 отмечают употребление наркотиков (рис. 1).

У детей групп риска СПП и СЦП по сравнению с группой «нормы» (в которой не выявлено рисков самоповреждения и суицида) следует отметить значительное увеличение интереса ко всем ПАВ: табак, алкоголь, наркотики. И в группе с суицидальным риском, и в группе с риском самоповреждения распределение по видам ПАВ схожее с выраженным преобладанием употребления алкоголя: в обеих группах употребление алкоголя отмечает половина респондентов.

Заключение. Таким образом, аутоагрессивное поведение у подростков отличается полиморфными признаками: высокие показатели употребления ПАВ, а также проявления интереса или осведомленности в данной теме сочетаются с увеличением рисков прямого СПП и СЦП. Активный интерес и осведомленность к теме употребления ПАВ возрастает с 10 до 18 лет. Немаловажную роль также играет такой фактор, как аутоагрессивное поведение родителей подростков. Специфика групп риска во многом связана с возрастными и гендерными особенностями.

Риски проявления разных видов аутоагрессивного поведения в возрастные периоды 10-11; 12-15 и 16-18 лет у девочек и мальчиков отличаются. Склонность к самоповреждению тела, а также к употреблению ПАВ у девочек более выражено. Девочки с наибольшей вероятностью попадают в группу риска развития разных видов аутоагрессивного поведения.

Среди подростков групп риска с СПП и СЦП отмечается значимая роль употребления ПАВ как среди самих подростков, так и среди их родителей, что статистически значимо отличает их от группы нормы. Подростки с суицидальными интенциями отличаются отягощенным аутоагрессивными фактами семейным анамнезом и снижением проективного духовного фактора. Употребление ПАВ у родителей подростков становится наиболее выраженным внешним фактором, характеризующим группу риска.

Прямые аутоагрессивные интенции у подростков подготавливаются как внутри семьи в рамках косвенного СПП родителей, проявляющегося в употреблении ПАВ, так и подкрепляются аутоагрессивным выбором подростков, выражающимся в употреблении ПАВ. Наибольшую роль в структуре потребления ПАВ имеет алкоголь как для родителей, так и для самих подростков группы риска с СПП и СЦП.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева А.А., Булыгина В.Г., Афонина Ю.С. Взаимосвязь самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, № 4 (101), 2018. - С.98-105.
2. Григорьева А.А., Корчагина Г.А. Суицидальное поведение, спровоцированное употреблением психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 2017,

№ 6.- С. 53-55.

3. Дроздецкая И. А. Результаты исследования по выявлению уровня девиаций среди младших подростков общеобразовательных школ // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011, №. 10.

4. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дис... докт. психол. наук., 2017. -422 с.

5. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – СПб.: СпецЛит; 2017. - 366 с.

6. Усачева Е. М. и др. Социально-психологические аспекты самоотравлений бензодиазепинами у подростков // Педиатрия, 2004, Т. 83, №. 6.

7. Федорова Н.Н., Болотников И.Ю. Эпидемиологическое исследование вредных привычек у студенческой молодежи // Вестник АГТУ, 2007, №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskoe-issledovanie-vrednyh-privyчек-u-studencheskoy-molodezhi> (дата обращения: 18.03.2019).

8. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. – СПб.: СпецЛит; 2016. - 207 с.

REFERENCES

1. Grigor'eva A.A., Bulygina V.G., Afonina Ju.S. Vzaimosvjaz' samopovrezhdajushhego povedenija i upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii, № 4 (101), 2018. - S.98-105.

2. Grigor'eva A.A., Korchagina G.A. Suicidal'noe povedenie, sprovocirovannoe upotrebleniem psihoaktivnyh veshhestv // Voprosy narkologii, 2017, № 6.- S. 53-55.

3. Drozdeckaja I. A. Rezul'taty issledovanija po vyjaveniju urovnja deviacij sredi mladshih podrostkov obshheobrazovatel'nyh shkol // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2011, №. 10.

4. Pol'skaja N.A. Fenomenologija i funkcii samopovrezhdajushhego povedenija pri normativnom i narushennom psihicheskom razvitii: dis... d. psihol. n., 2017. -422 s.

5. Popov Ju.V., Pichikov A.A. Suicidal'noe povedenie u podrostkov. – SPb.: SpecLit; 2017. - 366 s.

6. Usacheva E. M. i dr. Social'no-psihologicheskie aspekty samootravlениj benzodiazepinami u podrostkov // Peditrija, 2004, Т. 83, №. 6.

7. Fedorova N.N., Bolotnikov I.Ju. Jepidemiologicheskoe issledovanie vrednyh privyчек u studencheskoj molodezhi // Vestnik AGTU,. 2007, №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskoe-issledovanie-vrednyh-privyчек-u-studencheskoy-molodezhi> (data obrashhenija: 18.03.2019).

8. Shustov D.I. Autoagressija i samoubijstvo pri alkogol'noj zavisimosti: klinika i psihoterapija. – SPb.: SpecLit; 2016. - 207 s.

9. Bresin K., Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis // Clinical Psychology Review. – 2015. – Т. 38. – С. 55-64.

10. Chapman A. L., Gratz K. L., Brown M. Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model // Behavior research and therapy. 2006; 44(3): 371-394.

11. Gratz K. L., Chapman A. L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates // Psychology of Men & Masculinity. – 2007. – Т. 8. – №. 1. – С. 1.

12. Hilt L. M., et al. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model // Jour-

nal of Early Adolescence. 2008; 28(3): 455-469.

13. Kaminer Y., et al. (ed.). Youth substance disorders. American Psychiatric Pub; 2015. 133 p.

14. Mason M. et al. Young adolescents' perceived activity space risk, peer networks, and substance use // Health & place. – 2015. – T. 34. – C. 143-149.

15. Moran P., et al. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015; 131(1): 61-68.

16. Nock M. K., et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts // Psychiatry research. 2006; 144(1): 65-72.

17. Sornberger M. J. et al. Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2012. – T. 42. – №. 3. – C. 266-278.

18. Yang X., Feldman M. W. A reversed gender pattern? A meta-analysis of gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injurious behaviour among Chinese adolescents // BMC public health. – 2018. – T. 18. – №. 1. – C. 66.

19. Whitlock J., Wyman P. A., Moore S. R. Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2014. – T. 44. – №. 3. – C. 246-272. 12.

A.A. Grigorieva

CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH RISK OF SELF-HARM BEHAVIOR AND SUBSTANCE USE

Scientific Research Institute of Narcology, V.Serb'sky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Moscow).

Summary. The article presents epidemiological data reflecting the importance of the problem of autoaggressive behavior in adolescence. The main characteristics of self-injurious behavior of adolescents associated with the use of psychoactive substances are considered. Significant differences in the characteristics of autoaggressive behavior of adolescents of different age groups were obtained, and gender features of different types of autoaggressive behavior of adolescents were identified. It is shown that the risk of using psychoactive substances, as well as the manifestation of interest and/or awareness of adolescents in this topic are combined with an increase in the risks of self-injurious and suicidal behavior.

Keywords: self-injurious behavior, autoaggressive behavior, substance use, adolescents, suicidal risk, gender features, age features.

**ВОСПРИЯТИЕ ОПАСНОСТИ ПОДРОСТКАМИ:
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЯ
ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В статье описывается исследование восприятия разных групп опасных ситуаций (природные, антропогенные и социальные угрозы) подростками в сопоставлении со сверстниками с расстройствами шизофренического спектра и взрослой выборкой. В работе используется набор оригинальных проективных методик. В исследовании приняли участие 187 человек (74 – здоровые подростки, 71 – здоровые взрослые, 42 – подростки с расстройствами шизофренического спектра). Были получены данные о повышении субъективного уровня опасности в клинической группе, данные о возрастной динамике, качественных различиях между ответами в разных выборках.

Ключевые слова: психология риска, восприятие опасности, возрастные различия, расстройства шизофренического спектра, подростковый возраст.

Исследования восприятия опасности восходят к работам показавшим, что оценка угроз человеком не сводится к простому расчету вероятностей разных последствий и их тяжести [3, 4]. На восприятие опасностей влияет множество переменных, таких как возраст, пол, социоэкономический статус, профессиональная подготовка, личностные черты, опыт взаимодействия с угрозой. В свою очередь, от решения об уровне опасности какой-либо ситуации и явления зависит принятие решений о дальнейших действиях и эмоциональное состояние человека. Вместе с тем в исследованиях отмечается значительный пробел. Множество работ сосредоточено на анализе конкретных рисков, связанных с диагнозами и лечением (в медицине), экологическими катастрофами, техническими средствами, поведением водителей на дороге, терроризмом [6]. Однако исследований, охватывающих широкий спектр ситуаций, мало. Несмотря на широкий спектр исследований индивидуальных различий восприятия риска, «белыми пятнами» остаются вопросы возрастной специфики и динамики восприятия опасности. Знания о распознавании опасности в детском возрасте в основном сводятся к анализу проявлений тревожности и страхов как эмоциональных состояний, связанных с чувством опасности, но имеется небольшой пласт исследований восприятия детьми угроз в ситуации дорожного движения, есть специально разработанные для детей тесты оценки угроз на дороге (аналогичные водительским тестам) [10, 12]. В подростковом же возрасте обнаруживается феномен рискованного поведения, который привлекает значительный интерес исследователей [5, 8]. Так, жажда острых ощущений быстро нарастает между 9 и 14 годами, достигает своего пика в юности – в 20 с небольшим лет, после чего постепенно снижается. Это связывается с гормональными изменениями переходного возраста, склонностью к группировке со сверстниками, тяготеющими к риску [13].

Хуже представлена тема искажений восприятия опасности при психических

заболеваниях, хотя имеется множество клинических свидетельств этого. Проводятся отдельные исследования восприятия конкретных рисков людьми с шизофренией, например, угроз здоровью [9]. При этом отмечается, что больные шизофренией оценивают свою подверженность различным рискам для здоровья как более значимую, чем здоровые испытуемые, а сами риски – менее подконтрольными [11].

В нашем исследовании рассматривалась возрастная и клиническая специфика восприятия опасности подростками. Анализ литературных источников позволяет предположить, что для формирования критериев оценки опасности переломным является подростковый возраст как период значительной перестройки в процессах мышления и эмоционально-личностной сфере ребенка. Эндогенная психическая патология оказывает влияние на субъективную опасность окружающего мира, что проявляется на уровне симптоматики заболеваний и ряда отдельных нарушений.

Цель: исследовать параметры восприятия опасностей различного происхождения подростками в норме и при расстройствах шизофренического спектра, оценить возрастные различия по сравнению со взрослой выборкой.

Испытуемые и методы. Контрольная группа – 74 подростка в возрасте 11-17 лет (средний возраст 14 лет), 52 девочки, 22 мальчика, учащихся средних общеобразовательных школ Москвы и Подмосковья и ФГБОУ СПО «Электростальский медицинский колледж ФМБА», не обращавшихся в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью. Клиническая группа – 42 подростка (20 девочек, 22 мальчика; средний возраст 13,9 лет) с диагнозами расстройств шизофренического спектра (F20, F21, F25), проходивших лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ и ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой». Группа сравнения (взрослая норма) – 71 человек (51 женщина, 20 мужчин) в возрасте от 18 до 54 лет (среднее значение 29 лет), студенты ВУЗов и специалисты с законченным высшим образованием.

Диагностический комплекс:

1. «Фото-тест оценки опасности» (авторская методика) – стимульный материал (21 карточка с фотографиями потенциально опасных мест и ситуаций – природные условия, антропогенная среда и социальные взаимодействия) испытуемый должен разделить на 3 группы по степени опасности. Для статистической обработки использовался показатель количества карточек, отнесенных к каждому из трех уровней опасности (общий и по каждому из факторов). Также вычислялся интегральный балл воспринимаемого уровня опасности (общий и по отдельным источникам опасности): карточки, отнесенные к безопасным ситуациям, получали 0 баллов, к опасным – 1 балл, к высокой степени опасности – 2 балла [1].

2. Незаконченные предложения (авторская модификация) - 14 утверждений, посвященных теме опасности, включая 4 «открытые» формулировки, указывающие на наличие опасности, но не раскрывающие ее содержание («Мне не уютно...», «Больше всего я боюсь...») [2].

3. Рисованный апперцептивный тест (РАТ, модифицированная инструкция) – оригинальный стимульный материал методики предлагалось разделить на опасные и безопасные ситуации и описать их. При статистической обработке использовался показатель количества ситуаций, истолкованных как опасные [2].

Результаты. 1. Сопоставление контрольной и клинической подростковых выборок. Количественный анализ данных по всем методикам показывает значимое повышение показателей уровня субъективной опасности среди больных с расстройствами шизофренического спектра. В разных методиках эти различия отмечаются в разной степени выраженности: по методике «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» (фото-тест) – природные опасности (на уровне значимости $p \leq 0,05$); по методике «Незаконченные предложения» ($p \leq 0,05$); по методике РАТ ($p \leq 0,01$).

Фото-тест оценки опасности (рис. 1). Средний балл опасности по отдельным карточкам сходен в контрольной и клинической группах. Отметим, что есть ситуации, которые в обеих группах в среднем относятся к безопасным («стадион», «толпа»), и те, которые в основном оцениваются испытуемыми как опасные («молния», «пожар», «корабль»). На уровне отдельных ситуаций результаты по выборкам близкие.



Рисунок 1. Сопоставление среднего балла опасности по отдельным карточкам фото-теста в контрольной и клинической подростковой группах

РАТ. Анализ частоты выбора карточек методики в качестве опасных указывает на наличие как общих предпочтений, так и межгрупповых различий (рис. 2). Наиболее часто в категорию опасных попадают ситуации, изображенные на карточках №№ 1, 4, 6, 8 (52-97% случаев выбора). Наименее часто опасными расцениваются ситуации, изображенные на карточках №№ 2, 3, 5, 7 (6-40% случаев выбора). На уровне значимости $p \leq 0,05$ подтверждается повышенная частота выбора карточек № 3 и № 8 в клинической группе по сравнению с контрольной, при этом практически по всем остальным карточкам в клинической группе отмечается слабо выраженная тенденция к повышению частоты указаний на опасность по сравнению с контрольной группой

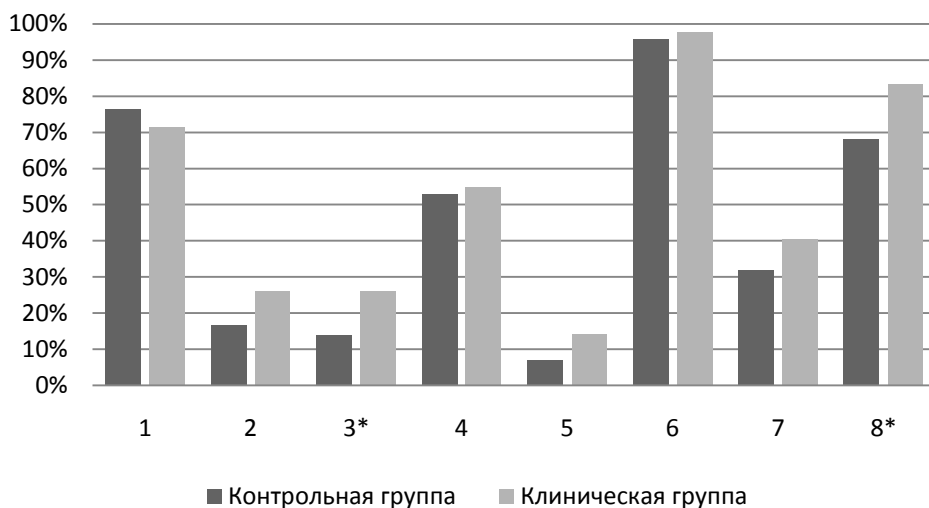


Рисунок 2. Сопоставление подростковых групп по оценке опасности ситуаций в методике РАТ (по оси ординат – процент испытуемых, оценивших ситуацию, как опасную, по оси абсцисс – номер карточки, * - значимые различия)

При анализе содержаний ответов обращает на себя внимание ряд особенностей в клинической группе. Часть ответов подростков с расстройствами шизофренического спектра носит отпечаток искажений в мышлении и восприятии – «змеи, червяки», «молитва: может быть опасно, если молиться кому-нибудь не тому, секта». В клинической группе иногда наблюдается рассогласование оценки опасности изображенной ситуации и ее описания: например, существенная доля ответов, упоминающих конфликт («громко говорит, а другой может подойти и навешать ему»), отмечается как безопасные ситуации, или же наоборот, ситуации с нейтральным описанием оцениваются как опасные («танцы, может голова закружиться», «танцы, еще один стоит слева»). Интерес представляет и группа ответов, встречающихся чаще в клинической группе, в которых предполагается, что один персонаж стоит или наступает на другого (карточка № 6 с изображением лежащего человека и стоящего рядом с ним): «идет по человеку», «человек стоит на другом человеке или рядом с лежащим; если стоит на нем, то на голове, что неправильно». Такое описание может быть как следствием сложности восприятия абстрактного материала, так и отказом принимать драматическое толкование (по механизму вытеснения). Подростки с расстройствами шизофренического спектра иногда оценивают опасность ситуации, не раскрывая содержания опасности и заменяя его формальным описанием изображенного. Например, «опасные» ситуации: «человек держит руку на голове, другой уходит», «один на другого смотрит», «кланяется», «человек заснул». Это может являться следствием снижения способности к пониманию содержания межличностного взаимодействия.

Незаконченные предложения. Для формулировок с неопределенным содержанием опасности как в норме, так и у подростков с психической патологией значительно повышено количество окончаний ($p \leq 0,01$), упоминающих социальные угро-

зы по сравнению с иными источниками опасности. В контрольной группе чаще упоминаются положительные аспекты опасности (приобретение нового опыта, положительных эмоций) и описываются способы преодоления угрозы или меры безопасности для ее недопущения. В контрольной группе на формулировки с не названным источником опасности подростки могут давать отказ, например, вместо окончания предложения отвечая «Мне везде хорошо», «Я ничего не боюсь», «Я не знаю». Такие ответы могут указывать на высокую уверенность в своих силах и проявление «персонального мифа» неуязвимости [7]. Открытые формулировки обращаются к более личным переживаниям испытуемого и требуют от него оформить свои представления об опасности, в прочих же случаях задача испытуемого – выразить свое отношения к конкретным ситуациям и явлениям. Примечательно, что подростки с психической патологией не прибегают к подобному отказу. В контрольной группе отказы встречаются у существенного числа испытуемых (18%). В то же время не стоит исключать возможности, что отказы у здоровых испытуемых связаны с особенностями контакта и вызваны нежеланием делиться личными страхами в беседе, носящей исследовательский характер.

2. Возрастные различия в восприятии опасности. По результатам «Фото-теста оценки опасности» балл воспринимаемой опасности в группе подростков выше, чем в группе взрослых испытуемых (критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,01$). Значимые различия также отмечаются для опасностей социального ($p \leq 0,05$) и антропогенного ($p \leq 0,01$) происхождения. В методике РАТ отмечается снижение числа карточек, оцениваемых как опасные (критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,01$).

Для более детальной оценки возрастной динамики восприятия опасности контрольная группа была разбита на две возрастные группы: «младшие подростки» (12-14 лет) и «старшие подростки» (15-17 лет). Анализ результатов по методике РАТ показал, что младшие подростки к опасным относят большее число ситуаций ($p \leq 0,05$). По другим методикам достоверные различия отсутствуют. Тенденция к ослаблению субъективной опасности согласуется с имеющимися данными о возрастной динамике рискованного поведения, которые указывают на рост склонности к поиску острых ощущений, приходящийся на подростковый возраст и проходящий пик в районе 20 лет. В сопоставлении с данными взрослых испытуемых можно говорить о тенденции к дальнейшему снижению уровня субъективной опасности.

Сопоставление содержания ответов взрослых и подростков указывает на следующее: в методике РАТ для описания ситуаций используются сходные формулировки. При этом во взрослой выборке в ряде случаев звучат цитаты из различных произведений или отсылки к ним («Отдай колбасу, я все проучу!», «ярмарка тщеславия», «быть или не быть – вот в чем вопрос», «охотник на людей из S.T.A.L.K.E.R»), что не отмечается в подростковых выборках. В «Незаконченных предложениях» обращает на себя внимание разница в ответах на открытые формулировки. Взрослые испытуемые в отличие от подростков контрольной группы не прибегают к отказу. Кроме того меняется основное содержание ответа на вопрос «Больше всего я боюсь...» Если в подростковом возрасте чаще всего в качестве ответов звучат одиночество и темнота, то во взрослой выборке самый частый ответ – смерть близких людей. Также меняется отношение в вопросе «Моему здоровью может навредить...» Если в подростковом возрасте в ос-

новном звучат ответы-клише «курение, алкоголь, наркотики», то среди взрослых испытуемых количество таких ответов снижается, уступая место ответам с указанием на конкретные факторы, провоцирующие заболевания (холод, высокая влажность, стресс), либо случайность («что угодно», «слепой случай»).

Обсуждение. Полученные результаты указывают на то, что процесс восприятия опасности испытывает неоднозначное влияние со стороны таких индивидуальных особенностей, как возраст или наличие психического заболевания у испытуемого. Для всех выборок испытуемых прослеживается общая тенденция к преобладанию субъективной опасности социальных угроз над прочими источниками опасности. По-видимому, это общая характеристика, но стоит учесть, что в данном исследовании в основном принимали участие жители крупных городов (исключение составляли некоторые испытуемые клинической группы, проживающих за пределами Москвы и Московской области). Следовательно, испытуемые имели ограниченный опыт общения с угрозами природного происхождения, будучи защищенными от многих их тяжелых последствий. Городская же среда является привычным окружением, и антропогенные угрозы могут испытывать на себе эффекты привыкания и ложного положительного опыта. Вместе с тем мы можем отметить тенденцию к повышению уровня субъективной опасности у испытуемых, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Анализ содержания ответов испытуемых указывает на различия в субъективной опасности ситуаций для здоровых подростков и подростков с психической патологией. В норме для подросткового возраста характерно, с одной стороны, повышение роли социального взаимодействия и, в свою очередь, появление страхов в этой сфере. С другой стороны, подростки могут игнорировать опасности, которые связаны со взаимодействием с внешней средой, делая их сферой поиска новых ощущений, проверки своих возможностей. У подростков с психической патологией ощущение опасности выступает как ощущение генерализованной угрозы со стороны внешнего мира либо же как глубоко индивидуальные переживания. На качественном уровне у больных отмечаются причудливые суждения об опасности, отражающие картину болезни, расхождения оценки уровня опасности и ее интерпретации, импульсивность оценок угрозы. Оценка возрастной динамики показывает тенденцию к снижению уровня субъективной опасности по мере взросления. Вместе с тем, оценки отдельных внешних угроз подростками и взрослыми сходны. Анализ ответов испытуемых показывает на изменение содержания основных угроз – угрозы здоровью конкретизируются, страх одиночества во взрослом состоянии трансформируется в страх потери близких. В сущности, эти страхи близки, однако одиночество – более абстрактное понятие и может относиться к состояниям поиска идентичности и экзистенциальным переживаниям.

Выводы:

1. Предлагаемый комплекс по оценке восприятия опасности выявляет ее возрастные особенности от младшего подросткового к взрослому (зрелому) возрасту и обнаруживает возрастное своеобразие восприятия опасности.

2. Восприятие опасности в выборках здоровых подростков, подростков с расстройствами шизофренического спектра и взрослых имеет как общие черты, так и различия.

2.1. У подростков с расстройствами шизофренического спектра отмечается повышение уровня субъективной опасности по всему комплексу по сравнению со здоровыми сверстниками.

2.2. Субъективный уровень опасности окружающего снижается с возрастом от младших подростков к последующим возрастам.

3. Суждения об опасности у подростков с расстройствами шизофренического спектра могут быть причудливыми, отражая картину болезни, оценка уровня опасности и его интерпретация не всегда соотносимы между собой.

4. Между здоровыми подростками и взрослыми отмечаются качественные различия в истолковании наиболее серьезных угроз, есть своя динамика преобладания источников опасности, при этом здоровые подростки могут игнорировать опасность, придавая ей позитивный смысл.

5. Частотные ответы здоровых испытуемых показывают снижение уровня субъективной опасности по мере взросления, возрастную динамику основных видов угроз и опасности, их качественную трансформацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вещикова М.И. Восприятие опасности подростками и его связь с личностными чертами подростков в норме и при психической патологии // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8. № 1. С. 56–62.

2. Вещикова М.И., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е. Проективный метод в оценке восприятия опасности внешнего мира подростками с психической патологией // Ж. неврол. и психиатр. им. СС Корсакова. Спецвыпуски. 2016. Т. 116. №. 4. С. 50-56.

3. Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. - Харьков: Гуманитарный центр, 2005. - 632 с.

4. Канеман Д., Тверски А. Рациональный выбор, ценности и фреймы // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 4. С. 31–42.

5. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Некоторые проявления рискованного поведения у городских подростков: биопсихосоциальная трактовка // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014 (14). № 2. С. 14-24.

REFERENCES

1. Veshhikova M.I. Vospriyatie opasnosti podrostkami i ego svjaz' s lichnostnymi chertami podrostkov v norme i pri psihicheskoj patologii // Vestnik JuUrGU. Serija «Psihologija». 2015. T. 8. № 1. S. 56 – 62.

2. Veshhikova M.I., Zvereva N.V., Balakireva E.E. Proektivnyj metod v ocenke vosprijatija opasnosti vneshnego mira podrostkami s psihicheskoj patologiej // Zh. nevrol. i psihiatr. im. SS Korsakova. Specvypuski. 2016. T. 116. №. 4. S. 50-56.

3. Kaneman D., Slovik P., Tverski A. Prinjatie reshenij v neopredelennosti: Pravila i predubezhdenija. - Har'kov: Gumanitarnyj centr, 2005. - 632 s.

4. Kaneman D., Tverski A. Racional'nyj vybor, cennosti i frejmy // Psihologicheskij zhurnal. 2003. T. 24. № 4. S. 31 – 42.

5. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. Nekotorye projavlenija riskovogo povedenija u gorodskih podrostkov: biopsihosocial'naja traktovka // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2014 (14). № 2. S. 14-24. Breakwell Glynis M. The Psychology of Risk. New York: Cambridge UP, 2007. 335 p. Print.

-
6. Elkind D. Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 1967. Vol. 38. № 4. P. 1025-1034.
 7. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 1992, Vol. 12. № 4. P. 374-390.
 8. Maguire P.A., Reay R.E., Looi J.C.L. A sense of dread: affect and risk perception in people with schizophrenia during an influenza pandemic // *Australasian Psychiatry*. 2019: <https://doi.org/10.1177/1039856219839467>.
 9. Meyer S., Sagberg F., Torquato R. Traffic hazard perception among children // *Transportation research part F: traffic psychology and behavior*. 2014. T. 26. P. 190-198.
 10. Prentice K.J., Gold J.M., Carpenter W.T. Jr. Optimistic bias in the perception of personal risk: patterns in schizophrenia // *American Journal of Psychiatry*. 2005. T. 162. №. 3. P. 507-512.
 11. Vansteenkiste P. et al. A hazard-perception test for cycling children: An exploratory study // *Transportation research part F: traffic psychology and behavior*. 2016. T. 41. P. 182-194.
 12. Zuckerman M., Kuhlman D.M. Personality and risk-taking: Common biosocial factors // *Journal of personality*. 2000. T. 68. №. 6. P. 999-1029.

M.I. Veshchikova, N.V. Zvereva

**HAZARD PERCEPTION IN ADOLESCENTS:
AGE DIFFERENCES AND DIFFERENCES AMONG ADOLESCENTS
WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS**

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The article describes investigation of perception of different danger situations (natural, anthropogenic and social hazards) in adolescents. The results compared with answers of adolescents with schizophrenia spectrum disorders and adults. The work uses original set of projective methods. The sample size is 185 people (72 – healthy adolescents, 71 – adults, 42 – adolescents with schizophrenia spectrum disorders. The data shows the increase of subjective level of danger in clinical sample and qualitative differences in answers of participants of different samples.

Keywords: psychology of risk, hazard perception, age differences, schizophrenia spectrum disorders, adolescence.

**ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ,
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ**

Е.В. Павлова¹, С.В. Смирнова², А.А. Кривенкова³

**ИНСТРУМЕНТЫ ПОЗИТИВНОЙ И ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

¹ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет» (Благовещенск), ²ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет» (Севастополь), ³Амурская региональная общественная организация содействия приемным семьям «Мамонтенок» (Благовещенск).

Резюме. В статье рассматриваются понятие, факторы возникновения нарушений и психологические особенности подростков с нарушениями пищевого поведения. Показано, что подростки с различными типами нарушений пищевого поведения, а также без нарушений, в большей степени различаются по выраженности актуальных способностей, менее – по уровню субъективного контроля, и не различаются по показателю алекситимии. Проанализированы возможности позитивной и транскультуральной психотерапии в диагностической и терапевтической работе с подростками с нарушениями пищевого поведения.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения; позитивная психотерапия; транскультуральность; подростки; актуальные способности; уровень субъективного контроля; алекситимия; модель баланса.

Сложность и многоаспектность проблемы нарушений пищевого поведения (НПП) обуславливает необходимость подбора чувствительных диагностических инструментов и методов психологической интервенции, релевантных решаемым задачам. Первоначально различные аспекты НПП рассматривались преимущественно в медицинском ключе. Позднее была доказана их значительная психологическая обусловленность. В современных исследованиях пищевое поведение рассматривается как «ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию», «все компоненты поведения человека, которые присутствуют в нормальном процессе приема пищи» [8]. На психологическом уровне характер пищевого поведения во многом определяется тем, какое место еда занимает в иерархии ценностей человека [9, 10]. Большую роль также играет культура, к которой принадлежит человек. Основоположник позитивной и транскультуральной психотерапии Н. Пезешкиан подчеркивал, что в восточной системе ценностей питание занимает одно из ведущих мест. Так, признаками красоты и здоровья является полнота в сочетании с хорошим аппетитом. Повышение аппетита при стрессе и эмоциональном напряжении воспринимается как норма. В западной системе ценностей отношение к питанию и весу скорее противоположное [11, 12].

НПП – это «психическое заболевание, негативно влияющее на физическое и психическое здоровье человека, которое характеризуется ненормальным потреб-

лением пищи» [8]; нарушение приема пищи, связанное с возникновением психологической зависимости, при котором человек подавляет избыток или восполняет недостаток эмоций с помощью разнообразных действий, связанных с едой.

Чаще всего НПП рассматривается как комплексное, включающее и физиологический фактор (нарушения обмена веществ, неправильное питание, истощение и т. д.), и психологический (преобладание отрицательных эмоций, длительные переживания, трудности с социальной адаптацией и др.). Т.Г. Вознесенская полагает, что нарушения пищевого поведения возникают в тех случаях, когда еда является в семье основным источником поощрения, удовольствия [3]. Д.Д. Менделевич рассматривает НПП как психосоматические заболевания [9]. Также в ряде работ нарушения пищевого поведения рассматриваются в связи с механизмами психологической защиты [2, 8]. Нарушения пищевого поведения могут препятствовать адаптации человека, поскольку прием пищи становится для него своеобразной альтернативой повседневной жизни, способом совладания с повседневными трудностями и обязанностями [9], приобретает форму аддикции [7].

Существуют различные классификации НПП. В данной работе мы опираемся на классификацию, описанную Т.Г. Вознесенской. Она выделяет: 1) экстернальное пищевое поведение; 2) эмоциогенное пищевое поведение (включает следующие подвиды: углеводная «жажда», компульсивная гиперфагия, предменструальная гиперфагия, ограничительное пищевое поведение). Экстернальное пищевое поведение выражается в повышении аппетита в ответ на внешние стимулы, а не на чувство голода. При эмоциогенном пищевом поведении еда употребляется для смягчения остроты эмоциональных переживаний. Развитию эмоциогенного нарушения пищевого поведения способствуют «социальная ориентированность, низкая стрессоустойчивость, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость, социально предписанный перфекционизм, склонность к формированию зависимостей, а также повышенная и в то же время плохо контролируемая эмоциональность» [4].

Ограничительное пищевое поведение – избыточные самоограничения в пище и строгие диеты, которые сменяются периодами сильного переедания. В данном случае голодание и ограничение приема пищи рассматривается как символическая попытка подростка контролировать чувство агрессии. Крайняя форма ограничительного пищевого поведения – нервная анорексия – в позитивной и транскультуральной психотерапии понимается как «способность обходиться малыми средствами» [11], а в качестве одной из ее причин рассматривается внутриличностный конфликт.

Нарушения пищевого поведения в подростковом возрасте часто связаны с неспособностью человека достаточно эффективно решить основные «задачи возраста» в данный период жизни. Изменение границ подросткового возраста с 10-11 до 14-15 лет (в работах Д.Б. Эльконина и других советских психологов) на 13-17 лет (в периодизации Г.С. Абрамовой) указывает на то, что взросление современных детей откладывается на более поздний период [1], однако перечень задач развития остается практически неизменным.

Важным моментом в развитии подростка является принятие своей внешне-

сти. Ему необходимо скорректировать свое физическое «Я» с учетом всех изменений, происходящих в организме во время полового созревания, а также научиться заботиться о своем теле. Центральным и специфическим новообразованием в личности подростка является «чувство взрослости». В то же время ресурсов для «взрослого» поведения у подростка чаще всего недостаточно. Острое эмоциональное переживание данного факта может проявляться в том числе в нарушениях пищевого поведения. Риск развития подобных нарушений выше в семьях, в которых не принято открытое выражение эмоций. Повышение массы тела приводит к снижению социальной спонтанности и повышению эмоциональной лабильности; вытесняемая тревога соматизируется [8].

В рамках позитивной и транскультуральной психотерапии возникновение ряда заболеваний связывается со степенью развития актуальных способностей человека (они могут быть развиты оптимально, быть в дефиците или в избытке). Понятие «актуальная способность» характеризует повседневные навыки и нормы поведения, устремления и мотивации, проявляющиеся в актуальных ситуациях [5]; ценности, определяющие мировоззрение человека и зачастую являющиеся источником конфликтных переживаний и содержанием конфликта (который, в свою очередь, может соматизироваться). В связи с этим представляется важным исследовать актуальные способности подростков с различными типами НПП в сочетании с традиционно рассматриваемыми в данном контексте психологическими качествами (такими как алекситимия и уровень субъективного контроля).

Целью данной работы является анализ возможностей «Висбаденского опросника» в диагностике психологических особенностей подростков с нарушениями пищевого поведения и определении на основе диагностики основных мишеней психотерапии. **Гипотеза исследования:** актуальные способности подростков с различными типами пищевого поведения различаются в большей степени, чем уровень алекситимии и уровень субъективного контроля.

«Висбаденский опросник» был разработан Н. Пезешкианом в сотрудничестве с Х. Дайденахом для оценки характерологических и личностных особенностей людей и оценки способов переработки индивидуальных и социальных конфликтов. В русскоязычной литературе не отражены возрастные ограничения в применении опросника. В то же время практикующими специалистами он используется в работе с различными возрастными группами для мониторинга эффективности психотерапии. В частности, в рамках аккредитованной Всемирной Ассоциацией Позитивной Психотерапии (WAPP) программы «Позитивная психотерапия в педиатрии» предлагается использовать «Висбаденский опросник» для работы с подростками 14-15 лет.

Таким образом, были использованы следующие **методики:** для выявления типов НПП – «Голландский опросник пищевого поведения» (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ) Г.Ж. Тейлор; для выявления психологических особенностей подростков: 1) «Висбаденский опросник» в методе позитивной психотерапии и семейной терапии (Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie, WIPPF) Н. Пезешкиана; 2) опросник «Уровень субъективного контроля (УСК)» (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд); 3) «Торонтская

алекситимическая шкала» (Toronto Alexithymia Scale, TAS), разработана Г.Ж. Тейлор. Для статистической обработки данных использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (при уровне значимости $p \leq 0,05$).

Исследование проводилось на базе Общеобразовательного лицея ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет». Поскольку Лицей является структурным подразделением ФГБОУ ВО «АмГУ», преподавателями и студентами кафедры психологии и педагогики указанного вуза на его базе регулярно ведется исследовательская работа. Интерес к исследованию пищевого поведения обусловлен тем, что учащиеся проводят в лицее порядка 7 часов ежедневно. Нерегулярное или обедненное питание при высоких нагрузках неблагоприятно влияет на состояние здоровья школьников. **Выборку** исследования составили 40 подростков (95,2% всех обучающихся в 10 классах), из них 22 мальчика и 18 девочек. Возраст испытуемых 15-16 лет. Более двух третей опрошенных проживают в полных семьях.

В соответствии с результатами диагностики пищевого поведения было сформировано 5 групп подростков: 1) с эмоциогенным пищевым поведением (10% опрошенных); 2) с экстернальным пищевым поведением (12,5%); 3) с ограничительным пищевым поведением (17,5%); 4) подростки, у которых в равной степени выражены два НПП (25%); 5) без НПП (35%). Далее группа № 4 не рассматривается, а группа № 5 выступает как группа сравнения.

В результате диагностики было выявлено, что у всех подростков с эмоциогенным НПП ярко выражены следующие актуальные способности: «честность» (открытость), «доверие», «верность», «надежда».

В позитивной психотерапии под «честностью» понимается способность делиться с другими мыслями, чувствами, мнениями, не обращая внимания на возможные внешние влияния и последствия. Подростки данной группы склонны к формированию зависимостей (что может быть связано с развитием актуальной способности «верность» – способности принадлежать кому-либо или к чему-либо), перекладыванию решения своих проблем на других (что объясняет высокую выраженность актуальной способности «доверие» – способность быть в состоянии положиться на кого-либо и чувствовать себя при этом в безопасности). Актуальная способность «надежда» понимается в том числе как оптимизм и уверенность в будущем, что в целом характерно для подросткового возраста. У 75% подростков данной группы переработка актуальных конфликтов осуществляется в сфере контактов либо в сфере фантазий (при недостаточной внешней поддержке). У части подростков указанные сферы выражены в равной степени.

У подростков с экстернальным типом НПП выражены следующие актуальные способности: «надежда» (у 100%), «справедливость» (100%), «сексуальность» (80%), «любовь» (80%). В подростковом возрасте обострено чувство справедливости (способность различать правильное и неправильное в поведении другого человека и своем). Подростки часто осуждают поведение взрослых. Актуальная способность «сексуальность/нежность/телесность» – способность получать удовольствие от собственного тела и от тела партнера, отношение к физическому контакту. Подростки с экстернальным типом НПП зачастую име-

ют низкую самооценку и боятся социального осуждения, поэтому 60% из них решают конфликты посредством ухода в сферу фантазий.

У большинства подростков с ограничительным типом НПП наиболее выражены: «послушание» (у 85,5%), «вежливость» (85,7%), «надежда» (85,5%). Актуальная способность «вежливость» описывает склонность и умение скрывать свои чувства, мысли, отношения, а также наличие скрытой агрессии по отношению к социуму. Подростки данной группы зависимы от положительных оценок окружающих, склонны подавлять собственные желания, способны делать то, что требуют обстоятельства. Выраженность актуальной способности «надежда» в сочетании с вежливостью и послушанием делают ограничения в пище терпимыми, поскольку есть некая внутренняя перспектива улучшения ситуации, несмотря на лишения в настоящем.

При ограничительном типе НПП подростки склонны к чрезмерным физическим нагрузкам, включающим спортивные занятия и избыточно активный отдых (то есть переработка актуальных конфликтов осуществляется в сфере тела – у 28,6% подростков). У 57,1% подростков выявлена переработка конфликта через контакты, у 57,1% – в сфере фантазии (у ряда респондентов в равной степени значимы две сферы).

В группе подростков без НПП все актуальные способности выражены умеренно. Распределение энергии по четырем сферам жизни в целом равномерно. У 78,7% подростков выявлена преимущественная стратегия переработки актуального конфликта в сфере фантазии.

При сравнении актуальных способностей подростков с эмоциогенным и экстернальным типами НПП было выявлено, что актуальная способность «справедливость» ярче выражена у подростков с экстернальным типом ($U=1,50$), а «верность» – у подростков с эмоциогенным типом пищевого поведения ($U=1,50$). У подростков с эмоциогенным типом НПП статистически значимо сильнее, по сравнению с подростками без НПП, выражены способности «надежность» ($U=6,0$), «верность» ($U=4,50$) и «любовь» ($U=9,00$). Актуальная способность «послушание» ($U=5,00$) более выражена у подростков с ограничительным типом пищевого поведения по сравнению с подростками с экстернальным типом. У подростков с ограничительным типом НПП более развиты, по сравнению с подростками без нарушений пищевого поведения, способности «усердие» ($U=17,50$), «надежность» ($U=18,50$) и «послушание» ($U=19,50$). Статистически значимые различия в выраженности остальных актуальных способностей и в сферах разрешения конфликтов не выявлены.

В результате диагностики алекситимии выявлено, что среди респондентов с эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения отсутствуют подростки с низким уровнем алекситимии. Большая часть опрошенных данной группы (75%) испытывают затруднения при распознавании своих собственных эмоций и эмоций других людей, у 25% выявлен высокий уровень алекситимии. В группах подростков с экстернальным и ограничительным типами НПП есть респонденты как с высоким (20% и 28,57% соответственно), так и с низким (20% и 28,57%) уровнями алекситимии. Примерно у половины подростков в данных группах присутствует средний уровень алекситимии, что соответствует зоне риска ее дальнейшего

развития. Схожее распределение выявлено и в группе подростков, не имеющих НПП (низкий уровень выявлен у 21,42% подростков, средний – у 50%, высокий – у 28,58%). При сравнении показателей алекситимии в четырех рассматриваемых группах статистически значимые различия не выявлены.

Исследование уровня (степени выраженности) субъективного контроля подростков позволило выявить, что для 75% респондентов с эмоциогенным типом пищевого поведения характерен низкий показатель интернальности, это свидетельствует о склонности приписывать ответственность за свою жизнь другим людям и внешним обстоятельствам (табл. 1). В наибольшей степени экстернальность проявляется в области производственных отношений (школьной жизни), в области неудач и в отношении собственного здоровья. У 100% подростков с экстернальным типом НПП выявлена низкая общая интернальность: они ориентируются на внешние стимулы не только в рамках приема пищи, но и в значительной части жизненных ситуаций. В наибольшей степени экстернальность проявляется в областях производственных отношений (школьной жизни), семейных отношений и неудач. В отличие от подростков с эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения представители данной группы имеют высокие показатели интернальности в области достижений (у 80%), межличностных отношений (у 80%) и здоровья (у 60% респондентов).

Таблица 1.

Процентное распределение подростков в зависимости от степени выраженности субъективного контроля (интернальности)

Степень выраженности	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из	Общий показатель
Подростки с эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения							
Высокая	50	25	50	0	50	25	25
Низкая	50	75	50	100	50	75	75
Подростки с экстернальным типом нарушения пищевого поведения							
Высокая	80	40	40	0	80	60	0
Низкая	20	60	60	100	20	40	100
Подростки с ограничительным типом нарушения пищевого поведения							
Высокая	28,57	14,28	42,85	0	14,28	0	0
Низкая	71,42	85,71	57,14	100	85,71	100	100
Подростки без нарушений пищевого поведения							
Высокая	7,15	42,85	50	0	21,42	28,57	7,15
Низкая	92,85	57,14	50	100	78,58	71,43	92,85

Примечание: шкала интернальности Ид – в области достижений, Ин – в области неудач, Ис – в семейных отношениях, Ип – в области производственных отношений, Им – в области межличностных отношений, Из – в отношении здоровья и болезни.

У всех подростков с ограничительным типом нарушения пищевого поведения также выявлена низкая общая интернальность; проявляется экстерналь-

ность в областях производственных отношений и собственного здоровья. В других областях у значительной части подростков также присутствует экстернальность. Исключением является сфера семейных отношений – здесь 42,85% подростков принимают ответственность на себя.

В группе без НПП также преобладают подростки с низким уровнем интернальности: 92,85% из них не вполне понимают влияние своих поступков на ход собственной жизни. Так же, как и подростки с различными типами НПП, подростки данной группы в большинстве своем не считают себя ответственными за отношения в школьной жизни, за сферу межличностных отношений, собственное здоровье и достижения. Около половины подростков данной группы полагают, что от них зависят события в семье, а также их неудачи; примерно треть принимает ответственность за собственное здоровье.

Статистически значимые различия выявлены только при сравнении подростков с ограничительным типом НПП и подростков без НПП по шкалам интернальности в области неудач ($U=20,50$) – более выражена у подростков без НПП – и интернальности в отношении здоровья и болезни ($U=20,0$) – более выражена у подростков с ограничительным типом НПП.

Сопоставление результатов вышеописанных методик показывает, что актуальные способности подростков с различными типами пищевого поведения (как с нарушениями, так и без) различаются в большей степени, чем показатели алекситимии и уровня субъективного контроля. Соответственно, можно сделать предварительные выводы о целесообразности использования Висбаденского опросника для дифференциальной диагностики при работе с подростками с НПП и необходимости дальнейшего исследования на расширенной (как по составу, так и в возрастном диапазоне) выборке.

Выявленные актуальные способности позволяют наметить мишени психотерапии в работе с подростками. Позитивная и транскультуральная психотерапия как ресурсориентированный психотерапевтический метод с гуманистическим взглядом на человека опирается на идеи целостности, утверждает, что сущность человека определяют не дефекты, а способности. Каждая актуальная способность, будучи выражена умеренно, является ресурсом. Дефицит или избыток способности рассматриваются как причины дизадаптации, в том числе – возникновения НПП. «Балансировка» данных способностей позволяет сделать поведение подростка более адаптивным. В процессе психотерапии исследуются также способы переработки подростком актуальных конфликтов и семейные концепции, обусловившие развитие актуальных способностей и устойчивых моделей поведения. Поиск ресурсов и овладение способами их использования позволяет подросткам с НПП отказаться от еды как основного способа регуляции эмоций, расширить репертуар поведенческих стратегий, развиваться более гармонично.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. Учеб. пособие для студ. вузов. - Екатеринбург: Деловая книга, 2002. – 704 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их

коррекция // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2-6.

4. Захарова М.Л., Егоренко А.О. Особенности защитно-совладающего поведения девушек с ограничительным и эмоциогенным типами пищевого поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 5 (34) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mprj.ru>.

5. Кириллов И.О. Позитивная психотерапия: базовый курс. – М.: Страна Оз, 2019. – 328 с.

6. Коркина М.В. Нервная анорексия непроецессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом дисморфомании) // Клиническая динамика невротических и психопатий. – СПб.: Медицина, 1997. – С. 128-151.

7. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире. – Новосибирск: Наука, 1990. – 224 с.

8. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога. – М.: Наука, 2002. – 1041 с.

9. Менделевич В.Д. Пищевые зависимости, аддикции – нервная анорексия, нервная булимия // Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007. – 369 с.

10. Овчарова Р.В. Психологические особенности женщин с нарушениями пищевого поведения // Вестник КГУ. – 2016. – № 2. – Серия «Физиология, психология, медицина», вып. 8. – С. 91-97.

11. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006 – 464 с.

12. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт. – М.: Март, 1996. – 336 с.

13. Скугаревский О.А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления // Психотерапия и клиническая психология. – 2003. – № 2 (7). – С. 25-29.

REFERENCES

1. Abramova G.S. Vozrastnaja psihologija. Ucheb. posobie dlja stud. vuzov. - Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2002. – 704 s.

2. Brojtigam V., Kristian P., Rad M. Psihosomaticeskaja medicina: Kratk. uchebn. – М.: GJeOTAR MEDICINA, 1999. – 376 s.

3. Voznesenskaja T.G. Rasstrojstva pishhevo go povedenija pri ozhireнии i ih korr- rekcija // Ozhireние i metabolism. – 2004. – № 2. – S. 2-6.

4. Zaharova M.L., Egorenko A.O. Osobennosti zashhitno-sovladajushhego po- vedenija devushek s ogranichitel'ny m i jemociogennym tipami pishhevo go povedeni- ja // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2015. – № 5 (34) [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <http://mprj.ru>.

5. Kirillov I.O. Pozitivnaja psihoterapija: bazovyj kurs. – М.: Страна Oz, 2019. – 328 s.

6. Korkina M.V. Nervnaja anoreksija neprocessual'noj prirody (k voprosu o ee nozologicheskoy prinadlezhnosti i vzaimootnoshenijah s sindromom dismorfomanii) // Klinicheskaja dinamika nevrozov i psihopatij. – SPb.: Medicina, 1997. – S. 128-151.

7. Korolenko C.P., Donskih T.A. Sem' putej k katastrofe. Destruktivnoe povede- nie v sovremennom mire. – Novosibirsk: Nauka, 1990. – 224 s.

8. Malkina-Pyh I.G. Terapija pishhevo go povedenija: spravochnik praktichesko-

go psihologa. – M.: Nauka, 2002. – 1041 s.

9. Mendelevich V.D. Pishhevye zavisimosti, addikcii – nervnaja anoreksija, nervnaja bulimija // Rukovodstvo po addiktologii. – SPb.: Rech', 2007. – 369 s.

10. Ovcharova R.V. Psihologicheskie osobennosti zhenshhin s narushenijami pishheвого povedenija // Vestnik KGU. – 2016. – № 2. – Serija «Fiziologija, psihologija, medicina», vyp. 8. – S. 91-97.

11. Pezeshkian N. Psihosomatika i pozitivnaja psihoterapija. – M.: Institut pozitivnoj psihoterapii, 2006 – 464 s.

12. Pezeshkian N. Pozitivnaja semejnaja psihoterapija: sem'ja kak psihoterapevt. – M.: Mart, 1996. – 336 s.

13. Skugarevskij O.A. Klassifikacionnye kriterii narushenij pishheвого povedenija i soprjazhennye povedencheskie projavlenija // Psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2003. – № 2 (7). – S. 25-29.

E.V. Pavlova¹, S.V. Smirnova², A.A. Krivenkova³

**INSTRUMENTS OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL
PSYCHOTHERAPY IN DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC WORK
WITH ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS**

¹Amur State University (Blagoveshchensk), ²Sevastopol State University (Sevastopol), ³Amur regional public organization for assistance to foster families «Mammoth» (Blagoveshchensk).

Summary. The article discusses the concept, factors of occurrence of disorders and psychological characteristics of adolescents with eating disorders. It was shown that adolescents with various types of eating disorders, as well as without violations, more differ in the severity of actual abilities, less in the level of subjective control, and do not differ in alexithymia. The possibilities of positive and transcultural psychotherapy in diagnostic and therapeutic work with adolescents with eating disorders are analyzed.

Keywords: eating disorders; positive psychotherapy; transculturality; adolescents; current abilities; level of subjective control; alexithymia; balance model.

**МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В результате обследования 150 детей в возрасте от 0 до 4 лет с проявлениями страхов и тревоги описаны соматовегетативные и поведенческие признаки этих состояний. Клинические проявления легли в основу диагностической таблицы, которая дает возможность не только выявить наличие страха, но и оценить количественно степень его выраженности. Разработанная методика диагностики может быть полезна в работе педиатров, детских неврологов, психиатров, психологов, психотерапевтов.

Ключевые слова: ранний возраст, страхи, тревожное расстройство, диагностика.

Проблема страхов в детском возрасте, как и другие эмоциональные проявления в рамках психологической нормы и психической патологии, изучалась многими исследователями как в онтогенетическом аспекте, так и в рамках становления психической болезни. В то же время изучение возникновения и динамики тревожно-фобических психопатологических проявлений в раннем и дошкольном возрасте, их клиническая феноменология и связь с определенными повреждающими факторами (генетическими, церебрально-органическими, психогенными) по-прежнему представляют определенный научно-практический интерес.

Диагностика психических нарушений в раннем детском возрасте представляет собой значительные трудности в силу недостаточной изученности их клинических проявлений, а также отсутствия объективных методик обследования в частности эмоциональной сферы. В то же время эмоциональные нарушения в младенческом и раннем детском возрасте являются предикторами аффективных нарушений в будущем. Особенно актуально выявление тревожно-фобических расстройств, т. к., по мнению некоторых авторов, именно тревоги и страхи маскируют депрессии раннего возраста, а приступообразные страхи могут быть проявлением психотического состояния [1, 7].

Стандартные психологические методы диагностики тревоги и страхов, предложенные А. Захаровым [5], Ф. Аменом, И.Б. Дермановой [4] подразумевают достаточную зрелость эмоциональной и познавательной сфер, поэтому могут быть использованы для детей старше 3-4 лет. К числу факторов, усложняющих своевременную диагностику фобического синдрома в детском возрасте, принадлежит полиморфизм его клинических проявлений.

Целью нашего исследования была разработка критериев диагностики тревожно-фобического синдрома в раннем детском возрасте с возможным объединением их в диагностическую методику.

С этой целью было **обследовано** 150 детей в возрасте от 0 до 4 лет включительно с признаками страхов и тревоги. Из них 35 человек – дети, чьи матери активно обращались с жалобами к психологу и неврологу психолого-медико-педагогического центра; 22 человека – дети, находящиеся на лечении в специа-

лизированном психоневрологическом санатории; остальные 93 ребенка – дети из дома ребенка.

В работе использовались клинические (психопатологический, неврологический, педиатрический) и параклинические (психологические) **методы исследования**.

В процессе обследования у 52 детей выявлены признаки резидуальной церебрально-органической патологии в форме минимальной мозговой дисфункции, у 64 детей – психический дизонтогенез в форме шизотипического диатеза [7]. Остальные 34 ребенка были относительно здоровы или с проявлениями депривационного синдрома [9].

У наблюдаемых детей отмечена корреляция возраста появления фобического синдрома с факторами риска его возникновения (табл. 1).

Таблица 1.

Возраст появления синдрома страха	Минимальная мозговая дисфункция	Шизотипический диатез	Материнская депривация
0-1 г.	18	31	9
1-3 г.	10	26	5
3-5 лет	24	17	20
Всего:	52	64	34

Данные таблицы показывают, что наиболее часто тревожно-фобический синдром диагностируется у детей с шизотипическим диатезом и минимальной мозговой дисфункцией. Именно в группе с психическим дизонтогенезом отмечается наиболее раннее в возрастном аспекте возникновение страхов. Это еще раз подтверждает клиническую значимость своевременной диагностики выше указанного синдрома.

Учитывая, что ранний возраст широко вариативен в отношении уровня нервно-психического развития, мы предположили, что клинические проявления тревоги и страха также различаются на возрастных этапах раннего детства. На основании наблюдений нами описаны типы реакций, расцениваемые как страх, в зависимости от возраста ребенка (табл. 2).

На основании проведенных нами многолетних наблюдений, опираясь на описания страхов, представленные в различных исследованиях [2, 5, 6, 8, 11, 13], мы попытались предложить проспективную методику выявления страхов у детей раннего возраста.

Все признаки страхов в раннем возрасте были сгруппированы на двух уровнях – психическом (эмоциональном и поведенческом) и соматическом (вегетативном и мышечном) и вместе с перечнем ситуаций, наиболее часто вызывающих страх составили диагностическую таблицу (см. ниже).

Полученная таблица может быть рекомендована в качестве опросника для родителей, сотрудников домов ребенка, а также использоваться при педиатрическом или неврологическом осмотре.

Таблица 2.

	вздрагивание	нарушение мышечного тонуса	мимика испуга	крик, плач	сомато-вегетативные реакции	реакции отказа, сопротивление	двигательное беспокойство или замирание	избегающее поведение, стереотипии, ритуалы	нарушения речи	оборонительные действия, агрессия, аутоагрессия
1-4 мес.										
5-6 мес.										
7-12 мес.										
старше 1 года										

В случае совпадения перечисленных ситуаций с диагностическими индикаторами ставится «+». Полученный протокол обследования подвергается качественному и количественному анализу. Интенсивность страха оценивается по 3-балльной системе, где «+» оценивается как – «реакция страха присутствует», «++» - страх в допустимых обоснованных пределах, «+++» - высокая интенсивность реакции страха.

Допустимое количество страхов зависит от условной возрастной нормы: в возрасте 2 лет и младше - 1-2 страха, старше 2 лет – 2-3 страха. Качественный анализ показывает адекватность содержания страха, соответствие его возрастной норме, влияние страха на поведение. В случае выявления большого количества страхов, обозначенных «+++», состояние ребенка следует расценивать как риск возникновения психической патологии и рекомендовать консультацию психолога, невролога, семейного психотерапевта, в случае «+++» - консультацию психиатра.

Например, в доме ребенка мальчик в возрасте 1г. 10мес. начинает громко кричать, когда во время еды ему на руку падают крошка от хлеба или капля от напитка. Во время пронзительного крика он мечется, стряхивает с себя крошку так усиленно, что даже когда крошки уже нет, он продолжает с силой бить себя по рукам. Процесс кормления на этом заканчивается. Мальчик долго плачет, чаще лежа на полу. Затем успокаивается, но в течение нескольких часов отмечается отсутствие активной речи.

Данный страх был расценен как тактильный, крайне интенсивный. В графе «другие тактильные» указывается возраст возникновения страхов 1г. 10мес., крик – «+++», аутоагрессия – «++», двигательное беспокойство – «+++», мутизм – «+». Учитывая, что интенсивность страха не адекватна вызывающей его ситуации, а проявления страха периодически повторяются в виде однообразного приступа, ребенку рекомендованы консультации психиатра и epileptолога.

№ п/п		Ситуации и объекты	Возраст	Проявления страха (диагностические индикаторы)																	
				Поведение				Двигательные нарушения как проявление мышечного гипертонуса				Сомато-вегетативные реакции									
				плач (крик)	избегание или отрицание	активный отказ, сопротивление	агрессия	двигат. беспокойство (реакция "бегства")	тремор	обездвиженность	мутизм	заикание	другие	частота дыхания	частота сердечных сокращений	дрожь	гипергидроз кожи	побледнение (покраснение) кожи	другие		
I	Звуковые:																				
		резкий неожиданный звук																			
		шум бытовых приборов																			
		интонация материнского голоса																			
		другие																			
II	Визуальные:																				
		приближение круглых предметов																			
		чужие люди																			
		другие ситуации																			
III	Пищевые (связанные с приемом пищи):																				
		грудь																			
		пустышка																			
		бутылочка																			
		ложка																			
	Введение новых продуктов:																				
		твёрдой пищи																			
		пищи определённого цвета																			
		другие																			
IV	Тактильные:																				
		стрижки волос, ногтей																			
		купания																			
		мытья головы																			
		одевания																			
		взятия на руки																			
		"торжка"																			
		другие																			
V	Игровые (связанные с игрой):																				
		куклы																			
		животные																			
		др. игрушки																			
VI	Разлука с матерью																				
VII	Ночные страхи																				

Другой пример. Мама 2-летней девочки обратилась к психологу по поводу того, что ребенок отталкивает от себя кукол, отказываясь от игр с ними. При обследовании выявлено, что девочка также избегает общения с чужими людьми, отворачиваясь, отказываясь здороваться и отвечать на вопросы. Когда ее действительно спрашивают «как тебя зовут?» - начинает тихо плакать. У девочки отмечаются запоры и атопический дерматит.

В соответствующих графах таблицы отмечается присутствие страха кукол в виде оборонительных действий – «+», страха чужих людей в форме избегания – «+», мутизма – «+», плача – «+». На основании наличия двух страхов (что может быть возрастной нормой) на фоне соматизированных признаков тревоги рекомендована консультация детского психотерапевта с целью диагностики семейной ситуации, детско-родительских отношений и возможной психологической коррекции поведения.

В ходе исследования сделаны следующие **выводы**:

- Выявление тревожно-фобического расстройства возможно с младенческого периода жизни на основании характерных изменений поведения и сопровождающих его дисфункций соматовегетативной сферы и мышечного тонуса.
- Нарушение пищевого поведения является одним из первых критериев диагностики тревожных расстройств в возрасте до 1 года.
- Клинические проявления тревожно-фобических расстройств зависят от возраста ребенка, степени его психической зрелости и типа повреждающего фактора. Чем младше ребенок, тем менее эмоциональными и более соматизированными являются проявления тревоги и страха. Преобладание в младенчестве аффективного компонента страха над соматовегетативным можно расценивать как признак психического дизонтогенеза в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. - М., 1995.-147 с.
2. Валон А. Психическое развитие ребенка. - СПб., 2001-103 с.
3. Волкова О.М., Проселкова М.Е., Козловская Г.В. Тревожно – фобические расстройства в раннем детском возрасте // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 2012, № 1. - С. 31-34.
4. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. - СПб., 2002. – 176 с.
5. Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей. - М., 1986. – 109 с.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1995. – 560 с.
7. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста: дисс... докт. мед. наук. - М., 1995.
8. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. - М., 1969 – 660 с.
9. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот. Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1996.
10. Проселкова М.О., Волкова О.М. Отражение тревожно-фобических расстройств в пищевом поведении младенцев // Сб. мат-лов конф. «Психическое здоровье детей и подростков». - Томск, 2010. – С. 45-47.
11. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М., 1973. – 392 с.
12. Эберлайн Г. Страхи здоровых детей. - М., 1981. - 193 с.

REFERENCES

1. Bashina V.M. Rannjaja detskaja shizofrenija. - M., 1995.–147 s.
2. Valon A. Psihicheskoe razvitie rebjonka. - SPb.,2001–103 s.
3. Volkova O.M., Proselkova M.E., Kozlovskaja G.V. Trevozhno – fobicheskie rasstrojstv v rannem detskom vozraste // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova, 2012, № 1. - S. 31-34.
4. Dermanova I.B. Diagnostika jemocional'no-nravstvennogo razvitija. - SPb., 2002. – 176 s.
5. Zaharov A.I. Kak preodolet' strahi u detej. - M., 1986. – 109 s.
6. Koval'ov V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta.- M., 1995. – 560 s.
7. Kozlovskaja G.V. Psihicheskie narushenija u detej rannego vozrasta: diss... d. m. n. - M., 1995.
8. Piazhe Zh. Izbrannye psihologicheskie trudy. - M., 1969 – 660 s.
9. Proselkova M.O. Osobennosti psihicheskogo zdorov'ja detej-sirot. Avtoref. diss... k. m. n. - M., 1996.
10. Proselkova M.O., Volkova O.M. Otrazhenie trevozhno-fobicheskikh rasstrojstv v pishhevom povedenii mladencev // Sb. mat-lov konf. «Psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov». - Tomsk, 2010. – S. 45-47.
11. Ushakov G.K. Detskaja psihiatrija. - M., 1973. – 392 s.
12. Jeberlajn G. Strahi zdorovyh detej. - M., 1981. - 193 s.
13. Bowlby J. Attachment and Loss Separation: Anxiety and Anger. New York, 1975.

O.M. Volkova

**ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN EARLY CHILDHOOD:
CLINICAL MANIFESTATIONS AND DIAGNOSIS**

Research Center of Mental Health (Moscow).

Summary. A survey of 150 children aged 0 to 4 years with symptoms of fear and anxiety are described somatic-vegetative and behavioral symptoms of these conditions. Clinical manifestations formed the basis of the diagnostic table, which makes it possible to not only detect the presence of fear, but also to quantify the degree of its severity. The developed method of diagnosis may be useful in the work of pediatricians, pediatric neurologists, psychiatrists, psychologists, psychotherapists.

Keywords: early age, fears, anxiety disorder, diagnosis.

Л.А. Сурчакова, А.Р. Кирпиков

**АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ
САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ «ГРУППЫ РИСКА»**

Удмуртский государственный университет (Ижевск).

Резюме. Статья посвящена арт-терапии как средства коррекции самооотношения подростков «группы риска». Рассматривается категория самооотношение, изучаются средства арт-терапии как способ улучшения компонентов самооотношения у подростков «группы риска».

Ключевые слова: арт-терапия, самооотношение, самосознание, подростковый возраст, «группа риска», особенности подростков «группы риска», девиантное поведение.

Проблема становления самооотношения в структуре самосознания наиболее актуальной становится в подростковом возрасте как вследствие неоднозначного и самого кризисного этапа развития личности, когда негативное самооотношение (низкое самопринятие, самооценность, самообвинение) в структуре самосознания, ведет к дисгармоничной личности подростка: снижается мотивация, проявляются суицидальные настроения, происходит нарушение норм и правил, ценностей общества, которые могут привести к росту девиантного поведения подростков. В данном этапе возрастного развития преобладает группа подростков повышенного риска, так как на становление личности подростка влияют трудности кризиса, которые обусловлены психогормональными процессами и искаженной Я-концепцией, самооотношением, а также на внутренние противоречия оказывают перестройка механизмов социального контроля. Социальное положение в подростковом возрасте от 12 до 17 лет чаще не имеет стабильности, теряется собственная значимость в силу возникающих трудностей во внутреннем мире.

Профилактика является необходимым условием в подростковом возрасте как средство предупреждения девиаций, и стоит отметить, что данный этап возрастного развития является сенситивным для формирования позитивного самооотношения, актуальна специально организованная психологическая помощь, направленная на коррекцию самооотношения в структуре самосознания в среде подростков «группы риска».

Актуальность исследования обусловлена существующими противоречиями развития самооотношения в структуре самосознания подростков «группы риска», а именно:

- между социальной ситуацией развития и новообразованиями возраста;
- между новой внутренней позицией и прежним положением ;
- между важностью соблюдения в реальности и способами реализации желаемых правил, норм, отношений .

Также можно выделить и следующее противоречие между тем, что не смотря на то, что арт-терапия за последние годы зарекомендовала себя как эффективный метод психокоррекции, психопрофилактики, реабилитации, отсутствуют це-

ленаправленные исследования, доказывающие эффективность применения средств арт-терапии для коррекции самооотношения именно у различной категории подростков, входящих в «группы риска», в образовательном учреждении.

Рассматривая средства арт-терапии как один из способов психологической помощи подросткам «группы риска», отметим, что в научном мире арт-терапия на данном этапе представлена методами: клиническая системная арт-терапия (отечественная модель), семейный системный подход, психодинамический (аналитический), экзистенциально-гуманистический, гештальт-метод и др.

Возможности арт-терапии в работе с подростками и теоретические основания для нее рассматривались достаточно глубоко западными арт-терапевтами. В публикациях приводятся данные о положительных изменениях от применения средств арт-терапии для решения различных существующих проблем на данном этапе взросления и определяется область применения средств арт-терапии для подростков в научном мире, а именно: для повышения самооценки [3], позитивного образа «Я», для оптимизации коммуникационных навыков, снижения уровня стрессовых состояний, тревожности, страхов, коррекции агрессивного поведения, психической и социальной адаптации, для эмоционального развития, первичной и вторичной профилактики девиантного поведения, в коррекции психических травм, а также профилактики экстремистского поведения.

На сегодняшний день эффективность применения средств арт-терапии доказана в работах с подростками с ОВЗ и из неблагополучных семей, подростками в условиях детского дома-интерната как средство профилактики развития с выраженной акцентуацией, эмоциональными нарушениями, девиантного поведения и с подростками, пережившими кризисное состояние [1, 7, 9, 10].

Эффективным средством для коррекционных задач и профилактики девиантного поведения может выступать программа на основе средств арт-терапии, в ходе проведения которой снижаются и улучшаются искажения в самосознании подростка, удовлетворяется потребность в самовыражении через изобразительные упражнения. Применяемые средства искусства компенсируют негативные переживания в социально приемлемых способах вместо разрушительного поведения [4]. Развитие самоконтроля, анализ эмоций и понимание других происходит через невербальные проявления, через управление своими эмоциональными состояниями. Символические художественные образы, невербальная коммуникация благоприятствуют преодолению психической травмы [5]. Такие факторы, как фактор художественной экспрессии, психотерапевтических отношений, интерпретации и вербальной обратной связи оказывают эффективное воздействие на подростка. Разрешаются внутриличностные конфликты, улучшаются стрессовые состояния, развивается рефлексивное мышление.

Средства рассматриваемого метода доказывают ее эффективность с подростками с проблемным поведением для их успешной социализации в обществе, занятия создают условия для благополучного межличностного общения, активизируют взаимопомощь между подростками. [11]. Изобразительная деятельность дает представление о внутреннем мире взрослеющей личности и помогает приобщить его к социальным и нравственным ценностям. Изобразительные средства могут затрагивать не только осознаваемые, но и неосознаваемые ком-

поненты самоотношения через символы, где достигается слияние бессознательных и сознательных процессов, которое оказывает благоприятное воздействие на переживания чувства подростка и, как следствие, на повышение уровня самопринятия [8].

Исследователи в большинстве своем подчеркивают, что преимущество средства арт-терапии состоит в использовании невербальных способов самовыражения. А для подростка, особенно «группы риска», который имеет трудности во взаимоотношениях, данный фактор очень важен - это способ выражения неосознаваемого психического состояния и трудностей через метафоры и символы [2, 6].

Таким образом, мы пришли к выводу, что средства арт-терапии в русле гуманистического метода являются оптимальным вариантом помощи подросткам «группы риска», имеющим слабо развитое рефлексивное «Я», сложности в понимании собственных переживаний, в коррекции негативного самоотношения.

Изучив характеристику и структуру самоотношения подростков «группы риска», мы разработали коррекционную программу средствами арт-терапии (изотерапии, музыкотерапии, фототерапии), направленную на его улучшение, которое определило тему данного исследования. Для проверки гипотезы был проведен **формирующий эксперимент**, в ходе которого экспериментальная группа прошла курс занятий по разработанной программе (24 занятия 2 раза в неделю). Для оценки результативности программы было проведено повторное тестирование участников экспериментальной группы, а полученные данные были статистически обработаны.

По результатам повторной диагностики изучения самоотношения по методике исследования самоотношения нами получены следующие данные: показатели шкал по методике исследования самоотношения С.Р. Пантелеева (МИС) подростков «группы риска» на констатирующем и контрольном этапе эксперимента. Отмечены изменения по шкале саморуководства, самопринятия, самооценности, самоуверенности - показатели повысились. Средние значения имеют шкалы «Отраженное самоотношение», «Самообвинение». Самообвинение осталось почти на прежнем уровне.

Шкала самоотношения	Экспериментальная группа		
	До	После	Разница
Закрытость	8,1	6,9	-1,2
Самоуверенность	2,3	3,4	1,1
Саморуководство	2,4	4,4	2,0
«Отраженное самоотношение»	2,9	3,1	0,2
Самооценность	2,0	3,4	1,4
Самопринятие	2,9	4,9	1,6
Самопривязанность	7,1	7,6	0,5
Конфликтность	7,5	7,1	-0,4
Самообвинение	5,0	5,1	0,1

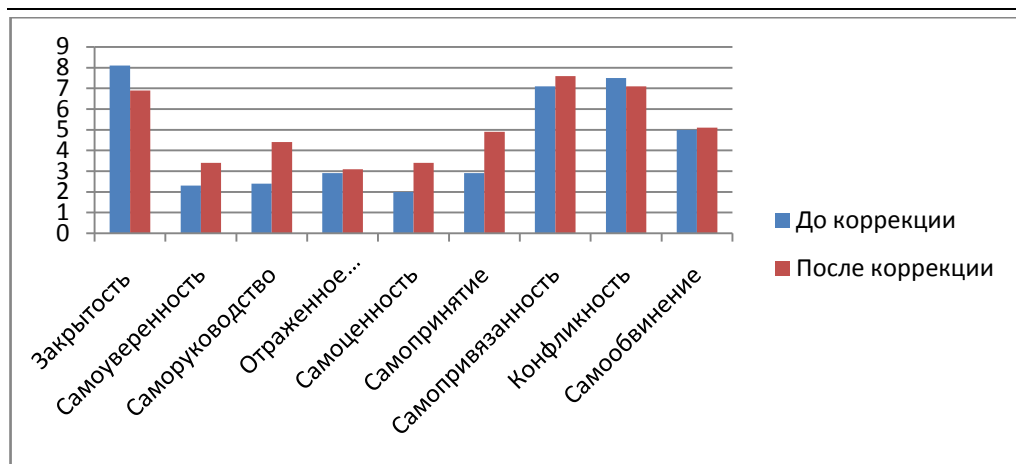


Рисунок 1. Показатели шкал по методике МИС подростков «группы риска» на констатирующем и контрольном этапе эксперимента.

Изменения самооотношения в результате формирующего эксперимента свидетельствуют о повышении таких компонентов самооотношения, как саморуководство, самоуверенность и самоценность. Данные изменения несут тенденцию к более активной жизненной позиции, стремлению брать ответственность за свои поступки и уверенности в том, что собственная личность, ее характеристики и деятельность способны вызывать уважение окружающих, а ее уникальный внутренний мир представляет большую ценность.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что средства арт-терапии являются эффективным методом улучшения самооотношения у подростков «группы риска», в том числе:

- повышения уровня самоуверенности, самоценности и самопринятия;
- снижения уровня самообвинения и внутренней конфликтности;
- повышения стремления к самопознанию и развитию.

Разработанная программа арт-терапии может рекомендоваться для коррекционно-развивающей работы с подростками, направленной на улучшение самооотношения подростков, профилактику отклоняющегося и асоциального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Педология подростка. – М.: Наука, 1931. – 300 с.
2. Вальдес Одриосола М.С. Арт-терапия в работе с подростками. Психотерапевтические виды художественной деятельности: методическое пособие. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 61с.
3. Денисова Е.А., Воробьева Н.А. Возможности арт-терапии в работе с подростками. // Человек в современном мире: возможности личностной и профессиональной реализации в изменяющихся условиях. Региональная науч.-практ. конф. – Тольятти: Издательство ТГУ, 2017. – С. 93-98.
4. Зеленкова, И.В. Изотерапия в работе с девиантными подростками // Социосфера. - 2014. - № 2. - С.108-111.
5. Изотова М.Х., Сорокин В.М. Эмоциональная сфера детей-жертв теракта // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. - 2009. - № 2-1. - С. 216-220.
6. Копытин А. И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: Когито-Центр, 2017. – 196 с.
7. Кочеткова М.Ю., Пронюшкина Т.Г. Арт-терапия как психолого-

педагогическая технология в работе с детьми-сиротами. // Инновационная наука. - 2015. - № 12-3. - С.205-206.

8. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. - СПб.: Речь, 2003. - 256 с.

9. Макарычева Т.Ф. Эффективность современных методов в коррекционной работе с подростками. // Студенческая наука и XXI век. - 2017. - № 15. - С. 315-317.

10. Токарева Е.Ю. Необходимость применения методов арт-терапии для коррекции психического состояния подростков с ограниченными возможностями здоровья. // Мир педагогики и психологии. - 2018. - № 3(20). - С. 122-125.

11. Халиуллина Л.Р., Мухлислова Ф.Г. Фототерапия в работе с девиантными подростками. // Международный журнал экспериментального образования. - 2014. - № 6-1. - С. 105.

REFERENCES

1. Vygotskij L.S. Pedologija podroстка. - M.: Nauka, 1931. - 300 s.

2. Val'des Odriosola M.S. Art-terapija v rabote s podrostkami. Psihoterapevтиcheskie vidy hudozhestvennoj dejatel'nosti: metodicheskoe posobie. - M.: VLADOS, 2007. - 61с.

3. Denisova E.A., Vorob'eva N.A. Vozmozhnosti art-terapii v rabote s podrostkami. // Chelovek v sovremennom mire: vozmozhnosti lichnostnoj i professional'noj realizacii v izmenjajushhihsja uslovijah. Regional'naja nauch.-prakt. konf. - Tol'jatti: Izdatel'stvo TGU, 2017. - S. 93-98.

4. Zelenkova, I.V. Izoterapija v rabote s deviantnymi podrostkami // Sociosfera. - 2014. - № 2. - S.108-111.

5. Izotova M.H., Sorokin V.M. Jemocional'naja sfera detej-zhertv terakta // Vestnik SPbGU. Serija 12. Sociologija. - 2009. - № 2-1. - S. 216-220.

6. Kopytin A. I., Svistovskaja E.E. Art-terapija detej i podrostkov. - M.: Kogito-Centr, 2017. - 196 s.

7. Kochetkova M.Ju., Pronjushkina T.G. Art-terapija kak psihologo-pedagogicheskaja tehnologija v rabote s det'mi-sirotami. // Innovacionnaja nauka. - 2015. - № 12-3. - S.205-206.

8. Lebedeva L.D. Praktika art-terapii: podhody, diagnostika, sistema zanjatij. - SPb.: Rech', 2003. - 256 s.

9. Makarycheva T.F. Jeффективnost' sovremennyh metodov v korrekcionnoj rabote s podrostkami. // Studencheskaja nauka i XXI vek. - 2017. - № 15. - S. 315-317.

10. Tokareva E.Ju. Neobhodimost' primeneniya metodov art-terapii dlja korrekcii psihicheskogo sostojanija podrostkov s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja. // Mir pedagogiki i psihologii. - 2018. - № 3(20). - S. 122-125.

11. Haliullina L.R., Muhlisova F.G. Fototerapija v rabote s deviantnymi podrostkami. // Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija. - 2014. - № 6-1. - S. 1.

L.A. Surchakova, A.R. Kirpikov

ART-THERAPY AS A MEANS OF CORRECTION OF SELF-ATTITUDE OF TEENAGERS «GROUPS OF RISK»

Udmurt State University (Ighevsk).

Summary. The article is devoted to art-therapy as a means of correcting the self-attitude of adolescents «at risk». The category of self-relation is considered, means of art-therapy as a way of improvement of components of self-relation at teenagers of «risk group» are studied.

Keywords: art-therapy, self-attitude, self-awareness, adolescence, «risk group», features of adolescents «risk group», deviant behavior.

Ю.А. Федорова, М.В. Нухова, О.Н. Хахлова, Э.Ш. Шаяхметова
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК РЕСУРСНОЕ КАЧЕСТВО
ЗАМЕЩАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы» (Уфа).

Резюме. В статье рассмотрены основные особенности личности кандидата в замещающие родители. Проанализированы взаимосвязи стрессоустойчивости с личностными характеристиками кандидатов в замещающие родители. Исследование проводилось с 50 кандидатами в замещающие родители – 34 женщинами и 16 мужчинами в возрасте от 25 до 65 лет.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, замещающее родительство, готовность к замещающему родительству, приемная семья, ресурсы.

Введение. Изучение готовности замещающей семьи к принятию ребенка, а также социализация ребенка в этой семье является значимым направлением исследований в социальной, педагогической и семейной психологии, психологическом консультировании и смежных науках [9]. При этом традиционные семейные устои и закономерности развития семьи не всегда применимы для замещающей семьи. Во-первых, само появление приемного ребенка – это кризисный период для супружеской пары. Во-вторых, приемный ребенок обладает особенностями развития, требующими от родителей дополнительных знаний, сил и эмоциональных ресурсов. В-третьих, частое отсутствие опыта воспитания собственных детей и низкая родительская компетентность становятся дополнительным стрессовым фактором для родителей [6, 7].

Воспитание приемного ребенка в замещающей семье сопряжено с трудностями, главными отличительными чертами которых являются «стресс нового образа жизни», социально-психологическая отчужденность, обуславливающие возможные негативные поведенческие реакции ребенка, ухудшение атмосферы семейных отношений [1]. Процесс принятия ребенка в семью, адаптация семейной системы, ее трансформация являются стрессогенными для всех членов семьи. От способности замещающих родителей противостоять воздействию социальных стресс-факторов и успешности в преодолении трудных жизненных ситуаций, возникающих в пространстве профессиональной замещающей семьи, зависит психическое здоровье и развитие приемного ребенка. На этом пути одним из важных составляющих является развитие стрессоустойчивости, что позволит предупреждать возникновение критических ситуаций, совершенствовать эффективность взаимодействия родителей с ребенком [4].

Актуальность исследования особенностей стрессоустойчивости кандидатов в замещающие родители обусловлена прежде всего тем, что при психолого-педагогической подготовке данной категории лиц большое внимание уделяется компоненту знания взаимодействия с ребенком и меньшее значение придается развитию личностных качеств и характеристик личности. Стрессоустойчивость как ресурс замещающего родителя является фактором, отражающим психическое здоровье личности. Критериями психологического здоровья является хорошо развитая рефлексия, стрессоустойчивость, умение находить собственные ресурсы в трудной ситуации [2], полнота эмоциональных и поведенческих про-

явлений личности, опора на собственную внутреннюю сущность [5], самопринятие и умение справляться со своими эмоциональными трудностями без ущерба для окружающих, «самообъективность» как четкое представление о своих сильных и слабых сторонах, наличие системы ценностей, содержащих главную цель и придающей смысл всему, что делает человек [8].

Целью исследования является изучение стрессоустойчивости как ресурсного качества замещающего родителя.

Организация и методы исследования. В период с сентября по декабрь 2018 г. было проведено исследование в школе приемных родителей на базе ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы» с 50 кандидатами в замещающие родители – 34 женщинами и 16 мужчинами в возрасте от 25 до 65 лет.

Для исследования стрессоустойчивости использовалась методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге. Для выявления личностных характеристик кандидатов в замещающие родители применялись шестнадцати-факторный личностный опросник Р. Кеттелла и методика определения доминирующего настроения Л.В. Куликова.

Математико-статистическая обработка полученного материала проводилась при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2007 и программного пакета SPSS-22 с использованием общепринятых методов вариационной статистики. В ходе математической обработки вычислялась средняя арифметическая величина результатов тестирования (М), t-критерий Стьюдента (критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05), корреляционный и факторный анализы.

Изложение основного материала статьи. Результаты исследования стрессоустойчивости кандидатов в замещающие родители по методике Т. Холмса и Р. Раге представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Особенности стрессоустойчивости кандидатов в замещающие родители

Обследуемая группа	Стрессоустойчивость по методике Т. Холмса, Р. Раге	p
Мужчины (n=16)	122,2 $\pm$ 2,66	>0,05
Женщины (n=34)	129,6 $\pm$ 1,96	

Полученные данные свидетельствуют о том, что стрессоустойчивость женщин незначительно выше, чем стрессоустойчивость мужчин, но не достоверно. Данные различия могут объясняться способом реагирования женщин и мужчин. Женщины более эмоциональны и коммуникабельны по своей природе, поэтому они способны делиться своими переживаниями и более эффективно противостоять стрессу.

Для проверки гипотезы о существовании взаимосвязи между стрессоустойчивостью и личностными качествами кандидатов в замещающие родители было проведено корреляционное исследование. С помощью метода ранговой корреляции Спирмена были соотнесены результаты испытуемых. Результаты корреляционного анализа выявили положительную взаимосвязь между стрессоустойчивостью и фактором «покорность–доминантность» ($r=0,29$), это означает, что чем выше стрессоустойчивость, тем выше личностные характеристики –

доминантность, властность, неуступчивость, самоуверенность, упрямство, независимость. Следовательно, кандидаты в замещающие родители данной группы склонны проявить властность, независимость и данная стратегия поведения повышает их устойчивость стрессу. Когда их точка зрения не разделяется, они стараются ее отстоять с целью достижения справедливости и поддержки собственной самооценки. Описанное поведение взаимосвязано со стрессоустойчивостью личности, постольку отстаивание своих интересов и границ позволяет отстаивать целостность своих взглядов и родительских установок.

Факторный анализ позволил выявить качества, напрямую связанные со стрессоустойчивостью кандидатов в замещающие родители (табл. 2).

Таблица 2.

Расчетные нагрузки общих факторов

<i>Личностные факторы</i>	<i>Фактор 1</i>	<i>Фактор 2</i>	<i>Фактор 3</i>	<i>Фактор 4</i>
удовлетворенность– неудовлетворенность жизнью	,753			
устойчивость–неустойчивость эмоционального фона	,538			
спокойствие–тревога	,638			
раскованность–напряженность	,659			
высокий–низкий тонус	,863			
доминантность		,664		
дипломатичность		-,685		
напряженность		,721		
конформность		,676		
самодисциплинированность		,570		
интеллектуальность			-,821	
самооценка			,721	
самоуверенность			,454	
подозрительность				-,666
мечтательность				-,472
самостоятельность				-,763

Примечание: в таблице представлены показатели личностных особенностей, которые имеют достоверно значимые связи со стрессоустойчивостью.

Так, первый фактор имеет наибольшие нагрузки на показатели, отражающие эмоциональный фон кандидата в замещающие родители. Выявлены положительные взаимосвязи высокого уровня стрессоустойчивости с высоким тонусом ($r=0,863$), удовлетворенностью жизнью в целом ($r=0,753$), устойчивостью эмоционального фона ($r=0,538$), спокойствием ($r=0,638$), раскованностью ($r=0,659$). Следовательно, наибольшей стрессоустойчивостью будут обладать потенциальные родители, у которых положительный эмоциональный фон. С такими людьми легче разговаривать, они готовы обсуждать любые проблемы, у них адекватное реагирование на текущие и возможные события жизни. Однако, следует помнить, что такие люди слабо реагируют на сложности не только в своей жизни, но и на чужие проблемы, поскольку позитивно настроенные люди либо не воспринимают проблем всерьез (стратегия игнорирования, отрицания),

либо пытаются уйти от их решения (стратегия избегания).

Второй фактор наиболее сильно нагружают признаки, связанные со стилем поведения личности. Высокие положительные корреляционные связи отмечены с показателями: доминантность ($r=0,664$), дипломатичность ($r=0,685$), напряженность ($r=0,721$), конформность ($r=0,676$), самодисциплинированность ($r=0,570$). Совершенно очевидно, что система взаимоотношений родителей и детей в каждой семье – это уникальное образование, их взаимодействия многогранны и неповторимы, как каждый родитель и каждый ребенок в замещающей семье. Заботясь о детях, родители выстраивают собственное поведение, определяют отношение к ним на основе своих правил и ценностей и формируют свой стиль поведения с ребенком.

Третий фактор имеет отрицательную корреляцию с показателем интеллектуальность ($r=-0,821$) и положительные с самооценкой ($r=0,721$), самоуверенностью ($r=0,454$). На наш взгляд, подобные личности лучше информированы, меньше склонны к морализаторству, выражают больший интерес к науке, нежели к догмам. Более того, они готовы к нарушению привычек и устоявшихся традиций, им свойственна независимость суждений, взглядов и поведения.

Четвертый фактор нагружают показатели: подозрительность, мечтательность и самостоятельность, уровни корреляции соответственно $r=-0,666$, $r=-0,472$, $r=-0,763$. Подозрительность и мечтательность значительно снижают стрессоустойчивость кандидатов в замещающие родители. Поскольку, постоянно ожидая чего-то плохого от детей, сложно быть спокойным и счастливым человеком. Склонность к мечтаниям, не имеющим отношения к действительности, приводит к такому же эффекту. Самостоятельность как свойство личности, проявляющееся в инициативности, критичности, адекватной самооценке и чувстве личной ответственности за свою деятельность и поведение, наоборот, увеличивает стрессоустойчивость кандидатов в замещающие родители.

Выводы:

1. Стрессоустойчивость является важным качеством замещающего родителя, обеспечивающим эффективность взаимодействия с ребенком.
2. Высокую стрессоустойчивость потенциальных замещающих родителей обеспечивает следующая совокупность черт личности: эмоциональная устойчивость, невозмутимость, выдержка, коммуникабельность, умение быстро ориентироваться в ситуации, практичность, приспособляемость и самостоятельность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бешкарева Е.М. Психолого-педагогическое сопровождение замещающей семьи. Семья, брак и родительство в современной. – М.: Когито-Центр, 2014.
2. Дубровина И.В. Психологическое здоровье личности в контексте возрастного развития // Развитие личности. 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-zdorovie-lichnostiv-kontekste-vozrastnogo-razvitiya> (дата обращения: 20.04.2019).
3. Котова Т.Е. Социально-психологические и личностные характеристики готовности к замещающему родительству: автореф. дис... канд. психол. наук. – Ярославль, 2011. - 27 с.
4. Нухова М.В. Влияние образа отца на эмоциональное благополучие подростков из полных и неполных семей // Педагогический журнал Башкортостана. – 2015. – № 1 (33). – С. 132–141.
5. Созонов А.Е. Гедонистический и эвдемонистический подходы к проблеме

психологического благополучия // Вопросы психологии. – 2006. – № 4. – С. 105–114.

6. Трофимова Е.В. Успешное замещающее родительство: книга для приемных родителей / Авторы-составители: Е.В. Трофимова, О.Н. Хахлова. – Уфа: БГПУ им. М. Акмуллы, 2015. – 200 с.

7. Федорова Ю.А., Хахлова О.Н. Осознанное родительство как психолого-педагогический феномен // Педагогический журнал Башкортостана. – 2017. – № 6 (73). – С. 16–24.

8. Хомик В.С. Теоретико-методологические проблемы изучения социального здоровья личности. Феноменологический подход // Мир психологии. – 1998. – № 1. – С. 184–207.

9. Швецова М.Н. Социально-психологическое сопровождение замещающей семьи. – М.: МПГУ, 2013. – 216 с.

REFERENCES

1. Beshkareva E.M. Psihologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie zameshhajushhej sem'i. Sem'ja, brak i roditel'stvo v sovremennoj. – M.: Kogito-Centr, 2014.

2. Dubrovina I.V. Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti v kontekste vozrastnogo razvitiya // Razvitie lichnosti. 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-zdorovie-lichnostiv-kontekste-vozrastnogo-razvitiya> (data obrashheniya: 20.04.2019).

3. Kotova T.E. Social'no-psihologicheskie i lichnostnye harakteristiki gotovnosti k zameshhajushhemu roditel'stvu: avtoref. dis... k. psihol. n. – Jaroslavl', 2011. – 27 s.

4. Nuhova M.V. Vlijanie obraza otca na jemocional'noe blagopoluchie podrostkov iz polnyh i nepolnyh semej // Pedagogicheskij zhurnal Bashkortostana. – 2015. – № 1 (33). – С. 132–141.

5. Sozonov A.E. Gedonisticheskij i jevdemonisticheskij podhody k probleme psihologicheskogo blagopoluchija // Voprosy psihologii. – 2006. – № 4. – С. 105–114.

6. Trofimova E.V. Uspeshnoe zameshhajushhee roditel'stvo: kniga dlja priemnyh roditelej / Avtory-sostaviteli: E.V. Trofimova, O.N. Hahlova. – Ufa: BGPU im. M. Akmully, 2015. – 200 s.

7. Fedorova Ju.A., Hahlova O.N. Osoznanное roditel'stvo kak psihologo-pedagogicheskij fenomen // Pedagogicheskij zhurnal Bashkortostana. – 2017. – № 6 (73). – С. 16–24.

8. Homik V.S. Teoretiko-metodologicheskie problemy izuchenija social'nogo zdorov'ja lichnosti. Fenomenologicheskij podhod // Mir psihologii. – 1998. – № 1. – С. 184–207.

9. Shvecova M.N. Social'no-psihologicheskoe soprovozhdenie zameshhajushhej sem'i. – М.: МРГУ, 2013. – 216 с.

Y.A. Fedorova, M.V. Nukhova, O.N. Khakhlova, E.Sh. Shayakhmetova STRESS RESISTANCE AS A RESOURCE AS A SUBSTITUTE PARENT Bashkir State Pedagogical University named after M. Akmulla (Ufa).

Summary. The article describes the main features of the personality of the candidate for substitute parents. The interrelations of stress resistance with personal characteristics of candidates for substitute parents are analyzed. The study was conducted with 50 candidates for substitute parents – 34 women and 16 men aged 25 to 65 years.

Keywords: stress, foster parenting, readiness for adoptive and foster parenting, the foster family, the resources.

О.П. Шмакова

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ:
ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ³
ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Резюме: проанализированы научные труды последнего десятилетия и посвященные проблеме распространенности, клинической динамике, терапии умственной отсталости у детей и подростков, социальной адаптации больных. Привлечены сведения из баз данных PubMed, eLibrary. Из публикаций следует, что данные о распространенности умственной отсталости противоречивы. Исследователи сообщают о возможности отрицательной динамики расстройств. Этиопатогенетические подходы к терапии умственной отсталости недостаточно разработаны, основное место в реабилитации занимает социальная адаптация пациентов.

Ключевые слова: умственная отсталость, распространенность, терапия, социальная адаптация.

С точки зрения комплексного подхода в оказании помощи детям и подросткам, страдающим УО, в последнее десятилетие обсуждаются: когнитивные тренинги с привлечением компьютерной техники и возможностей Интернета [50], телесно ориентированная терапия [11], психообразовательные мероприятия с семьями [21]; психотерапия детей с УО [23]; семейная психотерапия [20], необходимая как родителям, воспитывающим детей с легкой умственной отсталостью, так и семьям, имеющим детей с более выраженными степенями УО. У родителей детей с легкой УО, согласно исследованию О.В. Михейкиной [20], выявляется повышенный уровень тревожности, обеспокоенности будущим своей семьи и ребенка, чувство вины и усталость. У родителей пациентов с более выраженными степенями УО страдают отношения между членами семьи в связи с перераспределением родительских ролей, изменением социального статуса одного или обоих супругов, потерей работы, отсутствием личного времени, финансовыми затруднениями, трудностями во взаимодействии со здоровыми детьми.

В исследовании качества оказываемой помощи детям с УО, проведенном Ж.В. Альбицкой [1], изучившей 1886 пациентов с первичным диагнозом ЗПР, трансформировавшемся в дальнейшем в иные диагностические рубрики, в том числе УО, автор заключила, что помощь детям с умеренной УО оказывалась «неудовлетворительно»: больные нерегулярно получали лечение, терапия не учитывала сопутствующие заболевания, объем реабилитационных и психолого-педагогических мероприятий был недостаточным. У пациентов с легкой УО дело обстояло лучше и качество лечебной помощи этой группе оценено как «удовлетворительное». Низкое качество психиатрической помощи автор расценила как предиктор формирования инвалидизирующих форм УО.

Выводы: из публикаций последнего десятилетия следует, что данные о распространенности умственной отсталости противоречивы, имеют значение: регион проживания анализируемой популяции, методика проведения исследования, фак-

³Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2019 (19), № 3.

тор экологического неблагополучия. Этио-патогенетические подходы к терапии различных форм УО пока мало разработаны, основное место занимает социальная адаптация пациентов, но проблема улучшения качества жизни и повседневного функционирования обсуждаемых пациентов далека от разрешения. Основными социальными проблемами умственно отсталых называют: трудности обучения, недостаточную социальную интеграцию, низкий уровень занятости во взрослом возрасте, бедность социальных связей, криминогенность и виктимность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкая Ж.В. Проблемы диагностики и качества оказания психиатрической помощи как предиктор формирования инвалидирующих психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. - № 2. – С. 18-24.
2. Андреева О.О. Ранняя инвалидность вследствие умственной отсталости // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 3. – С. 36-41.
3. Аргат Ю.Н., Запарий С.П. Первичная детская инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения в Омской области за период 2007-2012 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2013. – № 4. – С. 36-40.
4. Афолина А.К., Володин Б.Ю. Особенности структуры качества жизни пациентов подросткового возраста с легкой степенью умственной отсталости в зависимости от формы проживания // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 2 (83). – С. 46-48.
5. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. - № 4. – С. 40-46.
6. Васюков С.А., Дворин Д.В. Судебно-психиатрическая оценка легкой умственной отсталости, коморбидной с синдромом зависимости от алкоголя // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 4. – С. 17-24.
7. Галанин И.В., Горелик А.Л. Умственная отсталость: традиции и современность в оценке состояния проблемы // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2011. – Т. XLIII, № 3. – С. 3-7.
8. Головина А.Г., Шмакова О.П., Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Развитие амбулаторного звена психиатрической помощи детям и подросткам в Москве // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 4. – С. 28-38.
9. Головина А.Г., Шмакова О.П., Овсянникова О.В., Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Шестилетний тренд динамики инвалидности детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 19-21 ноября 2014 г.). – СПб., 2014. – С. 13-14.
10. Горбачевская Н.Л. Современные подходы к диагностике и лечению когнитивных нарушений у детей и взрослых // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – С. 268-276.
11. Гринкевич Л.Н. Создание условий для развития детей с глубокой умственной отсталостью посредством телесно-ориентированных техник и музыкальной терапии // Научный форум: Педагогика и психология: сб. ст. по материалам III междунар. науч.-практ. конф. – № 1(3). – М.: МЦНО, 2017. – С. 5-9.
12. Демчева Н.К., Пронина Л.А., Положая З.Б. Показатели инвалидности

детей по психическому заболеванию в Российской Федерации в 2002-2012 гг. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – № 1. – С. 3-11.

13. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. – М., 2017. – 170 с.

14. Кондричин С.В. Региональная дифференциация показателей умственной отсталости в Беларуси после чернобыльской катастрофы // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2016. – № 2 (24). – С. 165-175.

15. Кузьмичев Б.Н. Анализ распространенности умственной отсталости у подростков Тверской области // XV съезд психиатров России (Москва, 9–12 ноября 2010 г.). – М.: Медпрактика-М, 2010. – С.150.

16. Курмаева В.Ш. Дисфункциональная семья как фактор виктимного поведения подростков с умственной отсталостью // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2014. – № S26. –С. 21-25. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/14806.htm> (дата обращения 20.06.2019).

17. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991-2012 гг. (эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. – 2014. – Т. 114. – № 1. – С. 3-14.

18. Малоюков Н.И., Голубев Ю.Ф., Азанова Л.Е. Умственная отсталость: динамика первичной заболеваемости и первичной инвалидности населения Липецкой области в 2002-2011 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 3. – С. 46-50.

19. Михейкина О.В. Оказание помощи детям с умственной отсталостью в условиях амбулаторного отделения детской психиатрической больницы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 2. – С. 105-108.

20. Михейкина О.В. Социально-психологический портрет семей, воспитывающих умственно отсталого ребенка // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 2. – С. 38-40.

21. Михейкина О.В., Макаров И.В. Анализ потребностей в психообразовательных и психореабилитационных программах семей детей с умственной отсталостью // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С. 96-98.

22. Михейкина О.В. Эпидемиология умственной отсталости у детей города Брянска // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 73-76.

23. Молоткова Н.Ю. Оценка эффективности программ реабилитации детей с умственной отсталостью в условиях специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 4 (93). – С. 65-68.

24. Муравьев А.И. Динамика распространенности умственной отсталости и органических психических расстройств среди жителей Брянской области, родившихся после аварии на ЧАЭС: автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.

25. Ошевский Д.С., Соловьева М.С. Социально-психологические факторы риска агрессивного поведения у подростков с умственной отсталостью // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14. – № 1 (116). – С. 26-31.

26. Портнова А.А., Трушелев С.А., Серебровская О.В., Черемин Р.А., Юрченко И.Э. Инвалидность детей с психическими расстройствами в Москве //

Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 2. – С. 4-9.

27. Семенова Н.В., Вукс А.Я., Чернов П.Д., Лысенко И.С. Заболеваемость психическими расстройствами населения Северо-Западного федерального округа. Статистические материалы и анализ. – СПб.: «Коста», 2018. – 176 с.

28. Ступина О.П. Психическое здоровье населения Забайкальского края: клинико-динамические и реабилитационные аспекты: автореф. дисс... докт. мед. наук. – Томск, 2012. – 39 с.

29. Тарасова Н.В., Эверт Л.С., Галонский В.Г., Алямовский В.В. Уровень, структура и тенденции детской инвалидности в России, региональные особенности инвалидности и умственной отсталости в детской популяции Красноярского края (обзор литературы) // Здоровье семьи-XXI век. – 2014. – № 1 (1). – С. 99-120.

30. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиологический анализ инвалидности в связи с психическими расстройствами в детско-подростковой популяции Саратовской области за 2000–2014 гг. // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 4. – С. 18-27.

31. Хышиктуева Т.П., Усачева Е.Л., Лебедева Ю. В., Ахметова В.В. Умственная отсталость у детей (обзор литературы) // Доктор. Ру. – 2014. – № 6. – 2 (94). – С. 22-26.

32. Чуркин А.А., Демчева Н.К., Ходырева Е.А. Показатели заболеваемости умственной отсталостью среди детского и подросткового населения Российской Федерации в 1999–2010 гг. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2012. – № 9. – С. 8-15.

33. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2010 г. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2012. – № 2. – С. 3-7.

34. Шмакова А.А., Шмакова О.П., Андросова Л.В. Иммунологические показатели в прогнозировании риска декомпенсации состояния детей с умственной отсталостью // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 3. – С. 69-73.

35. Шмакова О.П. Клиническая динамика умственной отсталости и социальная адаптация пациентов по мере их взросления // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – № 10. – С. 16-23.

36. Яфарова С.Ш., Шавалиев Р.Ф., Волгина С.Я. Профилактика фенилкетонурии как пример системы превентивных мероприятий при орфанных заболеваниях // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62. – № 5. – С. 124-129.

REFERENCES

1. Al'bickaja Zh.V. Problemy diagnostiki i kachestva okazaniya psichiatricheskoj pomoshhi kak prediktor formirovaniya invalidizirujushhih psichicheskikh rasstrojstv // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 18-24.

2. Andreeva O.O. Rannaja invalidnost' vsledstvie umstvennoj otstalosti // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. – 2012. – № 3. – С. 36-41.

3. Argat Ju.N., Zaparij S.P. Pervichnaja detskaja invalidnost' vsledstvie psichicheskikh rasstrojstv i rasstrojstv povedeniya v Omskoj oblasti za period 2007-2012 gg. // Mediko-social'nye problemy invalidnosti. – 2013. – № 4. – С. 36-40.

4. Afonina A.K., Volodin B.Ju. Osobennosti struktury kachestva zhizni pacientov podrostkovogo vozrasta s legkoj stepen'ju umstvennoj otstalosti v zavisimosti ot formy prozhivaniya // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2014. –

№ 2 (83). – S. 46-48.

5. Bohan N.A., Mandel' A.I., Kuznecov V.N. Rasprostranennost' psichicheskikh rasstrojstv sredi naselenija sel'skogo municipal'nogo obrazovanija Severa Sibiri: osnovnye tendencii i prognoz // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2011. – T. 21. – № 4. – S.40-46.

6. Vasjukov S.A., Dvorin D.V. Sudebno-psihiatricheskaja ocenka legkoj umstvennoj otstalosti, komorbidnoj s sindromom zavisimosti ot alkoholja // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2015. – № 4. – S. 17-24.

7. Galanin I.V., Gorelik A.L. Umstvennaja otstalost': tradicii i sovremennost' v ocenke sostojanija problemy // Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V.M. Behtereva. – 2011. – T. XLIII, № 3. – S. 3-7.

8. Golovina A.G., Shmakova O.P., Kravchenko N.E., Suetina O.A. Razvitie ambulatornogo zvena psihiatricheskoj pomoshhi detjam i podrostkam v Moskve // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2016. – № 4. – S. 28-38.

9. Golovina A.G., Shmakova O.P., Ovsjannikova O.V., Kravchenko N.E., Suetina O.A. Shestiletnij trend dinamiki invalidnosti detej i podrostkov, stradajushhix psichicheskimi zabolevanijami // Mat-ly Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem «Detskaja psihiatrija: sovremennye voprosy diagnostiki, terapii, profilaktiki i reabilitacii» (Sankt-Peterburg, 19-21 nojabrja 2014 g.). – SPb., 2014. – S. 13-14.

10. Gorbachevskaja N.L. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju kognitivnyh narushenij u detej i vzroslyh // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2010. – № 5. – S. 268-276.

11. Grinkevich L.N. Sozdanie uslovij dlja razvitija detej s glubokoj umstvennoj otstalost'ju posredstvom telesno-orientirovannyh tehnik i muzykal'noj terapii // Nauchnyj forum: Pedagogika i psihologija: sb. st. po mat-lam III mezhdunar. nauch.-prakt. konf. – № 1(3). – M.: MCNO, 2017. – S. 5-9.

12. Demcheva N.K., Pronina L.A., Polozhaja Z.B. Pokazateli invalidnosti detej po psichicheskomu zabolevaniju v Rossijskoj Federacii v 2002-2012 gg. // Vestnik nevrologii, psihiatrii i nejrohirurgii. – 2014. – № 1. – S. 3-11.

13. Zdravooohranenie v Rossii. 2017: Stat. sb. / Rosstat. – M., 2017. – 170 s.

14. Kondrichin S.V. Regional'naja differenciacija pokazatelej umstvennoj otstalosti v Belarusi posle chernobyl'skoj katastrofy // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2016. – № 2 (24). – S. 165-175.

15. Kuz'michev B.N. Analiz rasprostranennosti umstvennoj otstalosti u podrostkov Tverskoj oblasti // XV s#ezd psihatrov Rossii (Moskva, 9–12 nojabrja 2010 g.). – M.: Medpraktika-M, 2010. – S.150.

16. Kurmaeva V.Sh. Disfunkcional'naja sem'ja kak faktor viktirnogo povedenija podrostkov s umstvennoj otstalost'ju // Nauchno-metodicheskij elektronnyj zhurnal Koncept. – 2014. – № S26. – S. 21-25. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/14806.htm> (data obrashhenija 20.06.2019).

17. Makushkin E.V., Demcheva N.K., Tvorogova N.A. Psichicheskie rasstrojstva v detskom i podrostkovom vozraste u gorodskih i sel'skix zhitelej Rossijskoj Federacii v 1991-2012 gg. (jepidemiologicheskoe issledovanie) // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. C.C. Korsakova. Specvypusk. – 2014. – T. 114. – № 1. – S. 3-14.

18. Maljukov N.I., Golubev Ju.F., Azanova L.E. Umstvennaja otstalost': dinamika pervichnoj zabolevaemosti i pervichnoj invalidnosti naselenija Lipeckoj oblasti v 2002-2011 gg. // Mediko-social'nye problemy invalidnosti. – 2012. – № 3. – S. 46-50.

19. Mihejkina O.V. Okazanie pomoshhi detjam s umstvennoj otstalost'ju v uslovijah ambulatornogo otdelenija detskoj psixiatricheskoj bol'nicy // Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Behtereva. – 2014. – № 2. – S. 105-108.

20. Mihejkina O.V. Social'no-psixologicheskij portret semej, vospityvajushhih umstvenno otstalogo rebenka // Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Behtereva. – 2016. – № 2. – S. 38-40.

21. Mihejkina O.V., Makarov I.V. Analiz potrebnostej v psihoobrazovatel'nyh i psihoreabilitacionnyh programmah semej detej s umstvennoj otstalost'ju // Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Behtereva. – 2015. – № 2. – S. 96-98.

22. Mihejkina O.V. Jepidemiologija umstvennoj otstalosti u detej goroda Brjanska // Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V.M. Behtereva. – 2014. – № 1. – S. 73-76.

23. Molotkova N.Ju. Ocenka jeffektivnosti programm reabilitacii detej s umstvennoj otstalost'ju v uslovijah special'noj (korrekcionnoj) obshheobrazovatel'noj shkoly VIII vida // Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii. – 2016. – № 4(93). – S. 65-68.

24. Murav'ev A.I. Dinamika rasprostranennosti umstvennoj otstalosti i organicheskix psixicheskix rasstrojstv sredi zhitelej Brjanskoj oblasti, rodivshihsja posle avarii na ChAJeS: avtoref. dis...kand. med. nauk. – M., 2012. – 24 s.

25. Oshevskij D.S., Solov'eva M.S. Social'no-psixologicheskie faktory riska agressivnogo povedenija u podrostkov s umstvennoj otstalost'ju // Psixicheskoe zdorov'e. – 2016. – T. 14. – № 1 (116). – S. 26-31.

26. Portnova A.A., Trushhelev S.A., Serebrovskaja O.V., Cheremin R.A., Jurchenko I.Je. Invalidnost' detej s psixicheskimi rasstrojstvami v Moskve // Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. – 2018. – № 2. – S. 4-9.

27. Semenova N.V., Vuks A.Ja., Chernov P.D., Lysenko I.S. Zabolevaemost' psixicheskimi rasstrojstvami naselenija Severo-Zapadnogo federal'nogo okruga. Statisticheskie materialy i analiz. – SPb.: «Kosta», 2018. – 176 s.

28. Stupina O.P. Psixicheskoe zdorov'e naselenija Zabajkal'skogo kraja: kliniko-dinamicheskie i reabilitacionnye aspekty: avtoref. diss... dokt. med. nauk. – Tomsk, 2012. – 39 s.

29. Tarasova N.V., Jever L.S., Galonskij V.G., Aljamovskij V.V. Uroven', struktura i tendencii detskoj invalidnosti v Rossii, regional'nye osobennosti invalidnosti i umstvennoj otstalosti v detskoj populjacii Krasnojarskogo kraja (obzor literatury) // Zdorov'e sem'i-XXI vek. – 2014. – № 1 (1). – S. 99-120.

30. Filippova N.V., Baryl'nik Ju.B. Jepidemiologicheskij analiz invalidnosti v svjazi s psixicheskimi rasstrojstvami v detsko-podrostkovoju populjacii Saratovskoj oblasti za 2000–2014 gg. // Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. – 2016. – № 4. – S. 18-27.

31. Hyshiktueva T.P., Usacheva E.L., Lebedeva Ju. V., Ahmetova V.V. Umstvennaja otstalost' u detej (obzor literatury) // Doktor. Ru. – 2014. – № 6. – 2 (94). – S. 22-26.

32. Churkin A.A., Demcheva N.K., Hodyreva E.A. Pokazateli zabolevaemosti umstvennoj otstalost'ju sredi detskogo i podrostkovogo naselenija Rossijskoj Federacii v 1999–2010 gg. // Vestnik nevrologii, psixiatrii i nejrohirurgii. – 2012. – № 9. – S. 8-15.

33. Churkin A.A., Tvorogova N.A. Rasprostranennost' psixicheskix rasstrojstv v Rossijskoj Federacii v 2010 g. // Vestnik nevrologii, psixiatrii i nejrohirurgii. – 2012. – № 2. – S. 3-7.

34. Shmakova A.A., Shmakova O.P., Androsova L.V. Immunologicheskie poka-

zateli v prognozirovanii riska dekompenzacii sostojanija detej s umstvennoj otstalost'ju // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2017. – T. 117. – № 3. – S. 69-73.

35. Shmakova O.P. Klinicheskaja dinamika umstvennoj otstalosti i social'naja adaptacija pacientov po mere ih vzroslenija // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2016. – T. 116. – № 10. – S. 16-23.

36. Jafarova S.Sh., Shavaliyev R.F., Volgina S.Ja. Profilaktika fenilketonurii kak primer sistemy preventivnyh meroprijatij pri orfannyh zabolevanijah // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. – 2017. – T. 62. – № 5. – C. 124-129.

37. Bearden C.E., Hellemann G.S., Rosser T., Montojo C., Jonas R., Enrique N., Pacheco L., Hussain S.A., Wu J.Y., Ho J.S., McGough J.J., Sugar C.A., Silva A.J. A randomized placebo-controlled lovastatin trial for neurobehavioral function in neurofibromatosis I. *Ann Clin Transl Neurol.* 2016 Feb 22;3(4):266-79. doi: 10.1002/acn3.288.

38. Berry-Kravis E. Mechanism-based treatments in neurodevelopmental disorders: fragile X syndrome. *Pediatr Neurol.* 2014 Apr;50(4):297-302. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2013.12.001.

39. Bertelli M.O., Salvador-Carulla L., Scuticchio D., Varruciu N., Martinez-Leal R., Cooper S.A., Simeonsson R.J., Deb S., Weber G., Jung R., Munir K., Adnams C., Akoury-Dirani L., Girimaji S.C., Katz G., Kwok H., Walsh C. Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry.* 2014 Feb;13(1):93-4. doi: 10.1002/wps.20094.

40. Bourke J., de Klerk N., Smith T., Leonard H. Population-based prevalence of intellectual disability and autism spectrum disorders in Western Australia: A comparison with previous estimates. *Medicine (Baltimore).* 2016 May;95(21):e3737. doi: 10.1097/MD.0000000000003737.

41. Boyle C.A., Boulet S., Schieve L.A., Cohen R.A., Blumberg S.J., Yeargin-Allsopp M., Visser S., Kogan M.D. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics.* 2011 Jun;127(6):1034-42. doi: 10.1542/peds.2010-2989.

42. Bromet E.J., Guey L.T., Taormina D.P., Carlson G.A., Havenaar J.M., Kotov R., Gluzman S.F. Growing up in the shadow of Chernobyl: adolescents' risk perceptions and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 May;46(5):393-402. doi: 10.1007/s00127-010-0203-5.

43. Castrén E., Elgersma Y., Maffei L., Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood / E. Castrén [et al.] // *The Journal of Neuroscience.* – 2012. – Vol. 32, № 41. – P. 14074-14079. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.

44. Contestabile A., Greco B., Ghezzi D., Tucci V., Benfenati F., Gasparini L. Lithium rescues synaptic plasticity and memory in Down syndrome mice. *J Clin Invest.* 2013 Jan;123(1):348-61. doi: 10.1172/JCI64650.

45. Deacon R.M., Glass L., Snape M., Hurley M.J., Altimiras F.J., Biekofsky R.R., Cogram P. NNZ-2566, a novel analog of (1-3) IGF-1, as a potential therapeutic agent for fragile X syndrome. *Neuromolecular Med.* 2015 Mar;17(1):71-82. doi: 10.1007/s12017-015-8341-2.

46. Dölen G., Carpenter R.L., Ocain T.D., Bear M.F. Mechanism-based approaches to treating fragile X. *Pharmacol Ther.* 2010 Jul;127(1):78-93. doi: 10.1016/j.pharmthera.2010.02.008.

47. Girimaji S.C., Srinath S. Perspectives of intellectual disability in India: epidemiology, policy, services for children and adults. *Curr Opin Psychiatry.* 2010 Sep;23(5):441-6. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833ad95c.

48. Gray K.M., Piccinin A., Keating C.M., Taffe J., Parmenter T.R., Hofer S., Einfeld S.L., Tonge B.J. Outcomes in young adulthood: are we achieving community participation and inclusion? *J Intellect Disabil Res.* 2014 Aug;58(8):734-45. doi: 10.1111/jir.12069.

49. Hagerman R., Tuchman R. Turning the tide on targeted treatments for neurodevelopmental disorders. *Neurology.* 2019 Apr 16;92(16):741-742. doi: 10.1212/WNL.0000000000007301.

50. Hessel D., Schweitzer J.B., Nguyen D.V., McLennan Y.A., Johnston C., Shickman R., Chen Y. Cognitive training for children and adolescents with fragile X syndrome: a randomized controlled trial of Cogmed. *J Neurodev Disord.* 2019 Apr 15;11(1):4. doi: 10.1186/s11689-019-9264-2.

51. Karam S.M., Barros A.J., Matijasevich A., Dos Santos I.S., Anselmi L., Barros F., Leistner-Segal S., Félix T.M., Riegel M., Maluf S.W., Giugliani R., Black M.M. Intellectual Disability in a Birth Cohort: Prevalence, Etiology, and Determinants at the Age of 4 Years. *Public Health Genomics.* 2016;19(5):290-7. doi: 10.1159/000448912.

52. de Kuijper G., Evenhuis H., Minderaa R.B., Hoekstra P.J. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics for behavioural symptoms in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2014 Jan;58(1):71-83. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01631.x.

53. Lai D.C., Tseng Y.C., Hou Y.M., Guo H.R. Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Res Dev Disabil.* 2012 Nov-Dec;33(6):2301-7. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.001.

54. Lin L.P., Lin J.D. Perspectives on intellectual disability in Taiwan: epidemiology, policy and services for children and adults. *Curr Opin Psychiatry.* 2011 Sep;24(5):413-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e328346176e.

55. Liu Z.H., Chuang D.M., Smith C.B. Lithium ameliorates phenotypic deficits in a mouse model of fragile X syndrome. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011 Jun;14(5):618-30. doi: 10.1017/S1461145710000520.

56. Lott I.T., Head E. Dementia in Down syndrome: unique insights for Alzheimer disease research. *Nat Rev Neurol.* 2019 Mar;15(3):135-147. doi: 10.1038/s41582-018-0132-6.

57. Maulik P.K., Mascarenhas M.N., Mathers C.D., Dua T., Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil.* 2011 Mar-Apr;32(2):419-36. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018.

58. McConkey R., Craig S., Kelly C. The prevalence of intellectual disability: A comparison of national census and register records. *Res Dev Disabil.* 2019 Jun;89:69-75. doi: 10.1016/j.ridd.2019.03.009.

59. Obi O., Van Naarden Braun K., Baio J., Drews-Botsch C., Devine O., Yeargin-Allsopp M. Effect of incorporating adaptive functioning scores on the prevalence of intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2011 Sep;116(5):360-70. doi: 10.1352/1944-7558-116.5.360.

60. Pietropaolo S., Goubiran M.G., Joffe C., Aubert A., Lemaire-Mayo V., Crusio W.E., Layé S. Dietary supplementation of omega-3 fatty acids rescues fragile X phenotypes in *Fmr1-Ko* mice / S. Pietropaolo [et al.] // *Psychoneuroendocrinology.* – 2014. – Vol. 49. – P. 119-129. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.07.002.

61. Powers B.E., Kelley C.M., Velazquez R., Ash J.A., Strawderman M.S., Alldred M.J., Ginsberg S.D., Mufson E.J., Strupp B.J. Maternal choline supplementa-

tion in a mouse model of Down syndrome: Effects on attention and nucleus basalis/substantia innominata neuron morphology in adult offspring. *Neuroscience*. 2017 Jan 6;340:501-514. doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.11.001.

62. Raina S.K., Razdan S., Nanda R. Prevalence of mental retardation among children in RS Pura town of Jammu and Kashmir. *Ann Indian Acad Neurol*. 2012 Jan;15(1):23-6. doi: 10.4103/0972-2327.93271.

63. Rapoport J. L. Pediatric psychopharmacology: too much or too little? *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):118-23. doi: 10.1002/wps.20028.

64. Sauna-Aho O., Bjelogrljic-Laakso N., Siren A., Arvio M. Signs indicating dementia in Down, Williams and Fragile X syndromes. *Mol Genet Genomic Med*. 2018 Sep;6(5):855-860. doi: 10.1002/mgg3.430.

65. Seo M.K., Yoon J.S., So C.H., Lee H.S., Hwang J.S. Intellectual development in preschool children with early treated congenital hypothyroidism. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2017 Jun;22(2):102-107. doi: 10.6065/apem.2017.22.2.102.

66. Soltani S., Khosravi B., Salehiniya H. Prevalence of intellectual disability in Iran: Toward a new conceptual framework in data collection. *J Res Med Sci*. 2015 Jul;20(7):714-5. doi: 10.4103/1735-1995.166234.

67. Søndena E., Rasmussen K., Nøttestad J.A., Lauvud C. Prevalence of intellectual disabilities in Norway: Domestic variance. *J Intellect Disabil Res*. 2010 Feb;54(2):161-7. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01230.x.

68. Sperling K., Neitzel H., Scherb H. Evidence for an increase in trisomy 21 (Down syndrome) in Europe after the Chernobyl reactor accident. *Genet Epidemiol*. 2012 Jan;36(1):48-55. doi: 10.1002/gepi.20662.

69. Stagni F., Giacomini A., Guidi S., Ciani E., Ragazzi E., Filonzi M., De Iasio R., Rimondini R., Bartesaghi R. Long-term effects of neonatal treatment with fluoxetine on cognitive performance in Ts65Dn mice. *Neurobiol Dis*. 2015 Feb;74:204-18. doi: 10.1016/j.nbd.2014.12.005.

70. Strydom A., Coppus A., Blesa R., Danek A., Fortea J., Hardy J., Levin J., Nuebling G., Rebillat A.S., Ritchie C., van Duijn C., Zaman S., Zetterberg H. Alzheimer's disease in Down syndrome: An overlooked population for prevention trials. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2018 Dec 13;4:703-713. doi: 10.1016/j.trci.2018.10.006.

O.P. Shmakova

MENTAL RETARDATION:

A REVIEW OF THE PUBLICATIONS OF THE LAST DECADE⁴

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The scientific works that appeared during the decade: 2010-2019 were analyzed, devoted to the analysis of prevalence, clinical dynamics, therapy of mental retardation in children and adolescents, social adaptation of patients, data from PubMed, eLaibrary were used. From the publications it follows that the data on the prevalence of mental retardation are contradictory. Researchers report the possibility of a negative dynamic disorder. Etio-pathogenetic approaches to the treatment of mental retardation are not sufficiently developed, the main place is occupied by social adaptation of patients.

Key words: mental retardation, prevalence, therapy, social adaptation.

⁴The final part. The initial part see: *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*, 2019, (19), № 3.

И.В. Добряков¹, С.Б. Лещинская², И.Я. Стоянова³, О.В. Магденко⁴
ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ
С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» (Санкт-Петербург), ²Национальный исследовательский Томский государственный университет, ³НИИ психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра (Томск), ⁴Новосибирский государственный университет (Новосибирск).

Резюме. В обзорной статье описаны и обобщены современные научные данные об особенностях здоровья и психического развития детей, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и факторах, их обуславливающих. Поставлена проблема выявления вклада психологических факторов, включая семейную ситуацию, психологические характеристики родителей и психотравмирующие ситуации, в здоровье и развитие детей раннего дошкольного возраста.

Ключевые слова: демографические проблемы, экстракорпоральное оплодотворение, раннее детство, психическое развитие, здоровье.

Характерная для большинства индустриально развитых стран низкая рождаемость стала и российской проблемой. Основными путями решения демографических проблем являются снижение смертности, повышение рождаемости. Количество детей напрямую связано с крепостью семейных уз. В России распался каждый четвертый брак, а в Москве - каждый второй; более чем в половине случаев это происходило после рождения первого ребенка [30]. В то же время 17,5% браков бесплодны, причем причины этого как биологические, так и психологические, связанные с дисгармоничными отношениями супругов.

Для улучшения демографических показателей необходимо сочетание как социальных мер, направленных на преодоление низкого материального уровня жизни, так и медико-психологических мероприятий, позволяющих улучшить состояние репродуктивного здоровья населения, сделать доступной помощь, направленную на решение проблем, препятствующих деторождению [1]. Очевидна актуальность организация активного выявления семей, планирующих рождение ребенка, но столкнувшиеся с проблемами зачатия, и оказания им психологической и медицинской помощи. При этом важно учитывать, что проблемы бесплодия могут быть как причиной, так и следствием дисгармоничных отношений супругов. Эмоциональный стресс может быть фактором, препятствующим как естественному зачатию, так и успешному лечению бесплодия [45].

Решая демографические проблемы, важно учесть, что меры, направленные на повышение рождаемости, должны касаться не только улучшения материального благосостояния семьи, но и предоставления ее членам широких возможностей получения психологической и медицинской помощи. Большую роль в этом могут сыграть перинатальные психологи и психотерапевты при условии, что они будут иметь достаточные знания в области психологии, психокоррекции и психотерапии семьи. Эти знания также необходимы им при решении новых сложнейших психологических проблем, возникающих в связи с развитием нау-

ки, делающих явным то, что раньше считалось невозможным (например, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), суррогатное материнство и пр.) [1].

В связи с растущей распространенностью бесплодия как в зарубежных странах, так и в России, применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) занимает особое место в решении демографических проблем. Чаше других используется ЭКО [1]. Для повышения доступности этой помощи было принято решение о бесплатном проведении ЭКО по полису ОМС. Согласно отчету Российской ассоциации репродукции человека, в 2016 г. в России было совершено 123138 циклов ЭКО, что на 10% превышает этот показатель 2015 г. [25]. С 2013 по 2016 гг. число детей, рожденных после ЭКО, увеличилось с 17569 до 30770 [25].

По ряду медицинских данных, при беременности, наступившей посредством ВРТ, зачатие и созревание плода происходит в условиях, значительно отличающихся от физиологической нормы [4, 8, 14, 18, 24, 28], а физическое здоровье рожденных детей характеризуется рядом проблем (низкая масса тела при рождении [2, 22, 26, 52, 57], слабость иммунной системы [14, 16], малые аномалии развития [40] и др.). В связи с этим ряд ученых выделяет этих детей как особую категорию и относит их к группе риска как в пре-, так и постнатальный период [1, 3, 12, 14, 15, 17]. Однако, по некоторым данным, доношенные дети, зачатые посредством ЭКО, значимо не отличаются от спонтанно зачатых, и их отнесение к группе риска рассматривается как необоснованное [7, 11, 25]. Это ставит вопрос о том, является ли искусственное оплодотворение фактором риска для формирования нарушений здоровья и развития, а также о факторах, влияющих на здоровье детей, зачатых при помощи ЭКО. Также нужно учитывать, что сам факт использования ЭКО представляет для женщин серьезную психологическую проблему, в связи с чем 30% пар прекращают лечение досрочно, так и не справившись с психологической нагрузкой [48].

В исследованиях, посвященных соматическому здоровью детей, рожденных после ЭКО, показано, что такие дети имеют повышенный риск задержки внутриутробного развития [4, 17], перинатального поражения ЦНС [26], характеризуются незрелостью органов и систем, а также их функций [15], снижением иммунитета [16], высокой заболеваемостью в ранний неонатальный период [2], различными внутриутробными инфекциями [19] и малыми аномалиями развития [13]. Дети часто рождаются на раннем сроке гестации (28-32 недели) [2, 57]. Недоношенные дети, рожденные после ЭКО, в отличие от недоношенных детей от спонтанной беременности, имеют более стойкие неврологические нарушения, в том числе повышенный риск формирования ДЦП [26]. На втором полугодии жизни недоношенные дети после ЭКО имеют повышенные показатели дисгармоничного физического развития [16]. Более того, исследование семей, включенных в Датский регистр ЭКО, показало, что у новорожденных, зачатых спонтанно субфертильными родителями, риск врожденных дефектов повышен на 29%, и этот риск возрастает до 34%, если зачатие произошло после лечения бесплодия посредством ВРТ [38].

Проблема психического развития детей, зачатых при помощи ВРТ, является недостаточно разработанной как в нашей стране, так и за рубежом, при этом полученные данные также являются противоречивыми. У детей от индуцированной беременности, в отличие от естественно зачатых, отмечено снижение

показателей общения с матерями - частоты использования вербальных и невербальных средств и включенности предметных действий в общение [32]. По некоторым данным, у таких детей наблюдается более низкий уровень интеллекта, менее развитые моторные навыки, отставание формирования пассивной лексики, различные поведенческие проблемы [49], а также более низкий уровень академических способностей [51, 56]. В одном из исследований были выявлены различия, связанные с полом ребенка: более высокий уровень когнитивных нарушений у девочек от индуцированной беременности, по сравнению с девочками от естественного зачатия, а также более низкий уровень когнитивных нарушений у мальчиков, зачатых с помощью ВРТ [50].

Однако, в ряде исследований, как российских, так и зарубежных, отличие психомоторного и неврологического развития детей, рожденных с применением ВРТ от детей, зачатых спонтанно, не подтвердилось [10, 22, 34, 36, 37, 41, 42, 52, 57]. Не было обнаружено значимых особенностей речевого развития у детей, зачатых посредством ВРТ [22, 23]. У детей, зачатых при помощи ЭКО, не было выявлено повышенного риска развития расстройств аутистического спектра [55], а также различных психических расстройств (кроме тикозных) [34, 36, 44]. Не выявлены причинно-следственные связи между проведением ЭКО и особенностями развития когнитивной и поведенческой сферы детей в возрасте до 4 лет, тогда как степень бесплодия (время до зачатия) была отрицательно связана с когнитивным развитием и поведением [54]. Более того, в проведенном в Великобритании лонгитюдном исследовании когнитивного развития детей, зачатых посредством ВРТ, было выявлено, что у них в 3-летнем и в 5-летнем возрасте отмечаются более высокие показатели вербальных когнитивных способностей, чем у детей, рожденных в результате естественного зачатия. Это объяснялось преимущественно особенностями родительской среды и нивелировалось к возрасту 11 лет [35].

По некоторым данным, даже если состояние здоровья и развитие большинства новорожденных детей находится в пределах нормы, существует риск эпигенетических нарушений [46] и других отклонений на более поздних стадиях развития [41]. Для их выявления необходимо проведение комплексных лонгитюдных генетически информативных исследований, которые позволят выявить факторы риска и дефициты на каждом возрастном этапе развития.

В ряде исследований были выявлены различные факторы, влияющие на здоровье и развитие детей, рожденных с помощью ЭКО. В качестве таких факторов учеными рассматривались состояние здоровья матери до зачатия, характеристики процедуры ЭКО, особенности протекания беременности и родов. Известно, что характеристиками большинства женщин, проходящих лечение от бесплодия посредством ЭКО, являются возраст старше 40 лет, отягощенный преморбидный фон и осложненное течение беременности и родов [15], что в ряде исследований рассматривается как факторы, влияющие на отличия развития детей, зачатых при помощи ЭКО [39]. Выявлено повышение риска формирования задержки внутриутробного развития вследствие таких факторов, как поздний репродуктивный возраст, артериальная гипертензия у матери, объемная патология матки [30]. Также отмечено, что низкий гестационный возраст и низкая масса тела сопряжены с возрастом матери (старше 30 лет) и вторичной формой бесплодия [26].

Кроме того, в некоторых исследованиях была выявлена связь самой процедуры ВРТ с формированием пороков развития, которые были достоверно чаще диагностированы у детей, зачатых с помощью ЭКО и микроманипуляционных методов [14]. Однако в других исследованиях статистически достоверного повышения частоты формирования пороков развития после ИКСИ (ICSI — IntraCytoplasmic Sperm Injection) выявлено не было [25]. При сравнении хирургических и гормональных методов лечения бесплодия было показано, что дети, рожденные после хирургического лечения бесплодия, имеют более благоприятное физическое и психическое развитие в течение первого года жизни, чем дети, рожденные после гормональных методов, включая ЭКО, которые чаще рождаются недоношенными и имеют отклонения в состоянии здоровья, что может быть ассоциировано с многоплодной беременностью, наступившей после применения ВРТ [13].

Особенности протекания беременности, наступившей после ЭКО, в том числе многоплодной беременности, также находились в фокусе внимания исследователей и рассматривались в качестве предпосылки задержки внутриутробного развития и формирования аномалий развития. Отмечено, что дети от многоплодной беременности рождаются на раннем сроке гестации и с низкой массой тела, у них часто диагностируются внутриутробные инфекции и задержка развития функций ЦНС [17]. При многоплодной беременности после ЭКО число детей с задержкой внутриутробного развития и отставанием формирования ЦНС в 3,5 раза больше, чем при одноплодной беременности после ЭКО и 2,5 раза больше, чем при многоплодной беременности, наступившей спонтанно [17]. Также было показано, что у близнецов, зачатых посредством ЭКО, риск преждевременного рождения, низкого гестационного возраста, низкой массы тела и частоты респираторных заболеваний выше, чем у двух детей одной матери, зачатых при помощи ЭКО [53].

В ряде исследований было показано, что факторами риска формирования нарушений психического развития детей, зачатых при помощи ЭКО, являются многоплодие, недоношенность, раннее прекращение грудного вскармливания, степень бесплодия [54], тогда как сама процедура ЭКО не является непосредственной угрозой для психического развития ребенка [32]. Так, была выявлена прямая причинно-следственная взаимосвязь между степенью бесплодия и познавательными способностями, диагностированными у детей в возрасте 4 лет [54], а также прямая отрицательная взаимосвязь между проблемами с зачатием и поведенческими проблемами ребенка, что также опосредовалось такими характеристиками, как возраст матери на момент зачатия и уровень ее образования [54]. Кроме того, было показано, что большое число попыток ЭКО может являться фактором риска для задержки когнитивного развития ребенка, при этом даже среди детей, зачатых в результате 1-3 попыток ЭКО, число детей с нормальным уровнем развития ниже, чем среди детей, зачатых спонтанно. Уровень психического развития детей, рожденных в результате 1-3 попыток, возрастает от 1 до 3 года жизни, чего не происходит у детей, рожденных в результате 4-9 попыток [31].

Тем не менее, точно неизвестно, являются ли нарушения здоровья и развития детей, зачатых в результате ЭКО, следствием процедуры как таковой или обусловлены особенностями здоровья, супружеской дисгармонией и возрастом родителей, не способных зачать ребенка самостоятельно [39, 40].

Исследования психологических особенностей родителей, зачавших детей при помощи ЭКО, немногочисленны, включают преимущественно матерей и проводятся в отрыве от исследований здоровья и развития детей.

Так, показано, что женщины, проходящие лечение посредством ЭКО, склонны к импульсивности и гипертимности [12], имеют тревожные и депрессивные черты. При этом уровень тревоги увеличивается по мере увеличения срока бесплодия, а увеличение уровня депрессии значимо связано с числом неудачных попыток ЭКО [6, 26]. Такие женщины изначально имеют более высокий уровень эмоционального напряжения по сравнению с женщинами без проблем с зачатием [5, 6, 27]. У матерей недоношенных детей, рожденных от индуцированной беременности, выявлялись депрессивные [5, 24] и тревожные [6, 20, 24] черты. Результаты исследований показали, что родители детей, рожденных от индуцированной беременности, в большей степени способны контролировать свои эмоции [47], у них выявлено преобладание конструктивных мотивов беременности при повышенной озабоченности своим здоровьем, а также гипертрофированный положительный эмоциональный фон беременности [12], идеализация материнства [9].

Таким образом, обзор данных отечественных и зарубежных исследований позволил выявить ряд серьезных проблем, требующих решения. К ним относятся: противоречивые данные относительно наличия нарушений развития, соматического и психического здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО, и факторов, их обуславливающих; дефицит исследований, посвященных психическому развитию детей, зачатых в результате ЭКО; дефицит данных относительно гармоничности супружеских взаимоотношений, психологических особенностей отцов, и повседневных перегрузок и психотравмирующих ситуаций в семьях, планирующих ЭКО; недостаток комплексных лонгитюдных исследований, рассматривающих взаимосвязи между нарушениями физического развития и изменениями в становлении психических функций в динамике.

С целью решения описанных проблем планируется провести комплексное лонгитюдное исследование психологических факторов здоровья и психического развития детей, зачатых посредством ЭКО, прослеживая динамику на различных возрастных этапах детства. Полученные результаты позволят разработать рекомендации для ранней диагностики и профилактики отклонений в психическом развитии детей, а также программы психологической помощи родителям и детям на каждом этапе раннего онтогенеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Добряков И.В. Демографическая ситуация и развитие перинатальной психологии в современной России. // Ж. акушерства и женских болезней. – 2013. - Том LXII, вып. 1. – С. 10-15.
2. Атласов В.О., Долгов Г.В., Куликова Н.А., Финкель М.Л., Просвиригин И.А., Года И.Б., Кира К.Е. Особенности родоразрешения и состояния новорожденных у женщин после экстракорпорального оплодотворения: http://www.critical.ru/conftexts/2005/akusherstvo/artl0 ак_2005.htm.
3. Гаджимуратова Н.Д. Состояние здоровья и прогнозирование его нарушений у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения: автореф. дисс... канд. мед. наук. –

Пермь, 2017. – 23 с.

4. Горустович Ю.В., Войтович Т.Н., Ефименко С.Е. Особенности течения раннего неонатального периода у детей, рожденных в результате ЭКО // Медицинские новости. – 2014. – № 2 (233). – С. 62-64.

5. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.

6. Добряков И.В., Колесников И. А. Депрессии в период беременности // Ж. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – , 2008. - Т. 108. - № 7. – С. 91-97.

7. Евсюкова И.И., Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после ЭКО // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 49-53.

8. Жирнов В.А., Дмитриева М. В., Рустянова Д. Р. Анализ соматического статуса новорожденных детей, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения // Молодой ученый: вызовы и перспективы: мат-лы VI Междунар. Науч.-практ. конф. / под ред. Н.Р. Красовской. – М., 2016. – С. 67-71.

9. Захарова Е.И., Якупова В.А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью эо // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1 (17). – С. 96-104.

10. Кешишян Е.С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – № 59(5). – С. 15-25.

11. Киселева М.А. Здоровье детей, рожденных доношенными в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – № 1. – С. 32-35.

12. Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д., Филькина О.М., Малышкина А.И. и др. Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Том 5. – № 3. – С. 69-77.

13. Кузнецова В.С. Состояние здоровья детей от матерей, лечившихся по поводу бесплодия: автореф. дис... канд. мед. наук. – Воронеж, 2005. – 24 с.

14. Лалаян Т.Н. Состояние здоровья детей, рожденных с помощью новых репродуктивных технологий: дисс... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 110 с.

15. Мансимова В.О. Современное состояние проблемы здоровья детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Педиатрическая фармакология. – 2011. – № 2. – С. 27-31.

16. Мансимова В. О. Состояние здоровья и качество жизни недоношенных детей грудного возраста, родившихся после экстракорпорального оплодотворения: дисс... канд. мед. наук. – М., 2011. – 107 с.

17. Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных детей и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения: дисс... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 166 с.

18. Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных и дальнейшее развитие детей при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Педиатрическая фармакология. – 2005. – № 5. – С. 103-104.

19. Михеева Е.М., Пенкина Н.И. Здоровье детей, рожденных с использованием

вспомогательных репродуктивных технологий // ПМ. – 2014. – № 9 (85). – С. 47-51.

20. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Терехина О.В., Видякина Т.А., Ковас Ю.В. Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 63. – С. 119-135.

21. Новикова Н.О., Ипполитова Л.И. Особенности раннего неонатального периода у детей после экстракорпорального оплодотворения // ВНМТ. – 2013. – № 2. – С. 271-273.

22. Орлова О.С., Печенина В.А. Становление речевой функции у детей-близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения экстракорпорального оплодотворения // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2016. – № 4-2. – С. 237-245.

23. Орлова О.С., Печенина В.А. Результаты психолого-педагогического обследования детей, рожденных с применением экстракорпорального оплодотворения и от спонтанно наступившей беременности // Дефектология. – 2016. – № 5. – С. 38-46.

24. Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н. Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО // Ж. акуш. и жен. болезн. – 2011. – № 3 – С. 115-121.

25. Пивнева Н.Д. Состояние ЛОР-органов у детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий: дисс... канд. мед. наук. – М., 2012. – 101 с.

26. Плаксина А.Н. Прогнозирование здоровья и качества жизни детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий: дисс... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2011. – 174 с.

27. Подольхов Е.Н., Ниаури Д.А., Петрова Н.Н. Влияние особенностей психоэмоционального состояния женщин с трубно-перитонеальным бесплодием на результат лечения методом экстракорпорального оплодотворения // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2009. – С. 124-135.

28. Пыхтина Л.А., Филькина О.М., Гаджимуратова Н.Д., Малышкина А.И., Назаров С.Б. Факторы риска и прогнозирование нарушений здоровья у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 56-65.

29. Российская ассоциация репродукции человека. Отчет за 2016 г.: – URL: http://rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2016.pdf (Дата обращения: 6.05.2019).

30. Россия 2006. Стат. справочник / Р76 Росстат. – М., 2006. – 55 с.

31. Соловьева Е.В. Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития: // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – № 1. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Soloveva.phtml> (дата обращения: 11.05.2018).

32. Соловьева Е.В. Психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и их взаимодействие с матерями: дисс... канд. психол. наук. – М., 2016. – 217 с.

33. Трапезникова Ю. М. Прогнозирование задержки внутриутробного развития плода с ранних сроков беременности, инициированной вспомогательными репродуктивными технологиями :диагностические критерии риска: дисс... канд. мед. наук. – Челябинск, 2011. – 166 с.

REFERENCES

1. Ajlamazjan Je.K., Dobrjakov I.V. Demograficheskaja situacija i razvitie perinatal'noj psihologii v sovremennoj Rossii. // Zh. akusherstva i zhenskikh boleznej. – 2013. - Tom LXII, vyp. 1. – S. 10-15.
2. Atlasov V.O., Dolgov G.V., Kulikova N.A., Finkel' M.L., Prosvirinin I.A., Goda I.B., Kira K.E. Osobennosti rodorazreshenija i sostojanija novorozhdenных u zhenshhin posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: [http://www.critical.ru/conftexts/2005/akusherstvo/art10 ak_ 2005.htm](http://www.critical.ru/conftexts/2005/akusherstvo/art10_ak_2005.htm).
3. Gadzhimuratova N.D. Sostojanie zdorov'ja i prognozirovanie ego narushenij u detej pervogo goda zhizni, rodivshijsja ot odnoplodnoj beremennosti posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: avtoref. dis... kand. med. nauk. – Perm', 2017. – 23 c.
4. Gorustovich Ju.V., Vojtovich T.N., Efimenko S.E. Osobennosti techenija rannego neonatal'nogo perioda u detej, rozhdennyh v rezul'tate JeKO // Medicinskie novosti. – 2014. – № 2 (233). – S. 62-64.
5. Dobrjakov I.V. Perinatal'naja psihologija. 2-e izd. – SPb.: Piter, 2015. – 352 s.
6. Dobrjakov I.V., Kolesnikov I. A. Depressii v period beremennosti // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S. S. Korsakova. – , 2008. - T. 108. - № 7. – S. 91-97.
7. Evsjukova I.I., Masljanjuk N.A. Sostojanie novorozhdenных i ih dal'nejshee razvitie pri mnogoplodnoj beremennosti posle JeKO // Problemy reprodukcii. – 2005. – № 2. – S. 49-53.
8. Zhirnov V.A., Dmitrieva M. V., Rustjanova D. R. Analiz somaticheskogo statusa novorozhdenных detej, zachatyh posredstvom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Molodoj uchenyj: vyzovy i perspektivy: mat-ly VI Mezhdunar. Nauch.-prakt. konf. / pod red. N.R. Krasovskoj. – M., 2016. – S. 67-71.
9. Zaharova E.I., Jakupova V.A. Vnutrennjaja materinskaja pozicija zhenshhin, beremennost' kotoryh nastupila s pomoshh'ju jeko // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. – 2015. – № 1 (17). – S. 96-104.
10. Keshishjan E.S., Caregorodcev A.D., Ziborova M.I. Sostojanie zdorov'ja i razvitie detej, rozhdennyh posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. – 2014. – № 59(5). – S. 15-25.
11. Kiseleva M.A. Zdorov'e detej, rozhdennyh donoshennymi v rezul'tate primenija vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». – 2016. – № 1. – S. 32-35.
12. Kocherova O.Ju., Pyhtina L.A., Gadzhimuradova N.D., Fil'kina O.M., Malyshkina A.I. i dr. Psihologicheskie osobennosti materej detej, zachatyh s pomoshh'ju jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Klinicheskaja i special'naja psihologija. – 2016. – Tom 5. – № 3. – C. 69-77.
13. Kuznecova V.S. Sostojanie zdorov'ja detej ot materej, lechivshijsja po povodu besplodija: avtoref. dis... kand. med. nauk. – Voronezh, 2005. – 24 s.
14. Lalajan T.N. Sostojanie zdorov'ja detej, rozhdennyh s pomoshh'ju novyh reproduktivnyh tehnologij: diss... kand. med. nauk. – SPb., 2005. – 110 s.
15. Mansimova V.O. Sovremennoe sostojanie problemy zdorov'ja detej, rozhdennyh v rezul'tate vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Pediatričeskaja farmakologija. – 2011. – № 2. – S. 27-31.
16. Mansimova V. O. Sostojanie zdorov'ja i kachestvo zhizni nedonoshennyh

detej grudnogo vozrasta, rodivshihsja posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: diss... kand. med. nauk. – M., 2011. – 107 s.

17. Masljanjuk N.A. Sostojanie novorozhdennyh detej i ih dal'nejshee razvitie pri mnogoplodnoj beremennosti posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: diss... kand. med. nauk. – SPb., 2005. – 166 s.

18. Masljanjuk N.A. Sostojanie novorozhdennyh i dal'nejshee razvitie detej pri mnogoplodnoj beremennosti posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // *Pediatricheskaja farmakologija*. – 2005. – № 5. – S. 103-104.

19. Miheeva E.M., Penkina N.I. Zdorov'e detej, rozhdennyh s ispol'zovaniem vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // *PM*. – 2014. – № 9 (85). – S. 47-51.

20. Naku E.A., Bohan T.G., Terehina O.V., Vidjakina T.A., Kovas Ju.V. Faktory negativnyh psihojemocional'nyh sostojanij zhenshhin, prohodjashih lechenie besplodija po programme JeKO // *Sibirskij psihologicheskij zhurnal*. – 2017. – № 63. – S. 119-135.

21. Novikova N.O., Ippolitova L.I. Osobennosti rannego neonatal'nogo perioda u detej posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // *VNMT*. – 2013. – № 2. – S. 271-273.

22. Orlova O.S., Pechenina V.A. Stanovlenie rechevoj funkcii u detej-bliznecov, rozhdennyh spontanno i v rezul'tate primenenija jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // *Vestnik LGU im. A.S. Pushkina*. – 2016. – № 4-2. – S. 237-245.

23. Orlova O.S., Pechenina V.A. Rezul'taty psihologo-pedagogicheskogo obsledovanija detej, rozhdennyh s primeneniem jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija i ot spontanno nastupivshej beremennosti // *Defektologija*. – 2016. – № 5. – S. 38-46.

24. Petrova N.N., Podol'hov E.N. Osobennosti psihicheskogo sostojanija i lichnostno-psihologicheskie karakteristiki zhenshhin s besplodiem, podvergajushhihsja lecheniju metodom JeKO // *Zh. akush. i zhen. bolezni*. – 2011. – № 3 – S. 115-121.

25. Pivneva N.D. Sostojanie LOR-organov u detej, rozhdennyh posle primenenija vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij: diss... kand. med. nauk. – M., 2012. – 101 s.

26. Plaksina A.N. Prognozirovanie zdorov'ja i kachestva zhizni detej, rozhdennyh s pomoshh'ju vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij: diss... kand. med. nauk. – Ekaterinburg, 2011. – 174 s.

27. Podol'hov E.N., Niauri D.A., Petrova N.N. Vlijanie osobennostej psihojemocional'nogo sostojanija zhenshhin s trubno-peritoneal'nym besplodiem na rezul'tat lechenija metodom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // *Vestnik SPbGU. Serija 11. Medicina*. – 2009. – S. 124-135.

28. Pyhtina L.A., Fil'kina O.M., Gadzhimuratova N.D., Malyshkina A.I., Nazarov S.B. Faktory riska i prognozirovanie narushenij zdorov'ja u detej pervogo goda zhizni, rodivshihsja ot odnoplodnoj beremennosti posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // *Analiz riska zdorov'ju*. – 2017. – № 1. – S. 56-65.

29. Rossijskaja asociacija reprodukcii cheloveka. Otchet za 2016 g.:– URL: http://rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2016.pdf (Data obrashhenija: 6.05.2019).

30. Rossiya 2006. Stat. spravocnik / R76 Rosstat. – M., 2006. – 55 s.

31. Solov'eva E.V. Deti, zachatye posredstvom JeKO: osobennosti psihicheskogo razvitija: // *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru*. – 2014. – № 1. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Soloveva.phtml> (data obrashhenija: 11.05.2018).

32. Solov'eva E.V. Psihicheskoe razvitie detej rannego vozrasta, zachatyh posredstvom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija, i ih vzaimodejstvie s materijami:

diss... kand. psihol. nauk. – M., 2016. – 217 s.

33. Trapeznikova Ju. M. Prognozirovanie zaderzhki vnutritrobnogo razvitiya ploda s rannih srokov beremennosti, iniciirovannoj vspomogatel'nymi reproduktivnymi tehnologiyami :diagnosticheskie kriterii riska: diss... kand. med. nauk. – Cheljabinsk, 2011. – 166 s.

34. Ackerman S., Wenegrat J., Rettew D., Althoff R., Bernier R. No increase in autism-associated genetic events in children conceived by assisted reproduction // *Fertil Steril*. – 2014. – № 102. – P. 388-393.

35. Barbuscia A., Mills M.C. Cognitive development in children up to age 11 years born after ART-a longitudinal cohort study // *Hum Reprod*. – 2017. – Vol. 32, is. 7. – P. 1482-1488.

36. Bay B., Mortensen E., Kesmodel U. Assisted reproduction and child neurodevelopmental outcomes: A systematic review // *Fertility and sterility*. – 2013. – Vol. 100, is. 3. – P. 844-853.

37. Berry K.A., Baron I.S., Weiss B.A., Baker R., Ahronovich M.D., Litman F.R. In vitro fertilization and late preterm preschoolers' neuropsychological outcomes: the PETIT study // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 209, is. 4. – P. 356. e1-356.e6.

38. ESHRE Capri Workshop Group Birth defects and congenital health risks in children conceived through assisted reproduction technology (ART): a meeting report // *J Assist Reprod Genet*. – 2014. – Vol. 31, is. 8. – 947-958.

39. Fauser B., Devroey P., Diedrich K. et al. Health outcomes of children born after IVF/ICSI: A review of current expert opinion and literature // *Reproductive BioMedicine Online*. – Vol. 28, is. 2. – P. 162-182.

40. Hart R., Norman R. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment: Part I – General health outcomes // *Human reproduction update*. – 2013. – Vol.19, is. 3. – P. 232-243.

41. Hediger M., Bell E., Druschel Ch., Louis G. Assisted reproductive technologies and children's neurodevelopmental status. *Fertility and sterility*. – 2013. – № 99. – P. 311-317.

42. Hyrapetian M., Loucaides E., Sutcliffe A. Health and disease in children born after Assistive Reproductive Therapies (ART) // *Journal of Reproductive Immunology*. – 2014. – № 106. – P. 21-26.

43. Klemetti R., Seven T., Gissler M., Hemminki E. Health of children born as a result of in vitro fertilization // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 118, is. 5. – P. 1819-1827.

44. Lehti V., Brown A.S., Gissler M., Rihko M., Suominen A., Sourander A. Autism spectrum disorders in IVF children: A national case-control study in Finland // *Human Reproduction*. – 2013. – № 28. – P. 812-818.

45. Lord S., Robertson N. The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *J Reprod Infant Psychol* 2005; 23:319-32].

46. Lu Y.H., Wang N., Jin F. Long-term follow-up of children conceived through assisted reproductive technology // *J Zhejiang Univ Sci B*. – 2013. – Vol. 14, is. 5. – P. 359-371.

47. Nagy E., Nagy B. E. Coping with infertility: Comparison of coping mechanisms and psychological immune competence in fertile and infertile couples // *Journal of health psychology*. – 2015. – Vol. 21, is. 8. – P. 1799-1808.

48. Olivius C., Friden B., Borg G., Bergh C. Why do couples discontinue in vi-

tro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil Steril* 2004; 81:258-61.

49. Özbaran B., Köse S., Ardiç Ü.A. et al. Psychiatric evaluation of children born with assisted reproductive technologies and their mothers: A clinical study // *Nöropsikiyatri Arşivi*. – 2013. – Vol. 50, is. 1. – P. 59-64.

50. Punamäki R.L., Tiitinen A., Lindblom J. Mental health and developmental outcomes for children born after ART: A comparative prospective study on child gender and treatment type // *Human reproduction* (Oxford, England). – 2015. – Vol. 31, is. 1. – P. 100-107.

51. Qi-tao Zh., Pei-pei P., Xiang-rong X., Hang-ying Lou, Yi-yun Lou, Fan Jin. An overview of studies on psychological well-being in children born following assisted reproductive technologies // *Journal of Zhejiang University. Science. B*. – 2013. – Vol. 14, is.11. – P. 947-960.

52. Rumbold A.R., Moore V.M., Whitrow M.J. The impact of specific fertility treatments on cognitive development in childhood and adolescence: a systematic review // *Human Reproduction*. – Vol. 32, is. 7. – P. 1489-1507.

53. Sazonova A., Källen K., Thurin-Kjellberg A., Wennerholm U.B., Bergh C. Neonatal and maternal outcomes comparing women undergoing two in vitro fertilization (IVF) singleton pregnancies and women undergoing one IVF twin pregnancy // *Fertility and sterility*. – 2013. – № 99 (3). – P. 731-737.

54. Schendelaar P., La Bastide-Van Gemert S., Heineman M.J. et al. Subfertility factors rather than assisted conception factors affect cognitive and behavioural development of 4-year-old singletons // *Reprod Biomed Online*. – 2016. – № 33. – P. 752-762.

55. Shankaran S. Outcomes from infancy to adulthood after assisted reproductive technology // *Fertility and Sterility*. – 2014. – Vol. 101, Is. 5. – P. 1217-1221.

56. Spangmose A.L., Malchau S.S., Schmidt L. et al. Academic performance in adolescents born after ART – a nationwide registry-based cohort study // *Human Reproduction*. – 2017. – Vol. 32, is. 2. – P. 447-456.

57. Turkgeldi E., Yagmur H., Seyhan A., Urman B., Ata B. Short and long term outcomes of children conceived with assisted reproductive technology // *Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol*. – 2016. – Vol. 207. – P. 129-136.

I.V. Dobryakov¹, S.B. Leshchinskaya², I.Ya. Stoyanova³, O.V. Magdenko⁴
PSYCHOLOGICAL FACTORS OF HEALTH AND DEVELOPMENT
OF CHILDREN CONCEIVED THROUGH IN VITRO FERTILIZATION
DURING THE PERIODS OF EARLY CHILDHOOD

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (Sankt-Petersburg), ²National Research Tomsk State University, ³Mental Health Research Institute (Tomsk), ⁴Novosibirsk State University (Novosibirsk).

Summary. In the article modern scientific data on the characteristics and factors of health and psychological development of children conceived through in vitro fertilization are described and summarized. The problem of identifying the psychological factors (such as family context, psychological characteristics of parents, traumatic events) influencing the health and development of children during early childhood is stated.

Keywords: demographic problems, in vitro fertilization, IVF, early childhood, psychological development, health.

Н.В. Зверева, А.А. Сергиенко, С.Е. Строгова, М.В. Зверева
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКО
ФГБНУ Научный центр психического здоровья (Москва)

Резюме. Статья посвящена обзору современных подходов к изучению психического развития детей и подростков, появление на свет которых связано с процедурой ЭКО. Показано, что значительная часть исследований в проблематике ЭКО, посвящена специфическим вопросам акушерства и гинекологии, а психологическая составляющая касается в основном вопросов перинатальной психологии, среди них мотивация и здоровье женщин, оценка раннего развития ребенка, зачатого с помощью ЭКО, вопросы дифференциации последствий процедуры ЭКО и других «вредностей» перинатального и постнатального периода, например, внутриутробной гипоксии, особенностей развития при многоплодной беременности и т. п. Обобщен опыт оценки психического развития детей и подростков, рожденных с помощью ЭКО в отношении их речевого развития, школьной успеваемости и некоторых других.

Ключевые слова: ЭКО, дети и подростки, психическое и когнитивное развитие, IQ, успешность школьного обучения, материнство.

Актуальность и история вопроса. В настоящее время статистика детей, появившихся на свет с помощью ЭКО такова: около 2% - дети, рожденные в США, более 2% в Великобритании и почти 4% в Дании и Финляндии, 1 на каждые 25 детей в Австралии и др. [9, 49]. В 2016 г. после процедуры ЭКО в России родилось 22 396 детей, и цифры увеличиваются год от года [10].

В последние годы вышло несколько отечественных обзоров, посвященных проблеме развития детей, рожденных с помощью ЭКО (далее дети-ЭКО) или других высокотехнологичных (вспомогательных) репродуктивных технологий (ВРТ, далее дети-ВРТ) [1, 14, 16, 24, 26]. В зарубежных исследованиях отмечается изменение фокуса исследований в интересующем нас контексте когнитивного развития детей, рожденных с помощью ЭКО. Всплеск работ по этой тематике относился к концу 90-х—началу 2000-х годов при устойчиво сохраняющемся в настоящее время дифференцированном интересе к особенностям процедуры ЭКО, состоянию матери и т. д. [2, 27, 34, 46, 48, 54, 55].

Основные направления исследования проблемы применения ЭКО и ВРТ. Исследования проблемы ЭКО ведутся около 40 лет. Вначале работы были преимущественно направлены на физическое и психическое здоровье матери, длительность периода бесплодия, готовность к материнству, стрессоустойчивость, тревожность и т. п. [6, 7, 8, 20, 24, 27]. В фокусе внимания были успешность самой процедуры, риск акушерских перинатальных осложнений, оценка жизнеспособности, соматического здоровья и психического развития детей в раннем возрасте, особенности взаимодействия с ними матерей [6, 22, 26, 29, 33, 44, 53, 55]. По мере того, как количество таких детей увеличивалось и в возрастном аспекте они становились старше, в поле зрения исследователей и практиков попали новые вопросы, связанные с особенностями не только физического, но и психического, а в дальнейшем и когнитивного развития детей-ЭКО [22, 25, 26, 36, 38, 48, 50, 51, 58, 59]. Сама процедура ЭКО, как правило, считается безо-

пасной. В некоторых странах она оплачивается государством, в других нет. В России с 2013 г. ЭКО финансируется в рамках ОМС [21].

Исследования выявили спектр легко определяемых рисков для детей-ЭКО. Сравнение детей-одинок и полиплодных вариантов детей-ЭКО с детьми, зачатыми спонтанно, выявляет эти риски - неблагоприятные перинатальные исходы, некоторые врожденные дефекты и т. п. [38]. Причина неблагоприятных последствий остается недостаточно изученной. Анализируя контролируемые исследования, Ludwig A.K. et al. пришли к выводу, что большая часть результатов в этой области противоречива [47]. Данные, указывающие на нарушения развития детей-ЭКО, необходимо дифференцировать с другими состояниями, определяемыми нарушениями протекания беременности и родов, например, недоношенностью [12, 37, 60]. Необходимо учитывать фактор субфертильности, который есть у многих родителей, прибегающих к ЭКО. В ряде работ утверждается, что именно этот фактор, а не сама процедура ЭКО, влияет на когнитивное и поведенческое развитие детей-ЭКО [32, 52, 58]. Остается открытым вопрос о фертильной способности мужчин и ее влиянии на психофизиологические и неврологические и другие исходы популяции детей-ЭКО и детей-ВРТ [9, 41, 57]. Особое внимание уделяется количеству попыток ЭКО, что важно и для последующего когнитивного развития. Существенное отличие в познавательном развитии на первом году жизни наступает у детей, зачатых в результате более чем трех попыток ЭКО [1, 14, 43].

Значение имеет фактор многоплодной беременности. В ряде работ отмечается, что многоплодию сопутствует высокая частота внутриутробных инфекций, геморрагические и гематологические нарушения, врожденные аномалии развития, относительный риск которых составляет 1,3-2,0 раза по сравнению с естественными беременностями. Выявляются хромосомные и генетические нарушения. Недоношенность, синдром задержки развития плода, перинатальная смертность - все это может повлечь за собой нарушенное постнатальное, в том числе когнитивное развитие ребенка. [3, 50, 63].

В работах, посвященных физическому развитию детей-ЭКО, сравниваются антропометрические показатели. Есть данные когортных исследований [9, 31, 42, 43, 44] об отставании в физическом развитии детей-ЭКО от нормы, однако это отставание нивелируется к 5-летнему возрасту. Также упоминаются риски пороков развития, связанные с генетическими особенностями родительской пары, и даже риски развития онкологических заболеваний [9, 34, 46]. Согласно мнению родителей и учителей, у детей, рожденных с помощью ЭКО, имеется относительный риск депрессивного и замкнутого поведения. Есть данные о негативных неврологических и психосоматических последствиях у детей-ЭКО и детей-ВРТ, в частности, о повышении более чем в 4 раза риска заболевания детским церебральным параличом, двигательной расторможенностью. Увеличена частота расстройств аутистического спектра (РАС) и синдрома гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ) в младшем возрасте, задержек речевого развития [2, 36, 39, 40, 41, 44, 64]. С другой стороны, исследования проведенные на выборке детей с СДВГ в школьном возрасте, не находят различий частоты встречаемости синдрома у детей зачатых естественным путем, и детей-ВРТ и детей-ЭКО. Ряд ученых указывает на то, что успеваемость детей-ЭКО и детей-ВРТ в школе и их социальное развитие выше, ассоциируя это с более высоким уровнем образования родителей [33, 35, 61, 62].

Во многих исследованиях, посвященных проблеме ЭКО, на первый план выдвигается здоровье матери, а также ее личностно-психологические особенно-

сти, в частности мотивация, как предикторы психического и физического благополучия детей-ЭКО [24, 26, 27, 29, 41]. Матери детей-ЭКО отличаются высоким уровнем образования и социальным статусом, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, поздним репродуктивным возрастом (старше 35 лет). Последние два параметра увеличивают риски нарушений развития у ребенка. Выделенные факторы сочетаются с такими психологическими характеристиками, как повышенная тревожность, гипертимия, амбициозность, тревожное отношение к беременности, эйфорическое к родам, тревожное и амбивалентное отношение к ребенку и излишняя концентрация на нем [13, 29]. Негативная стигматизация бесплодия ассоциируется с психологическим неблагополучием женщины, а лечение бесплодия само по себе является стрессовой ситуацией [17, 19]. В отечественных исследованиях выявлено, что у женщин, страдающих бесплодием, наблюдается значительная частота встречаемости коморбидных психических расстройств, которые взаимосвязаны со стрессогенным воздействием [19]. В основном это тревожные и депрессивные расстройства. Тревожные расстройства, психическая дизадаптация приводят к риску отрицательного результата ЭКО. Важное значение имеет мотивация матерей, определяющая отношение к рождению ребенка и его дальнейшее развитие. Так, отмечено наличие большего количества поведенческих проблем у «незапланированных» и нежелательных детей по сравнению с «запланированными» сверстниками, рожденными с применением ЭКО [41]. Отмечается что у женщин, зачавших с помощью ЭКО, наблюдается снижение материнской компетенции по сравнению со спонтанно зачавшими матерями (снижение чувствительности, отзывчивости, субъективно-ориентированного отношения к ребенку и др.). По некоторым данным у детей-ЭКО, наблюдается снижение показателей общения с матерями (прежде всего частоты использования вербальных и невербальных средств) [26, 29]. Было показано, что у женщин, зачавших посредством ЭКО по сравнению с теми, кто зачал спонтанно, чаще отмечаются изменения субъективного переживания беременности, например, игнорирование шевелений ребенка во время беременности, а рождение ребенка существенно влияет на последующее изменение их жизни [26]. Спонтанно зачавшие матери имеют более реалистичные представления об актуальных возможностях и способностях своих детей и предъявляют к ним адекватные требования, тогда как матери, зачавшие посредством ЭКО, чаще предъявляют к детям неадекватные их возрасту требования и имеют более высокие ожидания от своих детей, т. е. налицо своеобразие диадных отношений по сравнению с отношениями в диаде мать-ребенок в случае естественного зачатия ребенка [26, 29]. В других обзорах [24, 57] здоровье матери выступает как «системный феномен, представленный взаимосвязями репродуктивного, соматического, психического и психологического компонентов» [23]. В целом выделяется важная роль медико-психосоциальной поддержки матери на этапах лечения бесплодия. Это касается и сугубо медицинских, в том числе эндокринологических исследований [13].

Собственно исследований когнитивного развития детей-ЭКО относительно немного, а в проведенных исследованиях были ограничены объем выборки, время наблюдения, отсутствовали подходящие контрольные группы. Есть вопросы и к инструментам оценки когнитивного развития [31, 53, 54, 55, 61, 62]. Большинство исследований влияния ЭКО на развитие когнитивной сферы было проведено на детях младенческого возраста (до 1 г.). В них не выявлено риска серьезных когнитив-

ных нарушений, таких как умственная отсталость, у детей-ЭКО по сравнению с детьми, зачатыми естественным путем [4, 16, 25, 36, 39, 56]. Однако есть исследования, в которых этот риск отмечается [57]. Имеются данные о замедленности когнитивного развития у близнецов детей-ЭКО по сравнению с группой синглтонов ЭКО [54]. Сходные результаты были получены в обширном исследовании (434 ребенка-ЭКО, из которых 262 от одноплодной беременности), где основным неблагоприятным фактором, влияющим на состояние здоровья детей-ЭКО, служит многоплодие и связанная с ним недоношенность, а не иные факторы [15].

Наиболее крупные зарубежные исследования долгосрочных последствий ЭКО были направлены на изучение когнитивных функций у детей с использованием стандартизированных тестов. На большой выборке (свыше 700 детей от 3 до 11 класса) показано, что дети-ЭКО имеют высокие результаты по тестам школьной успеваемости [48]. Исследование было проведено в Америке на местной популяции с помощью опросников, рассылаемых родителям и сбора данных по двум стандартизированным тестам (ITED - Айова-тест достижений в образовании и ITBS – Айова-тест базовых навыков). Были выявлены дополнительные факторы, влияющие на школьную успеваемость: уровень образования родителей, возраст матери, развод и др. Криоконсервация, продолжительность культивирования эмбрионов и метод осеменения не влияли на оценки успеваемости. В некоторых публикациях приводятся данные о превышении популяционной нормы по когнитивному развитию у детей-ЭКО [20, 24]. Тем не менее ряд исследований, демонстрирующих изменения в импринтинге генов в культуре эмбрионов «in vitro», вызывают озабоченность и поднимают вопрос о влиянии самого процесса ЭКО на последующее когнитивное развитие детей [23, 49].

В современной российской науке работы проводятся в многопрофильных научных центрах (университетах), в специализированных центрах перинатального профиля. В отечественных исследованиях клинико-психологическая проблематика ЭКО в последние годы традиционно связана с состоянием матери и ее психическим здоровьем, качеством жизни, успешностью материнства и пр., но также и с оценкой своеобразие – нормативности психического и физического развития детей-ЭКО. В последнем случае чаще всего, как и в зарубежных работах, анализировалось самое раннее развитие ребенка. Особое внимание уделялось самой процедуре ЭКО, особенностям бесплодия пары, факторам вредности, отношения к беременности и материнству, доношенности-недоношенности новорожденных, одно- или многоплодности, общей оценке интеллектуального, психомоторного и психоэмоционального развития [4, 5, 6, 8, 13, 19, 27, 28, 29]. Работы по оценке особенностей психосексуального развития детей-ВРТ смогли выявить лишь единичные случаи нарушения полового развития и сексуального дизонтогенеза [11].

Вопросам собственно когнитивного развития внимания уделялось недостаточно, отдельно анализировались развитие речи. Так, отмечается, что у детей-ЭКО выявлены нарушения в речевой и эмоциональной сферах, которые не устраняются без специального коррекционного воздействия [12, 18]. Наблюдается задержка темпов речевого развития, лексико-грамматических категорий речи, связной речи, полиморфное нарушение звукопроизношения. В эмоциональной сфере выявлены высокие показатели тревожности, импульсивности, эмоционально-волевой незрелости, трудности адаптации в социуме.

Заключение. Приведенные данные отражают противоречивую картину: согласно одним исследованиям ЭКО и другие ВРТ имеют определенное негативное

влияние на когнитивное развитие ребенка, согласно другим – такого негативного влияния нет, своеобразие и дефицитарность развития определяются общими факторами для детей с естественными формами зачатия и детей-ЭКО и детей-ВРТ.

Можно выделить ряд методических и методологических ограничений, присущих проанализированным источникам. В общем виде можно представить следующие «узкие» места современных работ по изучению различных проявлений и последствий технологий ЭКО и ВРТ в отдаленной перспективе:

- малые выборки респондентов, хотя в настоящее время этот аспект преодолевается, а за рубежом проводятся и когортные исследования;
- субъективность при сборе данных и их интерпретации, которая остается, несмотря на требования современной доказательной науки;
- не бесспорность выбранных стандартизированных тестов (трудно найти адекватные для разных стран и возрастов единые диагностические и психометрические средства);
- возрастные ограничения - проведение большинства исследований на детях младенческого и младшего возраста, что не позволяет рассмотреть особенности развития и формирования познавательных функций в возрастном аспекте;
- определенная узость методических подходов и малое количество мультидисциплинарных исследований.

В плане исследования нейрокогнитивного благополучия детей-ЭКО существенный вклад в разрешение проблемы может внести современный нейропсихологический подход и нейропсихологические методы исследования. Построенный на принципах качественного синдромного анализа нарушений психической деятельности нейропсихологический метод исследования позволяет в наибольшей степени раскрыть механизмы, лежащие в основе этих нарушений. В отношении последующего когнитивного развития имеют значение, с нашей точки зрения, следующие аспекты:

- ✓ нежелательные последствия многоплодных ЭКО (гипоксия, малый вес, недоношенность и т. п.), которые требуют дифференцирования с другими отягощениями акушерского анамнеза;
- ✓ количество процедур подсадки;
- ✓ особенности материнского поведения «пожилых» матерей, изменения в функционировании диады «мать-ребенок»
- ✓ образовательный уровень и социальный статус семей, где родились и воспитываются дети ЭКО;
- ✓ учет генетических рисков (наследственных и мутационных)
- ✓ некоторые другие.

Как следует из обзора, большинство исследований проведены изолированно медиками-педиатрами, неврологами, педагогами, психологами, логопедами, изучающими последствия ЭКО для психического развития ребенка.

Тема когнитивного развития, безусловно, может быть связана и с другими областями науки. К сожалению, широкое мультидисциплинарное исследование данного контингента встречается крайне редко, при этом имеет свои ограничения и методологические трудности [23]. Особый интерес представляет комплексное изучение психических, нейропсихологических, психофизиологических и иммунологических параметров развития детей в целом и когнитивного развития в частности в широком возрастном диапазоне (от 3 до 15 лет). Использование лучших зарубежных традиций и отечественных представлений о качестве когнитивного

развития и его видах (онтогенез и дизонтогенез), технологии иммунологического, нейрофизиологического и нейропсихологического обследования, нейроиммунотест – все это позволит получить широкий спектр феноменов развития детей, затронутых с помощью ЭКО, рассмотренных в мультидисциплинарном ключе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. и др. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии // Вестник РАМН. 2015. 70(3). С. 307–314.

2. Битенский В.С., Чернова Т.М. Анализ исследования психического здоровья детей, родившихся с помощью экстракорпорального оплодотворения // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2002. № 2. С. 54-57.

3. Бронфман С.А. Результаты применения комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода при подготовке беременных к родам // Психическое здоровье. 2014. № 10 (101). С. 62-66.

4. Гаджимурадова Н.Д. Состояние здоровья и прогнозирование его нарушений у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения: автореф. дисс... канд. мед. наук. - Пермь, 2017. - 23 с.

5. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий и их психотерапевтическая коррекция: дисс... док. мед. наук. - М. 2008.

6. Григорян А.Н. Физическое и половое развитие детей, рожденных женщинами, принимавшими во время беременности гормональную терапию: автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2017. – 24 с.

7. Добряков И.В. Перинатальная психология. - СПб.; Питер, 2010. – 234 с.

8. Захарова Е.И. Психология освоения родительства. - М: МГОУ, 2014. – 257 с.

9. Зюзикова З.С. и др. Состояние здоровья детей, рожденных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий: позиция эндокринолога // Проблемы эндокринологии. 2018. Т. 64. №. 4.

10. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. ВРТ в России. Отчет за 2015 год. - СПб., 2017. - 29 с.

11. Кузнецова И.В. и др. Особенности психосексуального развития детей, рожденных женщинами, получавшими гормональную терапию во время беременности // Гинекология. 2015. Т. 17. №. 2. С. 45-49.

12. Кузьмичев К.А., Тюмина О.В., Чертухина О.Б. Врожденные пороки развития и хромосомные аномалии у детей после ЭКО // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. № 1.

13. Кулакова Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациентов с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: дисс... канд. мед. наук. - М, 2008.

14. Лещинская С.Б. Проблемы и перспективы психологических исследований здоровья детей, рожденных посредством экстракорпорального оплодотворения. // Психическое здоровье семьи в современном мире. Сб. тезисов III конференции с междунар. уч. (Томск, 24-25 октября 2019 г.) / под ред. Н.А. Бохана, А.В. Семке, Е.В. Гуткевич. - Томск, 2019. - С. 174-177.

15. Малышкина А.И. и др. Состояние здоровья детей первого года жизни, родившихся после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник

перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64. № 1.

16. Михеева Е.М., Пенкина Н.И. Здоровье детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Практическая медицина. 2014. № 9 (85). С. 47-51.

17. Налетова А.Н. Пограничные психические расстройства у женщин страдающих различными формами бесплодия: автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1998. - 25 с.

18. Орлова О. и др. Особенности речевого развития детей-близнецов, родившихся в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Специальное образование. 2014. № 4.

19. Петрова Н.Н. и др. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 2, С. 42-48.

20. Печенина, В.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям, рожденным в результате экстракорпорального оплодотворения: автореф. дисс... канд. пед. наук. - М., 2017. - 24 с.

21. Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». Система ГАРАНТ: URL: <http://base.garant.ru/70246050/#ixzz4z8ST1aRC> (дата обращения 18.09.2019).

22. Савельева Г.М. и др. Здоровье детей, рожденных после ЭКО // Акушерство и гинекология. 2010. № 5. С. 49-54.

23. Силаева А.В. Ограничения мультидисциплинарных исследований здоровья и психического развития детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения // Мат-лы конф. «Поляковские чтения» / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. - М., 2018. - С. 298-300.

24. Силаева А.В., Ковас Ю.В., Бохан Т.Г. и др. Здоровье матери как фактор психического развития и здоровья детей, родившихся с применением ЭКО. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 1. С. 125-135.

25. Соболева М.К. и др. Состояние здоровья новорожденных от многоплодной индуцированной беременности // Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Мат-лы .XII междунар. конф. - Краснодар, 2012. - С. 123-124.

26. Соловьева Е.В. Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития // Психологическая наука и образование (электронный журнал) psyedu.ru. 2014. Т. 6. № 1. С. 261-272.

27. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Сравнительно-психологический анализ: дисс... докт. психол. наук. - М., 2000.

28. Хритинин Д.Ф. Эффективность программы экстракорпорального оплодотворения у женщин с зависимостью от табака // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2007, №3 (46) с. 40-42.

29. Якупова В.А. Особенности становления внутренней позиции матери при использовании вспомогательной репродуктивной технологии ЭКО: автореф. дисс... канд. психол. наук. - М., 2015.

REFERENCES

1. Baranov A.A. i dr. Mediko-social'nye problemy vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij s pozicii pediatrii // Vestnik RAMN. 2015. 70(3). S. 307-314.

2. Bitenskiy V.S., Chernova T.M. Analiz issledovaniya psicheskogo zdorov'ja detej, rodivshihsja s pomoshh'ju jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Visnik

psihiatrui ta psihofarmakoterapii. 2002. № 2. S. 54-57.

3. Bronfman S.A. Rezul'taty primeneniya kompleksnogo mediko-profilakticheskogo i psihoterapevticheskogo podhoda pri podgotovke beremennyh k rodam // Psihicheskoe zdorov'e. 2014. № 10 (101). S. 62-66.

4. Gadzhimuradova N.D. Sostojanie zdorov'ja i prognozirovanie ego narushenij u detej pervogo goda zhizni, rodivshihsja ot odnoplodnoj beremennosti posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: avtoref. diss... kand. med. nauk. - Perm', 2017. - 23 s.

5. Gardanova Zh.R. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva u zhenshhin s besplodiem v programme vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij i ih psihoterapevticheskaja korekcija: diss... dok. med. nauk. - M. 2008.

6. Grigorjan A.N. Fizicheskoe i polovoe razvitie detej, rozhdennyh zhenshhinami, primavshimi vo vremja beremennosti gormonal'nuju terapiju: avtoref. diss... kand. med. nauk. - M., 2017. - 24 s.

7. Dobrjakov I.V. Perinatal'naja psihologija. - SPb.; Piter, 2010. - 234 s.

8. Zaharova E.I. Psihologija osvoenija roditel'stva. - M: MGOU, 2014. - 257 s.

9. Zjuzikova Z.S. i dr. Sostojanie zdorov'ja detej, rozhdennyh v rezul'tate primeneniya vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij: pozicija jendokrinologa // Problemy jendokrinologii. 2018. T. 64. №. 4.

10. Korsak V.S., Smirnova A.A., Shurygina O.V. VRT v Rossii. Otchet za 2015 god. - SPb., 2017. - 29 s.

11. Kuznecova I.V. i dr. Osobennosti psihoseksual'nogo razvitija detej, rozhdennyh zhenshhinami, poluchavshimi gormonal'nuju terapiju vo vremja beremennosti // Ginekologija. 2015. T. 17. №. 2. S. 45-49.

12. Kuz'michev K.A., Tjumina O.V., Chertuhina O.B. Vrozhdennye poroki razvitija i hromosomnye anomalii u detej posle JeKO // Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2018. № 1.

13. Kulakova E.V. Korekcija psihojemocional'nyh narushenij u pacientok s besplodiem v programme vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij: diss... kand. med. nauk. - M, 2008.

14. Leshhinskaja S.B. Problemy i perspektivy psihologicheskikh issledovanij zdorov'ja detej, rozhdennyh posredstvom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija. // Psihicheskoe zdorov'e sem'i v sovremennom mire. Sb. tezisov Sh konferencii s mezhdunar. uch. (Tomsk, 24-25 oktjabrja 2019 g.) / pod red. N.A. Bohana, A.V. Semke, E.V. Gutkevich. - Tomsk, 2019. - S. 174-177.

15. Malyshkina A.I. i dr. Sostojanie zdorov'ja detej pervogo goda zhizni, rodivshihsja posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2019. T. 64. №. 1.

16. Miheeva E.M., Penkina N.I. Zdorov'e detej, rozhdennyh s ispol'zovaniem vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Prakticheskaja medicina. 2014. № 9 (85). S. 47-51.

17. Naletova A.N. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva u zhenshhin stradajushhih razlichnymi formami besplodija: avtoref. diss... kand. med. nauk. - M., 1998. - 25 s.

18. Orlova O. i dr. Osobennosti rechevogo razvitija detej-bliznecov, rodivshihsja v rezul'tate vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Special'noe obrazovanie. 2014. №. 4.

19. Petrova N.N. i dr. Psihicheskie rasstrojstva i lichnostno-psihologicheskie osobennosti u zhenshhin s besplodiem pri lechenii JeKO // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii. 2013. № 2, S. 42-48.

20. Pechenina, V.A. Korrekcionno-pedagogicheskaja pomoshh' detjam, rozh-

dennym v rezul'tate jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: avtoref. diss... kand. ped. nauk. - M., 2017. - 24 s.

21. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 22 oktjabrja 2012 g. № 1074 «O pro-gramme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2013 god i na planovyj period 2014 i 2015 godov». Sistema GARANT: URL: <http://base.garant.ru/70246050/#ixzz4z8ST1aRC> (data obrashhenija 18.09.2019).

22. Savel'eva G.M. i dr. Zdorov'e detej, rozhdennyh posle JeKO // Akusherstvo i ginekologija. 2010. № 5. S. 49-54.

23. Silaeva A.V. Ogranichenija mul'tidisciplinarnyh issledovanij zdorov'ja i psihicheskogo razvitija detej, rozhdennyh s pomoshh'ju jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Mat-ly konf. «Poljakovskie chtenija» / pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhi-noj. - M., 2018. - S. 298-300.

24. Silaeva A.V., Kovas Ju.V., Bohan T.G. i dr. Zdorov'e materi kak faktor psihicheskogo razvitija i zdorov'ja detej, rodivshihsja s primeneniem JeKO.// Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019 (19). № 1. S. 125-135.

25. Soboleva M.K. i dr. Sostojanie zdorov'ja novorozhdennyh ot mnogoplodnoj inducirovannoj beremennosti // Reproaktivnye tehnologii segodnja i zavtra. Mat-ly .XII mezhdunar. konf. - Krasnodar, 2012. - S. 123-124.

26. Solov'eva E.V. Deti, zachatye posredstvom JeKO: osobennosti psihicheskogo razvitija // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie (jelektronnyj zhurnal) psyedu.ru. 2014. T. 6. № 1. S. 261-272.

27. Filippova G.G. Psihologija materinstva: Sravnitel'no-psihologicheskij analiz: diss... dokt. psihol. nauk. - M., 2000,

28. Hritinin D.F. Jefferektivnost' programmy jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija u zhenshhin s zavisimost'ju ot tabaka //Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. Tomsk, 2007, №3 (46) s. 40-42.

29. Jakupova V.A. Osobennosti stanovlenija vnutrennej pozicii materi pri is-pol'zovanii vspomogatel'noj reproduktivnoj tehnologii JeKO: avtoref. diss... kand. psihol. nauk. - M., 2015.

30. Barbuscia A., Mills M. C. Cognitive development in children up to age 11 years born after ART-a longitudinal cohort study //Human Reproduction. 2017. T. 32. №. 7. C. 1482-1488.

31. Bonduelle M, et al. A multi-centre cohort study of the physical health of 5-year-old children conceived after intracytoplasmic sperm injection, in vitro fertilization and natural conception. HumReprod 2005;20:413–419.

32. Fauser B. et al. Health outcomes of children born after IVF/ICSI: a review of current expert opinion and literature //Reproductive biomedicine online. – 2014. – T. 28. – №. 2. – C. 162-182.

33. Golombok S., R. Cook, A. Bish, C. Murray Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children // Child Development. 1995. Vol. 64 (2). P. 285-298.

34. Hansen M, et al. Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects — a systematic review. HumReprod. 2005;20(2): P 328-338.

35. Hart R, Norman RJ. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II — mental health and development outcomes. Hum Reprod. Update. 2013;19(3):244-250.

36. Hart R., Norman R. J. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment: Part I—General health outcomes //Human reproduction up-

date. – 2013. – Т. 19. – №. 3. – С. 232-243.

37. Helmerhorst F. M. et al. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies //Bmj. 2004. Т. 328. №. 7434.p. 261.

38. Henningsen A. et al Risk of stillbirth and infant deaths after assisted reproductive technology: a Nordic study from the CoNARTaS group. // Hum Reprod. 2015. Vol. 30 (3). P. 710-716

39. Hvidtjorn D, et al. Cerebral palsy, Autism spectrum disorders, and developmental delay in children born after assisted conception: a systematic review and meta-analysis. ArchPediatrAdolescMed. 2009;163(1): P 72-83.

40. Hvidtjorn D, Grove J, Schendel D, et al. Risk of autism spectrum disorders in children born after assisted conception: a population based follow-up study. J EpidemiolCommunityHealth. 2011; 65(6):497-502.

41. Klemetti R. et al. Health of children born as a result of in vitro fertilization //Pediatrics. 2006. Т. 118. №. 5. p. 1819-1827.

42. Koivurova S, et al. Post-neonatal hospitalization and health care costs among IVF children: a 7-year follow-up study. HumReprod. 2007;22(8): P 2136-2141.

43. Kuiper D. et al.Neurodevelopmental and cardiometabolic outcome in 4-year-old twins and singletons born after IVF(2017) Reproductive BioMedicine Online, 34 (6), p. 659-667.

44. Leunens L., et al Follow-up of cognitive and motor development of 10-year-old singleton children born after ICSI compared with spontaneously conceived children // Hum Reprod. 2008. Vol. 23 (1). P. 105-111.

45. Levy-Shiff R. et al. Medical, cognitive, emotional, and behavioral outcomes in school-age children conceived by in-vitro fertilization //Journal of Clinical Child Psychology. 1998. Т. 27. №. 3. С. 320-329.

46. Lu YH, Wang N, Jin F. Long-term follow-up of children conceived through assisted reproductive technology. J ZhejiangUnivSci B. 2013;14(5): p 359-371.

47. Ludwig A. K. et al. Post-neonatal health and development of children born after assisted reproduction: a systematic review of controlled studies //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2006. Т. 127. №. 1. p. 3-25.

48. Mains L. et al. Achievement test performance in children conceived by IVF //Human reproduction. 2010. Т. 25. №. 10. p. 2605-2611.

49. Manipalviratn S, DeCherney A, Segars J. Imprinting disorders and assisted reproductive technology. FertilSteril 2009;91:305–315.

50. Middelburg K. J. et al. Mental, psychomotor, neurologic, and behavioral outcomes of 2-year-old children born after preimplantation genetic screening: follow-up of a randomized controlled trial //Fertility and sterility. 2011. Т. 96. №. 1. p. 165-169.

51. Middelburg K. J. et al. Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI—a systematic review //Human Reproduction Update. 2008. Т. 14. №. 3. p. 219-231.

52. Olivares M. D. et al. IVF procedures are not, but subfertility is associated with neurological condition of 9-year-old offspring //Early human development. 2019. Т. 129. p. 38-44.

53. Olivennes F, et al. Follow-up of a cohort of 422 children aged 6 to 13 years conceived by in vitro fertilization. FertilSteril 1997;№67p.284–289.

54. Olivennes F. et al. Children's cognitive development and family functioning in a large population of IVF/ICSI twins //Fertility and Sterility. 2004. Т. 82. p. S37.

55. Place I, Englert Y. A prospective longitudinal study of the physical, psychomotor, and intellectual development of singleton children up to 5 years who were conceived by intracytoplasmic sperm injection compared with children conceived spontaneously and by in-vitro fertilization. *FertilSteril* 2003;80:1388–1397.
56. Ponjaert-Kristoffersen I. et al. Psychological follow-up study of 5-year-old ICSI children // *Human Reproduction*. 2004. T. 19. №. 12. p. 2791-2797.
57. Rumbold A. R. et al. The impact of specific fertility treatments on cognitive development in childhood and adolescence: a systematic review // *Human Reproduction*. 2017. T. 32. №. 7. p. 1489-1507.
58. Schendelaar P., et al. Subfertility factors rather than assisted conception factors affect cognitive and behavioural development of 4-year-old singletons. (2016) *Reproductive BioMedicine Online*, 33 (6) , pp. 752-762.
59. Strömberg B. et al. Neurological sequelae in children born after in vitro fertilisation: a population based study. *Lancet*. 2002;359(9305): P 461-465.
60. Strömberg B. et al. Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study // *The Lancet*. 2002. T. 359. №. 9305. p. 461-465.
61. Wagenaar K. et al. Behavior and socioemotional functioning in 9–18-year-old children born after in vitro fertilization // *Fertility and sterility*. 2009. T. 92. №. 6. p. 1907-1914.
62. Wagenaar K. et al. Self-reported behavioral and socioemotional functioning of 11-to 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilization // *Fertility and sterility*. 2011. T. 95. №. 2. C. 611-616.
63. Wen J. et al. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytop-lasmic sperm injection: a meta-analysis // *Fertility and Sterility*. 2012. Vol. 97 (6). P. 1331-1337.
64. Zachor D.A., Ben Itzhak E. Assisted reproductive technology and risk for autism spectrum disorder // *Research in Developmental Disabilities*. 2011. Vol. 32 (6). P. 2950-2956.

N.V. Zvereva, A.A. Sergienko, S.E. Strogova, M.V. Zvereva
MODERN APPROACHES TO EVALUATING THE COGNITIVE DEVELOPMENT
OF CHILDREN AND ADOLESCENTS BORN WITH THE USE OF IVF
Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The article is devoted to a review of modern approaches to the study of the mental development of children and adolescents, the birth of which is associated with the IVF procedure. It has been shown that a significant part of research in IVF issues, is devoted to specific issues of obstetrics and gynecology, and the psychological component mainly concerns issues of perinatal psychology, among them the motivation and health of women, an assessment of the early development of a child conceived using IVF, issues of differentiating the consequences of the IVF procedure and other «harmfulnesses» of the perinatal and postnatal period, for example: intrauterine hypoxia, developmental features in multiple pregnancy, etc. The experience of assessing the mental development of children and adolescents born with help IVF in relation to their speech development, school performance, and some others is summarized. A variant of a new direction of research is proposed, associated with a multidisciplinary approach

Keywords: IVF, children and adolescents, mental and cognitive development, IQ, school success, motherhood.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. **Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**

3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ** в Word'e.

4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.**; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в приставном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно приставному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Государственного стандарта, вначале источники на русском языке (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).

10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

11. Плата за публикацию статей не взимается.

12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.

13. В случае наличия замечаний рецензента направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редакцией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа автора.

14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

15. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 31.10.2019 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая. Тираж 300 экз.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru