

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2021 (21), № 1

«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. 2020

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Г.В. Козловская, Н.В. Симашкова, М.В. Иванов, М.А. Калинина, Л.Ф. Кремнева, Т.А. Крылатова, Г.Н. Шимонова, Н.А. Воронкова, С.А. Воскресенская, Н.В. Семенова ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ (ОТ 0 ДО 5 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) НА СПЛОШНОМ И ВЫБОРОЧНОМ КОНТИНГЕНТЕ В МИКРОПСИХИАТРИИ.....	4
О.Н. Первушина, О.В. Киселева, Т.А. Мурашова, Е.А. Дорошева ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС).....	14
В.С. Собкин, Е.А. Калашникова СОВРЕМЕННЫЙ ПОДРОСТОК ОБ УЧАСТИИ В ДРАКАХ: ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СТРАТИФИКАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ.....	23
Е.С. Скворцова, Н.П. Лушкина ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ, ЕЖЕДНЕВНО ДЛИТЕЛЬНО ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ.....	36
Ю.А. Афанасьева РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ.....	47
Н.А. Шмойлова ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ САМОРАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ.....	54

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

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова «ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО» В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	62
Д.А. Донской ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСГАРМОНИЧНОГО ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ШИЗОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ АРАКТЕРА.....	70
С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова, С.Н. Ениколопов ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	80

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

С.В. Давидовский, С.А. Игумнов НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ.....	90
Н.Э. Косых, С.З. Савин, Е.В. Солодкая ЭТНОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА СРЕДИ ПОДРАСТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА ПРИ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА.....	102
А.Н. Белова, Т.В. Жилева, В.В. Борзиков, А.Н. Кузнецов ОБЗОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	113
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	124

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

G.V. Kozlovskaya, N.V. Simashkova, M.V. Ivanov, M.A. Kalinina, L.F. Kremneva, T.A. Krylatova, G.N. Shimonova, N.A. Voronkova, S.A. Voskresenskaya, N.V. Semenova EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS IN EARLY AND PRESCHOOL AGED CHILDREN (0 TO 5 YEARS) ON A CONTINUOUS AND SELECTIVE CONTINGENT IN MICROSPIHIATRY.....//.	4
O.N. Pervushina, O.V. Kiseleva, T.A. Murashova, E.A. Dorosheva EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS (ASD).....	14
V.S. Sobkin, E.A. Kalashnikova THE MODERN TEENAGER IS ABOUT PARTICIPATION IN THE FIGHTS: THE INFLUENCE OF DEMOGRAPHIC AND STRATIFICATION FACTORS.....	23
E.S. Skvortsova, N.P. Lushkina TOBACCO SMOKING AMONG RURAL TEENAGERS-SCHOOL CHILDREN WHO USE THE INTERNET EVERY DAY FOR A LONG TIME.....	36
Yu.A. Afanaseva THE ROLE OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF TEENAGERS IN THE FORMATION OF COPING STRATEGIES.....	47
N/A. Shmoylova PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT OF PERSONAL SELF-DEVELOPMENT IN THE ADOLESCENT PERIOD.....	54

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

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova «BORDERLINE PERSONALITY DISORDER» IN ADOLESCENCE AGE: CLINICAL CASE.....	62
D.A. Donskoy PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISHARMONIOUS PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT WITH THE ACCENTUATION OF CHARACTER IN PUBERTY.....	70
S.O. Kuznetsova, S.E. Strogova, S.N. Enikolopov RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF ART-THERAPY CLASSES WHEN CORRECTING TEENAGERS WITH MENTAL DISORDERS...	80

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

S.V. Davidouski, S.A. Igumnov NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS.....	90
A.N. Belova, T.V. Zhilyaeva, V.V. Borzikov, A.N. Kuznetsov A REVIEW OF PSYCHOMETRIC INSTRUMENTS FOR ASSESSING EMOTIONAL REGULATION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	102
N.E. Kosykh, S.Z. Savin, E.V. Solodkaia ETHNODEMOGRAPHIC ASPECTS OF THE SPREAD OF DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS AMONG THE YOUNGER POPULATION OF SIBERIA AND THE FAR EAST IN THE CORONAVIRUS PANDEMIC.....	113
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....	124

**ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ,
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

**Г.В. Козловская, Н.В. Симашкова, М.В. Иванов, М.А. Калинина,
Л.Ф. Кремнева, Т.А. Крылатова, Г.Н. Шимонова, Н.А. Воронкова,
С.А. Воскресенская, Н.В. Семенова**
**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ
И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ (ОТ 0 ДО 5 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО)
НА СПЛОШНОМ И ВЫБОРОЧНОМ КОНТИНГЕНТЕ
В МИКРОПСИХИАТРИИ**

ФГБНУ НЦПЗ (Москва).

Резюме. Статья освещает результаты проведенного исследования по оценке состояния психического здоровья детского населения первых лет жизни для оценки перспектив объема организации оказания специализированной психиатрической помощи. Работа была организована в нескольких районах города Москвы, Московской области, и на базе кабинета раннего возраста, курирующего психическое здоровье детей всех Московских округов города в форме консультативной помощи детям. По результатам обследования был проведен анализ состояния психического здоровья по категориям: норма, группа риска, наличие психопатологии. Также оценивалось влияние различных эндогенных и экзогенных факторов на состояние психической болезненности. Исследование показало, что структура психической болезненности имеет тенденцию меняться в зависимости от возраста, возросла распространенность такой психической патологии, как аутистические расстройства. Общие показатели психической болезненности по г. Москве были сходными с аналогичными по разным регионам РФ.

Ключевые слова: раннее детство, микропсихиатрия, психическое здоровье, популяция, экзогенные и эндогенные факторы риска, катamnестическое наблюдение.

Микропсихиатрия – раздел возрастной психиатрии, курирующий психическое здоровье в детском возрасте в период первых лет жизни (младенческий, ранний и дошкольный) от 0 до 5 лет включительно. Известно, что в период раннего детства берут начало многие болезни, в том числе и психические. В начале они проявляются в виде продромов, в последующем приобретая развернутый характер, а в ряде случаев хронические формы [1, 2]. Важно отметить, что в это же время проявляются и стигмы риска заболеть психическим расстройством и, следовательно, именно в раннем детском возрасте возможно применение специально созданных систем ранних лечебно-профилактических мер для психического оздоровления детей [4, 5]. В связи с чем актуально определение уровня психической болезненности в детском населении первых лет жизни для уточнения перспектив объема организации специализированной психиатрической помощи, включая первичную профилактику, лечебные и коррекционные мероприятия.

С этой целью был обследован ряд районов городской популяции детей в возрасте первого года жизни до 5 лет включительно. В их число вошли: район города Москвы с численностью детского населения указанного возрастного диапа-

зона в 4500 детей (первая группа); район поселка городского типа Московской области с численностью детей того же возраста на период 2018 г. в 5700 человек (вторая группа), и контингент кабинета раннего возраста (КРВ), курирующего психическое здоровье детей всех Московских округов города в форме консультативной помощи детям, направляемым в КРВ районными психиатрами и неврологами для уточнения диагноза и определения маршрута лечебно-профилактической помощи в перспективе (третья группа).

Кроме того, были обследованы дети тех же возрастов с помощью анкетирования родителей и последующим уточнением состояния здоровья специалистами, нескольких регионов РФ, для определения уровня психического здоровья детской популяции по стране.

Первые два контингента обследованы сплошным (фронтальным) эпидемиологическим методом и последний контингент (третья группа) детей, присланных на прием в КРВ, выборочно.

Исследование проводилось по единой форме, разработанной в НЦПЗ в виде психоневрологической схемы для врачей и в виде вопросника для родителей. Кроме того, для уточнения психического статуса ребенка и динамики его развития исследовались уровень речевых, гигиенических, двигательных (особенно мелкой моторики) навыков, игровой деятельности, пищевого поведения, особенностей системы мать-дитя, эмоциональной реактивности, общения, вегетативный тонус и др. Для всех перечисленных функций были разработаны специальные тесты. Дети обследованы психиатрически, неврологически (включая определение вегетативного тонуса), психологически с использованием методики ГНОМ, логопедического, дефектологического и генетического анализа случая, и др.

Городской район г. Москвы обследован в два приема. В первом случае было изучено 10% населения в возрасте от 0 до 3 лет и затем тот же контингент был обследован в катамнезе до достижения детьми возраста 5 лет. Среди них мальчики составили 61,6%, девочки 38,4 %.

Психическое здоровье рассматривалось в группах – норма (1), риск психической патологии (2) и психопатологическая группа (3).

В диапазоне первых 3 лет жизни эти группы составили: норма – 35,1%, в т. ч. мальчиков было 18,2%, девочек – 11,9 %; риск – 42,5%, 30,2% мальчиков и 12,3% девочек; патология – 22,4%, 12,0% и 10,4% – соответственно. В катамнезе эти соотношения составили показатели: норма – 55,4% (мальчики – 28,3%, девочки – 27,1%), риск 25,0% (мальчики 18,4% , девочки 6,7%); и патология – 19,6%, в т.ч. мальчики –15,2% и девочки – 4,4% соответственно.

В среднем те же показатели были для популяции детей первых лет жизни, или детей раннего возраста, – патология 18,4% (11,6% – мальчики и 6,8% – девочки); риск – 44,8% (30,6% мальчиков и 14,2% девочек) и норма 36,8% (18,9% – мальчики и 17,9% – девочки).

Рассмотрим факторы риска возникновения психических нарушений в первые годы жизни по материалам сплошного эпидемиологического обследования городского детского населения. Среди них, *во-первых*, отклонения течения беременности: выраженные токсикозы и гестозы, острые и хронические инфекции и заболевания, оперативные вмешательства, психические травмы, ЭКО, внутриут-

робная гипоксия и др.

Следующие – это нарушения родовой деятельности: родовая травма, гипоксия в родах, кесарево сечение, травматическое родовспоможение (вакуум-экстрактор, выдавливание, нередко домашние роды и др.).

Затем – это травматические последствия для нервной системы нарушений родового процесса. Это проявлялось в форме органического поражения ЦНС разной степени - от ММД до ДЦП (минимальной мозговой дисфункции и детского церебрального паралича), в т. ч. – перинатальная энцефалопатия (ПЭП), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (СПНРВ), СМД – мышечная дистония (гипер- и гипотонус), гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) и др.

Следующим был выделен фактор нарушения вегетативной регуляции, особенно значимый на первом году жизни, в форме нарушений сна, питания, дисбаланса роста и прибавления веса, дисфункций желудочно-кишечного тракта (кишечные дискинезии, срыгивания и др.), нарушения выделительных функций (мочи и кала), дыхания, сердечные дизритмии.

Затем в качестве риска были рассмотрены наиболее значимые дисплазии строения тела – дисплазии черепа, пальцев, тазобедренных суставов, слезных каналов, нарушений сердечнососудистой системы в виде малых аномалий сердца, (МАРС).

В отдельную подгруппу факторов риска были выделены стигмы расстройств аутистического спектра со стороны отдельных органов и систем – недостаточность соединительной ткани, обуславливающей чрезмерную подвижность суставов, мышечную гипотонию и др., нарушения вегетативной регуляции в виде особенностей сна и системы сон-бодрствование (особые диссомнии: «сон волка», ритуалы перед сном, ночные бдения, панические реакции). Сюда же отнесены и нарушения пищевого поведения – отказы от грудного вскармливания и одновременное принятие сцеженного грудного молока из бутылочки, отказ от пищи определенного цвета, ритуалы в приеме пищи и др.

В качестве следующего фактора были рассмотрены специфические нарушения психического развития – вычурные игры неигровыми предметами, однообразное выстраивание игрушек в ряды горизонтальные и вертикальные, вокруг себя, отсутствие тактильного и ротового внимания.

Включены **в факторы риска** РАС - нелокализованные неврологические знаки (ННЗ). В их числе: симптом балерины (ходьба на носочках), ходьба на пятках, внешней стороне стопы, симптом крыльев, хореоатетоз пальцев рук, гипо- и парамимия, атактическая походка, преходящие парезы, асимметричная мышечная дистония, нарушения движения глазных яблок (преходящий страбизм, скачкообразный нистагм, остановившийся взгляд – приступы Клооса, или остановка мышления, по А.К. Ануфриеву, как аналог специфических расстройств у взрослых), взгляд «в никуда», отсутствие взгляда глаза в глаза. Признаки соединительнотканной недостаточности – торчащие волосы, несколько макушек. Отнесены сюда и нарушение сосания, жевания, глотания при сохранности челюстно-лицевой иннервации, а также эпизоды сохранения позы, произвольной и приданной, специфические двигательные стереотипии (кружения, прыжки, челноч-

ный бег и др.). Наличие вычурной походки – согнувшись, вперевалку, приставным шагом и др. при отсутствии неврологической патологии. На первых месяцах жизни отмечается задержка редукции постуральных рефлексов; в становлении моторики – нарушение последовательности формулы движения – отсутствие периода ползания перед вертикальным положением тела и др.

К следующим **факторам риска** отнесены экзогенные биологические и психологические вредности. Это обилие профилактических прививок в первые два года жизни ребенка – десятикратное иммунологическое вмешательство введением комплексных прививочных материалов (нередко одновременное), вакцин против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, гемолитической инфекции и др.

В качестве психологических вредностей в период раннего детства выделена психическая депривация или нарушения в системе мать–дитя в виде недостаточности детско-материнского взаимодействия. Например, ранняя разлука ребенка с матерью (преждевременный, вынужденный выход на работу, нежеланный ребенок, материнская депрессия и др.)

В качестве **еще одного фактора** риска рассмотрены отдельные психосоматические проявления раннего возраста – аллергии, атопический дерматит, эксудативный диатез, дисбактериоз, эпизоды апноэ и др.

По степени значимости в зависимости от уровня выявленной на их фоне патологии и состояний риска, повреждающие факторы разделились. В случае нарушения беременности и родов, дисплазий и стигм РАС выявлялись сходные показатели распространенности риска и психических отклонений. С возрастом (с периода младенчества и раннего возраста к дошкольному) они редуцировались, в среднем составив – 31,6% и 9,1%; 28,6% и 8,8%; и 27,6% и 5,4%. В то же время группа нормы численно увеличивалась (соответственно – 3,2%; 7,4%; 10,3%). В не меньшей степени возрастная зависимость прослеживалась при наличии фактора вегетативной дисрегуляции (риск, патология, норма) – 39,0%, 5,3% и 3,7% – младенческий период; 40,5%, 7,3%, 11,5% – ранний возраст; 45,8%, 12,3% и 19,2% – дошкольный.

Большим повреждающим воздействием проявлял себя экзогенный биологический фактор в форме ранней вакцинации. По тем же возрастным группам и группам здоровья (риск, патология, норма) процентные показатели были следующие – 36,6; 36,6; и 8,4 (младенчество). По раннему возрасту (1-3 года) – 40,5; 38,3; и 2,9 и по катамнезу (3-5 лет) — 35,7; 30,3; и 15,7 соответственно.

Влияние этого фактора прослежено в сравнении: группа вакцинированных детей и детей без вакцинирования по причине отвода от прививок по медицинским показаниям и добровольного отказа. Число вакцинированных детей составило 80,7% от числа обследованных (1 группа) и 18,2% детей без прививок (2 группа). Анализ состояния здоровья этих двух групп показал следующее (средние данные). Риск в 1 группе составил 3,6%, во 2 группе 45,8%, патология 36,7% и 20,7% соответственно. Таким образом, состояние психического здоровья не вакцинированных детей было несколько (в 1,7 раза) лучше, чем в другой группе.

Не менее повреждающее воздействие наблюдалось при факторе психической депривации (46,6%; 8,5%; 3,3%; и 45,0%; 5,3%; 13,4%; и 50,2%; 2,4%; и 20,0%), с

уменьшением его значимости по мере взросления детей в тех же группах здоровья (риск, патология, норма).

Во всех группах отмечалось преобладание мальчиков как в группе риска, так и патологии (в среднем в 1,5–2 раза). В группе нормы гендерная зависимость была меньшей. В некоторых случаях, напротив, отмечалась незначительное большее число девочек.

Обобщенные показатели болезненности детского населения без учета факторов по группам здоровья (риск, патология, норма) и по возрасту приведены в таблице №1. Отмечается рост психической болезненности в период от 1 года до 3 лет и снижение её в дошкольном возрасте от 22,4% до 19,9%. Одновременно отмечено уменьшение численности группы риска и увеличение группы практического здоровья с 66,6% к 25,0% (риск) и с показателя от 20,0% к 55,4% (норма). Данные согласуются с известными фактами увеличения психической болезненности в период первого возрастного криза (2.5-3 года).

Таблица 1.

Распределение по группам здоровья в городской популяции детей (Москва) раннего возраста в экстенсивных показателях (%)

Группы пол	патология			риск			норма		
	все	м	д	все	м	д	все	м	д
годы	13,3	8,2	5,1	66,6	43,3	23,3	20,1	10,2	9,9
3 года	22,4	12	10,4	42,5	30,2	12,3	35,1	18,2	16,9
5 лет	19,6	15,2	4,4	25	18,3	6,7	55,4	28,3	27,1
среднее	18,4	11,8	6,6	44,8	30,6	14,2	36,8	18,9	17,9

Выявленная психическая патология во фронтальном эпидемиологическом обследовании городской популяции детей педологического возраста рассмотрена в сравнении с психической патологией, наблюдаемой в детском населении в поселке городского типа Московской области и в рамках консультативной помощи по г. Москве (выборочный контингент) в кабинетах раннего возраста (КРВ).

Рассмотрим соотношения по статистическим результатам эпидемиологического анализа работы КРВ по г. Москве. Данный кабинет начал работать с 2015 г. по методическим рекомендациям НЦПЗ (2009-2019 гг.) на клинической базе центра – НЦПЗ ДП им Г.Е.Сухаревой и в поселке городского типа Московской области. Динамика объема курируемого потока пациентов раннего возраста представлена на таблицах № 2 и № 3.

Таблица 2.

Количество пациентов раннего возраста, курируемых в КРВ по г. Москве

Годы работы Возраст	Число детей (abs /%)				Всего
	2015	2016	2017	2018	
1год	102/11,02	110 /11,07	118/10,07	128/11,8	458/11,3
2года	257/ 28,3	380/ 40,5	403/36,4	410/ 36,8	1450/35,6
3года	548/ 60,5	450/47,8	587/52,9	577/ 51,7	2162/53,1
всего	907	940	1108	1115	4070

Таблица 3.

Посещаемость пациентов в %

Годы	Посещения		Пол		Возраст %
	первичные	повторные	мальчики	девочки	
2015	35	-	-	27,8	1 год — 5,0%
2016	40,3	56,2	75,2	24,8	2 год — 25,0%
2017	43,8	59,7	78,2	21,8	3 год — 65,00%
2018	44,6	65,7	75	2	Старше — 75,00%

Наибольшее число пациентов КРВ пришлось на возраст старше 2 лет (65,0 — 75,0%) при относительном рост числа наблюдений в возрасте первого и второго года — с 5,0% до 25,0%. Отмечено значительное преобладание мальчиков по всем возрастам обратившихся детей, что и представлено по годам работы кабинета в таблице.

Структура болезненности по анализу диагнозов обратившихся в кабинет детей была следующей. По психопатологической симптоматике они распределились:

1 группа — церебральные психические расстройства резидуально-органического генеза, а также расстройств поведения и др. (F.06 и 3;4;7; 8 и F.07;1;8).

Во вторую группу вошла умственная отсталость все формы (F.70,72).

В третью — задержки психического развития общие, речи, моторики, навыков, возрастного кругозора и др. (F.80, 82, 83, 88).

Четвертую группу составили расстройства аутистического спектра (F.84.0,1,2,5,11,12, F.20).

Пятая группа — общие нарушения развития из группы РАС (состояния риска, шифр F 84.8).

Шестая группа — двигательные гиперкинетические и гипокинетические нарушения, в том числе СДВГ, тики, расстройства внимания (F.90; 0, 9).

Седьмая группа — психосоматические (вегетативные) расстройства

Восьмая группа — эмоциональные нарушения, в том числе расстройства настроения, тревожно-фобические, астенические и аффективные реакции.

Девятая группа — нарушения поведения: истерические реакции, психопатоподобная взрывчатость, агрессивность, негативизм, нарушения пищевого и игрового и других форм поведения.

Десятая группа — прочие расстройства, в т. ч. эпилепсия.

Из приведенной таблицы следует, что за годы работы КРВ значительно выросло количество обратившихся за психиатрической помощью детей с диагнозом ранний детский аутизм (все формы) с 1,3% до 4,9%. Кроме того, состояниями нами к группе риска аутистических нарушений (шифр F 84.8) возросли с 15,8 % до 28,4 %, которые вкпе с предыдущей группой составили большинство структуры всей психической патологии (2015 г. — 17,1% и 2018 -33,3%).

Количество УО выросло незначительно (с 1,6% до 1,7%), но уменьшилось число детей с недифференцированной задержкой развития (общей, речи, моторики и др.), с 26,6 % до 19,8 %, что связано с более точной клинической диагностикой и переходом данной патологии в группы аутизма или риска таковой.

Таблица 4.

Процентные показатели нарушений по выделенным клиническим группам
(данные КРВ г. Москвы)

Го- ды рабо- ты КРВ	Группы										Вс его (%)
	1 це ре бр - ор г. р- ва	2 У О	3 З П Р	4 ау- тизм	5 р ис к Р А С	6 двигатель- ные р-ва	7 психосо- матиче- ские р-ва	8 эмоцио- наль- ные р- ва	9 нару- ше- ния по- веде- ния	10 про- чие	
2018	5,6	1,7	1,9,8	4,9	28,4	8,9	10,8	8,9	9,8	1,2	100
2017	5,5	1,7	2,1,2	3,9	27,5	9,1	11,5	8,4	9,5	1,7	100
2016	6,1	1,8	2,2,8	6,2	20,8	11,6	12,6	8,2	8,3	1,6	100
2015	10,9	1,6	2,6,6	1,3	15,8	13,7	12,1	8,4	8,2	1,4	100

Таким образом, в выборочном контингенте, направленном в КРВ для уточнения диагноза преобладают нарушения РАС, причем тяжелые формы расстройств, требующих активной лечебной и коррекционной работы и нередко оформления инвалидности.

В КРВ детского населения поселка городского типа структура психической болезненности была схожа с московской. Здесь также с началом работы кабинета выросла численность нарушений из группы РАС и состояний риска РАС (F84. 0-4, F84.8). Снизились цифры таких расстройств, как задержки психического развития.

Рассмотрим психическую болезненность населения раннего возраста по фронтальному эпидемиологическому скринингу одного из районов г. Москвы. Как уже было сказано, обследовано 10,0% населения. Динамика распространенности психической патологии выявила зависимость её от возраста детей. Она составила 13,3% – дети первого года жизни, 22,4% – третий год и 19,6 % – пятый год. Среднее число 18,6 % или показатель пораженности психической патологией популяции детей педологического возраста городского населения эталонной территории (г. Москва).

Рассмотрим клиническую структуру психической болезненности детей первых лет жизни обследованного района г. Москвы (табл.6).

Таблица 5.

Структура психической болезненности в КРВ (Московская область) в экстенсивных показателях

Группы возраст	У О	Ау- тизм	Пси- хо- со- мат.	Ор г. нар ЦН С	ЗП Р	Ри ск РА С	Дви г. рас- а	Эмо ц. нар- я	Нар-я пове- дения	Про- чие	Все го (%)
1 год	-	-	3,4	26, 3	26, 5	32, 6	5,9	3,4	1,9	-	100
3 года	2, 3	3,6	4,5	8,7	21, 5	31, 8	10, 5	7,6	8,5	1	100
5 лет	4, 3	5,3	4,8	6,8	19, 6	28, 4	9,8	8,7	10,8	1,5	100

Таблица 6.

Структура психической болезненности в городской детской популяции педологического возраста обследованного района г. Москвы в экстенсивных показателях

Воз- раст Группы	1 орг нар ЦН С	2 у о	3 зп р	4 ау- тизм	5 рис к РА С	6 дви г р- ва	7 пси- хо- со- мат.	8 эмо- цио. нар- я.	9 нар. пове- д	10 про- чие	Все го (%)
год	19, 6	1, 9	34, 3	-	11, 8	9,9	8,8	4,9	6,9	1,9	100
3 года	2,2	1, 2	18, 9	2,7	19, 9	17, 6	15,4	11,8	9,4	0,9	100
5 лет	1,5	2, 3	13, 3	5,1	25, 4	18, 1	15,8	8,2	9,1	1,2	100

Здесь также прослеживается современная тенденция психической патологии в детском населении раннего возраста. Характерен большой объем психических нарушений в первые годы жизни детей и наличие в их структуре расстройств аутистического спектра, которые в сумме с нарушениями аутистического риска в среднем по годам составили 30,5% общей патологии. С возрастом снижаются показатели психопатологических последствий ранней церебральной патологии (с 19,6% до 1,5%), и задержек психического развития (с 34,3% к 13,3%), но увеличиваются психические дисфункции в виде эмоциональных, и поведенческих нарушений.

Приводим сравнительные средние показатели общей психической болезненности по эпидемиологическим данным ВОЗ, РФ и отдельного района г. Москвы, а также показатели расстройств аутистического спектра по РФ и в городской популяции (данные эпидемиологического скрининга 10 районов РФ 2016-2019 г.г.).

Таблица 7.

Показатели болезненности психическими расстройствами

Территория	ВОЗ	РФ 2000 год	РФ 2013 год	Москва
Психическая болезненность в экст. Показателях	13,00%	9,80%	17,00%	18,00%
Психическая болезненность в интенс. показателях	1,3	0,9	1,7	1,8
Распространенность РАС в раннем возрасте (1-3 вкл.) в экс. показателях	-	-	2,0%	2,70%

Как видим, показатели психической болезненности по г. Москве и по данным эпидемиологической статистике РФ относительно идентичны (и по экстенсивным и интенсивным показателям). Сходной оказалась и распространенность нарушений аутистического спектра [3].

Совпадения эпидемиологических данных, полученных в независимых исследованиях, свидетельствуют о достоверности результатов.

Объём психической патологии раннего и дошкольного (педологического) возраста доказательно большой – 180 детей на 1000 детского населения указанных возрастов в т. ч. 27 детей на 1000 детского населения с нарушениями аутистического спектра. Отсюда вытекают неотложные задачи по психическому оздоровлению детского населения в виде специализированных учреждений, приближенных к семье ребенка, организованных на стыке медицины, психологии и педагогики, для активной лечебно-коррекционной профилактической работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козловская Г.В. Актуальные проблемы микропсихиатрии // Психиатрия. 2007; 5(29): 14-18.

2. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. 2013; 4 (60): 27-31.

3. Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А., Ключник Т.П., Козловская Г.В. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017-2019 гг.) /// Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2020;120 (11):79–86.

4. Северный А.А., Шевченко Ю.С., Волошин В.М. Психическое здоровье детей России: системные проблемы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002 (2): 2 5-13.

REFERENCES

1. Kozlovskaja G.V. Aktual'nye problemy mikropsihiatrii // Psihiatrija. 2007; 5(29): 14-18.

2. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A. Shizotipicheskiy diatez v rannem vozraste kak prediktor shizofrenii // Psihiatrija. 2013; 4 (60): 27-31.

3. Simashkova N.V., Ivanov M.V., Makushkin E.V., Sharlaj I.A., Kljushnik T.P., Kozlovskaja G.V. Skrininig riska vozniknovenija narushenij psihicheskogo

razvitija u detej rannego vozrasta (dannye po 9 regionam Rossii v 2017-2019 gg.) /// Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. 2020;120 (11):79–86.

4. Severnyj A.A., Shevchenko Ju.S., Voloshin V.M. Psihicheskoe zdorov'e detej Rossii: sistemnye problemy // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2002 (2): 2 5-13.

5. Asarnow R.F., Nuechterlein K. H., Fogelson D., Subotnik K. L., Payne D. A., Russell A. T., Asamen J., Kuppinger H., Kendler K. S. Schizophrenia-Spectrum Personality Disorders in the First-Degree Relatives of Children With Schizophrenia The UCLA Family Study FREE /Arch Gen Psychiatry. 2001; 58(6):581-588. doi:10.1001/archpsyc.58.6.581.

**G.V. Kozlovskaya, N.V. Simashkova, M.V. Ivanov, M.A. Kalinina,
L.F. Kremneva, T.A. Krylatova, G.N. Shimonova, N.A. Voronkova,
S.A. Voskresenskaya, N.V. Semenova**

**EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS IN EARLY AND PRESCHOOL
AGED CHILDREN (0 TO 5 YEARS) ON A CONTINUOUS AND SELECTIVE
CONTINGENT IN MICROPSYCHIATRY**

FSBSI MHRC (Moscow,).

Summary. The article presents the results of a study to assess the state of mental health of the child population in the first years of life to study the prospects for the scope of the organization of specialized psychiatric care. The work was organized in several districts of the city of Moscow, the Moscow region, and on the basis of an early age office that oversees the mental health of children in all Moscow districts of the city in the form of counseling for children. Based on the survey results, an analysis of the state of mental health was carried out by categories: norm, risk group, presence of psychopathology. The influence of various endogenous and exogenous factors on the state of mental illness was also assessed. The study showed that the structure of mental illness tends to change depending on age; the prevalence of such mental pathology as autistic disorders has increased. General indicators of mental illness in Moscow were similar to those in different regions of the Russian Federation

Keywords: early childhood, micropsychiatry, population, mental health, exogenous and endogenous risk factors, follow-up observation.

О.Н. Первушина^а, О.В. Киселева^а, Т.А. Мурашова^а, Е.А. Дорошева^{а,б}
**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)¹**

^аНовосибирский государственный университет ^бФедеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины» (Новосибирск).

Резюме. В статье описана роль стрессовых состояний, эмоционального выгорания, жизненной стратегии и способов эмоциональной регуляции родителей во взаимодействии и развитии ребенка с РАС. В исследовании приняли участие 75 родителей (23 отца и 52 матери) в возрасте от 27 до 54 лет, воспитывающие детей с РАС. Показаны различия в выраженности родительского выгорания (показатели состояния эмоционального истощения выше у матерей), а также в способах когнитивной регуляции эмоций у отцов и матерей (у матерей отмечается большая выраженность руминаций и фокусирования на планировании).

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, родительское выгорание, родительский стресс, регуляция эмоций, семейное состояние..

Введение. Анализ существующих исследований и методов помощи людям с аутизмом показывает недостаточность внимания, уделяемого роли родителей и семьи в развитии детей с аутизмом [3, 8, 10]. Некоторые исследователи полагают, что, возможно, это реакция на концепцию матери-холодильника и невольное нежелание навешивать на родителей дополнительную вину [13].

Мы полагаем, что наряду с исследованием детей с РАС, а также оценкой эффективности подходов и методов обучения таких детей и взаимодействия с ними необходимо исследование родителей детей с аутизмом. Можно выделить несколько причин повышенного внимания к родителям детей с РАС. Во-первых, это люди, испытывающие состояние повышенного долговременного стресса, нередко переходящего в дистресс, и им необходимо оказывать психологическую помощь и поддержку, чтобы способствовать абилитации ребенка и нормальному функционированию семьи. Повышенный родительский стресс появляется после постановки диагноза РАС независимо от того, насколько интеллектуально функционирует человек с РАС или насколько критичен родитель [1, 15]. Родительский стресс может приводить к состоянию эмоционального выгорания, что в свою очередь уменьшает положительные результаты поведенческих вмешательств [21], снижает восприимчивость родителей к ребенку, резко снижает количество ситуаций совместного внимания, необходимых для развития ребенка [23]. Попытки преодоления стресса у родителей детей с РАС часто способствовали усилению негативного аффекта; характерными стратегиями переживаний и поведения в этих случаях были обвинение, беспокойство, преодоление абстиненции и беспомощность [22]. Во-вторых, родители создают среду, атмосферу, являющуюся либо важнейшим ресурсом, либо тормозом развития ребенка с РАС. Продвижение ребенка в его развитии, его успехи в огромной

¹Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 18-013-00925)

степени зависят от состояния и поведения родителей, от того, какие эмоциональные состояния переживают родители и как они с ними справляются, как они выстраивают собственную стратегию жизни, как строят семейные отношения, как относятся к ребенку, как переживают его особенности и взаимодействуют с ним. В-третьих, дети нуждаются в понимании, и родителям необходимо научиться понимать своего ребенка, чтобы эффективно взаимодействовать с ним. В-четвертых, переживания родителей могут быть обусловлены неопределенностью ситуации, связанной с постановкой дифференциального диагноза и бесконечном поиске родителями методов терапии [7]. В-пятых, стрессовые состояния родителей связаны со взаимодействием с социумом. Для детей с РАС типичны нарушения психомоторики и аффективные проявления [4], которые привлекают к детям повышенное внимание окружающих, а сложившиеся в обществе стереотипы определяют негативный, стигматизирующий характер отношения к ним. Мы можем говорить о стигматизации в форме буллинга со стороны сверстников, стигматизации в образовательных учреждениях, вызванной неподготовленной инклюзией, а также самостигматизации самих взрослых, не принимающих диагноз своего ребенка. В случае выбора неадекватной образовательной траектории и самостигматизации наибольший стресс испытывают именно родители, а ребенок при этом подвергается негативному влиянию стигматизации опосредованно, испытывая последствия невротизации родителей [9].

Значимость вклада родителей в развитие ребенка с РАС невозможно переоценить. Но эффективное поведение родителей возможно, если возникший в ответ на рождение ребенка с аутизмом стресс не приводит к выгоранию, а способствует мобилизации интеллектуальных и эмоциональных ресурсов. К сожалению, так происходит далеко не всегда. Серьезность расстройства у ребенка может привести к пролонгированному стрессу, который проявляется в превалирующем негативном эмоциональном состоянии родителей, переходит в дистресс и способствует эмоциональному выгоранию [13]. Безусловно, эти родители нуждаются в психологической и социальной поддержке. При этом важно использовать наиболее эффективные направления и стратегии помощи, а для этого понимать наиболее уязвимые параметры психологического состояния этих людей. Регулирование эмоциональных состояний родителей является важным ресурсом улучшения их состояния. Т.С. Zhou (2014) показывает, что эмоциональные состояния родителей и их регулирование влияют также на эмоции и поведение их детей [24]. Этот результат полностью соотносится с результатами С. Mazefsky, который полагает, что плохая эмоциональная регуляция является решающим фактором для клинической картины и необходимо психологическое обучение для пациента и его семьи адаптивным стратегиям. В некоторых случаях родители, осуществляющие уход за ребенком, могут не осознавать свою зависимость от неадаптивной стратегии и их влияние на ребенка [20]. При этом исследователи обращают внимание на то, что в случае появления в семье ребенка с РАС стресс может многократно усиливаться вследствие того, что затруднительным является получение обратной связи от ребенка [5]. Основным источником стресса для этих родителей является ежедневное управление поведением своих детей. Большинство родителей иногда не способно эффективно

справляться с поведением своего ребенка и, как следствие, чувствует гнев/разочарование, неадекватность, депрессию, одиночество или горе, вину [12]. Отмечается более высокий уровень стресса у родителей, воспитывающих ребёнка с РАС, нежели уровень стресса родителей нормотипичных детей и даже родителей с детьми, страдающими другими расстройствами. Подчеркиваются более высокие показатели материнского стресса по сравнению с отцовским [14]. Мать, как правило, проводит с ребенком больше времени, у нее меньше возможностей для переключения на другие виды активности.

Исследователи отмечают более низкий уровень стресса у отцов, так как они менее активно вовлечены во взаимодействие с детьми. Чаще всего они избегают совместного времяпровождения, задерживаются на работе, а после не имеют сил играть с ребенком. При этом участие отцов является очень ценным, т. к. позитивно сказывается на развитии ребенка, в частности, на речевом развитии [17]. Отцы имеют стили общения и игры, которые отличаются от материнских и однозначно влияют на развитие ребенка. В целом язык отца и ребенка имеет тенденцию быть более прямым и более сложным, чем язык матери и ребенка [19]. Физическое взаимодействие матерей с маленькими детьми строится вокруг заботы, физическое взаимодействие отцов с маленькими детьми, как правило, строится вокруг игры [18]. В целом игра «мать–ребенок» имеет тенденцию быть словесной и дидактической, игра «отец–ребенок», как правило, физическая, включающая в себя «грубые и беспорядочные» взаимодействия во время игры [16]. Благодаря этим игровым взаимодействиям с отцами дети могут овладеть важными навыками общения. Например, дети, которые участвуют в поддерживающей игре с отцами, демонстрируют более сильные навыки регуляции эмоций и поведения. В более широком смысле, когда отцы участвуют в адаптивных взаимодействиях с детьми у детей улучшаются результаты во многих областях развития, включая эмоциональную регуляцию, познание и языковые навыки.

Итак, участие отца позитивно сказывается на развитии ребенка с РАС. К тому же участие отца дает матери больше возможности для отдыха и переключения на другие виды занятий. И уровень стресса у отцов, как правило, ниже. В этой связи представляется актуальным изучение того, какие способы переживания стресса используют матери и отцы детей с РАС. Поскольку в борьбе со стрессом особая роль принадлежит регуляции эмоций, мы сосредоточили внимание на изучении способов когнитивного регулирования эмоций и их связи с эмоциональным родительским выгоранием и переживаниями, связанными с общей ситуацией в семье.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 родителей (23 отца и 52 матери) в возрасте от 27 до 54 лет, воспитывающие детей с РАС. Средний возраст отцов $39,5 \pm 6,1$, средний возраст матерей $37,7 \pm 6,2$. Это были 23 супружеские пары и 29 матерей без второго родителя, пришедших на семейную консультацию с ребенком. Сбор психодиагностического материала проводился на базе Междисциплинарного центра прикладного анализа поведения НГУ. На консультацию вместе с родителями пришли 39 мальчиков и 17 девочек с диагнозом РАС. Возраст детей от 3 до 15 лет (средний возраст $6,6 \pm 3,5$). Все дети

имеют диагноз РАС. Для проведения исследования использовалась *авторская анкета* для сбора анамнестических сведений и социально-психологических характеристик семей. Кроме этого родители заполняли *опросник «Когнитивная регуляция эмоций»* Н. Гарнефски (N. Garnefski) и В. Краай (V. Kraaij), адаптированный Е.И. Рассказовой с соавторами [6], *опросник «Родительское выгорание»* (в адаптации И.Н. Ефимовой) [2] и *методика «Типовое семейное состояние»* (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Юстицкис) [11].

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные в соответствии с нормативными показателями позволяют в целом говорить о низком уровне эмоционального истощения в группе отцов и о среднем уровне эмоционального истощения в группе матерей. Это можно объяснить тем, что в нашем исследовании приняли участие родители с достаточно высоким уровнем социальной активности, без ярко выраженной психопатологической симптоматики у ребенка с РАС, мотивированные на его развитие и понимающие важность включения всей семьи в комплексную работу с различными профильными специалистами. В результате сравнения групп отцов и матерей по показателям шкал методики «Родительское выгорание» было получено различие по показателям шкалы «Эмоциональное истощение» (среднее значение 13,84 и 22,07 соответственно, $p < 0,01$) (табл. 1).

Таблица 1.

Сравнение групп отцов и матерей по показателям шкал опросника «Родительское выгорание»

Шкалы	Отцы (n=23)	Матери (n=52)	Критерий U-Манна- Уитни	p
	Средний ранг			
Эмоциональное истощение	17,79	29,57	148	p<0,01
Деперсонализация	26	24,37	266	p>0,05
Редукция родительских достижений	22.47	26,6	237	p>0,05

Большее эмоциональное выгорание матерей связано с позицией, занимаемой матерью в отношении ребенка. Основная доля заботы о ребенке приходится на долю матери. Мать проводит с ребенком больше времени, у нее часто нет возможности заняться другими видами деятельности. В такой ситуации особенно важным представляется стабилизация эмоционального состояния матерей, чтобы время, посвященное ребенку, было временем проводимым с ребенком, а не временем, принесенным в жертву ребенку. Выявленные различия в уровне эмоционального выгорания отцов и матерей указывают на то, что они по-разному переживают сложившуюся ситуацию. В связи с этим представляется актуальным проанализировать стратегии эмоционального регулирования отцов и матерей, чтобы понять, какие стратегии являются позитивными, а какие работают на выгорание.

Для исследования стратегий эмоционального регулирования мы использовали опросник «Когнитивная регуляция эмоций» (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнение групп отцов и матерей по показателям шкал опросника «Когнитивная регуляция эмоций»

Шкалы	Отцы (n=23)	Матери (n=52)	Критерий U-Манна- Уитни	p
	Средний ранг			
Самообвинение	33,83	39,85	502	p>0,05
Принятие	33,96	39,79	505	p>0,05
Руминации	29,09	39,76	419,5	p<0,05
Позитивное переформулирование	30,24	41,43	565,5	p>0,05
Фокусирование на планировании	26,28	43,18	328,5	p<0,01
Позитивная переоценка	36,28	38,76	558,5	p>0,05
Рассмотрение в перспективе	31,65	40,81	452	p>0,05
Катастрофизация	31	41,1	437	p>0,05
Обвинение других	38,93	37,59	576,5	p>0,05

При сравнении групп отцов и матерей детей с РАС получены значимые различия по показателям шкал «Руминация» (средние значения 10,65 и 12,63 соответственно, $p<0,05$) и «Фокусирование на планировании» (средние значения 13,78 и 16,54, $p<0,01$). Матери в большей степени «зацикливаются» на переживаемой ситуации, неконструктивно «пережевывают» одни и те же мысли, вязнут в одних и тех же эмоциях. При этом они озабочены тем, что предпринять для изменения ситуации. Показатели по шкале «Фокусирование на планировании» также значимо выше в группе матерей. Такие данные могут свидетельствовать о том, что переживаемая ситуация является для матерей центральной, наиболее значимой; им хотелось бы позитивных изменений, а для этого необходим план, который мог бы сделать ситуацию более определенной, предсказуемой и привести к этим изменениям, в то время как отцы воспринимают данную ситуацию менее драматично.

Сравнение показателей по методике «Типовое семейное состояние» в выделенных группах отцов и матерей различий не выявило. Средние показатели по всем шкалам находятся в пределах нормативных значений в обеих группах. Некоторая тенденция к повышению отмечается по шкале «Нервно-психическое напряжение» как в группе отцов, так и в группе матерей (средние значения 15 и 16,4 соответственно). Это может объясняться тем, что жизнь семьи, воспитывающего ребенка с РАС, требует от ее членов больше сил для понимания его потребностей, эмоциональной регуляции своего состояния и состояния ребенка, внимания и сопровождения ребенка во всех его активностях, переживаний, связанных с адаптацией ребенка с РАС.

Поскольку мы исходим из предположения о том, что эмоциональная регуляция помогает справиться со стрессовой ситуацией и избежать выгорания, мы проверили связь (отдельно в группах отцов и матерей) между эмоциональным родительским выгоранием и стратегиями регулирования эмоций, а также переживаниями, связанными с общей ситуацией в семье.

В результате в группе отцов обнаружена значимая связь эмоционального истощения с позитивной переоценкой ($r=0,525$, $p<0,05$) и обвинением других ($r=0,472$, $p<0,05$). Эту связь можно интерпретировать с двух сторон. С одной стороны, чем выше уровень истощения, тем меньше у человека сил для решения проблем, изменения ситуации. И тогда избирается стратегия обвинения других за собственную неблагоприятную ситуацию, когда другие обвиняются в наличии негативных переживаний. Но с другой стороны, наряду с обвинением других присутствует понимание неадекватности этих обвинений, а такая ситуация психологически тяжела, она изматывает, что может вести к эмоциональному истощению.

Также выявлена отрицательная связь между редукцией родительских достижений и позитивной перефокусировкой ($r=-0,479$, $p<0,05$). Мы могли бы тут предположить большую включенность отцов в сферу социального взаимодействия. Возможность и способность переключаться на другие сферы жизнедеятельности, помимо выполнения родительской роли, способствуют большей самореализации и повышают представление о своей состоятельности, в том числе и в плане реализации родительских функций.

Анализ взаимосвязей между показателями шкал методик «Типовое семейное состояние» и «Когнитивная регуляция эмоций» показал наличие отрицательной корреляционной связи между позитивной перефокусировкой и общей семейной неудовлетворенностью ($r=-0,504$, $p<0,05$). Для отцов оказывается особенно значимым возможность переключения с семейной ситуации, с трудной жизненной ситуации на другие сферы жизни, виды деятельности и т. д. В противном случае у них наблюдается повышенный уровень неудовлетворенности семейной ситуацией. Можно посмотреть на эту ситуацию и таким образом: переживание неудовлетворенности семьей толкает человека на выбор каких-либо видов активности за ее пределами.

В группе матерей между показателями шкал опросников «Родительское выгорание» и «Когнитивная регуляция эмоций» значимых корреляционных связей не выявлено. Не обнаружены связи и между показателями шкал методики «Типовое семейное состояние» и опросника «Когнитивная регуляция эмоций», а также показателями шкал опросника «Родительское выгорание» и методики «Типовое семейное состояние», что требует продолжения исследования на более расширенной выборке.

Заключение.

1. В стратегиях эмоционального реагирования на стресс у матерей отмечается большая выраженность руминаций и фокусирования на планировании. Переживаемая ситуация является для матерей центральной, наиболее значимой, в то время как отцы воспринимают данную ситуацию менее драматично.

2. В группе отцов детей с РАС обнаружены связи эмоционального истощения с позитивной переоценкой и обвинением других, а также отрицательная связь между редукцией родительских достижений и позитивной перефокусировкой. Чем выше уровень истощения, тем меньше у человека сил для решения проблем, изменения ситуации. И тогда избирается стратегия обвинения других за собственную неблагоприятную ситуацию. Наряду с обвинением других присутствует

понимание неадекватности этих обвинений, а такая ситуация психологически тяжела, она изматывает, что может вести к эмоциональному истощению.

3. Для отцов оказывается особенно значимой возможность переключения с семейной ситуации на другие сферы жизни, виды деятельности и т. д. В противном случае у них наблюдается повышенный уровень неудовлетворенности семейной ситуацией. Возможно, что переживание неудовлетворенности семьей и толкает человека на выбор каких-либо видов активности за ее пределами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Городнова М.Ю. Психотерапия семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17), № 2. С. 67-74.

2. Ефимова И.Л. Возможности исследования родительского «выгорания» // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». 2013. № 4. С. 31-40.

3. Киселёва О.В. Роль семейных факторов в развитии детей с нервно-психическими расстройствами и расстройствами. Т. 20, № 1. С. 100-111.

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

5. Нестерова А.А. Жизнеспособность и стратегии совладания матерей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. 2015. № 3. С. 38-46.

6. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.

7. Северный А.А., Иовчук Н.М. Дифференциально-диагностические критерии отграничения аутизма у детей и подростков (клинический очерк) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20), № 1. С. 50-58.

8. Северный А.А., Иовчук Н.М. Организация междисциплинарного взаимодействия в психокоррекционной помощи детям и подросткам // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18), № 4. С. 35-40.

9. Цапина С.Ю. Преодоление стигматизации семей, воспитывающих детей с нарушениями развития // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2019 (19), № 4. С. 62-69.

10. Шевченко Ю.С. Комплексная многоуровневая терапия детей с синдромами раннего детского аутизма: концепция и практика (лекция) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016.(16), № 4. С. 71-80.

11. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - 3-е изд. СПб.: Питер, 2002. 656 с.

REFERENCES

1. Gorodnova M.Ju. Psihoterapija sem'i rebenka s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017 (17), № 2. S. 67-74.

2. Efimova I.L. Vozmozhnosti issledovanija roditel'skogo «vygoranija» // Vestnik MGOU. Serija «Psihologicheskie nauki». 2013. № 4. S. 31-40.

3. Kiseljova O.V. Rol' semejnyh faktorov v razvitii detej s nervno-psihicheskimi rasstrojstvami i rasstrojstvami. T. 20, № 1. S. 100-111.

4. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej). M.: Medicina, 1979. 608 s.
5. Nesterova A.A. Zhiznesposobnost' i strategii sovladanija materej, vospityvajushhih detej s rasstrojstvom autisticheskogo spektra // Vestnik MGOU. Serija: Psihologicheskie nauki. 2015. № 3. S. 38-46.
6. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka russkojazychnoj versii oprosnika kognitivnoj reguljarii jemocij // Vestnik Moskovskogo Universiteta. Serija 14. Psihologija. 2011. № 4. S. 161–179.
7. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Differencial'no-diagnosticskie kriterii ogranichenija autizma u detej i podrostkov (klinicheskij ocherk) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20), № 1. S. 50-58.
8. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Organizacija mezhdisciplinarnogo vzaimodejstviya v psihokorrekcionnoj pomoshhi detjam i podrostkam // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18), № 4. S. 35-40.
9. Capina S.Ju. Preodolenie stigmatizacii semej, vospityvajushhih detej s narushenijami razvitija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2019 (19), № 4. S. 62-69.
10. Shevchenko Ju.S. Kompleksnaja mnogourovnevaja terapija detej s sindromami rannego detskogo autizma: koncepcija i praktika (lekcija) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016.(16), № 4. S. 71-80.
11. Jejdemiller Je.G., Justickis V. Psihologija i psihoterapija sem'i. - 3-e izd. SPb.: Piter, 2002. 656 s.
12. Bitsika V., Sharpley C. Stress, Anxiety and Depression Among Parents of Children With Autism Spectrum Disorder // Journal of Psychologists and Counsellors in Schools. 2004. Vol. 14. P. 151-161. DOI: 10.1017/S1037291100002466 (дата обращения: 07.12.2020).
13. Crowell J.A., Keluskar J., Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. Comprehensive Psychiatry. 2019. Vol. 90, pp. 21-29. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.11.007 (дата обращения: 07.12.2020).
14. Dabrowska A., Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome // Journal of Intellectual Disability Research. 2010. Vol. 54, № 3. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x(датаобращения: 07.12.2020).
15. Davis N., Carter A. Parenting stress in mother and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics // J Autism Dev Disord. 2008. Vol. 38. P. 1278-1291. DOI: 10.1007/s10803-007-0512-z(датаобращения: 07.12.2020).
16. Flippin M. Father communication coaching for children with autism spectrum disorder. *Sage Journals*. 2019. Vol. 4. DOI: 10.1177%2F2396941519877375 (датаобращения: 07.12.2020).
17. Flippin M., Watson L. Fathers' and mothers' verbal responsiveness and the language skills of young children with autism spectrum disorders // Am J Speech Lang Pathol. 2015. Vol. 24. P. 400-410. DOI: 10.1044/2015_AJSLP-13-0138 (дата-обращения: 07.12.2020).

18. Goldberg W. A., Clarke-Stewart K. A., Rice J. A., Dellis E. Emotional energy as an explanatory construct for fathers' engagement with their infants // *Parenting: Science and Practice*. 2002. Vol. 2, №4. P. 379–408.
19. Leech K., Salo V., Rowe M., Cabrera N. Father Input and Child Vocabulary Development: The Importance of Wh Questions and Clarification Requests // *Semin Speech Lang*, 2013. Vol. 34, №4. P. 249–259. DOI: 10.1055/s-0033-1353445(датаобращения: 07.12.2020).
20. Mazefsky C., Herrington J., Siegel M., Scarpa A., Maddox B.B., Scahill L., White S.W. The role of emotion regulation in autism spectrum disorder // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013. Vol. 52. P. 679–688. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.05.006(дата обращения: 07.12.2020).
21. Osborne L.A., McHugh L., Saunders J., Reed P. Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2008. Vol. 38. P. 1092–1103. DOI:10.1007/s10803-007-0497-7 (датаобращения: 07.12.2020).
22. Pottie C, Ingram K. Daily stress, coping, and wellbeing in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *J Fam Psychol*. 2008. Vol. 22. P. 855–864. DOI: 10.1037/a0013604 (датаобращения: 07.12.2020).
23. Ruble L., McDuffie A., King A.S., Lorenz D. Caregiver responsiveness and social interaction behaviors of young children with autism. *Top Early Child Spec Educ*. 2008. Vol. 28. P. 158–170.
24. Zhou T., Yi. C. Parenting styles and parenting perspectives on how their own emotions affect the functioning of their children with autism spectrum disorders // *Fam Process*. 2014. Vol. 53. P. 67–79. DOI: 10.1111/famp.12058 (дата обращения: 07.12.2020).

O.N. Pervushina^a, O.V. Kiseleva^a, T.A. Murashova^a, E.A. Dorosheva^{a, b}

**EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS (ASD)²**

^aNovosibirsk State University. ^bFederal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Research Institute of Physiology and Basic Medicine» (Novosibirsk).

Summary. The article describes the role of stress conditions, emotional burnout, life strategy and ways of emotional regulation of parents raising children with autism spectrum disorders (ASD) in the interaction with children and in their development. The empirical study included 75 parents raising children with ASD (23 fathers and 52 mothers, aged 27 to 54). The differences in the levels of parental burnout and ways of cognitive regulation between mothers and fathers of children with ASD are demonstrated. The higher emotional exhaustion was found in the group of mothers, also they had higher rumination and refocus on planning.

Keywords: autism spectrum disorders, parental burnout, parental stress, regulation of emotions, family situation.

²This work was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project № 18-013-00925).

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДРОСТОК ОБ УЧАСТИИ В ДРАКАХ: ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СТРАТИФИКАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ**Центр социологии образования ФГБНУ «ИУО РАО» (Москва).**

Резюме. Рассмотрено влияние демографических и социально-стратификационных факторов на участие подростков в драках. На основе анализа материалов анонимного мониторингового анкетного опроса 4837 школьников 7-11-х классов, который был проведен в Забайкальском крае, Тульской и Смоленской областях в 2020 г., охарактеризованы особенности проявлений данного вида физической агрессии по показателям распространенность, интенсивность и особенности мотивации. Приведены данные о реакции учителей, родителей и одноклассников на участие подростка в драках. Результаты исследования показали, что на этапе окончания школы формируется особый социальный тип подростков, склонных решать межличностные конфликты с помощью драк. Среди основных мотивов здесь выступают ревность, самоутверждение, потеря самоконтроля. Существенным фактором, оказывающим влияние на участие в драках, является статус подростка среди сверстников.

Ключевые слова: подросток, физическая агрессия, драки, девиации, учителя, родители, одноклассники, социально-стратификационные факторы, статус среди одноклассников.

Проблемы, связанные с физической агрессией в подростковой среде, активно обсуждаются в СМИ, представлены в статистических базах МВД, Росстата. В целом, фиксируется увеличение распространенности и снижение возраста ее проявлений [2, 3, 5, 7].

При исследовании причин физической агрессии и основных факторов, на нее влияющих, указываются особенности взаимоотношений участников образовательного процесса. Так, например, по статистике ВЦИОМ 62% опрошенных винят в школьных драках родителей, 30% – учителей; 57% полагают, что драки в школах – это обычное явление, если они не переходят определенные границы и не проявляют особую жестокость [2].

В качестве существенного фактора, влияющего на проявления физической агрессии, указывается стиль общения в семье: слабый контроль над детьми со стороны родителей, использование грубых физических наказаний; дефицит общения родителей и детей; отсутствие сплоченности членов семьи [4, 6]. Отмечается и неэффективность взаимодействия учащихся с педагогами: отсутствие реальной помощи со стороны учителя при разрешении конфликтов со сверстниками [13]; использование педагогами в целях профилактики подростковой агрессии в основном мер по усилению контроля и надзора [14]. При этом подчеркивается, что школьная агрессия не снижается, поскольку подростки воспроизводят «репрессивное» поведение «значимых других»: учителей и родителей [10-15]. Увеличение детской агрессивности, по мнению ряда авторов, отчасти является и следствием социально-экономических реформ, которые проводились в последнее десятилетие в системе школьного образования, оказав-

ших влияние на особенности социального самочувствия подростков: учащиеся испытывают давление общества, неуверенность в собственных силах и социальных гарантиях [1].

Статья основана на материалах социологического анонимного анкетного опроса 4837 учащихся 7–11-х классов, проведенного в 2020 г. сотрудниками Центра социологии образования ФГБНУ «ИУО РАО» в рамках проекта «Влияние социальных факторов на особенности девиантного поведения в подростковом и юношеском возрасте». Анализ проводился с использованием статистической программы STATISTICA12. Значимость различий обсуждаемых в статье показателей на уровне $p < .05$. Здесь мы рассмотрим влияние демографических (пол, возраст) и социально-стратификационных (материальный и образовательный статус семьи ученика) факторов, а также показателей социальной успешности (академическая успеваемость и самооценка подростком своего статуса среди одноклассников) на участие школьников в драках. Отмеченные факторы и показатели неоднократно применялись нами в исследования различных аспектов социализации подростка [8–11].

В статье полученные в ходе опроса материалы сгруппированы относительно трех сюжетов. В первом – охарактеризованы распространенность, интенсивность участия школьников в драках. Во втором – особенности мотивации. В третьем – приводятся данные анализа мнений школьников об отношении участников образовательного процесса к проявлениям физической агрессии.

1. Распространенность и интенсивность участия подростков в драках. Для выяснения мнений школьников об участии в драках мы задавали вопрос: «Дрались ли Вы за последние 2 месяца?». При этом предлагались три варианта ответа: «да», «нет», «я вообще не дерусь». Положительно ответили на этот вопрос всего 6,5% учащихся от всей выборки. Возможно, данный результат связан с особенностями ситуации, в которой проводился опрос, когда большинство учащихся находилось на карантине из-за пандемии Covid-19. 37,5% ответили, что за последнее время «не участвовали в драках», и 56,0% отметили, что «не дерутся вообще». По сравнению с девочками, мальчики чаще принимают участие в драках: 9,1% мальчиков и 4,0% девочек; в свою очередь, вариант ответа «вообще не дерусь» выбрали 69,5% девочек и 36,4% мальчиков.

С возрастом распространенность участия в драках снижается: если среди учащихся 7-х классов вариант ответа «да» указывал 7,1% респондентов, то в 11-м только 2,6%. При этом доля указавших вариант ответа «вообще не дерусь» увеличивается с 49,8% в 7-м классе до 68,2% в 11-м.

Значимые различия относительно, ответа «да» мы получили в подвыборках, различающихся по самооценке статуса в классе: ученики, занимающие как высокую позицию в классе («лидеры»), так и те, кто имеет низкий статус («чувствует себя в классе одиноко»), участвуют в драках чаще по сравнению с теми учениками, кто имеет ограниченный круг приятелей, соответственно 11,6%; 12,1% и 4,9%.

Вариант ответа «вообще не дерусь» чаще выбирают учащиеся из семей с высшим образованием родителей, чем со средним (соответственно 61,3% и 53,7%); с высокой успеваемостью, по сравнению с низкой (соответственно

70,6% и 45,7%); и те, кто имеет ограниченный круг приятелей по сравнению с «лидерами» и «одиночками» (соответственно 56,2% и 49,1% и 44,5%).

Таким образом, драки более характерны для мальчиков и с возрастом становятся менее популярны. Чаше участвуют в драках учащиеся из семей со средним образованием родителей, низкой успеваемостью, подростки, занимающие диаметрально противоположные позиции среди одноклассников («лидеры» и «отверженные»). Последнее обстоятельство дает основание для предположения о разных поведенческих стратегиях участия в драках в зависимости от социального статуса ученика в классе.

Интенсивность участия в драках. Для того чтобы выяснить интенсивность участия школьников в драках, мы просили тех, кто утвердительно ответил на вопрос о своем участии в драках (6,5%), указать, «сколько раз за последние 2 месяца они дрались. Анализ распределения ответов показал, что за последние два месяца из них участвовал в драке хотя бы один раз каждый второй (51,8%); практически каждый четвертый указал, что дрался «два раза» – 22,3%; «три раза» – 10,5%. Обращает на себя внимание, что каждый шестой (15,5%) указал на интенсивное участие в драках – более трех раз за последние два месяца.

Анализ особенностей подвыборки тех, кто дрался наиболее интенсивно, в зависимости от демографических и социально стратификационных факторов показал увеличение их доли с возрастом: если в 7-м классе указали, что дрались за последние два месяца *более 3-х раз* 12,1%, в 9-м – 20,0%, а в 11-м уже 38,5%. Причем в здесь существенно больше мальчиков. Таким образом, к концу школы формируется особая группа тех подростков, кто склонен решать конфликтные ситуации именно с помощью драк.

Значимые различия получены и при сравнении ответов школьников в зависимости от материального статуса семьи, их статуса среди одноклассников, а также склонных к девиациям. Так, за последние два месяца активно принимали участие в драках низкообеспеченные учащиеся по сравнению с высокообеспеченными (соответственно 30,4% и 17,6%); с высоким статусом («лидер») по сравнению с теми, кто «чувствует себя в классе одиноко» («отверженные») – 34,8% и 15,8%. Понятно, что среди данных подвыборок больше мальчиков по сравнению с девочками: среди низкообеспеченных – соответственно 22,2% и 7,7%; среди «лидеров» – соответственно 7,7% и 0,2%. Выявлено и влияние девиаций: участвовал в драке за последние два месяца более трех раз каждый четвертый (25,5%) из тех школьников, кто употребляет алкоголь (среди тех, кто не употребляет, таких в два раза меньше – 12,6%).

Таким образом, на этапе окончания школы формируется особая социальная группа подростков, которая решает конфликты с помощью драк. Среди них больше представителей низкообеспеченного слоя, с высокой самооценкой своего социального статуса среди одноклассников, употребляющих алкоголь. В этом отношении стоит обратить специальное внимание на то, что наряду с усилением процесса расслоения общества и девиациями, проявления физической агрессии среди подростков оказываются связаны и с самооценкой своего высокого статуса среди сверстников. Иными словами, социальная организация под-

ростковой группы легитимизирует проявление физического насилия со стороны ее лидера.

2. *Особенности мотивации участия в драках.* Для выяснения мнений школьников о причинах участия в драках в анкете им был предложен специальный закрытый вопрос, при ответе на который можно было выбрать не более 5 позиций: «Выберите причины, по которым Вы вступали в драку». Он задавался только тем ученикам, кто положительно ответил на вопрос о своем участии в драках в течении последних двух месяцев.

Анализ полученных данных показывает, что наиболее распространенными причинами участия в драках являются следующие три: «оскорбление личности» – 57,9%; «заступничество в связи с оскорблением друга (подруги, любимого человека)» – 42,9%; «вынужденная оборона» – 37,5%. Заметим, что все три доминирующих мотива, во-первых, определяют оборонительный характер участия подростка в драке. И, во-вторых, важно, что поводом здесь выступает особая психологическая чувствительность к агрессии как относительно своих личностных особенностей, так и личности значимых для подростка сверстников (друзей, любимых). Следует подчеркнуть, что доминирование подобной мотивации участия в драках соответствует ключевому психологическому новообразованию подросткового возраста, тем основным вопросам, на которые стремится ответить подросток: «Кто Я?», «Кто Я в глазах других людей?». Поэтому неадекватность оценки своей личности другими, несоответствие складывающейся в этот период самооценки, расхождение внешней и внутренней оценки, попытки других занижить личностную самооценку вызывают острую реакцию защиты. Поскольку, психологические критерии оценки своего «Я» находятся в стадии формирования («поиск идентичности»), а культуросообразные способы оправдания своих взглядов, поступков, ценностей лишь формируются и часто оказываются не убедительны для окружения (в силу, добавим, отсутствия часто и тех культурных образцов для решения подобных проблем, стоящих перед подростком), то возможность разрешить конфликт путем физической силы оказывается внешне простым и действенным «аргументом». Таким образом, подросток пытается решить собственно *психологическую* личностную проблему самоопределения явно неадекватным, *физическим* способом. И это, в свою очередь, ключевая педагогическая проблема воспитания и психологической помощи на этапе перехода от подросткового возраста к ранней юности.

Среди других причин, которые в среднем выбрал каждый десятый подросток, отметим: «ревность» – 9,2%; «скуку, плохое настроение» – 8,9%; «оскорбление национальных/религиозных чувств» – 8,8%; «защиту незнакомого человека» – 7,5%; мотив, связанный с защитой своего статуса – соперничество («чтобы не думали, что мне «слабо») – 7,5%. Подобные причины достаточно просты и для части из них («ревность», «оскорбление национального/религиозного чувства», «чтобы не думали, что мне слабо») можно использовать уже приведенную выше интерпретацию, связанную с личностной защитой.

Реже учащиеся указывают желание «отстоять точку зрения группы», к которой они принадлежат (спортивный, музыкальный фанклуб и др.) – 6,7%;

«поддержку репутации, положения в глазах других» – 4,6%. Это в основном социальные мотивировки, касающихся как групповой самоидентификации, так и поддержания внутригруппового статуса.

И, наконец, незначительный процент ответов относится к группе мотивов, связанных со стремлением «получить эмоциональную разрядку/снять напряжение», «присвоить чужие деньги», желанием «продемонстрировать свое превосходство» или для оправдания своей агрессии ссылкой на «потерю самоконтроля»; их указывают 2–5% учеников.

Особый интерес представляет анализ возрастных изменений значимости тех или иных мотивов. С одной стороны, от 7-го к 10-му классу заметно увеличивается значимость мотивов, связанных с проявлением своего благородства, силы и смелости («вступить за незнакомого человека», «чтобы не думали, что мне «слабо»»). Это мотивы, свидетельствующие о влиянии инстанции социально одобряемого «идеального Я»; здесь проявляется феномен «романтизации» драки как способа решения конфликта. С другой стороны, с возрастом при вступлении в драки увеличивается значимость такого мотива, как «ревность»: в 7-м классе его отмечает 4,5%, в 8-м – 9,5%, а в 11-м классе уже 17,5% (это, заметим, каждая шестая драка). Таким образом, вхождение подростка в пубертатный период существенно перестраивает его социальные отношения со сверстниками. И здесь проявляется особая линия агрессивного поведения, когда неадекватная самооценка и отсутствие культурно приемлемых образцов и способов разрешения конфликтов, возникающих на любовной почве, замещается подростком проявлением физической агрессии в отношении не только соперника, но и по отношению к объекту своих влечений.

К сказанному следует добавить, что вообще мотив ощущения своей «оскорбленности» на этапе перехода от подростничества к ранней юности начинает играть все большую роль как побуждающий фактор для проявления подростком физической агрессии. Например, мотив оскорбления своих национальных и/или религиозных чувств отмечает каждая пятая (19,0%) девятиклассница из тех, кто дрался в течении последних двух месяцев. Среди мальчиков-одиннадцатиклассников большинство (73,1%) в качестве причины вступления в драки отмечает оскорбление друга или любимой девушки. Таким образом, *чувство оскорбленности* являясь внутренним мотивационным побудителем агрессии, может «разрешаться» в различных по своему социальному содержанию драках. В этой связи заметим, что, напротив, чувство собственного достоинства, сформированное в соответствии с определенными культурными образцами, является мощным фактором, блокирующим проявление физической агрессии. Например, каждый третий (32,6%) из тех подростков, кто «вообще не дерется», мотивирует подобное поведение именно тем, что выяснение отношений с помощью драки считает «ниже своего достоинства».

Анализ влияния социально-стратификационных факторов показал, что на мотив, связанный с защитой лиц в ближайшем окружении чаще указывают учащиеся с высшим образованием родителей, по сравнению с подростками из семей со средним образованием (соответственно 50,9% и 31,7%); учащиеся-«лидеры», по сравнению с «отверженными» (соответственно 50,0% и 30,0%);

высокообеспеченные по сравнению с низко обеспеченными (соответственно 55,6% и 33,3%). Существенно чаще оказываются вынужденными обороняться школьники из высокообеспеченных семей по сравнению с низкообеспеченными (соответственно 40,7% и 16,6%). На мотив участия в драках «из-за национальной/религиозной принадлежности» влияет успеваемость и статус в классе: на него чаще указывают ученики с высокой успеваемостью по сравнению со слабоуспевающими – соответственно 16,7% и 4,2%); «отверженные», по сравнению с «лидерами» (10,0% и 6,3%).

На мотивы, связанные с самоутверждением – «соперничество среди сверстников (чтобы не думали, что мне «слабо»)»: чаще указывают учащиеся как с низкой, так и высокой академической успешностью по сравнению со среднеуспевающими – соответственно 10,5%; 10,0% и 1,2%, школьники из семей со средним образованием родителей по сравнению с высшим – 11,7; и 1,8%. Категорию, связанную с поддержанием своего социального статуса «хотел(а) показать свое превосходство, самоутвердиться (почувствовать себя взрослее», значительно чаще, указывают школьники с высокой академической успешностью по сравнению с учениками с низкой – 13,3% и 2,1%.

Заметные различия в мотивации участия в драках обнаружены также между школьниками в зависимости от их социального статуса в классе. Так, подростки с низким статусом среди одноклассников чаще вступают в драки в связи с переживанием чувства оскорбленности (себя, друга, любимого человека, своих религиозных или национальных чувств). «Лидеры» же чаще указывают на свое стремление «поддержать свою репутацию», «отстоять точку зрения группы, к которой они принадлежат»; здесь явно проявляется их социальная ориентированность на группу, ее ценностная значимость.

И, наконец, следует отметить, что драку как средство эмоциональной разрядки чаще отмечают «лидеры» по сравнению с «отверженными», соответственно 15,6% и 5,0%. В определенном отношении это свидетельствует о неблагополучии морально-этической атмосферы в значительном числе ученических коллективов. Вполне ожидаемо также и то, что данный комплекс мотивов («скука», «нечего делать», «плохое настроение», «желание получить эмоциональную разрядку») существенно чаще отмечают те школьники, кто время от времени употребляет алкоголь, по сравнению с теми, кто его не употребляет: «из-за скуки, от нечего делать, из-за плохого настроения» – соответственно 15,6% и 8,8%; «чтобы получить эмоциональную разрядку, снять напряжение» – 11,1% и 5,0%).

Таким образом, на мотивацию, обуславливающую проявление физической агрессии, оказывает влияние факторы, связанные с национально-культурной принадлежностью и половой идентичностью на этапе обучения в старшей школе. Участие в драках школьников из семей с высоким образовательным и материальным статусом, а также высоким статусом среди одноклассников обуславливает комплекс мотивов, связанный с защитой себя и лиц в ближайшем окружении. Для учащихся из слабых страт более характерен комплекс мотивов, связанный с самозащитой, национальной и религиозной идентичностью. Школьники, склонные к девиациям (употреблению алкоголя), чаще рассматри-

вают свое участие в драках как средство эмоциональной разрядки, снятия напряжения.

3. Мнение школьников об отношении участников образовательного процесса к школьным дракам. Для этого мы задавали учащимся специальные закрытые вопросы, связанные с осведомленностью и реакцией на драки учителей, родителей и одноклассников.

Отношение к дракам учителей (осведомленность и реакция). Для того чтобы выяснить, насколько, по мнению школьников, их учителя осведомлены о драках в школе, учащимся предлагалось выбрать одну из следующих формулировок: «они знают об отдельных драках, но не в курсе их причин»; «они знают о драках и тех причинах, которые к ним привели»; «как правило, они ничего не знают о драках».

Анализ распределения ответов показал, что 44,8% школьников считают, что «учителя знают об отдельных драках, но не в курсе их причин»; 38,4% ответили, что «учителя знают о драках и тех причинах, которые к ним привели», и 16,3% – придерживаются мнения, что «учителя, как правило, ничего не знают о драках».

При сравнении ответов респондентов с учетом демографических и социально-стратификационных факторов, значимые различия получены лишь относительно формулировки «учителя знают об отдельных драках, но не в курсе их причин» (см. рис. 1).

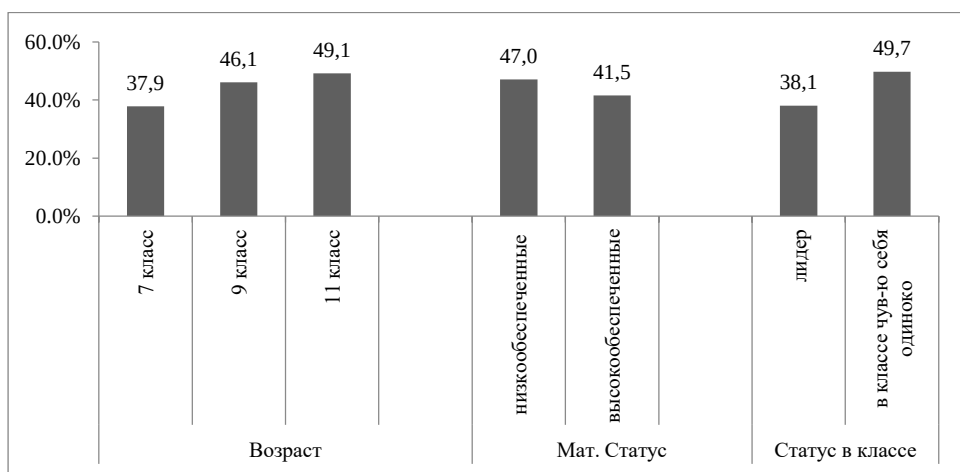


Рисунок 1. Влияние социально-стратификационных факторов на мнения учащихся об осведомленности учителей по поводу драк в школе.

Из рисунка видно, что с возрастом учащиеся все чаще считают, что учителя знают о драках, но не в курсе их причин: 37,9% среди учащихся 7-х классов и 49,1% среди одиннадцатиклассников. Чаще эту формулировку выбирают и учащиеся из низкообеспеченных семей по сравнению с высокообеспеченными – соответственно 47,0% и 41,5%. Более распространен этот вариант ответа и среди школьников с низким статусом в классе по сравнению с «лидерами» – 49,7%

и 38,1%. Приведенные данные свидетельствуют, по меньшей мере о двух негативных тенденциях. Во-первых, с возрастом учащихся особенности социально-психологических отношений в ученических коллективах оказываются все более «закрытыми» от учителей. Во-вторых, учащиеся со слабой социальной позицией (из низкообеспеченных страт, с низким статусом в классе) чувствуют большую отчужденность со стороны учителей.

Те школьники, кто участвовал в драках за последние два месяца более 3-х раз, чаще считают, что «учителя ничего не знают о школьных драках», по сравнению с теми учениками, кто вообще не участвует в драках – соответственно 52,9% и 16,3%. В свою очередь, эти данные свидетельствуют о том, что отсутствие педагогического контроля (жестче: безучастность учителя к социально-психологическим взаимоотношениям школьников) является важным фактором интенсивности проявлений физической агрессии в ученической среде.

Сравнение ответов учащихся, склонных к девиациям, показало, что те, кто употребляет алкоголь, чаще выбирают формулировку «учителя знают об отдельных случаях, но не в курсе их причин» по сравнению с теми, кто не употребляет алкоголь – соответственно 53,2% и 43,4%.

Таким образом, в целом приведенные данные показывают, что, по мнению значительного числа школьников, учителя слабо осведомлены о реальных причинах драк между учащимися. Подобный взгляд на позицию педагога более характерен для учащихся из низкообеспеченного слоя, с низким статусом в классе, школьников, интенсивно участвующих в драках, и тех, кто склонен к употреблению алкоголя.

Для выяснения мнений школьников о реакции учителей на драки в школе, им предлагалось ответить на закрытый вопрос, где в качестве вариантов ответов предлагались разнообразные действия: «вызывают родителей; делают замечания (проводят индивидуальные беседы); отправляют к директору; могут сообщить инспектору по делам несовершеннолетних; устраивают классное собрание; отчитывают перед всем классом; вызывают на педсовет; вызывают на совет школы; могут исключить из школы; делают вид, что не замечают».

Анализ полученных данных показал, что чаще всего учителя прибегают к традиционным мерам: вызывают родителей – 62,4%; делают замечания – 60,7%. В два раза реже привлекают администрацию школы – 36,9%. Далее в порядке убывания следуют: обращение в правоохранительные органы – 25,4%, привлечение класса (классные собрания – 19,4%, отчитывают перед классом – 14,8%). Каждый десятый считает, что учителя могут привлечь педсовет – 10,6%, совет школы – 8,1%, содействовать исключению из школы – 5,9%. И, наконец, только 2,8% придерживаются мнения, что учителя делают вид, что не замечают драк.

Сравнение ответов школьников с учетом демографических и социально-стратификационных факторов показало, что учителя делают замечания и проводят беседы чаще с девочками, чем с мальчиками (соответственно 64,3% и 56,8%). С возрастом школьников увеличивается частота их ответов о привлечении учителем администрации школы и правоохранительных органов (см. рис. 2).

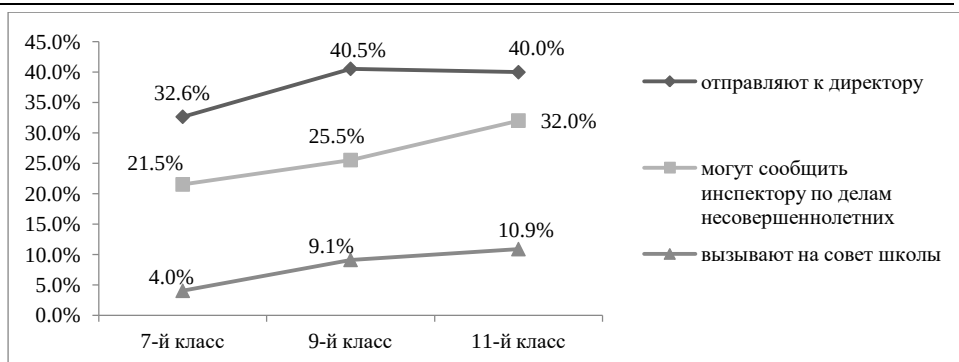


Рисунок 2. Возрастная динамика мнений учащихся о реакции учителей на драки в школе.

Приведенные на рисунке данные позволяют сделать вывод о том, что по мере взросления школьников учителя склонны все большей степени использовать социальные формы контроля проявлений физической агрессии. В свою очередь это говорит о том, слабеет авторитет учителя и он отказывается от индивидуальных форм воздействия на ученика или бесед с родителями. Особенно ярко несостоятельность индивидуальных воздействий учителя проявляется в ответах школьников, интенсивно участвующих в драках. Так, они чаще отмечают вызовы на педсовет (38,2%), вызовы на совет школы (26,5%), сообщение в инспекцию по делам несовершеннолетних (35,3%). При этом они реже, по сравнению с другими учащимися, указывают на вызовы для бесед родителей.

Отношение родителей к дракам. Для выяснения мнений школьников по этому поводу в анкете предлагался закрытый вопрос: «Знают ли Ваши родители, что Вы вступали в драку?» со следующими формулировками ответов: «нет», «я всячески это скрываю»; «да знают, и на этой почве у нас возникают конфликты»; «да, но относятся к этому терпимо»; «их это вообще не интересует»; «затрудняюсь ответить».

Полученные результаты выглядят следующим образом: 41,9% школьников считает, что родители терпимо относятся к дракам; 24,9 % – стараются скрыть; 13,7% отметили, что родители информированы и по этому поводу возникают конфликты, только 6,6% учащихся считают, что родителей это вообще не интересует. Обращает на себя внимание и то, что практически каждый шестой из школьников, участвующих в драках, вообще не задумывается на эту тему – затруднились ответить на данный вопрос 12,9%. В целом приведенные результаты свидетельствуют о том, что в значительном числе семей (примерно каждая пятая семья), где дети склонны к проявлениям физической агрессии, родители не уделяют достаточного внимания контролю проявлений агрессивности со стороны своего ребенка.

Анализ влияния целого ряда социальных факторов выявил различия мнений учащихся относительно двух вариантов ответов: «родители знают и на этой почве у нас возникают конфликты»; «родители относятся к этому терпимо». При этом важно подчеркнуть, что те подростки, кто участвовал в драках в

течении последних двух месяцев более 3-х раз, существенно реже фиксируют конфликты с родителями по этому поводу и, соответственно, чаще указывают на то, что «родители относятся к этому терпимо». Таким образом, попустительское отношение родителей к дракам оказывает явное влияние на интенсивность проявлений физической агрессии со стороны ребенка.

Отношение одноклассников к дракам. Школьникам предлагался закрытый вопрос: «Как относятся Ваши одноклассники к тому, что Вы вступали в драку?» со следующими формулировками ответов: «они осуждают меня за это»; «они считают, что это вполне нормально»; «они одобряют это»; «им все равно». Распределение ответов выглядит следующим образом: 54,6% школьников считают, что их одноклассники «безразлично относятся к участию в драках»; 31,9% – считают, что их участие в драках одноклассниками оценивается, как «вполне нормальное» поведение; почти каждый десятый (8,4%) полагает, что одноклассники «одобряют» драки, и только 5,0% думают, что они их «осуждают».

Сравнение ответов с учетом влияния демографических и социально-стратификационных факторов показало, что на отношение учащихся к дракам одноклассников влияют пол, успеваемость и статус среди одноклассников. Девочки чаще безразлично относятся к дракам по сравнению с мальчиками – соответственно 65,5% и 48,3%; мальчики же в два раза чаще указывают, что их участие в драках оценивается одноклассниками как вполне нормальное явление – 41,6% и 20,7%. Среди учащихся с высокой успеваемостью по сравнению с учениками с низкой, гораздо ниже доля тех, кто считает, что одноклассники «безразлично» относятся к их участию в драках – соответственно 40,0% и 61,7%. Характерно, что среди «лидеров» 40,6% считают, что одноклассники оценивают их участие в драках как «вполне нормальное» поведение при разрешении конфликта, в то время как среди «отверженных» таких лишь 5,0%. В принципе этот результат косвенно свидетельствует о том, что структура статусных внутригрупповых отношений в коллективе класса сориентирована на легитимизацию проявления физической агрессии со стороны своего лидера.

В целом полученные результаты свидетельствуют о том, большинство учащихся безразлично относятся к дракам одноклассников, при этом с возрастом их отношение практически не меняется. Среди мальчиков и учащихся с высоким статусом в классе больше тех, кто считает, что их участие в драке одноклассники склонны оценивать, как «нормальный» способ поведения при разрешении конфликтных ситуаций.

В целом, при относительно незначительном количестве интенсивно участвующих в драках подростков, на этапе окончания школы формируется особая социальная группа школьников, склонных решать конфликты с помощью драк. При этом на проявления физической агрессии оказывают влияние факторы, связанные с половой идентичностью, национально-культурной принадлежностью, материальным уровнем семьи. Среди участвующих в драках подростков больше представителей из низко обеспеченного слоя и тех, кто склонен к девиантному поведению (употреблению алкоголя).

В существенной степени участие подростков в драках обусловлено комплексом мотивов, связанных с самоутверждением и поддержанием своего со-

циального статуса. Характерно, что у школьников, склонных к девиациям, важную роль в проявлениях физической агрессии играет мотивация, вызванная необходимостью получения эмоциональной разрядки.

Анализ особенностей реакций социального окружения (учителей, родителей, одноклассников) выявил достаточно высокую степень толерантности к проявлениям физической агрессии среди учащихся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева И.А. Изменение подходов к определению социальной политики: Развитие социальной политики в 1990-2000 годы // Мир России, № 1, С.133-153 URL <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0561/analit02.php> (Дата обращения: 30.01.2020)

2. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ): Драки в школах: кто виноват и что делать? Данные исследования, посвященного теме детской жестокости в школах. № 3922 от 03.04.2019 [Электронный ресурс]. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9636> (Дата обращения: 30.01.2020)

3. Добрынина Е. Поколение «А». Уровень агрессивности в среде молодежи достиг крайне опасной черты, считают социологи // «Российская газета» – Федеральный выпуск 124 (5797) <https://rg.ru/2012/06/01/pokolenie.html>

4. Насилие и жестокое обращение с детьми: источники, причины, последствия, решения: учебное пособие/под ред. Е.Н. Волковой. СПб.: ООО «Книжный Дом», 2011. 384 с.

5. Официальный сайт Управления МВД России. [Электронный ресурс]. – URL: <https://76.xn--b1aew.xn--p1ai/folder/15525784>. – (Дата обращения: 30.01.2020)

6. Поливанова К.Н. Практики развития: взросление в современном мире (Доклад) [Электронный ресурс] // Материалы научно-экспертного семинара «Новое детство». URL: <http://psyjournals.ru/newchildhood/issue/56295.shtml> (дата обращения: 20.11.2020).]

7. Сайт Уполномоченного при президенте РФ по правам ребенка [Электронный ресурс]. – URL <http://deti.gov.ru/pages/nastavnik>. (Дата обращения: 30.01.2020)

8. Собкин В.С. «...И больше не дерись!» Почему подростки предпочитают решать проблемы с помощью кулаков? // Учительская газета № 45 (10854) от 10 ноября 2020 г., С.12. URL: <https://ug.ru/32087-2/>

9. Собкин В.С., Калашникова Е.А. К вопросу о педагогическом авторитете // Социальная психология и общество, 2016. Т. 7. № 1. С. 88–107 doi: 10.17759/sps.2016070107

10. Собкин В.С., Калашникова Е.А., Коломиец Ю.О. Причины конфликтов подростков с учителями, родителями и одноклассниками: к вопросу о социальной ситуации развития // Вопросы психологии. № 5, Т.66, 2020. (в печати).

11. Собкин В.С., Писарский П.С. Социокультурный анализ образовательной ситуации в мегаполисе. М.: Министерство образования РФ, 1992. 159 с.

12. Собкин В.С., Фомиченко А.С. Понимание учителями причин проявления агрессии учащихся к педагогу // Социология образования. Труды по социологии

логии образования. Т. XVI. Вып. XXVIII. М.: Институт социологии образования РАО, 2012. С. 137-147.

13. Хломов К.Д., Балаева А.В., Бочавер А.А. и др. Концепция программы профилактики девиантного и асоциального поведения, снижения ксенофобии и проявлений экстремизма в молодежной среде. М., 2011. URL: <https://iq.hse.ru/news/301985136.html>.

14. Ховенмей Е.К. Особенности конфликтных ситуаций в подростковом возрасте в зависимости от уровня притязаний и самооценки учащихся // Конфликты в школьном возрасте: пути их преодоления и предупреждения. М.: МОПИ им. Н.К. Крупской, 1986. С. 99-103.

REFERENCES

1. Grigor'eva I.A. Izmenenie podhodoov k opredeleniju social'noj politiki: Razvitie social'noj politiki v 1990-2000 gody // Mir Rossii, № 1, S.133-153 URL <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0561/analit02.php> (Data obrashhenija: 30.01.2020)

2. Vserossijskij centr izuchenija obshhestvennogo mnenija (VCIOM): Draki v shkolah: kto vinovat i chto delat'? Dannye issledovanija, posvjashhennogo teme detskoj zhestokosti v shkolah. № 3922 ot 03.04.2019 [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9636> (Data obrashhenija: 30.01.2020)

3. Dobrynina E. Pokolenie «A». Uroven' agressivnosti v srede molodezhi dostig krajne opasnoj cherty, schitajut sociologi // «Rossijskaja gazeta» – Federal'nyj vypusk 124 (5797) <https://rg.ru/2012/06/01/pokolenie.html>

4. Nasilie i zhestokoe obrashhenie s det'mi: istochniki, prichiny, posledstvija, reshenija: uchebnoe posobie/pod red. E.N. Volkovoj. SPb.: OOO «Knizhnyj Dom», 2011. 384 s.

5. Oficial'nyj sayt Upravlenija MVD Rossii. [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://76.xn--b1aew.xn--p1ai/folder/15525784>. – (Data obrashhenija: 30.01.2020)

6. Polivanova K.N. Praktiki razvitija: vzroslenie v sovremennom mire (Doklad) [Jelektronnyj resurs] // Materialy nauchno-jekspertnogo seminaru «Novoe detstvo». URL: <http://psyjournals.ru/newchildhood/issue/56295.shtml> (data obrashhenija: 20.11.2020).]

7. Sajt Upolnomochennogo pri prezidente RF po pravam rebenka [Jelektronnyj resurs]. – URL <http://deti.gov.ru/pages/nastavnik>. (Data obrashhenija: 30.01.2020)

8. Sobkin V.S. «...I bol'she ne deris'!» Pochemu podrostki predpochitajut reshat' problemy s pomoshh'ju kulakov? // Uchitel'skaja gazeta № 45 (10854) ot 10 nojabrja 2020 g., S.12. URL: <https://ug.ru/32087-2/>

9. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. K voprosu o pedagogicheskom avtoritete // Social'naja psihologija i obshhestvo, 2016. T. 7. № 1. S. 88–107 doi: 10.17759/sps.2016070107

10. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A., Kolomic Ju.O. Prichiny konfliktov podrostkov s uchiteljami, roditeljami i odnoklassnikami: k voprosu o social'noj situacii razvitija // Voprosy psihologii. № 5, T.66,2020. (v pečhati).

11. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Sociokul'turnyj analiz obrazovatel'noj situacii v megapolise. M.: Ministerstvo obrazovanija RF, 1992. 159 s.

12. Sobkin V.S., Fomichenko A.S. Ponimanie uchiteljami prichin projavlenija

agressii uchashhihsja k pedagogu // Sociologija obrazovanija. Trudy po sociologii obrazovanija. T. XVI. Vyp. XXVIII. M.: Institut sociologii obrazovanija RAO, 2012. S. 137-147.

13. Hlomov K.D., Balaeva A.V., Bochaver A.A. i dr. Konceptcija programmy profilaktiki deviantnogo i asocial'nogo povedenija, snizhenija ksenofobii i projavlenij jekstremizma v molodezhnoj srede. M., 2011. URL:<https://iq.hse.ru/news/301985136.html>.

14. Hovenmej E.K. Osobennosti konfliktnyh situacij v podrostkovom vozraste v zavisimosti ot urovnja pritjazanij i samoocenki uchashhihsja // Konflikty v shkol'nom vozraste: puti ih preodolenija i preduprezhdenija. M.: MOPI im. N.K. Krupskoj, 1986. S. 99-103.

15. Anderson C.A., Bushman B.J. «Human Aggression» // Annual Review of Psychology. 2002: 27-51.

V.S. Sobkin, E.A. Kalashnikova

**THE MODERN TEENAGER IS ABOUT PARTICIPATION IN THE FIGHTS:
THE INFLUENCE OF DEMOGRAPHIC AND STRATIFICATION FACTORS
Center for sociology of education of the FSBI «IEM RAO» (Moscow).**

Summary. The influence of demographic and socio-stratification factors on the participation of teenagers in fights is considered. Based on the analysis of the materials of an anonymous monitoring questionnaire survey of 4837 schoolchildren in grades 7-11, which was conducted in the TRANS-Baikal territory, Tula and Smolensk regions in 2020, the features of manifestations of this type of physical aggression in terms of prevalence, intensity and motivation features are characterized. Data on the reaction of teachers, parents and classmates to the participation of a teenager in fights are given. The results of the study showed that at the end of school, a special social type of teenagers is formed, who tend to solve interpersonal conflicts with the help of fights. Among the main motives here are jealousy, self-assertion, and loss of self-control. A significant factor influencing participation in fights is the status of a teenager among peers.

Keywords: teenager, physical aggression, fights, deviations, teachers, parents, classmates, social stratification factors, status among classmates.

Е.С. Скворцова, Н.П. Лушкина

**ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ,
ЕЖЕДНЕВНО ДЛИТЕЛЬНО ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ
ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организа-
ции и информатизации здравоохранения» Минздрава России (Москва).**

Резюме. Статья посвящена изучению распространенности и мотивации табакокурения среди подростков, ежедневно длительно пользующихся Интернетом (ЕДПИ) по данным выборочного исследования, проведенного в 2016-2017 гг. среди сельских подростков-школьников 15-17 лет в 17 регионах из 6 Федеральных округов России. Объем выборки составил 18222 сельских подростка. Выявлено, что распространенность табакокурения и распространенность ежедневного табакокурения в группе подростков ЕДПИ не только не отсутствует, а статистически значимо выше, чем среди подростков, не пользующихся ежедневно длительно Интернетом (НПЕДИ), причем среди мальчиков в 1,5 раза, а среди девочек в 2,5 раза выше. Причем среди курящих подростков группы ЕДПИ 90% мальчиков и 82,5% девочек курят ежедневно. Таким образом, сравнительный анализ опровергает существующее мнение о том, что ежедневное длительно пользование Интернетом «оберегает» подростков от вредных привычек, в частности, от табакокурения.

Ключевые слова: село, подростки-школьники, Интернет, табакокурение.

Введение. В настоящее время в России число пользователей Интернета среди подростков приближается к 100%. Исследование распространенности и последствий пользования Интернетом среди сельских подростков-школьников в РФ в 2016–2017 гг. показало, что среди старшеклассников 15-17 лет пользовались Интернетом 96,1% мальчиков и 97,2% девочек. «Группа риска», группа ЕДПИ (пользовавшиеся Интернетом ежедневно 3 часа и более) составила среди мальчиков 44,4%, а среди девочек - 60,4%. [4].

Более детальное изучение социального статуса и социально-гигиенических характеристик подростков ЕДПИ, как мальчиков, так и девочек, показало, что подавляющее большинство этих подростков проживало в полных семьях (75-73%), имело успеваемость: хорошую (33-55) или удовлетворительную (58-41%). Подростки ЕДПИ не были обделены вниманием родителей (61% мальчиков, 56% девочек) и, несмотря на чрезмерную длительность пользования Интернетом, находили время для других занятий (47-51%) [3].

На первый взгляд кажется, что такая «занятость» подростков группы ЕДПИ и их благополучный статус должны уберегать данный контингент от употребления психоактивных веществ (ПАВ) и, в частности, от табакокурения. Однако зарубежные исследования, проведенные в США, Корее, Китае, констатируют, что подростки, с рискованным уровнем пользования Интернетом зачастую не только употребляют, но и злоупотребляют алкоголем и ежедневно курят [5-7].

Отечественных исследований, посвященных изучению употребления ПАВ среди подростков, ежедневно длительно пользующихся Интернетом, до настоящего времени не проводилось. В связи с этим представляет интерес более

подробное изучение употребления ПАВ среди данного контингента подростков.

В данной статье представлены материалы по изучению употребления табачных изделий подростками, ежедневно длительно пользовавшихся Интернетом.

Материалы и методы. В рамках общероссийского мониторинга (2016-2017 гг.) по изучению потребления ПАВ среди сельских подростков-школьников 15-17 лет, учащихся 9-11 классов, проведенного Центром мониторинга вредных привычек среди детей и подростков ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, были изучены распространенность и мотивы табакокурения среди подростков, пользовавшихся Интернетом ежедневно длительно (ЕДПИ) и не пользовавшихся ежедневно длительно Интернетом (НПЕДИ).

Целью данного исследования было выявить особенности табакокурения среди подростков ЕДПИ и НПЕДИ.

При формировании выборки подростков использовался **метод многоступенчатого отбора с чередованием типового и случайного отбора и сплошного обследования.**

Дизайн включал несколько этапов.

Первый этап - выбор субъектов РФ по типовым признакам (областные центры, являющиеся старыми культурными и административными центрами).

Второй этап – выбор сельских районов в отобранных субъектах РФ с учетом их географической расположенности (север, юг, запад, восток) и степени удаленности от областного центра (близко расположенные и отдаленные).

Третий этап – методом случайной выборки были определены общеобразовательные школы в отобранных сельских районах.

Четвертый этап – сплошное анонимное анкетирование школьников в отобранных школах.

Рассчитанное по известной формуле число опрошенных школьников в каждом субъекте РФ с учетом 5% брака при заполнении анкет составило 1076 подростков 15-17 лет [1].

В результате исследование охватило 17 субъектов РФ из 6 Федеральных округов России, а общее число обследованных сельских школьников составило 18222 человека, из которых 8208 (45%) мальчиков и 10014 (55%) девочек.

По Федеральным округам 17 отобранных субъектов РФ распределились следующим образом: из ЦФО в исследовании вошли Воронежская, Калужская и Тульская области. Из СЗФО в исследовании участвовали Архангельская, Калининградская, Мурманская и Новгородская области. Из ЮФО в исследовании участвовали Краснодарский край и Волгоградская область. СФО был представлен в исследовании Красноярским и Забайкальским краями и Кемеровской областью. Из УФО в исследовании участвовала Свердловская область. Из ПФО в исследование вошли: Республика Татарстан, Удмуртская, Чувашская республики и Самарская область.

Большой объем опрошенных подростков и охват территорий, на которых проживало 26,0% сельского населения страны и 75,0% сельских подростков 15-17 лет, позволяют считать полученные данные репрезентативными для сельских подростков в целом по России.

Для удобства анализа табакокурения среди подростков, пользовавшихся

Интернетом, они (как указывалось ранее) были разделены на две группы: ЕДПИ и НПЕДИ. К подросткам ЕДПИ были отнесены подростки, которые пользовались Интернетом ежедневно 3 часа и более. К подросткам НПЕДИ были отнесены подростки, пользовавшиеся Интернетом ежемесячно, еженедельно и ежедневно (от 30 минут до 2-х часов).

Критерием отнесения подростков к «курящим» являлось всякое курение табачных изделий в течение года (независимо от количества, частоты и вида табачного изделия, даже однократное). К подросткам, ежедневно курящим относились подростки, выкуривавшие ежедневно хотя бы одну сигарету.

Свод материалов анкетирования, формирование баз данных и их статистическая разработка проводились с помощью компьютерной программы «Факторы риска» [2]. Статистическая разработка баз данных включала: получение абсолютных и относительных показателей и их 95% доверительных интервалов. Для расчета статистической значимости различий показателей использовался критерий Пирсона χ^2 , поскольку, несмотря на большой объем наблюдений, распределение изучаемого признака не подчиняется нормальному распределению. В связи с этим, использовался расчет непараметрического критерия Пирсона χ^2 .

Важным фактором, влияющим на употребление ПАВ в целом и табакокурения в частности, является информированность о вреде ПАВ. Поэтому был рассчитан еще и коэффициент корреляции между табакокурением и информированностью о вреде табака.

Результаты и их обсуждение. Распространенность табакокурения среди сельских подростков-мальчиков 15-17 лет, ежедневно длительно пользовавшихся Интернетом, составила 16,8 из 100 подростков мальчиков данной группы. Среди девочек, ежедневно длительно пользовавшихся Интернетом, число курящих было существенно ниже: 8,6 из 100 девочек данной группы ($p < 0,001$). Таким образом, среди мальчиков группы ЕДПИ курил каждый седьмой, а среди девочек - каждая двенадцатая.

Сравнительный анализ показал, что распространенность табакокурения среди сельских подростков мальчиков группы ЕДПИ в 1,6 раза выше, чем среди подростков мальчиков группы НПЕДИ (табл. 1).

Аналогичная картина и среди девочек группы ЕДПИ. Число курящих девочек в 2,2 раза больше, чем среди девочек группы НПЕДИ (табл. 1).

Распространенность ежедневного курения среди мальчиков группы ЕДПИ составила 15,1 из 100 мальчиков среди девочек – 7,0 на 100 девочек группы ЕДПИ, т. е. 90% курящих мальчиков и 81% курящих девочек группы ЕДПИ курили ежедневно (табл. 1).

По уровню распространенности ежедневного курения подростки группы ЕДПИ также превосходили своих сверстников из группы НПЕДИ: среди мальчиков в 1,5 раза, а среди девочек в 2,3 раза.

Таблица 1.

Распространенность табакокурения среди сельских подростков 15-17 лет ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг.

Показатели	Пол	Подростки группы ЕДПИ		Различия показателей	Подростки группы НПЕДИ		Критерий χ^2	Уровень значимости (p)
		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		
Распространенность табакокурения	М	16,8	15,6-18,0	>	10,8	9,9-11,7	58,214	<0,001
	Д	8,6	7,9-9,3	>	3,9	3,3-4,5	79,529	<0,001
Распространенность ежедневного табакокурения	М	15,1	13,9-16,3	>	9,4	8,5-10,3	61,851	<0,001
	Д	7,0	6,3-7,7	>	3,0	2,5-3,5	69,128	<0,001

^{*)} Показатель на 100 подростков соответствующего пола.

^{**) 95%} Доверительный интервал, %.

Таблица 2.

Мотивы курения сельских подростков 15-17 лет ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг.

Мотивы курения	Пол	Подростки группы ЕДПИ		Различия показателей	Подростки группы НПЕДИ		Критерий χ^2	Уровень значимости (p)
		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		
Формирующаяся зависимость («нравится», «привычка», «втянулся, не могу бросить»)	М	71,8	68,3-75,3	≈	67,1	63,1-71,1	2,982	=0,085
	Д	67,0	63,2-70,8	≈	61,5	68,5-54,5	1,755	=0,186
За компанию, не хочется отставать от друзей	М	14,6	11,9-17,3	≈	18,2	14,9-21,5	2,746	=0,098
	Д	17,4	14,4-20,4	≈	17,1	11,7-22,5	0,007	=0,236
Чтобы чувствовать себя взрослым	М	6,8	4,9-8,7	≈	7,3	5,1-9,5	0,087	=0,768
	Д	4,6	2,9-6,3	≈	7,5	3,7-11,3	2,457	=0,118
Чтобы успокоиться	М	2,6	1,4-3,8	≈	3,3	1,8-4,8	0,386	=0,535
	Д	6,9	4,9-8,9	≈	6,4	2,9-9,9	0,055	=0,814

^{*)} Показатель, %.

^{**) 95%} доверительный интервал показателя, %.

Основными мотивами курения среди подростков ЕДПИ являлись мотивы, свидетельствующие о наличии или формировании зависимости от никотина: «втянулся, не могу бросить», «нравится», «по привычке». Более 2/3 курящих подростков (71,8% мальчиков и 67,0% девочек) указали на эти причины куре-

ния. Еще 15% подростков ЕДПИ (14,6% мальчиков и 17,4% девочек) курили «за компанию». Остальные мотивы курения («чтобы чувствовать себя взрослее», «чтобы успокоиться») очень редко служили мотивами курения подростков ЕДПИ: от 6,9% до 2,6% как среди мальчиков, так и среди девочек.

По мотивам курения подростки группы ЕДПИ практически не отличались от подростков группы НПЕДИ (табл. 2).

Приобщение подростков ЕДПИ происходило в тех же возрастных рамках, что и у остальных подростков, а именно: в возрастном интервале от 10 до 17 лет включительно. Пик приобщения к курению подростков-мальчиков ЕДПИ приходился на возрастной интервал до 10 лет включительно (рис 1, табл. 3). В возрасте до 10 лет включительно (начальная школа) приобщились к курению 15% подростков-мальчиков группы ЕДПИ или 37,7% от числа пробовавших.

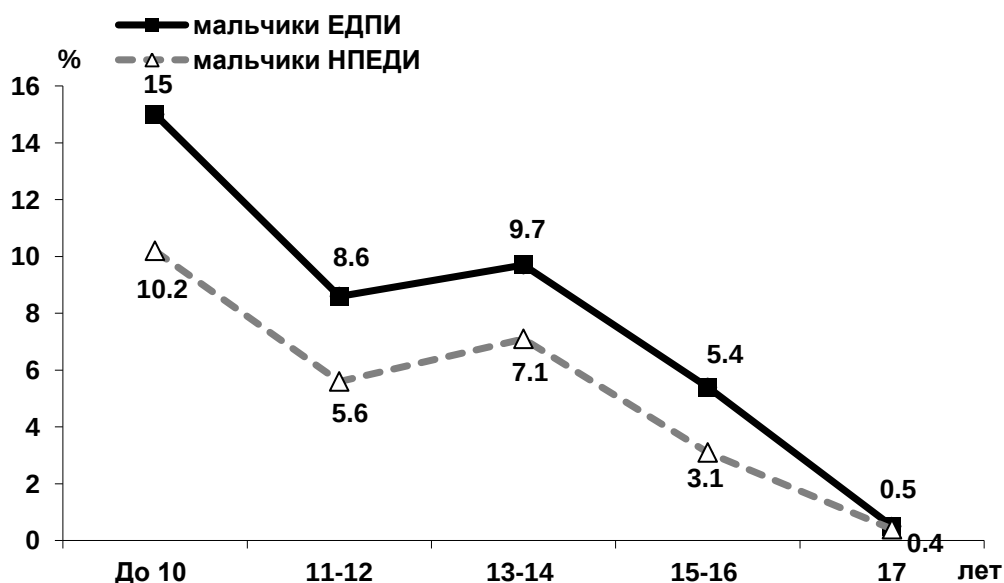


Рисунок 1. Повозрастная структура приобщения к курению сельских мальчиков ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг. (%).

В 11-12 лет попробовали курить 8,6% мальчиков группы ЕДПИ, или 21,6% от пробовавших курить мальчиков ЕДПИ. В 13-14 лет число пробовавших курить мальчиков возросло до 9,7%, что составило 24,4% от числа пробовавших курить. После 13-14 лет число пробовавших курить подростков группы ЕДПИ существенно снизилось и составило 5,4%, или 13,6% от числа пробовавших курить подростков. В возрасте 17 лет пробовали курить всего лишь 0,5% мальчиков ЕДПИ.

Повозрастная структура приобщения к курению подростков НПЕДИ, аналогична повозрастной структуре приобщения к курению подростков группы ЕДПИ, но число пробовавших в каждом возрастном интервале существенно ниже (рис.1, табл. 3).

Таблица 3.

Возраст первой пробы курения сельских подростков 15-17 лет ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг.

Возраст первой пробы курения	Пол	Подростки группы ЕДПИ		Различия показателей	Подростки группы НПЕДИ		Критерий χ^2	Уровень значимости (p)
		P *)	ДИ **)		P *)	ДИ **)		
В 10 лет и ранее	М	15,0	13,8-16,2	>	10,1	9,5-10,7	41,839	<0,001
	Д	5,7	5,1-6,3	>	3,3	2,3-4,3	31,325	<0,001
В 11-12 лет	М	8,6	7,7-9,5	>	5,6	5,1-6,1	27,552	<0,001
	Д	5,1	4,5-5,7	>	2,5	1,8-3,2	41,396	<0,001
В 13-14 лет	М	9,7	8,7-10,7	>	7,1	6,5-7,7	17,757	<0,001
	Д	9,7	8,9-10,5	>	4,0	3,2-4,8	108,921	<0,001
В 15-16 лет	М	5,4	4,7-6,1	>	3,1	2,6-3,6	27,706	<0,001
	Д	5,4	4,8-6,0	>	2,3	1,8-2,8	54,558	<0,001
В 17 лет	М	0,5	0,3-0,7	≈	0,4	0,2-0,6	0,276	=0,600
	Д	0,4	0,2-0,6	≈	0,3	0,1-0,5	1,749	=0,186

*) Показатель, %.

**) 95% доверительный интервал, %.

Среди девочек приобщение к курению происходило в тех же возрастных рамках, что и у мальчиков. Однако пик приобщения к курению у девочек группы ЕДПИ приходился на возраст 13-14 лет (9,7%, что составило 36,3% от числа пробовавших курить девочек). В возрастных интервалах: до 10 лет включительно, в 11-12 лет, 15-16 лет – пробовали курить в среднем чуть более 5% девочек ЕДПИ, что составило 19,1% от числа пробовавших. В 17 лет попробовали курить среди девочек группы ЕДПИ всего лишь 0,3% (рис. 2, табл. 3).

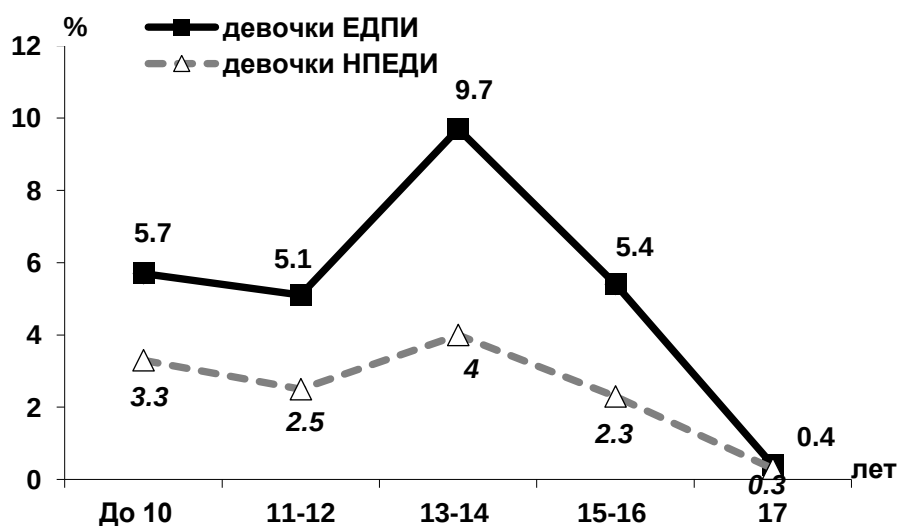


Рисунок 2. Повозрастная структура приобщения к курению сельских девочек ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг. (%).

Повозрастная картина приобщения к курению девочек НПЕДИ очень близка по характеру к повозрастной структуре приобщения к курению девочек ЕДПИ. Но число приобщавшихся во всех возрастных интервалах у девочек НПЕДИ существенно ниже, а пик приобщения сглажен и отличается от числа приобщившихся в других возрастных интервалах на десятки доли (рис. 2, табл. 3).

Ведущим, доминирующим мотивом первой пробы курения как у мальчиков, так и у девочек ЕДПИ, является «любопытство». Оно толкает к пробе курения почти $\frac{3}{4}$ мальчиков (72%) и 80% девочек. «За компанию» («не хотелось отставать от друзей») пробовали курить 10,8% мальчиков и 8,8% девочек ЕДПИ. «Из желания чувствовать себя взрослее» пробовали курить 9,6% мальчиков и 7,1% девочек. Остальные мотивы первой пробы курения («от нечего делать», «чтобы познакомиться», «чтобы понравиться») крайне редко служили поводом для первой пробы курения: от 0,8% до 2-3% (табл. 4).

Таблица 4.

Мотивы первой пробы курения у сельских подростков 15-17 лет ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг.

Мотивы первой пробы курения	Пол	Подростки группы ЕДПИ		Различия показателей	Подростки группы НПЕДИ		Критерий χ^2	Уровень значимости (p)
		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		
любопытство	М	72,0	69,7-74,3	≈	73,2	70,7-75,7	0,015	=0,902
	Д	80,3	78,3-82,3	≈	79,5	75,9-83,0	0,863	=0,353
не хотелось отставать от друзей	М	10,8	9,2-12,4	≈	9,5	7,8-11,2	1,515	=0,219
	Д	8,0	6,7-9,3	≈	7,4	5,1-9,7	0,299	=0,585
от нечего делать	М	1,8	1,1-2,5	≈	1,8	1,0-2,6	0,002	=0,962
	Д	1,7	1,1-2,3	≈	3,1	1,6-4,6	3,424	=0,065
чтобы чувствовать себя взрослее	М	9,6	8,1-11,1	≈	10,6	8,9-12,3	0,416	=0,519
	Д	7,1	5,8-8,4	≈	8,0	5,6-10,4	0,349	=0,555
чтобы понравиться мальчику (девочке)	М	1,8	1,1-2,5	≈	2,1	1,3-2,9	0,190	=0,663
	Д	1,0	0,5-1,5	≈	1,2	0,2-2,2	0,157	=0,692
чтобы познакомиться	М	1,8	1,1-2,5	≈	2,8	1,9-3,7	2,833	=0,093
	Д	0,8	0,4-1,2	≈	0,8	0,0-1,6	0,000	=0,988

^{*)} Показатель, %

^{**) 95%} доверительный интервал, %

Информированность о вреде курения подростков группы ЕДПИ очень высокая: 88,1% мальчиков и 92,6% девочек считали курение «вредным». Число подростков ЕДПИ, считавших курение «не вредным» составляло 6,5% среди мальчиков и 3,2% среди девочек; затруднились с ответом 5,1% мальчиков и 4,0% девочек ЕДПИ.

Необходимо отметить, что среди подростков НПЕДИ, информированность

о вреде курения была статистически значимо выше, чем среди подростков группы ЕДПИ, а число затруднившихся с ответом или отрицающих вред курения было существенно меньше (табл.5).

Таблица 5.

Мнение о вреде курения сельских подростков 15-17 лет ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг.

Мнение о вреде курения	Пол	Подростки группы ЕДПИ		Различия показателей	Подростки группы НПЕДИ		Критерий χ^2	Уровень значимости (p)
		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		
вредно	М	88,1	87,0-89,2	<	93,0	92,2-93,8	55,898	<0,001
	Д	92,6	91,9-93,3	<	95,7	95,1-96,3	38,398	<0,001
не вредно	М	6,5	5,7-7,3	>	3,7	3,1-4,3	31,209	<0,001
	Д	3,2	2,8-3,6	>	2,1	1,6-2,6	10,693	<0,01
не знаю	М	5,1	4,4-5,8	>	3,1	2,6-3,5	21,164	<0,001
	Д	4,0	3,5-4,5	>	2,1	1,6-2,6	28,222	<0,001

^{*)} Показатель, %.

^{**) 95%} доверительный интервал, %.

Необходимо отметить, что между информированностью и уровнем распространенности табакокурения у подростков группы ЕДПИ, имеется обратная корреляционная взаимосвязь: $r=-0,25$ среди мальчиков и $r=-0,21$ среди девочек. Таким образом, чем выше уровень информированности о вреде табакокурения, тем ниже уровень распространенности табакокурения. Аналогичная корреляционная взаимосвязь выявлена и среди подростков группы НПЕДИ.

Заслуживает внимания анализ источников информации о вреде курения, которыми пользовались подростки группы ЕДПИ. Как ни удивительно, но для мальчиков ЕДПИ основным источником информации о вреде курения являлись «родственники, друзья и знакомые», а не Интернет. На этот источник указали 24,8% мальчиков. Практически такое же количество мальчиков (24,3%) группы ЕДПИ получили свои знания о вреде курения «на занятиях в школе». На Интернет как источник информации о вреде курения указали только 14,3% мальчиков ЕДПИ (табл. 6). Около 10% мальчиков приобрели свои знания о курении «из средств массовой информации» и 7,3% - «из специальной литературы».

Для девочек группы ЕДПИ ведущим источником информации являлись «занятия в школе» (32,8%). «От друзей и родственников» почерпнула свои знания каждая 5-я девочка ЕДПИ (21,6%), а «из Интернета» - только 11,1%. Обращались «к специальной литературе» о вреде курения 6,6% девочек, а на «средства массовой информации» как источник знаний в этом вопросе сослались лишь 3,1% девочек ЕДПИ (табл. 6).

Таблица 6.

Источники информации о вреде курения, которыми пользовались сельские подростки 15-17 лет ЕДПИ и НПЕДИ в РФ в 2016-2017 гг.

Источники информации о вреде курения	Пол	Подростки группы ЕДПИ, %		Разли-чия показателей	Подростки группы НПЕДИ, %		Кри-те-рий χ^2	Уро-вень значи-мости (p)
		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		Р ^{*)}	ДИ ^{**)}		
занятия в школе	М	24,3	22,9-25,7	<	29,3	28,0-30,6	25,340	<0,001
	Д	32,8	31,6-34,0	<	36,6	35,1-38,1	15,155	<0,001
родственники, друзья и знакомые	М	24,8	23,4-26,2	≈	23,6	22,3-24,9	1,585	=0,209
	Д	21,6	20,6-22,6	>	19,6	18,4-20,8	5,874	<0,05;
Интернет	М	14,3	13,1-15,5	>	9,9	9,0-10,8	36,155	<0,001
	Д	11,1	10,3-22,2	>	8,5	7,6-9,4	17,395	<0,001
Средства массовой информации (ТВ, радио)	М	10,5	9,5-11,5	<	13,0	12,0-14,0	11,961	<0,001
	Д	3,1	2,2-4,0	<	14,8	13,7-15,9	5,894	<0,05
специальная литература	М	7,3	6,4-8,2	≈	7,0	6,2-7,8	0,306	=0,546
	Д	6,6	6,0-7,2	≈	7,6	6,8-8,4	3,539	=0,060

*) Показатель, %.

**) 95% доверительный интервал, %.

Сравнительный анализ источников информации о вреде курения подростков группы ЕДПИ и НПЕДИ показал, что источники информации у подростков НПЕДИ статистически значимо чаще являлись системными, последовательными, научно выверенными (специальные занятия и уроки в школе, специальная литература, ТВ и радио). Они реже опирались на информацию о вреде курения, полученную от «родственников, знакомых и друзей» и Интернета (табл. 6). Это обуславливает и более высокий уровень, и более высокую научную обоснованность информированности о вреде курения подростков НПЕДИ.

Полученные данные корреспондируются с зарубежными исследованиями. Так, прогностическое когортное исследование подростков 16 лет (не куривших и не употреблявших алкоголь) в Северном Тайване, но пользовавшихся Интернетом в интернет-кафе (общение с друзьями, компьютерные игры, просмотры сайтов для взрослых) привело к тому, что в 20 лет почти все они стали ежедневными курильщиками и имели проблемы с алкоголем [5].

Аналогичные данные были получены при исследовании учащихся средних школ корейского молодежного колледжа. Обследование этих подростков в 16

лет показало, что 1804 из них не употребляли алкоголь и 2277 - не курили. Обследование этой же когорты молодых людей в 20 лет установило, что подавляющая часть данных молодых людей ежедневно курила и имела проблемы с употреблением алкоголя. Авторы пришли к выводу, что использование Интернета для общения в чате, игр, сайтов для взрослых в возрасте 16 лет оказало значительное влияние на развитие интенсивного употребления алкоголя и ежедневного курения среди данного контингента [6].

А исследователи из Мичиганского университета США, проводившие изучение влияния Интернета на употребления ПАВ среди подростков, показало, что каждый час, проведенный в интернет-кафе, может увеличивать вероятность курения на 0,77% среди лиц мужского пола, а вероятность употребления алкоголя - на 1,34% среди лиц женского пола. Ежедневное пользование Интернетом увеличивает вероятность курения на 13,3% среди лиц мужского пола и употребление алкоголя на 14,7% среди лиц женского пола [7].

Заключение. Подводя итог анализу ситуации с табакокурением среди подростков ЕДПИ необходимо констатировать следующее.

Курение среди подростков ЕДПИ не только не отсутствует, а распространено статистически значимо больше, чем среди подростков НПЕДИ: среди мальчиков - в 1,5 раза, а среди девочек - в 2,5 раза.

Среди курящих подростков ЕДПИ 90% мальчиков и 82,5% девочек курили ежедневно. А ведущими мотивами курения у данной группы были мотивы «формирующейся зависимости» или «сформированной зависимости» от никотина.

Повозрастная структура приобщения к курению подростков ЕДПИ как мальчиков, так и девочек, практически не отличается от повозрастной структуры приобщения подростков НПЕДИ, но число пробовавших курить подростков ЕДПИ в каждом возрастном интервале статистически значимо выше подростков НПЕДИ.

Главной движущей силой, толкающей подростков к пробе курения, является «любопытство».

Подростки ЕДПИ, несмотря на ежедневное длительное пользование Интернетом, уступают подросткам НПЕДИ по уровню информированности о вреде курения и по выбору источников информации.

Таким образом, ежедневное длительное пользование Интернетом не уберегает подростков от табакокурения, более того, каждый шестой мальчик и каждая 14-я девочка этой группы курят ежедневно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.: учебник. - 2-е издание. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.
2. Сковцова Е.С., Коновалов Д.Н. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013619820 AnkPro. Дата гос. регистрации в Реестре программ для ЭВМ 17 октября 2013 г.
3. Сковцова Е.С., Лушкина Н.П. Социально-гигиенический портрет подростков, ежедневно продолжительно пользующихся Интернетом // Наркология, - 2020, -№7, - С 35-40..
4. Сковцова Е.С., Постникова Л.К., Гончарова М.В. Занятия компьютерными играми и Интернетом среди российских сельских подростков-школьников

15-17 лет (по данным мониторинга 2016-2017 гг.) Информационно-аналитические материалы. М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ. 2018 - 32 с.

REFERENCES

1.Lisicyn Ju.P. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie.: uchebnik. - 2-e izdanie. –М.:GJeOTAR-Media, 2010. – 512 s.

2.Skvorcova E.S., Konovalov D.N. Svidetel'stvo o gosudarstvennoj registracii programmy dlja JeVM № 2013619820 AnkPro. Data gos. registracii v Reestre programm dlja JeVM 17 oktjabrja 2013 g.

3.Skvorcova E.S., Lushkina N.P. Social'no-gigienicheskij portret podrostkov, ezhdnevno prodolzhitel'no pol'zujushhihsja Internetom // Narkologija , - 2020, -№7, - С 35-40..

4.Skvorcova E.S., Postnikova L.K., Goncharova M.V. Zanjatija komp'juternymi igrami i Internetom sredi rossijskih sel'skih podrostkov-shkol'nikov 15-17 let (po dannym monitoringa 2016-2017 gg.) Informacionno-analiticheskie materialy. М.: RIO CNIIOIZ MZ RF. 2018 - 32 s.

5. Chiao C, Yi CC, Ksobiech K. Adolescent internet use and its relationship to cigarette smoking and alcohol use: a prospective cohort study // *Addict Behav.* 2014 Jan; -№ 39(1): -P.7-12. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.09.006 (Accessed 19.02.2020).

6. Lee BH, Lee HK. Longitudinal study shows that addictive Internet use during adolescence was associated with heavy drinking and smoking cigarettes in early adulthood. // *Acta Paediatr.* – 2017, -№106(3), -P.497-502 (Accessed 19.02.2019).

7. Wu L, Delva J. The effect of computer usage in internet café on cigarette smoking and alcohol use among chinese adolescents and youth: a longitudinal study. // *Int. J Environmental Research and Public Health.* - 2012; -№ 9(2): - P. 496-510. <https://doi.org/10.3390/ijerph9020496>. (Accessed 18.02.2020).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

E.S. Skvortsova, N.P. Lushkina

TOBACCO SMOKING AMONG RURAL TEENAGERS-SCHOOL CHILDREN WHO USE THE INTERNET EVERY DAY FOR A LONG TIME

Federal Research Institute for Healthcare Organization and Informatics of the Ministry of Health of Russia, (Moscow).

Summary. The article is devoted to the study of the prevalence and motivation of tobacco Smoking among teenagers who use the Internet daily for a long time (EDPI) according to a sample study conducted in 2016-2017 among rural teenagers-school children aged 15-17 years in 17 regions of 6 Federal districts of Russia. The sample size was 18,222 rural teenagers. It was revealed that the prevalence of Smoking the prevalence of daily Smoking adolescents of ADPI not only not absent, but distributed statistically significantly higher than among adolescents NPEDI, and for boys 1.5 times, and girls are 2.5 times higher. Moreover, among Smoking teenagers in the EDPI group, 90% of boys and 82.5% of girls smoke daily. Thus, the comparative analysis refutes the existing opinion that daily long-term use of the Internet "protects" teenagers from harmful habits, in particular, from Smoking.

Keywords: village, teenagers-school children, Internet, tobacco Smoking.

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ

Северо-Осетинский государственный университет имени К.Л. Хетагурова
(Владикавказ).

Резюме. В статье описано и проанализировано эмпирическое исследование связи копинг-стратегий с личностными особенностями подростков. Выборку составили 216 человек (105 юношей и 111 девушек) в возрасте от 12 до 16 лет, средний возраст 14.5. В исследовании принимали участие учащиеся 7-11 классов различных школ г. Владикавказа (Республика Северная Осетия-Алания). Полученные данные можно учитывать при разработке учебно-методических программ по возрастной психологии и психологии развития, детской психологии и психологическом консультировании, психологии личности, психологии стресса и т. д.

Ключевые слова: подросток, копинг-стратегии, проблемно-ориентированный копинг, эмоционально-ориентированный копинг, избегание.

Быстрый темп современной жизни, присутствие множества стресс-факторов в различных сферах деятельности, требуют от человека их неотложного и конструктивного преодоления. От качества преодоления стрессовых ситуаций во многом зависят особенности развития, социальная адаптация, состояние психосоматического здоровья и психологическое благополучие любой личности [7]. Использование всевозможных методов и способов, направленных на преодоление стресса носит название копинг-поведения [2]. В 1962 г. Л. Мэрфи предложил этот термин, подразумевая под ним постоянно изменяющиеся попытки человека справиться с различного рода требованиями, которые превышают возможности человека справиться с ними [19]. В 1966 г. Р. Лазарус рассматривал копинг как деятельность индивида по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования [17, 18].

Согласно определению отечественного психолога Т.Л. Крюковой, «копингом является целенаправленное поведение, позволяющее человеку справляться со стрессом (трудной жизненной ситуацией) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации» [8]. По определению С.А. Хазовой, «копингом является адаптивное поведение, используемое в стрессовых ситуациях с целью уменьшения воздействия стресса для регуляции эмоциональных состояний, чтобы прекратить, избежать или вытерпеть действие стрессора» [1]. В работах В.М. Ялтонского и Н.И. Сироты копинг понимается как стратегия действий, предпринимаемых человеком в ситуации психологической угрозы, в частности, в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному и социальному благополучию [15]. С точки зрения Е.И. Чехлатого и Н.В. Веселовой, понятие копинг следует рассматривать как активные усилия личности, направленные на овладение ситуацией или проблемой [3].

Особенный интерес большинства исследователей вызывает проблема связи копинг-поведения личности в подростковой среде. Постижение особенностей копинг-стратегий в подростковой среде, а также различных факторов, обусловли-

вающих выбор тех или иных стратегий копинг-поведения, представляется актуальным и имеет важное значение. Выявление связей копинг-стратегий с личными свойствами подростков способствует лучшему пониманию способов целостного функционирования личности как субъекта деятельности [11]. Поэтому необходимы дополнительные комплексные исследования, направленные на определение роли личностных и социальных факторов в процессе выбора копинг-стратегии [4].

Юноши и девушки подросткового возраста являются уязвимой частью населения, полностью зависящей от мира взрослых [10]. При этом они часто оказываются в тяжелых жизненных ситуациях, которые могут спровоцировать деструктивные стратегии поведения [12].

В предпринятом нами исследовании **выборку** составили 216 человек (105 юношей и 111 девушек) в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст 14.5 лет). Все они были учащимися 7-11 классов различных школ г. Владикавказа.

Целью исследования явилось выявление связей различных копинг-стратегий с личностными особенностями современных подростков. Исходя из цели исследования, были обозначены следующие **задачи**:

- выявление предпочитаемых копинг-стратегий среди юношей и девушек;
- определение личностных особенностей школьников;
- установление связей между предпочитаемыми копинг-стратегиями и личностными особенностями подростков.

Исследование проводилось с применением следующего **комплекса эмпирических методов**: авторская анкета с вопросами, направленными на установление социально-демографических характеристик респондентов; разработанный Н. Эндлером и Д. Паркером, адаптированный Т.Л. Крюковой тест «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» [13], методика «Пятифакторный опросник личности BIG FIVE», разработанная П. Коста и Р. МакРаэ, адаптированная А.Б. Хромовым [16]. Результаты исследования были обработаны и проанализированы с помощью математико-статистических методов, с применением компьютерных программ Excel и «SPSS.13.0», при этом был использован г-критерий Пирсона.

В ходе исследования выявлена положительная корреляционная связь проблемно-ориентированного копинга с таким личностным свойством как «самоконтроль» ($r=0,159$ при $p \leq 0,05$). Это свидетельствует о том, что личность, которая способна к контролю собственных эмоций, мыслей и поведения, умеет достигать поставленных целей, а также способна принимать осознанные решения и претворять их в жизнь, в стрессовой жизненной ситуации использует копинг, ориентированный на преодолении проблемы путем анализа и обдумывания всевозможных действий.

Обнаружено, что лица, выбирающие проблемно-ориентированный копинг являются ярко выраженными экстравертами ($r=0,311$ при $p \leq 0,01$). Они склонны к быстрому установлению контакта с окружающими людьми, коммуникабельны, оптимистичны, довольно легко адаптируются к изменяющимся условиям внешней среды, инициативны, ценят похвалу и внимание к своей персоне.

Установлено, что проблемно-ориентированный копинг также характерен для личности с высоким показателям активности ($r=0,204$ при $p \leq 0,01$) и общительности ($r=0,181$ при $p \leq 0,05$). Это говорит о том, что копинг, нацеленный на

энергичное преодоление трудностей? свойствен человеку предприимчивому, деятельному, контактному, открытому, активно взаимодействующему с окружающей действительностью.

Выявлено, что проблемно-ориентированный копинг характерен для людей ответственных ($r=0,159$ при $p\leq 0,05$), предусмотрительных ($r=0,275$ при $p\leq 0,01$), доверчивых ($r=0,232$ при $p\leq 0,01$). Полученные данные говорят о том, что личность, контролирующая и планирующая свою деятельность в соответствии с нормами и правилами, принятыми в обществе с высокой степенью осознанности и умением подумать о последствиях, в трудной жизненной ситуации, используют проблемно-ориентированный копинг.

Определена связь проблемно-ориентированного копинга с показателями по шкалам «Понимание» ($r=0,198$ при $p\leq 0,01$) и «Уважение других» ($r=0,186$ при $p\leq 0,01$). Это может говорить о том, что копинг, нацеленный на быстрое и качественное разрешение проблемы, чаще встречается среди людей, способных к почтению и к признанию достоинств окружающих. Такие подростки отличаются позитивным отношением к социуму, способны усваивать содержание и скрытые механизмы возникшей проблемной ситуации, а также конструктивно использовать для преодоления сложившихся обстоятельств полученную информацию.

Вместе с тем установлено, что для лиц, выбирающих в стрессовой ситуации проблемно-ориентированный копинг, присущи такие индивидуально-психологические характеристики, как настойчивость ($r=0,214$ при $p\leq 0,01$) и аккуратность ($r=0,239$ при $p\leq 0,01$). Человек, который использует проблемно-ориентированную стратегию, обладает достаточной силой воли, чтобы добиваться поставленной цели, преодолевая при этом препятствия различного рода. Также такой личности свойственна исполнительность, тщательность, точность в делах, организованность и стремление к порядку.

Также в ходе исследования удалось определить, что при снижении напряженности ($r=-0,195$ при $p\leq 0,01$), самокритики ($r=-0,190$ при $p\leq 0,01$) и при депрессивности ($r=-0,254$ при $p\leq 0,01$) подростки чаще выбирают проблемно-ориентированную стратегию выхода из кризиса. Это объясняется тем, что их психическая напряженность сопровождается ощущением общего дискомфорта, беспокойства, тревоги, однако не исключает возможность обдумать сложившуюся ситуацию и целенаправленно ее разрешить.

Обнаружено, что для лиц, которые чаще в стрессовой ситуации прибегают к использованию эмоционально-ориентированного копинга, характерно стремление привлекать внимание к собственной персоне ($r=0,158$ при $p\leq 0,01$). Это означает, что индивиды с демонстративными чертами характера в трудной жизненной ситуации фиксируются на переживании своей беспомощности и ищут возможность для эмоциональной разрядки.

Определено, что эмоционально-ориентированный копинг чаще выбирают личности с высокими показателями эмоциональной неустойчивости ($r=0,475$ при $p\leq 0,01$) и эмоциональной лабильности ($r=0,396$ при $p\leq 0,01$), т. е. в сложной ситуации у них отмечаются эмоциональная лабильность без объективных причин, потеря контроля, склонность к импульсивности слов и действий, общая нестабильность поведения.

Выявлена положительная связь между показателем эмоционально-ориентированной стратегии и такими личностными особенностями, как тревожность ($r=0,407$ при $p\leq 0,001$) и депрессивность ($r=0,349$ при $p\leq 0,01$). Это говорит о том, что при фиксации на переживаниях своей беспомощности, преобладании мыслей о невозможности справиться с возникшими трудностями, увеличивается ощущение эмоционального дисбаланса, связанного с предчувствием грозящей опасности.

Для индивидов, предпочитающих эмоционально-ориентированную стратегию, свойственна самокритика ($r=0,399$ при $p\leq 0,01$), напряженность ($r=0,408$ при $p\leq 0,01$) и любознательность ($r=0,22$ при $p\leq 0,01$), которые проявляются в чрезмерном выявлении своих ошибок и недостатков, многоразовом разборе и в склонности к отрицательным оценкам своей деятельности, своего мышления и поведения.

Исследования наглядно показывают, что, чем выше показатели ответственности ($r=-0,194$ при $p\leq 0,01$), настойчивости ($r=-0,226$ при $p\leq 0,01$), самоконтроля ($r=-0,226$ при $p\leq 0,01$) и доверчивости ($r=-0,273$ при $p\leq 0,01$), тем реже личность выбирает эмоционально-ориентированные стратегии. Выявленные корреляционные связи свидетельствуют, что личности, отличающиеся капризностью, не умеющие реально оценивать ситуацию, не способны контролировать свои импульсивные влечения, прилагать большие усилия для достижения цели и адекватно относиться к неудачам.

Обнаружена положительная связь между копингом, направленным на избегание, и шкалами «Поиск впечатлений» ($r=0,184$ при $p\leq 0,05$), «Пластичность» ($r=0,315$ при $p\leq 0,01$). Это говорит о том, что стратегию избегания в стрессовой ситуации выбирают подростки, стремящиеся к праздности и развлечениям, не любящие себя утруждать работой или учебой, тяготеющие к острому, возбуждающим впечатлениям, риску.

Такой же копинг избегания чаще выбирают подростки, у которых выявлены повышенные показатели по шкалам любознательность ($r=0,183$ при $p\leq 0,05$) и любопытство ($r=0,289$ при $p\leq 0,01$). Подростки, которые удовлетворяют свое любопытство, проявляя интерес к различным, порой даже опасным сторонам жизни, легко обучаемы, но недостаточно серьезно относящиеся к систематической учебной деятельности и при возникающих трудностях стараются избегать их.

Стратегия избегания чаще выбирается подростками с высокими показателями экспрессивности ($r=0,173$ при $p\leq 0,05$) и доверчивости ($r=0,180$ при $p\leq 0,05$). Наличие выявленных связей говорит о том, что такие подростки больше доверяют собственным эмоциям, нежели здравому смыслу, мало обращая внимание на будничные обязанности, избегая текущие повседневные работы.

Поведение человека, при котором он уклоняется от пугающих его ситуаций, свойственно больше экстравертам ($r=0,247$ при $p\leq 0,01$) и общительным ($r=0,223$ при $p\leq 0,05$) личностям с высоким уровнем привязанности ($r=0,159$ при $p\leq 0,05$). Для таких подростков свойственны гибкость поведения и коммуникабельность, прослеживаются стремление к риску и активности.

Также выявлена отрицательная связь между показателем «ответственность» ($r=-0,239$ при $p\leq 0,01$) и копингом, направленным на избегание. Это свидетельствует о том, выбор копинга избегания предпочитают лица, безразлично отно-

сящие к собственной жизни, недобросовестно выполняющие любую работу в качестве доминирующей стратегии совладания со стрессом.

Обобщая изложенное, необходимо отметить, что проблемно-ориентированный копинг характерен для экстравертов, активных, общительных и доверчивых людей, склонных к самоконтролю, настойчивости и ответственности. Данную копинг-стратегию, как правило, выбирают эмоционально стабильные личности, отличающиеся устойчивостью и самодостаточностью, с высоким уровнем эмоциональной комфортности [5]. Схожие данные получила и описала О.В. Кисилева. Она отмечала, что для подростков характерны адекватная отвлекаемость на события, эмоциональная лабильность и чувствительность к критическим замечаниям. А использование продуктивных копинг-стратегий обусловлено наличием таких личностных особенностей, как уверенность в себе, высокая умственная работоспособность, гибкость во взаимоотношениях [6].

Установлены положительные корреляционные связи эмоционально-ориентированной стратегии и таких личностных особенностей, как демонстративность, подозрительность, импульсивность, тревожность, напряженность, самокритичность и депрессивность. Данный стиль характерен для лиц эмоционально лабильных и менее устойчивых [9].

Отечественный психолог М.А. Польшина выявила, что снижение тревожно-мнительных характеристик подростков, развитие навыков самоконтроля и произвольной регуляции помогают более эффективно справляться с проблемными ситуациями [12]. Подобные результаты нашли свое подтверждение и в нашем исследовании.

Копинг, ориентированный на избегание, характерен для людей экспрессивных, любознательных, ищущих новые впечатления и гибких в своем поведении по отношению к внешним обстоятельствам.

Таким образом, современные подростки – это молодое поколение, которое быстро адаптируется к новым условиям жизнедеятельности. Важно во взаимодействии с ними дифференцированно подходить к формам, способам и средствам психолого-педагогического воздействия с учетом предпочитаемых ими копинг-стратегий [14].

Перспектива дальнейшего исследования видится в анализе и определении наиболее эффективных и подходящих для молодежи форм и методов работы, применимых в условиях современного образовательного и воспитательного процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – Т. 15. – 1994. – № 1. – С. 3-18.
2. Афанасьева Ю.А. Психологическая специфика копинг-поведения мужчин и женщин // Russian Journal of Education and Psychology. Красноярск, Научно-Инновационный Центр – Т. 10. – 2019. – № 4. – С. 6-11.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М., 2006. – 156 с.
4. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 114 с.
5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. 3-е изд. – СПб., 2008.

6. Киселева О.В. Влияние личностных особенностей на выбор копинг-стратегий у подростков с нарушениями и без нарушения поведения // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена – 2007. – № 3. – С. 152-154.

7. Коломеец Л.А. Особенности копинг-поведения старшеклассников как стратегия преодоления жизненных трудностей [Электронный ресурс] // Теория и практика общественного развития – 2013. – № 8.

8. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. – Кострома, 2007. – 75 с.

9. Малкина-Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе // Московский психологический журнал. – № 12. – 2007. – С. 15-25.

10. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии // Психологический журнал. – Т. 18. – № 5. – 1997. – С. 20-29.

11. Никольская И.М. Грановская, Р.М. Защита личности: психологические механизмы – СПб.: Знания, 1999. – 123 с.

12. Польшина М.А. Особенности формирования копинг-стратегий у подростков-сирот, склонных к конфликтной ситуации // Проблема современного педагогического образования – 2016. – № 5 – С. 310-313.

13. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции // Психология. – Журнал ВШЭ. – Т. 10. – 2013. – № 1. – С. 82-118.

14. Сапоровская М.В. Детско-родительские отношения и совладающее (копинг) поведение родителей как фактор школьной адаптации первоклассников: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Костром. гос. ун-т им. Н.А. Некрасова. – Кострома, 2002. – 15 с.

15. Сирота Н.А. Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками: модель исследования // Обозрение психиатрии и медицинской психологии – № 1. – 1993. – С. 15-23.

16. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности. Учебно-методическое пособие. – Курган: КГУ – 2000. – 23 с.

REFERENCES

1. Ancyferova L.I. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh usloviyah: pereosmyslivanie, preobrazovanie zhiznennyh situacij i psihologicheskaja zashhita // Psihologicheskij zhurnal. – Т. 15. – 1994. – № 1. – С. 3-18.

2. Afanas'eva Ju.A. Psihologicheskaja specifika koping-povedenija muzhchin i zhenshin // Russian Journal of Education and Psychology. Krasnojarsk, Nauchno-Innovacionnyj Centr – Т. 10. – 2019. – № 4. – С. 6-11.

3. Bodrov V.A. Psihologicheskij stress: razvitie i preodolenie. – М., 2006. – 156 с.

4. Vodop'janova N. E. Psihodiagnostika stressa. – SPb.: Piter, 2009. – 114 с.

5. Karvasarskij B.D. Klinicheskaja psihologija. 3-e izd. – SPb., 2008.

6. Kiseleva O.V. Vlijanie lichnostnyh osobennostej na vybor koping-strategij u podrostkov s narushenijami i bez narushenija povedenija // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena – 2007. – № 3. – С. 152-154.

7. Kolomeec L.A. Osobennosti koping-povedenija starsheklassnikov kak

strategija preodolenija zhiznennyh trudnostej [Elektronnyj resurs] // Teorija i praktika obshhestvennogo razvitiya – 2013. – № 8.

8. Krjukova T.L. Metody izuchenija sovladajushhego povedenija: tri koping-shkaly. – Kostroma, 2007. – 75 s.

9. Malkina-Pyh I.G. Strategii povedenija pri stresse // Moskovskij psihologicheskij zhurnal. – № 12. – 2007. – S. 15-25.

10. Nartova-Bochaver S.K. «Coping behavior» v sisteme ponjatij psihologii // Psihologicheskij zhurnal. – T. 18. – № 5. – 1997. – S. 20-29.

11. Nikol'skaja I.M. Granovskaja, R.M. Zashhita lichnosti: psihologicheskie mehanizmy – SPb.: Znaniya, 1999. – 123 s.

12. Pol'shina M.A. Osobennosti formirovanija koping-strategij u podrostkov-sirot, sklonyh k konfliktnoj situacii // Problema sovremennogo pedagogicheskogo obrazovanija – 2016. – № 5 – S. 310-313.

13. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Koping-strategii v strukture dejatel'nosti i samoreguljarii // Psihologija. – Zhurnal VShJe. – T. 10. – 2013. – № 1. – S. 82-118.

14. Saporovskaja M.V. Detsko-roditel'skie otnoshenija i sovladajushhee (koping) povedenie roditel'ev kak faktor shkol'noj adaptacii pervoklassnikov: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk / Kostrom. gos. un-t im. N.A. Nekrasova. – Kostroma, 2002. – 15 s.

15. Sirota N.A. Jaltonskij V.M. Preodolenie jemocional'nogo stressa podrostkami: model' issledovanija // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii – № 1. – 1993. – S. 15-23.

16. Hromov A.B. Pjatifaktornyj oprosnik lichnosti. Uchebno-metodicheskoe posobie. – Kurgan: KGU – 2000. – 23 s.

17. Lazarus R.S. Folkman S. Stress, Appraisal and Coping – N. Y. 1984 – 218 p.

18. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process – N.Y. McGraw-Hill Book, 1966 – 466 p.

19. Murphy L. Coping vulnerability and residence in childhood – coping and adaptation – N.Y., 1974. – 234 p.

Yu.A. Afanaseva

THE ROLE OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF TEENAGERS IN THE FORMATION OF COPING STRATEGIES

**North Ossetian state University named after K.L. Khetagurov
(Vladikavkaz).**

Summary. The article describes and analyzes an empirical study of the relationship of coping strategies with the personal characteristics of adolescents. The sample consisted of 216 people (105 boys and 111 girls) aged 12 to 16 years, with an average age of 14.5. the study involved students in grades 7-11 in various schools in Vladikavkaz (Republic of North Ossetia-Alania). The obtained data can be taken into account in the development of educational and methodological programs on age psychology and developmental psychology, child psychology and psychoconsultation, personality psychology, stress psychology, etc.

Keywords: adolescent, coping strategies, problem-oriented coping, emotional-oriented coping, avoidance.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ САМОРАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный педагогический университет» (Барнаул).

Резюме: в настоящей статье представлены результаты исследования саморазвития личности в подростковый период, дана психолого-педагогическая характеристика личности подростков, стремящихся к саморазвитию. В исследовании использована методика для диагностики личностных ценностей KVS-3 (Д.В. Каширский), психологического благополучия (К. Рифф), самоактуализационный тест Л.Я. Гозмана. Показано, что подростки, отмечающие в числе наиболее значимых ценностей полную самореализацию, имеют высокую успеваемость в лицее, нацелены на достижение поставленных целей, у них сформирована четкая жизненная позиция.

Ключевые слова: подростковый период, культурно-исторический подход в психологии, саморазвитие личности, самоактуализация личности, психологическое благополучие, самореализация личности.

Введение. Стремительный ритм современной действительности измеряет социальную успешность личности достижениями в той или иной области. Поэтому пристальное внимание психологов к процессу саморазвития привело к появлению новой отрасли психологической науки – психологии саморазвития, которая сформировалась на стыке психологии личности и психологии развития. Долгое время саморазвитие не рассматривалось как предмет психологического исследования, скорее выступало принципом активного начала личности в своем развитии. И лишь на рубеже 1990-х—2000-х годов ученые стали рассматривать саморазвитие как предмет психологических исследований [8, 13].

Однако, если обратиться к истории становления саморазвития в психологии, то можно выделить несколько основных этапов. В начале 20-х гг. прошлого века зародились концептуальные основы отечественной психологии саморазвития личности, хотя само понятие саморазвития в психологии, которым в настоящее время принято связывать саморазвитие личности, обозначалось чаще всего термином «самодвижение». Так, С.Л. Рубинштейн в своей работе 1922 г., говоря об автономности систем, дает обоснование идеи саморазвития как самодвижения. Автор подчеркивает, что саморазвитие становится возможным, если оно исходит изнутри, а не извне. С.Л. Рубинштейн указывал как на то, что развитие личности зависит от обстоятельств и условий собственной жизни, так и на то, что личность сама обуславливает все обстоятельства своей жизни [10].

В культурно-исторической теории Л.С. Выготского саморазвитие рассматривается как методологический принцип, с помощью которого раскрывается смысл развития как самодвижения, самостановления. В предшествующих теориях развития личности основные взгляды исследователей сводились к влиянию на процесс развития социального или биологического факторов либо их

совместного влияния. Л.С. Выготским же дано объяснение механизма развития с помощью принципа самопричины («*causasui*») Б.Спинозы, выражающегося в противоречии сложных систем, таких как «ребенок в обществе», «Я в Мы», «личность в культуре». Определяющее значение, по мнению автора, имеет психическая активность человека [5]. Психика подстраивает окружающую действительность, творит из нее мир, субъективирует среду, воспринимая ее как объект для творчества. Данную методологическую позицию изучали последователи Л.С. Выготского в своих концепциях. Особый интерес, на наш взгляд, имеет положение Л.С. Выготского о том, что социальная среда выступает не как фактор, а как «источник развития личности». В развитии личности, замечает он, «существуют две переплетенных линии. Первая следует путем естественного созревания, вторая состоит в овладении культурой, способами поведения и мышления». Л.С. Выготский пишет о том, что каждая психическая функция появляется на сцене дважды – сначала как коллективная, социальная деятельность, а затем как внутренний способ мышления личности [5].

Интересна, на наш взгляд, точка зрения Б.Г. Ананьева о том, что путь личности – это история ее жизни, в которой человек является субъектом деятельности. Автор справедливо замечает, что человек – это не пассивный продукт общественной жизни и не жертва генетических основ личности, он сам создает и изменяет обстоятельства своей жизни благодаря собственным усилиям, труду, соответствующему поведению, социальной активности в окружающем его обществе, в результате чего вокруг него образуется собственная среда развития, формируются общественные связи. [2].

А.Н. Леонтьев обращал внимание на то, что развитие есть процесс самодвижения, которое строится по определенным внутренним законам и носит спонтанный характер, поэтому автор рассматривает ребенка субъектом развития, жизни, а не только объектом внешних воздействий [6].

Идея саморазвития как самодвижения в 1950-1960 гг. становится основной теорией развития личности в отечественной психологии. Стоит отметить, что понятие «саморазвитие» рассматривалось в психологии скорее как философская категория и использовалось в качестве теоретического обоснования развития, поскольку тогда не было раскрыто основное содержание понятия.

1970-1980 гг. ознаменованы появлением первых исследований саморазвития, правда, пока не как самостоятельного психологического феномена, а в рамках изучения других процессов развития личности. Так, проблема саморазвития изучается в рамках исследований самовоспитания [4], самодетерминации [3], самосознания [11], жизненных стратегий [1]. Именно в работах этих авторов появляются первые теоретические обоснования саморазвития как психологического феномена, намечается проблемное поле изучения саморазвития, формируется понятийный аппарат. Таким образом появляются первые теоретические исследования проблем развития и саморазвития как самостоятельных процессов, их дифференциации, появляются критерии саморазвития, изучаются причины появления мотивации, исследуются психические механизмы успешности саморазвития.

А.Г. Асеев, развивая учение С. Л. Рубинштейна, рассматривает саморазви-

тие как деятельность человека, детерминированную желанием развить в себе то или иное качество [3]. При этом основными условиями появления саморазвития как процесса, по мнению автора, выступают нежелание мириться с настоящим и желание иного будущего, в результате чего появляется энергия к изменениям, а также наличие потенциальных возможностей для актуализации себя и совершеннения регулярных действий с целью саморазвития. В 1987 г. А.А. Бодалев, рассматривая саморазвитие, определяет его критерии, дает характеристики личности, стремящейся к саморазвитию, описывает условия формирования саморазвития. Именно сама личность, по мнению автора, ответственна за постановку целей жизни, выбор жизненного пути и способы достижения поставленных целей и сама приходит к тем или иным результатам своего жизненного пути. [4]. Качественные изменения человека, происходящие в процессе саморазвития, становятся результатом целенаправленного воздействия на самого себя.

И.И. Чеснокова [11] включает саморазвитие в круг понятий, описывающих саморегулирующую сферу самосознания, которая связана с отношениями в системе «Я и Я». Этот тип саморегулирования характеризуется сознательной работой личности над собой, когда у человека появляется желание изменить что-то, что побуждает личность выстраивать соответствующую планомерную деятельность.

К.А. Абульханова-Славская изучает саморазвитие и самосовершенствование в едином тандеме. Рассматривая жизненный путь, она выделяет основные стратегии личности: стратегию учета имеющихся возможностей и стратегию своего развития, совершенствования потенциальных возможностей. В структуре саморазвития автор выделяет три компонента: самосовершенствование (саморазвитие) – процесс приобщения к культуре окружающего общества, постоянное стремление к получению новых знаний (непрерывное образование, обучение чему-то новому) и процесс активной самореализации во всех сферах жизни – в творчестве, трудовой деятельности [1]. Кроме того, К.А. Абульханова-Славская рассматривает саморазвитие с точки зрения определения личностью стратегии собственной жизни, которая обладает, по мнению автора, тремя важными признаками: выбор основного направления жизнедеятельности, определение основных жизненных целей, определение этапов их достижения. Указанный выбор в течение жизни может претерпевать изменения. Иногда необходимо устранение препятствий, возникающих на пути к достижению целей, создание условий для их достижения; не менее важны приверженность определенным ценностным ориентациям, творчество. Автор считает, что саморазвитие (самоактуализация) возможно в случае сформированности устойчивых Я-образа, Я-концепции и четкого понимания своих потенциальных возможностей. Саморазвитие, или самовыражение личности становятся достижимыми при наличии соответствующего внутреннего мировосприятия и мироощущения. Если же самовыражение не имеет никаких предпосылок, идущих изнутри, а является лишь внешним атрибутом самоактуализации (саморазвития), тогда речь идет о «возрастном инфантилизме» личности, поскольку, присутствует лишь демонстрация самой себя, хотя показывать нечего [1].

Среди взглядов современных ученых, интересен подход к саморазвитию Н.А. Низовских. Под личностным саморазвитием она понимает особую внеш-

ную и внутреннюю деятельность человека, направленную на создание нового в своем сознании, поведении и переживаниях с помощью психологических средств. Данная деятельность обусловлена следующими мотивациями: мотивацией к подражанию, стремлением к автономности, потребностью в признании и любви, стремлением к обогащению себя, самоутверждением, самовыражением, самореализацией и др.[9].

М.А. Щукина рассматривает саморазвитие личности как качественное, направленное изменение личности, которое осуществляется самой личностью как субъектом жизненного пути. Процесс саморазвития личности, по мнению М.А. Щукиной, – это переход личности от Я-настоящего, когда личность выступает объектом развития, к Я-будущему, когда личность становится субъектом развития; развитие обеспечивается в направлении к цели, которую личность определяет самостоятельно. М.А. Щукина говорит о саморазвитии как об акте изменения себя, причиной которого становится стремление к самоизменению, осознанному стремлению приблизиться к Я-будущему при наличии объективных и субъективных ресурсов личности для подобного достижения. С точки зрения всего жизненного пути саморазвитие личности рассматривается исследователем как стратегия, особый способ жизни, характеризующиеся постоянным стремлением к процессу построения своего «Я». Кроме того, автором предложено определение «пространство саморазвития», подразумевающее часть жизненного мира личности, в которой она управляет этой частью мира и осознает себя полноценным субъектом развития, а не объектом воздействия. Кроме того, М. А. Щукиной дано теоретическое и эмпирическое обоснование понятийному аппарату саморазвития в психологической науке; определены формы саморазвития на разных этапах становления человека как индивида, когда саморазвитие выступает как спонтанное самодвижение субъекта деятельности – на данном этапе саморазвитие выступает как восполнение ресурсов; как реализация потенциальных возможностей личности – саморазвитие рассматривается уже как создание индивидуальности, то есть саморазвитие выступает как жизнетворчество [14].

В настоящее время саморазвитие называют важной целью становления личности в период школьного образования [11; 13]. Исходя из этого, нам близки взгляды Л.С. Выготского о том, что социальная среда – это не фактор, а источник развития личности. А поскольку учебная деятельность – это основной вид деятельности в период школьного обучения, так как учащимся необходимо осваивать новые знания, то обучение в школе можно рассматривать как культурную среду, из которой подросток творит свой мир. Таким образом, следуя логике культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, можно предположить, что образовательный процесс выступает источником развития личности и успешность саморазвития зависит от той образовательной среды, в которой находится подросток.

При этом **проблемой исследования** является противоречие между казалось бы потенциальной способностью личности к саморазвитию, и невозможностью ее успешности. На данном этапе нашего исследования мы задались вопросом – от чего зависит стремление к саморазвитию и почему человек не всегда использует потенциальное стремление к саморазвитию. Ответ на этот во-

прос дает механизм интериоризации, описанный Л.С. Выготским. Межличностные отношения, в которые включается личность, в процессе своего развития интериоризируются во внутриличностные. Но почему-то данный механизм не всегда срабатывает – далеко не каждая личность стремится к саморазвитию. В данном случае, на наш взгляд, уместно говорить о влиянии среды на развитие человека – «нет ничего внутри, чего не было бы вовне» [9].

Ученые-психологи называют подростковый возраст сенситивным периодом развития личности, и то, каким образом в данном возрастном периоде сформируется личность подростка, определит успешность ее самовыражения во всех сферах жизни в будущем. В связи с этим **актуальность данного исследования** состоит в определении особенностей саморазвития подростков и влияния образовательного процесса на успешность саморазвития.

Целью данной работы является исследование саморазвития личности в юношеском возрасте в период обучения в общеобразовательном учреждении.

Предмет данного исследования – психолого-педагогический аспект саморазвития в подростковый период.

Гипотеза исследования заключается в том, что саморазвитие личности подростка зависит от культурной среды, в которой он находится.

Методы и процедуры. Экспериментальное исследование выполнено на базе КГБОУ «Алтайский краевой педагогический лицей-интернат». Выборку составили учащиеся 10 класса в возрасте 15-17 лет, средний возраст 16 лет в количестве 112 человек ($N=112$).

В качестве методов исследования выступили: методика диагностики системы ценностей KVS-3 (Д.В. Каширский) [6; 7], самоактуализационный тест - САТ (Л.Я. Гозман, М.В. Кроз, М.В. Латинская) [4], шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко [11]. В качестве статистических методов и моделей анализа данных использовался корреляционный анализ Ч. Спирмена. Далее результаты были подвергнуты качественной обработке.

Результаты и их обсуждение. Основываясь на результатах эмпирического исследования, можно сказать, что по данным методики KVS-3 такую ценность как полная самореализация (полная реализация себя в жизни, максимальное развитие своих способностей, воплощение в жизнь своего потенциала, своих возможностей) в числе первых трех значимых ценностей назвали 64,2% респондентов. При этом на высокую реализацию в жизни данной ценности отметили лишь 39,3%, а удовлетворенность от реализации высказали 35,7%. Согласно **методике К. Рифф**, 16% респондентов показали низкий уровень психологического благополучия, 54% – средний, 30% – высокий уровень. По данным исследования, в диапазоне самоактуализации находятся 57,1% респондентов, 25,0% – высокий уровень самоактуализации, 17,9% – низкий уровень.

Выявлена положительная корреляционная зависимость между значимостью полной самореализации и следующими шкалами методики САТ: опора ($r=0,717$, $p\leq 0,01$), ориентация во времени ($r=0,502$, $p\leq 0,01$), гибкость поведения ($r=0,606$, $p\leq 0,01$), ценностные ориентации ($r=0,588$, $p\leq 0,01$), взгляд на природу человека ($r=0,506$, $p\leq 0,01$), самопринятие ($r=0,522$, $p\leq 0,01$), контактность ($r=0,583$,

$p \leq 0,01$), познавательные потребности ($r=0,707$, $p \leq 0,01$) и интегральным показателем самоактуализации ($r=0,707$, $p \leq 0,01$). Полученный результат свидетельствует о том, что юноши и девушки, разделяющие ценности саморазвития, проявляют независимость в принятии решений, стремятся к руководству в жизни своими целями и установками, имеют внутренний локус контроля. Для такой личности характерно желание ценить настоящий момент времени, проживать его максимально полно и интересно. Такая личность воспринимает свою жизнь целостной, ценит опыт прошлого и с оптимизмом воспринимает будущее.

Полная самореализация положительно коррелирует с итоговым показателем теста Рифф ($r=0,506$, $p \leq 0,01$), а также с такими его шкалами, как «Личностный рост» ($r=0,522$, $p \leq 0,01$), «Цель в жизни» ($r=0,707$, $p \leq 0,01$), «Автономия» ($r=0,522$, $p \leq 0,01$), что свидетельствует о том, что юноши и девушки, разделяющие ценности саморазвития, стремятся к самосовершенствованию, любят учиться чему-то новому, развивать собственный потенциал. Такая личность имеет четкую цель в жизни, к которой идет, использует опыт прошлого, анализирует совершенные ошибки и применяет полученный опыт в саморазвитии, имеет реалистичные представления о жизни и четко понимает запросы окружающего мира, проявляет независимость в принятии решений, действует самостоятельно, не поддаваясь социальному давлению.

Далее полученные данные были подвергнуты качественной обработке. Нами проанализированы успеваемость подростков в учебном заведении, внешкольная активность (посещение секций, участие в олимпиадах и т. д.), в результате чего установлено, что подростки, включившие полную самореализацию (реализацию себя в жизни, максимальное развитие своих способностей, воплощение в жизнь своего потенциала, своих возможностей) в число первых трех значимых ценностей преимущественно имеют стабильную хорошую и отличную успеваемость (94,4% респондентов), обязательно заняты во внешкольной деятельности (100% респондентов) – посещают спортивные секции, студии танца, различные кружки, кроме того, они отметили, что предпочитают проводить выходные дни в театрах, музеях, на различных экскурсиях. Стоит отметить, учебный процесс лицея построен таким образом, что регулярно (не реже 1 раза в месяц) ученики посещают культурные заведения города. Также респондентами было отмечено, что уроки литературы, истории, обществознания способствуют их интересу к активному жизненному началу, стремлению максимально разнообразить свою жизнь, помогают выбрать правильные ориентиры в жизни.

Заключение и выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило сформулировать следующие выводы:

1. Стремление к саморазвитию и самореализации входит в число приоритетных жизненных ценностей подростков.

2. Саморазвитие характерно для подростков с внутренним локусом контроля, что свидетельствует о саморазвитии как о процессе самостановления и самодвижения.

3. Подростки, для которых характерно саморазвитие, нацелены на достижение поставленной цели в жизни, имеют четкий жизненный план, для них ха-

рактерна независимость в принятии жизненных решений.

4. Юноши и девушки, выделяющие саморазвитие как важную ценность своей жизни, обладают высокими коммуникативными способностями, осознают требования окружающей действительности, проявляют пластичность мышления в новых условиях, т. е. демонстрируют высокий уровень толерантности к неопределенности.

5. Основным источником саморазвития подростков является культурная среда, в которой они проводят большую часть своего времени. Правильно организованный процесс учебного заведения способствует стремлению к саморазвитию личности. Кроме того, окружение, в котором дети находятся большую часть времени (педагоги, сверстники) формируют правильные ориентиры молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 301 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2016. 288 с.
3. Асеев А.Г. О диалектике детерминации психического развития // Принцип развития в психологии / Отв. ред. Л.И. Анцыферова. М.: Наука, 1978. С. 21-38.
4. Бодалев А.А. О потребности и способности личности к саморазвитию // Социально-психологические проблемы личности и коллектива. Вопросы психологической службы, общения и руководства: сб. научных трудов / отв. ред. О.Г. Кукосян. Краснодар, 1987. С. 5-14.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии / Под ред. А.Р. Лурия, М.Г. Ярошевского. М.: Педагогика, 1982. 488 с.
6. Каширский Д.В. Психология личностных ценностей: дисс. ... д-ра психол. наук. М.: РГГУ, 2014. 550 с.
7. Каширский Д.В., Шмойлова Н.А. Здоровье в системе ценностей самоактуализирующейся личности // Вестник гуманитарного образования. 2015. № 1. С. 40-46.
8. Леонтьев А.Н. Теоретические проблемы психического развития ребенка // Советская педагогика. 1957. № 6. С. 94.
9. Низовских Н. А. Жизненные принципы в личностном саморазвитии человека: автореф. дисс...доктора психол. наук. М.: МПГУ, 2010. 44 с.
10. Рубинштейн Л.С. Проблемы общей психологии. М.: Педагогика, 1973. 423 с.
11. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977. – 144 с.
12. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95-121.
13. Шмойлова Н.А. Ценностное отношение к собственному здоровью как показатель психологической гармонии личности // Мир науки, культуры, образования. 2009. № 5. С. 287-289.
14. Щукина М.А. Психология саморазвития личности: монография. СПб: СПбГУ, 2015. 348 с.

REFERENCES

1. Abul'hanova-Slavskaja K.A. Strategija zhizni. M.: Mysl', 1991. 301 s.

2. Anan'ev B.G. Chelovek kak predmet poznaniya. SPb.: Piter, 2016. 288 s.
3. Aseev A.G. O dialektike determinacii psihicheskogo razvitiya // Princip razvitiya v psihologii / Otv. red. L.I. Ancyferova. M.: Nauka, 1978. S. 21-38.
4. Bodalev A.A. O potrebnosti i sposobnosti lichnosti k samorazvitiyu // Social'no-psihologicheskie problemy lichnosti i kollektiva. Voprosy psihologicheskoy sluzhby, obshheniya i rukovodstva: sb. nauchnyh trudov / otv. red. O.G. Kukosjan. Krasnodar, 1987. S. 5-14.
5. Vygotskij L.S. Sobranie sochinenij: V 6-ti t. T. 1. Voprosy teorii i istorii psihologii / Pod red. A.R. Lurija, M.G. Jaroshevskogo. M.: Pedagogika, 1982. 488 s.
6. Kashirskij D.V. Psihologija lichnostnyh cennostej: diss. ... d-ra psihol. nauk. M.: RGGU, 2014. 550 c.
7. Kashirskij D.V., Shmojlova N.A. Zdorov'e v sisteme cennostej samoaktualizirujushhejsja lichnosti // Vestnik gumanitarnogo obrazovaniya. 2015. № 1. S. 40-46.
8. Leont'ev A.N. Teoreticheskie problemy psihicheskogo razvitiya rebenka // Sovetskaja pedagogika. 1957. № 6. S. 94.
9. Nizovskih N. A. Zhiznennye principy v lichnostnom samorazviti cheloveka: avtoref. diss...doktora psihol. nauk. M.: MPGU, 2010. 44 s.
10. Rubinshtejn L.S. Problemy obshhej psihologii. M.: Pedagogika, 1973. 423 s.
11. Chesnokova I.I. Problema samosoznaniya v psihologii. M.: Nauka, 1977. – 144 s.
12. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psihologicheskoe blagopoluchie lichnosti // Psihologicheskaja diagnostika. 2005. № 3. S. 95-121.
13. Shmojlova N.A. Cennostnoe otnoshenie k sobstvennomu zdorov'ju kak pokazatel' psihologicheskoy garmonii lichnosti // Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. 2009. № 5. S. 287-289.
14. Shhukina M.A. Psihologija samorazvitiya lichnosti: monografija. SPb: SPbGU, 2015. 348 s.

N/A. Shmojlova

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT OF PERSONAL SELF-DEVELOPMENT IN THE ADOLESCENT PERIOD

Federal state budgetary educational institution of higher education «Altai state pedagogical University» (Barnaul).

Summary. This article presents the results of a study of self-development of the individual in the adolescent period, gives a psychological and pedagogical characteristic of the personality of adolescents who strive for self-development. The study used a method for diagnosing personal values-KVS-3 (D. V. Kashirsky), psychological well-being (K. Riff), and the self-actualization test of L. ya.Gozman. It is shown that teenagers who mark full self-realization among the most significant values have high academic performance in the Lyceum, are aimed at achieving their goals, and have a clear life position.

Keywords: adolescence, culture-historical approach in psychology, self-development, self-actualization of personality, psychological well-being, personal fulfillment.

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

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

«ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО»

В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. В статье на основе представленного клинического случая показана актуальность раннего выявления и изучения «пограничного личностного расстройства» у подростков

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, подростки, психические расстройства.

В текущем «временном срезе» пограничное личностное расстройство (ПЛР) относится к числу психических расстройств, вызывающих наибольший интерес как с клинических, так и с теоретических позиций. Данная публикация является продолжением затронутой в предыдущем выпуске журнала проблематики формирования ПЛР в подростковом возрасте [1].

Помимо признания, вопреки постулатам МКБ-10 и сложившейся отечественной практики пользования международной классификацией, самого факта релевантной диагностики ПЛР в подростковом возрасте [2] и отсутствия к настоящему времени исчерпывающего объяснения отчетливого роста числа больных с симптомами ПЛР, крайне актуальными остаются вопросы раннего распознавания, коморбидности, дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и успешной курации ПЛР с достижением устойчивой ремиссии (компенсации состояния).

Пациентка Н., 2003 г. р. (17 лет), ученица 11 класса, проживает в Москве, госпитализирована в детскую клинику Московского НИИ психиатрии в октябре 2020 г. с жалобами на сниженное настроение, чувство сильной усталости, истерики, апатию, тревогу, плаксивость, суицидальные мысли, самоповреждения, трудности засыпания.

По словам матери, наследственность психопатологически не отягощена. В семье отчим, папа злоупотребляет алкоголем. Роды и раннее развитие происходили без особенностей. Посещала детский сад. Была общительным, жизнерадостным ребенком, но «всегда делала все по-своему, настаивала на своем». В 5-6 лет, после шумных ссор родителей, некоторое время заикалась. В 6-летнем возрасте однократно отмечался астматический приступ. В школу пошла в 7 лет, была хорошо подготовлена. Училась хорошо, с программой справлялась легко, интересовалась изучением иностранных языков. В течение последних 3-х лет семью «преследовали» разнообразные негативные события: умерли любимая тетка и дед, развелись родители. Примерно тогда же родилась сестра, которой сейчас 2 года. Все это девочка переживала достаточно

эмоционально, рождение сестры восприняла внешне равнодушно, но старалась к ней не подходить и не обращать на нее внимание. Около 2-х лет назад, после ссоры с отчимом, некоторое время не могла владеть правой рукой, нарушилась речь. Через несколько дней подобное состояние «прошло само по себе», без какой-либо коррекции. Позже стала жаловалась на приступы головной боли, по поводу которых консультировалась у неврологов, была неоднократно обследована, патологии не выявлено. С лета 2019 г. (16 лет) мать обратила внимание, что девочка изменилась. Стала раздражительной, вербально агрессивной, ссорилась с матерью. Говорила, что она толстая, у нее ничего не получится, что она хуже всех, жаловалась на суицидальные мысли. Ничем не интересовалась, хотя раньше рисовала, писала рассказы, играла на фортепиано. «Весь день могла пролежать на кровати», со слов матери. Сузился круг общения, хотя раньше друзей было много. Нарушился сон, долго не могла заснуть, ночью «сидела в компьютере». На вопросы, что она делает, могла грубо ответить, уйти, хлопнув дверью. При этом продолжала посещать уроки в школе, хорошо училась.

Мать считала, что это «особенности подросткового возраста», и родители не придавали этому большого значения. Стала наносить себе неглубокие порезы на руках и на ногах, «чтобы успокоиться». Сама эти порезы не показывала, но и не скрывала от родителей, иногда фотографировала, посылала фотографии друзьям. После повторных порезов по инициативе матери обратилась за помощью к психологу (осень 2019 г., 16 лет). Посетила 2 или 3 занятия, но «психолог не понравился», так как задавала «неудобные вопросы, расспрашивала, заставляла думать и что-то решать». С другим психологом контакт «был лучше», но эти занятия не понравились родителям, так как «психолог вместе с девочкой практически плакала на занятиях». После этого отказалась посещать психологические занятия, заявив, что «это ей не помогает и не поможет». Состояние не улучшалось, жаловалась на плохое самочувствие, слабость, апатию, плохое настроение, суицидальные мысли, говорила, что не может ходить в школу. С родителями была раздражительной, вспыльчивой. Родители приняли решение о консультации у психиатра, обратились за помощью в частную клинику (зима-весна 2020 г.). При общении с врачами предъявляла многочисленные жалобы на «очень плохое настроение», постоянные суицидальные мысли», апатию. Состояние было расценено как депрессивное, рекомендован прием сертралина в дозе 50 мг/с, который через неделю был отменен в связи с жалобами на ухудшение состояния с усилением суицидальных мыслей и назначен амитриптилин до 75 мг/с и тералиджен (алимемазин) до 15 мг/с. Однако через короткое время (дней 12-15) девочка категорически заявила, что лечение ей не помогает, и «надо менять лекарства». Тералиджен был заменен на зилаксеру (арипипразол) до 15 мг/с, доза амитриптилина повышена до 150 мг/с. Состояние оставалось прежним, со слов девочки, ей стало «еще хуже», и она «не хочет больше идти к этому врачу». Продолжала жаловаться на апатию, отсутствие мотивации, снижение настроения, плаксивость, постоянные суицидальные мысли, продолжала наносить себе легкие, но множественные порезы на предплечья и бедра. В конце июня 2020 г. была проконсультиро-

вана детским психиатром, работающим в ПБ. Поставлен диагноз тяжелой депрессии. Были назначены анафранил (кломипрамин) до 150 мг/с и кветиапин до 300 мг/с, которые получала в течение 4 недель, постоянно говорила, что ей «плохо, тошнит, ничего не помогает». Родители обратились за «вторым мнением» к известному профессору. На основании высказываний подростка, самодиагностировавшего у себя по интернету биполярное расстройство (за все годы родители не замечали никаких отчетливых периодов с подъемом настроения), было высказано предположение о наличии биполярного расстройства. Даны рекомендации отменить кломипрамин, ввести в терапию ламотриджин до 400 мг/с и повысить кветиапин до 600 мг/с. Через 3 недели кветиапин был заменен на азалептин до 150 мг/с, без ожидаемого эффекта. Полностью прекратила посещение школы, мотивируя невозможностью сосредоточиться и заставить себя учиться, но случаи самопорезов стали значительно реже. В октябре 2020 г., после консультации в детском отделении МНИИП, пациентка согласилась на госпитализацию, добавив при этом, что ей «все равно никто не поможет, лягу, чтобы мама успокоилась».

Психический статус при поступлении. Привлекательной внешности, нормостенического телосложения, на обоих предплечьях и бедрах многочисленные следы неглубоких порезов. Внешне ухожена, опрятна. Послушно идет в кабинет, при этом на лице скорбное выражение, опущенный взгляд, но держится свободно, с чувством дистанции, достаточно активна, в ответах часто использует специфическую медицинскую терминологию, много, с оттенком манерности, жестикулирует. Сразу жалуется на «тяжелую депрессию» и «суицидальные мысли», на предложение рассказать более подробно раздражается, заявляет «мне просто плохо, мне никто не поможет, у меня состояние не меняется, остается плохим; меня не смогут вылечить, и вы не поможете». При более настойчивом расспросе начинает обижаться, проявляет негативизм, на глазах появляются слезы, стереотипно повторяет жалобы на «плохое самочувствие», но без конкретного описания своего состояния. Убеждена, что у нее раньше были периоды «мании», когда она не могла долго заснуть, якобы, было много планов, как правило, нереализованных, настроение могло резко измениться в течение дня. Сама ставит себе диагноз – БАР. С недоверием относится к замечанию врача об отсутствии отчетливых периодов приподнятого настроения, добавляет – «вот сейчас у меня подъем начинается, хочу уйти, побыть одной». Не нравится собственная внешность, фигура, но не считает, что это «комплекс». Ранее пыталась ограничивать себя в еде, сейчас перестала. Стабильное ухудшение своего состояния отмечает уже в течение нескольких лет без светлых промежутков, «наверно, лет с 14». В последние месяцы чаще истерики с плачем, ничего не может делать. Со слов девочки, в периоды «отчаяния и боли» наносила себе порезы, но «это помогало не надолго». Суицидальные мысли и сейчас есть, но «вспоминает о матери», к которой привязана. Рассказала, что в младших классах обижали в школе, били, обзывали, называли некрасивой. Отец, со слов девочки, также не всегда адекватно вел себя по отношению к ней – «никогда не сочувствовал, не жалел, заставлял учиться». С ожесточением сообщила, что, якобы, в пьяном виде «лапал в 13 лет».

Признает ссоры и недопонимания и с отчимом. Все это переживала, расстраивалась, ненавидела себя. После выражения врачом понимания ее состояния, достаточно легко отвлекается на другие темы, реагирует на шутку, начинает улыбаться, даже смеяться, шутит, что от «тяжелой депрессии» ее «никто не вылечит», внезапно со слезами говорит, что «бесят советы, я же все равно не могу ничего изменить». Суицидальных тенденций нет. С явным облегчением выходит из кабинета, сославшись на усталость. Вернувшись в отделение, стала активно знакомиться и общаться с другими девочками-подростками, вовлекалась в коллективные игры, улыбалась и смеялась.

В отделении в первые несколько дней чаще находилась одна, общалась мало, присматривалась к сверстникам. Был назначен сертралин (до 100 мг/сут) и рисперидон в растворе (до 3 мл/сут). Медикаменты принимала без сопротивления, но при этом ежедневно говорила, что ей «ничто не поможет». Освоившись в отделении, стала активно и много общаться со сверстниками, любила быть в центре внимания. Выделяла тех детей, состояние которых было в достаточной степени тяжелым (депрессия, тревога, страхи). Проводила время с этими пациентами, брала за руку, гладила по голове с явным желанием помочь им, но этой «заботой» лишь вызывала слезы и длительный плач детей. Охотно разговаривала с врачом, сама проявляла активность. В кабинет обычно входила со скорбным выражением лица, с опущенными глазами. Разговор начинала со стереотипного предъявления многочисленных жалоб – тяжелая депрессия, «пустота» в голове», нежелание что-либо делать, с кем-либо общаться, апатия, использовала медицинские термины, не всегда до конца понимая их смысл. При этом стала признавать, что не может описать свое состояние – «мне просто плохо, мне никто не поможет, у меня состояние не изменилось, остается плохим». При более подробном расспросе обычно начинала раздражаться, иногда – грубить. Лучшие и быстрее реагировала на более официальное обращение, короткие фразы, особенно когда ее жалобы не вызывали выраженного сочувствия. По выходе из кабинета менялось выражение лица, достаточно активно общалась с больными с похожими проблемами. После первого общения с психологом сказала врачу, что ей «понравилось беседа», в этот же день матери обреченно сказала, что психолог «не понимает» ее проблемы. Часто матери по телефону жаловалась, что «лечение не помогает и становится еще хуже», провоцируя маму на экстренные звонки в отделение и просьбы «срочно помочь». В первые дни госпитализации вечером часто жаловалась на «невыносимое чувство напряжения» и требовала вызова дежурного врача, «чтобы сделали укол феназепам», однократно пыталась расцарапать себе предплечье. К принимаемой терапии был присоединен неуплептил (перидиазин) в каплях (до 5 мг/сут). После предупреждения врачей об особенностях ее состояния уже успокаивалась самостоятельно и даже засыпала до их прихода. К концу второй недели пребывания состояние стало более стабильным, легче и доверительнее контактировала с врачом, охотно переключалась на другие темы в разговоре, рассказывала о своих увлечениях, начала строить планы. Стала пытаться дифференцировать свои эмоции, «мне стало легче понимать себя», «я устала от этого постоянного чувства усталости и ненависти к себе, мама не пони-

мает, что мне действительно плохо», рассказала, что чувствует себя зависимой в общении с подругами, постоянно боится быть брошенной, из-за «искусственности» общения старается избегать контактов с прежними подругами и заводить новые, но страдает от постоянного чувства одиночества. Доведительно сообщила, что «не до конца» разобралась со своим гендером, ненавидит мужчин и кажется, что больше нравятся девочки. Иногда мимоходом, наблюдая за реакцией, сообщила, что якобы опять появились суицидальные мысли, но быстро переключалась.

Заключение психолога: На первый план выходят особенности эмоционально-личностной сферы в виде: наличия депрессивных тенденций, тревожности, снижения энергетического потенциала, нестабильной самооценки, демонстративности, трудностей коммуникации и снижения социальной активности, трудностей самоидентификации. Девочка способна к простым и сложным обобщениям, также присутствуют единичные обобщения по конкретно-функциональному признаку. Устойчивость внимания снижена. Продуктивность опосредованного запоминания в норме.

По опроснику детской депрессии М. Ковач у девочки суммарно 92 балла, что является показателем намного выше нормы, соответствующим выраженной депрессии. Отдельно можно выделить шкалу межличностных проблем (87 баллов), что говорит о том, что девочка идентифицирует себя с ролью «плохого» персонажа, возможно, могут преобладать агрессивное поведение, высокий негативизм и непослушание. Завышенные значения по шкале «негативная самооценка» (83 балла) могут говорить о том, что у девочки присутствует негативная оценка собственной неэффективности.

С родителями девочки (в основном, с матерью) с регулярностью 2 раза в неделю проводилась индивидуальная психосоциальная терапия в форме психобразовательных бесед, направленная на разъяснение особенностей состояния дочери, включая наличие патологических психологических механизмов «обесценивания» усилий специалистов, и формирование адекватных ожиданий от проводимой психофармакотерапии, понимание того, что девочка действительно испытывает страдания, не придумывая их с целью привлечения внимания, и нуждается в заботе и поддержке. При первых встречах в словах матери часто звучала горечь, а иногда – раздражение и усталость, жаловалась, что «не может найти общий язык с дочерью – она говорит о депрессии, суицидальных мыслях, режет себя и при этом все же хорошо...». Поэтому она имеет основания считать, что дочь «просто притворяется, привлекает внимание – она же никогда не говорила о конкретных жалобах!». Поначалу высказывала сомнение в правильности оценки состояния дочери, «ее же смотрело много врачей, и все они говорили о депрессии». Лишь после нескольких бесед мать научилась спокойно реагировать на стереотипные жалобы и требования «немедленной помощи» и лучше понимать реальные проблемы, которые есть у дочери. Это совпало с тем, что девочка сама отметила улучшение отношений с родителями. Выписана через 4 недели со стабильным улучшением с установкой самостоятельно следить за приемом препаратов, полностью отказаться от самоповреждений и продолжить начатое в отделении возвращение к учебным

занятиям.

Представленный в качестве примера случай из рутинной клинической практики носит скорее типический, чем экзквизитный характер. Помимо предшествовавшей стационаризации, характерной для таких больных и ранее описанной нами «лекарственной карусели» [1] с высокими дозами и частой сменой препаратов, в клинической картине обращают на себя внимание устойчивое и длительное, без светлых промежутков, персистирование симптоматики, многочисленные и безуспешные попытки диагностики и лечения «депрессии» и БАР, а также наличие довольно типичных неблагоприятных событий в анамнезе, позволяющих некоторым исследователям говорить о существенной роли постстрессовых и диссоциативных механизмов в формировании ПЛР в подростковом возрасте [7, 10, 11].

По прототипическому алгоритму больная соответствует большинству из 9 политетических критериев-признаков для категориальной диагностики ПЛР [1]. Несмотря на заявленную пациенткой «тяжелую депрессию», анализ структуры состояния указывает на неустойчивость настроения с доминированием аффектов злости и раздражения при отсутствии признаков нарушений витальности в виде физических сенсаций, колебаний суточного ритма, изменений веса, ранних пробуждений и т. д., что является ключевым моментом в дифференциальной диагностике помимо нехарактерных для депрессии нарушений сна и выраженной изменчивости тяжести симптомов. Также очевидным представляется наличие специфического, отличного от биполярного, паттерна аффективной нестабильности [3] и отсутствие в данном случае клинических оснований для диагностики БАР, что лишний раз подчеркивает значение достоверных анамнестических данных в верификации диагноза данного расстройства [8].

Таким образом, есть достаточные основания полагать, что презентруемые пациенткой депрессивные симптомы, ошибочно интерпретированные ранее как клинически выраженная депрессия, имеют отношение к симптоматике самого ПЛР. Примечательной в этом плане является фиксация нами характерного для данной категории больных феномена ложноположительной диагностики аффективных расстройств при формализованной оценке состояния с использованием опросников [9].

Тем не менее, вопрос о соотношении ПЛР с аффективной патологией далек от своего разрешения. Проведенные эпидемиологические исследования говорят о высокой частоте сочетания этих расстройств [3-6, 9]. При этом наличие ПЛР является наиболее мощным предиктором персистирования депрессии, которая остается терапевтически резистентной до стабилизации ПЛР симптоматики [9]. Другая значимая находка показала, что в 40% случаев больным с ПЛР, никогда не имевшим БАР, ранее ошибочно выставлялся этот диагноз [8].

Наблюдаемые признаки формального сходства с симптомами «выгорания» с презентацией, при предъявлении возрастных требований, жалоб на усталость, бессилие и отсутствие мотивации, позволяют говорить о значительной стрессогенной роли в декомпенсации состояния внешних адверсивных факторов, связанных с интерперсональными отношениями со сверстниками и семейным контекстом. Данное обстоятельство подталкивает к рассмотрению ПЛР, форми-

рующегося в подростковом возрасте, как относительно самостоятельного под-типа в рамках дименсиональной модели проспективного взаимодействия устойчивой, сохраняющей стабильность, преимущественно нейротически обусловленной [12] предрасположенности к данному типу реагирования с ситуационными стрессорами.

Таким образом, на примере клинического случая показана проблема неправильной и запоздалой диагностики ПРЛ с началом в подростковом возрасте, приводящая к затрудняющей курацию кристаллизации симптоматики и фиксации неадаптивных поведенческих паттернов, включая склонность к самоповреждениям и использование патологических психологических механизмов «обесценивания», что ведет к хронификации состояния с менее благоприятным прогнозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Пограничное личностное расстройство в детском психиатрическом стационаре // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020 (20). - № 4. – С. 87-95.

REFERENCES

1. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Pogranichnoe lichnostnoe rasstrojstvo v detskom psihiatricheskom stacionare // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2020 (20). - № 4. – S. 87-95.

2. Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J. Borderline personality disorder / Inbook: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent mental Health Chapter. Publisher: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. – 2012 — Geneva, Editors: Rey J.M. - pp. Chapter H.4. - 18 P

3. Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J Clin Psychiatry. - 2008 - 69(4) - P.533–545.

4. Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A. Prevalence and co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Arch. Gen. Psychiatry. - 2004.- Vol. 61. - P. 361–368

5. Gunderson J.G., Morey L.C., Stout R.L. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions // J Clin Psychiatry. – 2004 – 65 - P. 1049-1056.

6. Hasin D.S., Goodwin R.D., Stinson F.S., Grant B.F. Epidemiology of major depressive disorder results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // Arch. Gen. Psychiatry. - 2005. - Vol. 62. - P. 1097–1106.

7. Lewis K.L., Grenyer B.F. Borderline Personality or Complex Posttraumatic Stress Disorder? An update on the controversy // Harvard Review of Psychiatry. – 2009 – 17 – P. 322–328.

8. Ruggero C.J., Zimmerman M., Chelminski I., and Diane Young D. Borderline Personality Disorder and the Misdiagnosis of Bipolar Disorder // J Psychiatr Res. - 2010 - 44(6) –P. 405–408.

9. Skodol A.E., Stout R.L., McGlashan T.H. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders

Study (CLPS) // *Depress Anxiety*. – 1999 – 10 – P. 175-182.

10. Steele H., Siever L. An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations // *Curr Psychiatry Rep.* – 2010 -12(1) – P.61–67.

11. Vermetten E., Spiegel D. Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder // *CurrPsychiatr Rep.* – 2014 -16(2) - P.434. doi:10.1007/s11920–013–0434–8

12. Widiger T.A., Oltmanns J.R. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications // *World psychiatry*. – 2017 – Volume 16(2) – P. 144-145

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

«BORDERLINE PERSONALITY DISORDER»

IN ADOLESCENCE AGE: CLINICAL CASE

Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of FSBSI “National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” (Moscow).

Summary. Based on appropriate clinical case is revealed the increasing importance of early recognition and studying of «borderline personality disorder» in adolescences

Keywords: borderline personality disorder, adolescents, mental disorders.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСГАРМОНИЧНОГО ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ШИЗОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ ХАРАКТЕРА

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер (Воронеж).

Резюме. Психосексуальное развитие - это активный процесс развития личности в акмеологическом контексте. Психосексуальное развитие на фоне акцентуаций характера представляет интерес изучения самой проблемы дисгармоний психосексуального развития. Данная статья представляет клинико-психологический анализ психосексуального развития в пубертате и опытно-экспериментальную проверку психокоррекционной работы.

Ключевые слова: психосоциальное развитие, дисгармония, пубертат, акцентуация.

Введение. Пубертатный период - период психосексуального и полового развития - критический период в анатомическом, психологическом и социальном развитии человека. В это время завершается оформление той схемы поведения, которая будет существенно влиять на физическое, психическое и сексуальное здоровье, на всю дальнейшую общественную и личную жизнь. В научной литературе ряду авторов принадлежит разработка основных принципов психокоррекции акцентуаций характера и дисгармоничного психосексуального развития (ПСР) у подростков [1-3, 5, 7, 8, 11, 14], в том числе и социальных аспектов формирования личности.

Актуальность проблемы обусловлена результатом социальных изменений в динамике российского общества, сексуальность вошла в структуру социальных ценностей россиян, что повлекло за собой рост напряжения и дизадаптацию в психосексуальных отношениях. Недостаточно внимания уделено ПСР при различных акцентуациях характера в пубертате [4, 6-8], носящие как чисто теоретическую, так и практическую направленность.

Целью настоящего исследования являлось изучение проблемы дисгармоничного ПСР в пубертатном периоде у девочек-подростков с шизоидно-эпилептоидной акцентуацией характера для дальнейшего формирования психокоррекционных мероприятий.

Задачи исследования: изучить дисгармоничное ПСР при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера в пубертате и провести опытно-экспериментальную проверку проделанной психокоррекционной работы.

Объект исследования: девушки-подростки в возрасте 16-18 лет.

Исследование проводилось на базе Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера, Воронежского экономико-правового института (ВЭПИ), Бутурлиновского медицинского техникума в течение 2005–2010 гг. Исследование проведено анонимно.

Материал и методы исследования: теоретический анализ, биографический метод (анамнез), беседа, наблюдение, праксиметрический метод (меди-

цинские карты), опросный метод, формирующий эксперимент, методы статистической обработки данных. Опросник ММРІ-566, тестовая методика «Сексуальный профиль». Проективные методики «Рисунок человека», «Нарисуй себя», «Рисунок семьи» также использовались в психокоррекционных целях.

В эмпирическом исследовании приняли участие 2 группы испытуемых девушек в общем количестве 100 человек в возрасте 16–18 лет, обратившиеся на прием в ВОКПНД по поводу сексуальных проблем по инициативе родителей, чаще матерей. Обработаны результаты исследования 100 девочек-подростков, из них 50 – экспериментальная группа (первая группа), 50 – контрольная группа (вторая группа).

1. Для изучения эмоционально-волевой сферы на предмет наличия или отсутствия шизоидных или эпилептоидных личностных особенностей, а также маскулинности-фемининности применялся Миннесотский многоаспектный личностный (ММРІ-566) опросник [9]. Данная методика является одной из основных в сексологической практике, применяется как в России, так и за рубежом. В ходе исследования девочек-подростков с помощью ММРІ-566 нами была выявлена акцентуация по шизоидно-эпилептоидному типу, на что указывает повышение по 8 (шизофрении), 6 (паранойальности), 4 (психопатии), 9 (гипомании) шкалам выше нормативной составляющей 70 t баллов. С высоким уровнем в крайней нормативной зоне 70,86 t баллов в экспериментальной и 70,75 t баллов в контрольной группах по 7 шкале психастении, что говорит о высоком уровне личностной тревожности и потребности в безопасности. Повышение 5 шкалы (фемининности, маскулинности) в контрольной и экспериментальной группах говорит о частичной, (от 60 до 75 t баллов) 78% либо полной (выше 75 t баллов) трансформации полоролевого поведения, что составляет по 22% испытуемых в каждой из групп.

2. Методика «Сексуальный профиль» О.Ф. Потемкина использовалась для диагностики сексуальной культуры, выявления особенностей в сексуальном поведении, диагностику фемининности [10].

Соотношение уровней сексуального профиля у девочек-подростков при шизоидно-эпилептоидном типе характера, распределение шкал теста Сексуальный профиль идентично у испытуемых в двух группах. Как в первой группе, так и во второй статистически значимых отличий выявлено не было ($p > \pm 0,05$ по всем шкалам), что говорит об однородности выборки.

Статистическая значимость различий между двумя группами испытуемых фиксировалась нами на основании сравнения средних показателей по критерию Стьюдента при уровне значимости 5%.

Итак, согласно средним показателям методики сексуальный профиль нами выявлен повышенный уровень по шкале гиперсексуальность 7,36 экспериментальной и 6,9 в контрольной группах. Также выявлен высокий уровень по шкале корысть в экспериментальной 6,98 и 6,14 в контрольной группах, что указывает на ориентацию к материальным благам при выборе сексуального партнера. Следует выделить высокий пик по шкале ревность 6,56 в экспериментальной группе и несколько ниже показатель 5,4 в контрольной группе. Завышенный показатель по шкале экспрессивность 6,28 в экспериментальной и несколько

ниже показатель 5,55 в контрольной группе указывает на бурное проявление чувств, сексуального влечения и раскованность в сексуальных реакциях. Необходимо обратить внимание на шкалу разнообразие, где выявлено некоторое повышение средних значений как в экспериментальной группе 5,52, так и несколько ниже в контрольной 4,7 группе, что говорит о разнообразии сексуальных контактов их способов и форм.

Низкие показатели по таким шкалам, как жертвенность 4,14 в экспериментальной группе и среднее 5,08 в контрольной группе, нежность 4,1 в контрольной группе и 3,3 в экспериментальной группе, любовь как высшая ценность 2,96 в экспериментальной группе и 4,55 в контрольной группе. Также необходимо обратить внимание на шкалу ответственность, которая также в экспериментальной 3,32 и контрольной 3,87 группах имеют довольно таки низкие показатели средних значений. Очень низкий уровень фемининности как в контрольной 3,44 группе, так и в экспериментальной 2,28 указывает на преобладание факторов в сторону маскулинности, что также, как отмечалось выше, указывает на полную, либо частичную трансформацию полоролевого стереотипа.

3. Проективная методика «Рисунок человека» К. Махвер использовалась для оценки особенностей психосексуального развития, а также в процессе психокоррекционной работы. Исследование психосексуального развития, выявление особенностей осознания половой принадлежности, формирование полового самосознания и формирование стереотипа полоролевого поведения испытуемых девушек–подростков экспериментальной и контрольной групп с помощью проективной методики «Рисунок человека» К. Махвер [15]:

На первом этапе было предложено нарисовать себя. Девочки-подростки обеих групп в 100% случаев нарисовали человека женского пола. Это говорит о благополучном прохождении I этапа формирования полового самосознания, осознание половой принадлежности и ее необратимости.

На следующем этапе тестирования было предложено нарисовать человека. В 22% случаев девушки-подростки изобразили рисунок противоположного себе пола (мальчик-футболист, юноша атлетического телосложения и т. п.), носящие характер гипермаскулинного типа, что указывает на полную трансформацию полоролевого стереотипа. Рисунки человека мужского пола, которые нами наблюдались в 78% случаев, свидетельствуют о частичной трансформации полоролевого стереотипа. Все это указывает на дисгармоничное ПСР II этапа формирования стереотипа полоролевого поведения.

Данные, полученные в ходе эмпирического исследования, были обработаны путем качественного и количественного анализа с помощью вычисления t-критерия Стьюдента и линейного коэффициента корреляции Пирсона.

Психологический портрет акцентуации характера по шизоидно–эпилептоидному типу получен в ходе наблюдения за испытуемыми, опроса испытуемых девочек-подростков.

Как правило, конкретно-действенное мышление [13] всегда превалирует над образным и приводит к шаблонно регламентированному стилю мышления. Имеют место противоречивое сочетание гиперсоциальных установок наряду с антисоциальными поступками. Умозаключения иррациональны при внешней

рациональности мышления, стремление к доминированию и власти. Любят порядок и дисциплину, порою нарушая те принципы, которым следуют. Внутренняя гиперсексуальность (влечение) - внешняя асексуальность. Выражена диспропорция со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, мечтать, фантазировать, получать удовольствие от произведений искусства. Испытуемые отличаются упрямством, конфликтностью, дерзостью, ревностью, лживостью, скупостью, наблюдаются зависть и мстительность. Недостаточно адаптированы в социуме, в том числе и сексуально.

Психокоррекционная составляющая работы. *Новизна нашего психокоррекционного подхода* состоит в сочетании программ не только групповых и индивидуальных занятий, но и в сочетании различных методов и подходов в коррекции акцентуаций характера и дисгармоний ПСР в целом.

В конкретном случае применялись такие методы, как аутотренинг, суггестивная психотерапия, рациональная психотерапия, арт-терапия, и др. Для психологической коррекции дисгармоний ПСР использовался подход, предложенный В.М. Масловым, и элементы игровой психотерапии. Группы были смешанными и состояли из девочек и мальчиков подросткового возраста с шизоидными, истероидными, эпилептоидными и невротическими паттернами и т. д.

Этапы психокоррекционной работы с подростками:

подготовительный этап – (знакомство) с биографией (анамнез), жалобами, семейными проблемами, с сексуальной жизнью и т. д.

второй этап – (коррекция) собственно групповые занятия. Динамика – от знакомства с членами группы до проигрывания сложных ситуаций, проблем отдельных участников. Психокоррекция данного этапа, была направлена на развитие гуманистических, нравственных отношений между участниками программы, а также на развитие эмоционально-волевых качеств личности, в том числе и стимулирование эмоциональности, которые выражаются в поступках и действиях: поддержать, уступить, помочь. Также данный этап направлен на психологическое сопровождение ПСР с акцентом на коррекции сильных сторон и компенсации слабых, индивидуально-психологических и сексуальных особенностей подростков.

заключительный этап – (закрепление) происходят изменения в поведении подростков на занятиях, изменение взаимоотношений с членами группы (развитие общения вне группы: участники перезваниваются, вместе гуляют), изменение внешнего вида для некоторых участников (начинают следить за собой, проявляют опрятность). Происходит изменение сексуальных ценностей, особенностей, присущих данной личностной структуре, и форм сексуального поведения (проявление полноценного платонического либидо, проявление удовлетворенности психосексуальной жизнью, значительное ослабление маскулинных проявлений и формирование фемининных). В некоторых ситуациях приходилось повторно организовывать занятия.

Собственно коррекция дисгармоний психосексуального развития, а именно:

1.искажения полоролевых аспектов (частичная либо полная трансформация полоролевого стереотипа);

2. редуцирования формирования платонической стадии ПСР;
3. ретардации формирования эротической стадии ПСР;
4. формирования сексуальных девиаций у девушек-подростков.

Достигалась:

- *устранением личностных дисгармоний* - решение коммуникативных проблем, в том числе и гетерогенных, обретение навыков взаимопонимания, уважения и т. д. (произошла минимизация влияния акцентуации как фактора);

- *изменением стереотипов полоролевого поведения* - устранение полной и сглаживание частичной трансформации полоролевого стереотипа в сторону фемининности у девушек-подростков;

- *устранением дисгармоний ПСР* - сводилась к «повторению» искаженных или пропущенных стадий и фаз II (формирования стереотипа полоролевого поведения) и III этапа (формирования психосексуальных ориентаций и т. д.).

По существу психологическая работа осуществлялась торможением второго и третьего компонентов влечения (либидо) [9].

Коррекционная составляющая II этапа ПСР: формирование полоролевых установок в сторону фемининности достигалось с помощью ролевых игр, направленных как в прошлое, так и в будущее, а также при использовании настоящего (поход по аудитории за ручку, игра в доктора и пациента, разыгрывание сцен жениха и невесты, мужа и жены). Разыгрывались и женские и мужские роли, где главный принцип вжиться в роль. Психологическая коррекция проводилась как индивидуально, так и при небольших группах до 10 человек.

Коррекционная составляющая III этапа ПСР:

1. благополучное прохождение платонической стадии;
2. формирование эротической стадии, первая фаза (эротические фантазии), вторая фаза (эротические игры);
3. формирование сексуальной стадии, первая фаза (сексуальные фантазии), вторая фаза (начало психосексуальной жизни);

Первым моментом коррекции была помощь в выборе партнера тем, у кого его не было. Объект подбирался совместно с девочками. Основными критериями были общие интересы, индивидуальная привлекательность и особенности характера, а не доступность, также девушки обращали внимание на семью. Далее отрабатывалась приемлемая модель поведения в процессе знакомства, платонического ухаживания, перехода к дальнейшему знакомству. Поскольку все партнеры, их поведение и ситуация знакомств отличались друг от друга, постепенно методом проб и ошибок (как это должно было быть при правильном развитии в пубертате) отрабатывался динамический стереотип сексуального поведения. Анализировались неудачи и удаchi подбора партнера. Главное, что в конечном счете все эти стадии девочка проходила с одним партнером. Если партнер, по каким-либо причинам «отпадал» на любом этапе формирования сексуальных отношений, то с другим партнером начинали все сначала с учетом прошлого опыта.

Цель коррекции - пребывание полноценно в трех стадиях III этапа формирования психосексуальных ориентаций, сексуальные связи отодвигались дальше.

Результаты опытно-экспериментальной работы.

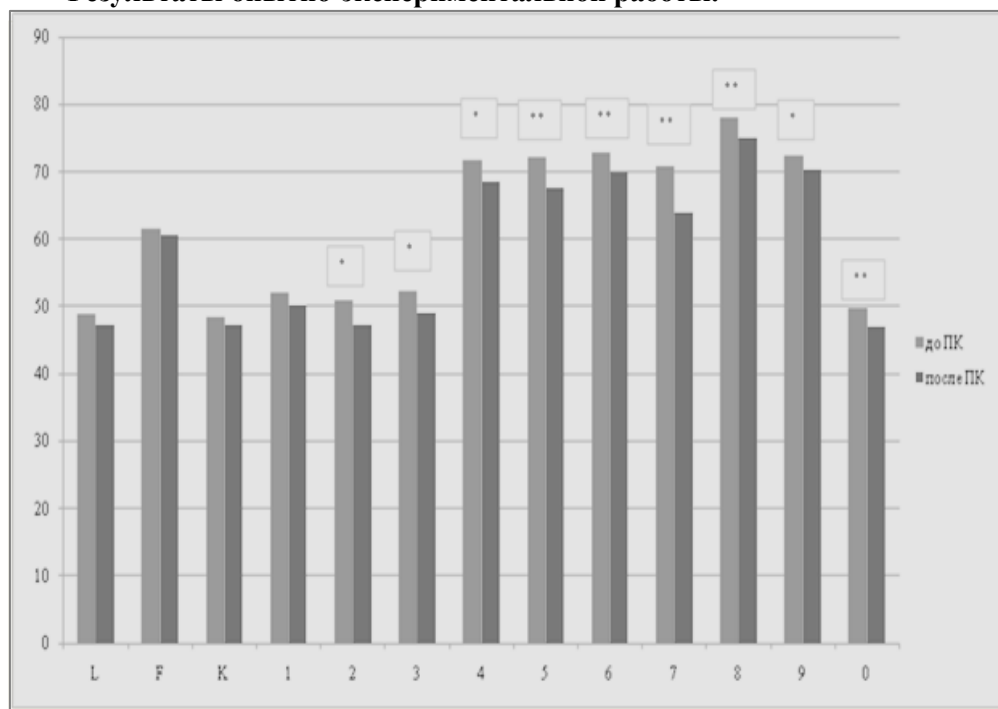


Рисунок 1. Соотношение шкал ММПИ-566 у девушек-подростков с шизоидно-эпилептоидной акцентуацией характера при дисгармоничном ПСР в пубертате экспериментальной группы до психологической работы и после.

Статистически значимые или наиболее достоверные значения отмечены звездочками (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Как видно на гистограмме (рис. 1.), после психологической работы наблюдается значительное снижение практически по всем шкалам ММПИ-566, что свидетельствует о положительном влиянии психологической работы с девочками-подростками с дисгармоничной акцентуацией характера по шизоидно-эпилептоидному типу. Все шкалы находятся в средне нормативной зоне 70 t-баллов и ниже кроме 8 (шизофрении). В целом можно сказать об улучшении общего самочувствия, снижении деструктивной конфликтности, значительном снижении личностной тревожности, на что указывает понижение 7 шкалы психастении при сохранении структурных личностных особенностей, присущих данной личности. В целом можно сказать, что дисгармонии эмоционально-волевой сферы при выявленном нами типе акцентуации характера частично устранены.

После психологической работы было проведено повторное исследование с помощью тестовой методики «сексуальный профиль». Наблюдается снижение по шкалам экспрессивность и ревность, где выражение чувств по отношению к сексуальному партнеру стало более адекватным.

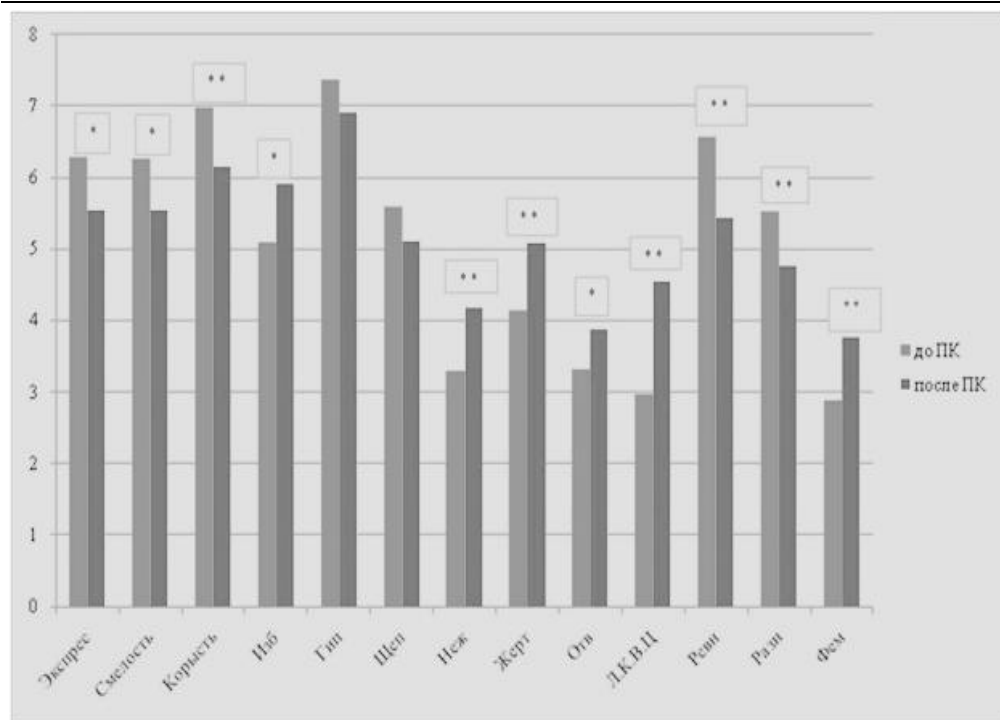


Рисунок 2. Соотношение шкал теста сексуальный профиль у девушек–подростков с дисгармоничным ПСР в пубертате при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера экспериментальной группы до психологической работы и после.

Статистически значимые или наиболее достоверные значения отмечены звездочками (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Снижение показателей шкалы смелость, решительность говорит в пользу возврата качеств личности, наиболее присущих женскому полу, при сохранении частичной трансформации полоролевого стереотипа.

Уменьшение показателей по шкале корысть свидетельствует о меньшей увлеченности материальными благами при выборе сексуального партнера.

Повышение по шкале избирательность и снижение по шкале гиперсексуальность указывают на то, что испытуемые девочки-подростки стали избирательнее при выборе сексуального партнера.

Значительное повышение по шкалам нежность, жертвенность, ответственность, любовь как высшая ценность свидетельствует о нормализации и гармоничности платонического либидо.

Повышение по шкале фемининность говорит о ликвидации полной трансформации и снижении частичной трансформации полоролевого стереотипа. Снижение по шкале разнообразие указывает на нормализацию сексуальной жизни в выборе сексуального партнера.

В целом испытуемые девушки-подростки стали более адекватны в выражении собственных чувств, менее ревнивы, более женственны и ответственны в

сексуальных контактах за сексуального партнера, удовлетворены сексуальной жизнью, социосексуально адаптированы.

Социосексуальная адаптация проявилась в устранении желания иметь однополовые половые связи, это вызвано, прежде всего, устранением полной трансформации полоролевого стереотипа и снижением частичной трансформации, научением новым социальным установкам, а также уменьшением влияния акцентуации характера и дисгармоничного фактора сексуальной культуры девушек-подростков.

Таким образом, в целом можно считать, что главная цель – устранение дисгармоний психосексуального развития и личностных дисгармоний, изменение стереотипов социосексуального поведения в акмеологическом контексте – достигнута. Роль проведенной работы как средства психопрофилактики как дисгармоничного ПСР, так и личностных дисгармоний = представляется очевидной.

Выводы.

1. Теоретический анализ проблемы исследования показал недостаток литературы, недифференцированность подходов к проблеме дисгармоний ПСР в пубертате при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера.

2. Выявлен и описан дисгармоничный тип акцентуации характера по шизоидно-эпилептоидному типу девушек-подростков: при дисгармониях ПСР. Изучены как психологические особенности девочек-подростков при шизоидно-эпилептоидном типе акцентуации характера, так и особенности ПСР..

3. Выявлены дисгармонии ПСР, а именно:

- искажение полоролевых аспектов (частичная либо полная трансформация полоролевого стереотипа);

- редуцирование формирования платонической стадии ПСР;

- ретардации формирования эротической стадии ПСР;

4. С учетом выявленных психологических особенностей подростков была разработана программа психологической коррекции дисгармоний ПСР в пубертате при шизоидно-эпилептоидной акцентуации характера. Ведущими методами психологической работы при акцентуациях характера и дисгармониях ПСР в пубертате явились рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия, игровая психотерапия, арт-терапия, гештальттерапия и т. д.

5. Комплексность психотерапевтического подхода, показала положительные результаты в работе как с дисгармоничной структурой личности, так и с дисгармониями ПСР. Группы были организованы не только с различными пограничными состояниями, но и по половому принципу с участием как девушек так и парней.

6. В целом девушки-подростки стали более адекватны в выражении собственных чувств, менее ревнивы, более женственны и ответственны в сексуальных контактах и за сексуального партнера, удовлетворены социосексуальной жизнью. Произошло изменение социосексуальных ценностей, особенностей, присущих данной личностной структуре и форм сексуального поведения (проявление полноценного платонического либидо, проявление удовлетворенности психосексуальной жизнью, значительное ослабление маскулинных проявлений и формирование фемининных).

7. Анализ проведенной работы по дисгармониям ПСР позволил сделать вывод о достаточно высокой степени эффективности предложенного подхода психологической помощи. В перспективе предполагается изучение дисгармоний ПСР, связанных с другими сочетаниями акцентуаций характера в пубертате, проведение эмпирического исследования на базе средних и высших учебных заведений.

8. Данная статья может быть полезна сексологам, психиатрам, психологам, врачам общей практики, эндокринологам, учителям школ и преподавателям средних и высших учебных заведений. Также данное исследование полезно и для государственно-общественных целей, так как необходимо ставить вопрос социализации сексуальной культуры в обществе (зачем она нужна и области ее применения), что в дальнейшем может положительно повлиять на ПСР подростков, на сохранение социальных институтов (семей) и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия (Антология отечественной медицины). – М.: РЛС, 2006. – 1280 с.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 267 с.
3. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. / Под ред. Д.И. Фельдштейна; Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. - 3-е изд. - М.: МПСИ ; Воронеж: МОДЭК, 2001. - 349 с.
4. Васильченко Г.С. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. - М.: Медицина, 1990. - 576 с.
5. Ковалев В.В. Нарушения поведения у детей и подростков (Особенности клиники, терапии и социальной адаптации). – М., Моек НИИ психиатрии, 1981. – 288 с.
6. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1983. – 255 с.
8. Маслов В.М. Лечебная практика при задержках психосексуального развития // Лечение половых расстройств. – Киев, 1982, - С. 63-66.
9. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. - М., «Медицина», 1976. - 186 с.
10. Потемкина О.Ф. Психология сексуальности.– М.: ИП РАН, 2003. – С 56–79.
11. *Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Карвасарского Б.Д.; 2-е изд. — СПб.: Питер, 2002. –1024 с.*
12. Свядощ А.М. Психотерапия. – СПб.: Питер, 2000 – С. 96–129.
13. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
14. Эйдемиллер Э.Г. Групповая психотерапия у подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1990. – № 5. – С. 118 – 125.

REFERENCES

1. Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnaja psihiatrija (Antologija otechestvennoj mediciny). – M.: RLS, 2006. – 1280 s.
2. Berezin F.B. Psihicheskaja i psihofiziologicheskaja adaptacija cheloveka. – L.: Nauka, 1988. – 267 s.
3. Bozhovich L. I. Problemy formirovanija lichnosti: Izbr. psihol. tr. / Pod red. D.I. Fel'dshtejna; Ros. akad. obrazovanija, Mosk. psihol.-soc. in-t. - 3-e izd. - M.: MPSI ; Voronezh: MODJeK, 2001. - 349 s.
4. Vasil'chenko G.S. Seksopatologija: Spravochnik / Pod red. G.S. Vasil'chenko. - M.: Medicina, 1990. - 576 s.
5. Kovalev V.V. Narushenija povedenija u detej i podrostkov (Osobennosti kliniki, terapii i social'noj adaptacii). – M., Moek NII psihiatrii, 1981. – 288 s.
6. Krishtal' V.V., Grigorjan S.R. Seksologija. Uchebnoe posobie. – M.: PER SJe, 2002. – 879 s.
7. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov. L.: Medicina. Leningradskoe otdelenie, 1983. – 255 s.
8. Maslov V.M. Lechebnaja praktika pri zaderzhkah psihoseksual'nogo razvitija // Lechenie polovyh rasstrojstv. – Kiev, 1982, - S. 63-66.
9. Metodika mnogostoronnego issledovanija lichnosti v klinicheckoj medicinine i psihogigiene. Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Rozhanec R.B. - M., «Medicina», 1976. - 186 s.
10. Potemkina O.F. Psihologija seksual'nosti.– M.: IP RAN, 2003. – S 56–79.
11. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / pod red. Karvasarskogo B.D.; 2-e izd. — SPb.: Piter, 2002. –1024 s.
12. Svjadoshh A.M. Psihoterapija. – SPb.: Piter, 2000 – S. 96–129.
13. Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti SMIL. – SPb.: Rech', 2000. – 219 s.
14. Jejdemiller Je.G. Gruppovaja psihoterapija u podrostkov s pogranichnymi nervno-psihicheskimi rasstrojstvami // Zh. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1990. – № 5. – S. 118 – 125.
15. Machover, K. Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield: Charles C. Thomas, 1949 –181 p.

D.A. Donskoy

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISHARMONIOUS PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT WITH THE ACCENTUATION OF CHARACTER IN PUBERTY

Voronezh regional clinical mental hospital (Voronezh).

Summary. Psychosexual development is an active process of personality development in the context of acmeological. Psychosexual development on the background of the character accentuation is of interest to study the problem of disharmony of psychosexual development. This article provides a clinical-psychological analysis of psychosexual development puberty and experimental validation of psycho-correction work.

Keywords: psychosexual development, disharmony, adolescents, accentuation.

С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова, С.Н. Ениколопов
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
ЗАНЯТИЙ ПРИ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты эмпирического исследования, посвященного изучению эффективности арт-терапевтических занятий для коррекции социальных и коммуникативных навыков у подростков с различными видами психической патологии. Использованы методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования. После курса арт-терапевтических занятий у подростков с психическими расстройствами возрастают показатели дружелюбия, альтруизма, уменьшаются показатели алекситимии. Подростки лучше начинают ориентироваться в своих чувствах и состояниях, понимать других.

Ключевые слова: подростки, психическая патология, социальное взаимодействие, арт-терапия.

На сегодняшний день одной из актуальных задач, стоящей перед клинической психологией и психиатрией, является необходимость в разработке методов психотерапевтической и психологической помощи пациентам с различными психическими расстройствами, которые опирались бы на их интересы, возможности, индивидуальные особенности и сохраненные ресурсы. Многочисленные психологические и клинические исследования, проведенные за последние тридцать лет, показали наличие трудностей социального взаимодействия у подростков, имеющих различные формы психических расстройств [1, 5]. Данные нарушения составляют неотъемлемую часть клинической картины психического заболевания. Поиск эффективных методов лечения и коррекции социальных и коммуникативных нарушений является важной и актуальной проблемой для клинической психологии и подчеркивает актуальность настоящего исследования. В современных отечественных и зарубежных клинических и психологических исследованиях отмечается, что большим психотерапевтическим потенциалом обладает именно арт-терапия как «совокупность методов психологического либо психофизического воздействия с помощью изобразительной деятельности пациентов с разной психической и соматической патологией с целью их лечения, профилактики и реабилитации» [3].

Как известно, арт-терапия как метод лечения психических расстройств применяется в клинической практике достаточно давно. Уже с середины XX века занятия изобразительным искусством используются с целью занятости, реабилитации и лечения больных в психиатрических клиниках. Психиатры обратили внимание на склонность своих пациентов к самостоятельным занятиям изобразительным творчеством, заинтересовались самобытностью и колоритом их работ, а также позитивным влиянием занятий на состояние больных. Сам термин «арт-терапия» впервые стал использоваться в 40-х годах XX века для обозначения разных по форме и теоретическому обоснованию вариантов лечебно-реабилитационной практики. Было выявлено, что занятия арт-терапией развивали эмоционально-чувственный мир больного и его воображение, способство-

вали самопознанию, саморазвитию и самотерапии [5, 6, 8]. Таким образом, в основе арт-терапии заложено свободное самовыражение, которое необходимо, чтобы устранить нарушения психоэмоционального состояния, разрешить внутренние и внешние конфликты или проблемы, улучшить общее психофизиологическое состояние больного. Изменения в организации психиатрической помощи больным и психиатрической службы в целом привели к повышению интереса к социальным вопросам психиатрии, что оказало влияние и на арт-терапевтическую практику. Это способствовало увеличению и дифференциации видов и форм арт-терапевтической работы. Одним из современных направлений арт-терапии является эко-арт-терапия, в которой показана возможность использования искусства как средства изменения отношения людей к природе и реализации саногенного потенциала их взаимодействия с природной средой [7].

В зависимости от этапов лечебно-реабилитационного процесса можно выделить такие направления практического применения арт-терапии, как:

1) применение арт-терапии на начальных этапах лечения, которая осуществляется в условиях психиатрической больницы или дневного стационара. Цель арт-терапевтических занятий на данном этапе лечения состоит прежде всего в стабилизации состояния больного, его адаптации к условиям больницы, а также получении дополнительной информации о состоянии больного и системе его отношений. Занятия изобразительным творчеством дают возможность больному выразить свои переживания, помогают их структурированию и осознанию;

2) применение арт-терапии на последующих этапах лечебно-реабилитационного процесса имеет в качестве основных задач дальнейшую стабилизацию психического состояния пациентов, профилактику новых обострений, преодоление негативных последствий болезни, социальную адаптацию. На данном этапе работы важное значение имеют восстановление практических навыков и интересов больных, повышение их самооценки и самостоятельности, а также преодоление социальной стигматизации.

Важно отметить, что данные официальной статистики свидетельствуют о значительной распространенности в последние годы психической патологии в детско-подростковой популяции, а также росте числа лиц, обращающихся за профессиональной консультацией к клиническим психологам и психиатрам. В ряде исследований отмечается, что в современном мире частота психической патологии среди подростков увеличилась на 2,5% [2]. Подростковый возраст характеризуется формированием чувства взрослости, проявлением самосознания и эго-идентичности, переструктурированием отношений, возникновением представлений относительно самого себя как полностью взрослого человека. Глубокое, личное взаимодействие и общение со сверстниками, освоение различных норм и правил социального поведения и взаимодействия в обществе, осознание собственной индивидуальности становятся ведущими в жизни подростка. При психической патологии у подростков отмечаются личностные изменения, нарушения привычных жизненных стереотипов и выраженная социально-психологическая дизадаптация [11, 13].

В клинической практике, несмотря на все возрастающее число лечебно-профилактических программ по оказанию помощи подросткам с психическими расстройствами, эффективность их лечения все еще остается широко вариабель-

ной, а также слабо прогнозируемой в плане рецидивирования. В работах клинических психологов, психиатров отмечается особая роль разных видов художественной деятельности (музыкальной, театрализованной, изобразительной) в развитии и коррекции психических функций, активации творческих способностей ребенка и подростка, имеющих психические расстройства и отклонения в развитии [4, 8, 9, 14]. В исследованиях А.И. Копытина показано, что арт-терапия позволяет решать задачи предупреждения и коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств у детей, а также развития психологических навыков, необходимых для успешной психосоциальной адаптации [5, 6]. Следует отметить, что активное использование искусства как терапевтического фактора дает мощный толчок для развития творчества ребенка, для создания уникального личного произведения. Арт-терапевтические занятия помогают детям и подросткам выражать свои мысли, чувства, настроения в процессе индивидуального творчества. Работа выстраивается таким образом, что личность и характер ребенка не обсуждаются, его не сравнивают с другими детьми, в общении не применяются негативные оценочные суждения. При этом групповой формат занятий в условиях стационара с использованием изобразительного творчества может являться эффективным способом коррекционной работы, направленной на улучшение социального взаимодействия, а также позволяет подросткам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и налаживанию коммуникации [8].

Таким образом, несмотря на существование большого количества клинико-психологических, клинических и экспериментальных работ, посвященных проблеме эффективности методов арт-терапии в лечении детей и подростков с психическими расстройствами и аномалиями развития, данная проблема сохраняет свою актуальность в практическом и теоретическом аспектах до сих пор.

Цель данного исследования - изучение эффективности арт-терапевтических занятий с подростками, направленных на коррекцию нарушений социального взаимодействия.

В соответствии с целью исследования нами были выдвинуты следующие **задачи исследования**:

1. Обзор теоретических и эмпирических работ по проблеме эффективности арт-терапии при лечении подростков с психическими расстройствами.
2. Разработка методического комплекса для изучения различных сторон социального взаимодействия у подростков.
3. Разработка программы арт-терапевтических занятий для подростков в рамках стационарного лечения.
4. Сравнение коммуникативных и социальных навыков у подростков, прошедших арт-терапевтические занятия и подростков контрольной группы.

Материал и методы исследования. В данном исследовании приняли участие 78 подростков мужского и женского пола в возрасте от 13 до 16 лет (средний возраст 14,5 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ и имеющих шизотипические и аффективные расстройства, а также расстройства поведения. Все больные предварительно были обследованы врачами НЦПЗ РАМН. Диагноз, форма и степень того или иного психического заболевания выставлялись согласно критериям МКБ-10. Основными условиями включения испытуемых в данное ис-

следование являлись: наличие сохранного интеллекта, малая прогрессивность заболевания, вхождение в ремиссию, отсутствие на момент исследования в клинической картине заболевания бредовых и галлюцинаторных расстройств и заболеваний ЦНС, возраст от 13 лет, рекомендация лечащего врача. Подростки разделены на 2 группы (экспериментальная и контрольная), которые уравнены по нозологическому составу, возрасту, гендерному составу, медикаментозному лечению. Экспериментальную группу составили 40 подростков, контрольную - 38 подростков.

В исследовании были использованы методы тестирования, опроса и субъективного шкалирования. При разработке методического комплекса, использованного в данной работе, учитывались следующие принципы: 1) возможность фиксации как количественных, так и качественных характеристик; 2) валидность и надежность методик; 3) соответствие уровня сложности и времени, необходимого для проведения методик физическим и интеллектуальным возможностям исследуемого контингента.

Батарейю методик исследования составили: тест Лири [12], опросник на депрессию Бэка, тест Розенцвейга, опросник на алекситимию, методика оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидпера [10]. С помощью данных методик отслеживались показатели эффективности проводимых арт-терапевтических занятий. Данное исследование представляло собой формирующий эксперимент и проводилось в 3 этапа: 1 этап – диагностическое обследование испытуемых; 2 этап – проведение арт-терапевтических занятий (продолжительностью в 3 недели) параллельно с медикаментозным лечением для экспериментальной группы, контрольная группа принимала только медикаментозное лечение; 3 этап- повторное диагностическое обследование обеих групп подростков. Статистическая обработка результатов производилась с помощью статистического пакета StatisticaforWindows версия 6.0. Для оценки значимости межгрупповых различий использовались критерии Манна-Уитни.

Арт-терапевтические занятия проходили 2 раза в неделю на протяжении 3 недель в групповом формате по 5-6 человек. Длительность занятий составляла от 45 мин. до 1 часа в зависимости от степени утомления участников и проработки темы. Арт-терапевтические занятия имели тематический формат, позволяющий снизить тревожность и уровень напряжения при социальном взаимодействии, а также развивать процессы восприятия, активизировать творческие способности, самовыражение, саморегуляцию и коммуникативные навыки. Занятия включали в себя такие темы, как: 1. Я-образ, 2. Мое настроение, 3. Эмоции, 4. Моя семья, 5. Дружба, 6. Мир, в котором хочется жить. Материалами работы выступают акварельные краски, гуашь, карандаши или пастель.

Роль ведущего в групповом процессе заключалась в создании эмоционально комфортных условий для участников, а также в определении тематики занятия, в помощи при возникновении трудностей на любом этапе групповой работы, в поддержании активности всех членов группы, обеспечении обратной связи. В начале каждого занятия ведущий в форме дискуссии поясняет тему занятия, после чего группа приступает к созданию образа. Визуальные образы позволяют подросткам сформулировать и передать представление о самих себе, своих чувствах. Презентация работ в группе осуществляется по заранее оговоренному формату, где каждый

участник регулирует степень собственной открытости. На заключительном этапе работы участники в свободной форме делятся впечатлениями о встрече.

Результаты исследования. В результате исследования нами были получены следующие данные. На первом этапе (первичная диагностика) значимых отличий по шкалам методик в экспериментальной и контрольной группах не было выявлено ($p > 0,05$). При этом нужно отметить, что в обеих группах отмечались высокие показатели по таким шкалам, как: «агрессивный», «подозрительный», «алекситимия», «трудности идентификации чувств», «трудности описания чувств», «депрессия», «экстрапунитивные реакции», «препятственно-доминантные реакции», «необходимо-упорствующие реакции» (см. табл. 1).

Таблица 1.

Сравнение результатов на первом этапе исследования в экспериментальной и контрольной группах (критерий Манна-Уитни)

Шкалы опросников	Контрольная		Экспериментальная		U	p
	Среднее	SD	Среднее	SD		
Авторитарный	4,57	1,78	4,6	2,09	7490	909
Эгоистичный	4,36	1,40	4,38	1,41	7590	988
Агрессивный	11,42	2,04	12,28	2,08	5780	068
Подозрительный	12,34	2,30	12,83	1,93	6650	347
Подчиняемый	2,47	2,21	3,43	2,05	5530	058
Зависимый	6,11	1,27	5,4	1,82	6020	116
Дружелюбный	4,21	1,66	4,8	1,74	6120	141
Альтруистический	3,53	2,31	3,53	2,28	7600	998
Депрессия	30,63	7,88	30,73	8,41	7530	948
Экстрапунитивные реакции	9,41	1,31	9,65	1,46	7120	637
Интрапунитивные реакции	4,22	1,34	4,08	1,46	7190	687
Импунитивные реакции	3,49	1,60	3,66	1,61	7010	561
Трудности идентификации	28,84	4,62	28,78	4,86	7590	996
Трудности описания чувств	20,34	3,36	20,38	3,30	7580	981
Экстернальное мышление	11,66	2,61	11,5	2,56	7290	754

Таким образом, для обеих групп испытуемых характерны трудности в определении и описании собственных чувств, снижение способности к символизации, фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутрен-

них переживаниях, трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, нарушения способности осознавать и вербализовать собственную эмоциональную продукцию, склонность к конфликтным проявлениям и трудности в интерперсональных контактах. Результаты, полученные с помощью методики оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидпера, показали, что на первом этапе у испытуемых преобладают такие шкалы, как: «холодность», «скука», «недоброжелательность», «несогласие». Данные результаты подтверждаются клиническими описаниями подростков с психическими расстройствами и согласуются с рядом клинических и психологических исследований подростков с психическими расстройствами и отклонениями в развитии [11, 13].

Повторное диагностическое исследование показало, что в обеих группах статистически значимо уменьшились показатели по шкалам: «депрессия» ($U=129$, $p=0,005$ для экспериментальной группы; $U=165$, $p=0,04$ для контрольной группы), «агрессивный» ($U=80$, $p=0,008$ для экспериментальной группы; $U=69,5$, $p=0,021$ для контрольной группы) и «подозрительный» ($U=124$, $p=0,039$ для экспериментальной группы; $U=103,5$, $p=0,019$ для контрольной группы) (см. табл. 2 и табл. 3).

Таблица 2.

Значимые различия по шкалам опросников в контрольной группе на первом и третьем этапах исследования (критерий Манна-Уитни)

Шкалы опросников	U	p
Агрессивный	69.5	0.021
Подозрительный	103,5	0,019
Депрессия	165	0,04
Экстрапунитивные реакции	402,5	<0,001

При этом статистически значимых отличий по данным шкалам в повторном тестировании между экспериментальной и контрольной группой выявлено не было (см. табл. 4). Данные результаты могут свидетельствовать о влиянии медикаментозного лечения, которое получали обе группы больных, на эмоциональную и личностную сферы подростков. Кроме этого, было выявлено, что в экспериментальной группе подростков после проведения курса арт-терапевтических занятий статистически значимо по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$) возрастают показатели по таким шкалам, как: «дружелюбный», «альтруистический», «занимательность» и «увлеченность». Во время арт-терапевтических занятий у подростков проявлялась склонность к сотрудничеству, кооперации, компромиссному способу решения проблем и конфликтов. Они стремились быть в согласии с мнением окружающих, следовать правилам группы, проявлять теплоту, сострадание, заботу и дружелюбие в отношениях, учились подбадривать окружающих. Подростки лучше начинают ориентироваться в своих чувствах и состояниях, понимать других, а также увеличивается степень адаптированности в группе ($p<0,03$).

Таблица 3.

Значимые различия по шкалам опросников в экспериментальной группе на первом и третьем этапах исследования (критерий Манна-Уитни)

Шкалы опросников	U	p
Агрессивный	80	0,008
Подозрительный	124	0,039
Дружелюбный	9,5	<0,001
Альтруистический	19	<0,001
Депрессия	129	0,005
Экстрапунитивные реакции	548	0,015
Интрапунитивные реакции	189	<0,001
Трудности идентификации чувств	181,5	<0,001
Трудности описания чувств	303,5	<0,001

Таблица 4.

Сравнение результатов на первом этапе исследования в экспериментальной и контрольной группах (критерий Манна-Уитни)

Шкалы опросников	U	p
Авторитарный	618	0,157
Эгоистичный	721	0,701
Агрессивный	601	0,113
Подозрительный	644	0,246
Подчиняемый	759	0,996
Зависимый	516	0,015
Дружелюбный	29	p<0,001
Альтруистический	21	p<0,001
Депрессия	563	0,099
Экстрапунитивные реакции	606	0,126
Интрапунитивные реакции	245	p<0,001
Импунитивные реакции	621	0,168
Трудности идентификации чувств	184	0,001
Трудности описания чувств	274	0,001
Экстернальное мышление	697	0,529

По показателям алекситимии при повторном тестировании экспериментальная группа значимо отличается от контрольной ($U=71$, $p=0,003$), у подростков после арт-терапии показатели алекситимии уменьшаются до уровня популяционной нормы (среднее значение 54,3). В контрольной группе значимых различий в уровне алекситимии при первом и повторном тестировании выявлено не было. Таким образом, можно предположить, что именно арт-терапевтические занятия позволили снизить уровень данного показателя. Также следует отметить, что в экспериментальной группе при повторном тестировании возрастает количество интрапунитивных и эго-защитных реакций, что говорит о формировании Я-внимания, фокусировки на внутренних переживаниях, а также идентификации и описании собственных чувств и переживаний. Полученные данные согласуются с результатами ряда клинических и психологических исследований [5, 8, 9].

В экспериментальной группе также на уровне тенденции ($p=0,06$) отмечается увеличение показателей по таким шкалам методики оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидпера, как: «сотрудничество», «взаимоподдержка» и «теплота», что свидетельствует об улучшении психологического климата в группе подростков после проведения арт-терапевтических занятий.

Следует отметить, что статистически значимых различий в эффективности арт-терапевтических занятий между группами подростков разной нозологии не выявлено ($p>0,05$). Таким образом, методы арт-терапии можно считать универсальным для работы с подростками любой нозологии. Арт-терапевтические занятия помогают подросткам выявить свои интересы, индивидуальные особенности и возможности, а также повышают мотивацию и целеобразование. Во время занятий подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях, осваивают основные навыки коммуникации друг с другом.

Данные результаты подтверждают эффективность арт-терапевтической групповой работы с подростками, имеющими различные психические расстройства.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что групповой формат встреч в условиях стационара с использованием изобразительного творчества может выступать эффективным методом коррекционной работы, направленной на улучшение социального взаимодействия у подростков с различными психическими расстройствами. Доступность и регулярность терапии через рисунок позволит пациентам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и налаживанию коммуникации, формированию Я-внимания, осознанию и дифференциации своих чувств и телесных ощущений, а также снижению алекситимии. Во время занятий подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях, осваивают основные навыки коммуникации друг с другом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М.: Академический проект, 2012.
2. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С. и др. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия, 2002, № 2, С. 5-9.

3. Гуменюк Л.Н. Арт-терапия в системе комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения // Тавр. мед. -биол. вестник, 2010, № 4, С. 37-40.

4. Казьмина О.Ю. Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: Методические рекомендации. М.: Сам полиграфист, 2016.

5. Копытин А.И. Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт. М.: Когито-Центр, 2012, 286 с.

6. Копытин А.И. Арт-терапия – новые горизонты. М.: Когито-Центр, 2017, 336 с.

7. Копытин А.И. Концептуальные основы эко-арт-терапии // Медицинская психология в России, 2019, Т. 11, № 1, С. 4.

8. Кузнецова С.О. , Строгова С. Е. Влияние арт-терапевтических занятий на социальные и коммуникативные навыки подростков с психической патологией. // Материалы к Юбилейной всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья «Психиатрическая наука в истории и перспективе», М., 2019, С. 311-314.

9. Медведева Е.А. Социокультурное становление личности ребенка с проблемами психического развития средствами искусства: монография, часть 1. М.: Изд. «Перо», 2015.

10. Методика оценки психологической атмосферы в коллективе (по А. Ф. Фидлеру) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002, С. 190-191.

11. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ. Женева, 1994. 208 с.

12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «БАХРАХ–М», 2008. 672 с.

13. Тиганов А.С. Психиатрия: Руководство для врачей. В 2 томах. М.: Медицина, 2012.

REFERECES

1. Burno M.E. Terapija tvorcheskim samovyrazheniem. M.: Akademicheskij proekt, 2012.

2. Voloshin V.M., Kazakovcev B.A., Shevchenko Ju.S. i dr. Sostojanie i perspektivy razvitiya detskoj psihiatricheskoj sluzhby v Rossii // Soci-al'naja i klinicheskaja psihiatrija, 2002, № 2, S. 5-9.

3. Gumenjuk L.N. Art-terapija v sisteme kompleksnoj psihosocial'noj rehabilitacii bol'nyh shizofreniej v uslovijah prinuditel'nogo lechenija // Tavr. med. -biol. vestnik, 2010, № 4, С. 37-40.

4. Kaz'mina O.Ju. Osnovnye podhody k organizacii treninga social'nyh navykov dlja bol'nyh shizofreniej: Metodicheskie rekomendacii. M.: Sam poligrafist, 2016.

5. Kopytin A.I. Metody art-terapevticheskoy pomoshhi detjam i podrostkam: otechestvennyj i zarubezhnyj opyt. M.: Kogito-Centr, 2012, 286 s.

6. Kopytin A.I. Art-terapija – novye gorizonty. M.: Kogito-Centr, 2017, 336 s.

7. Kopytin A.I. Konceptual'nye osnovy jeko-art-terapii // Medicinskaja psihologija v Rossii, 2019, T. 11, № 1, C. 4.
8. Kuznecova S.O. , Strogova S. E. Vlijanie art-terapevticheskikh zanjatij na social'nye i kommunikativnye navyki podrostkov s psihicheskoj patologiej. // Materialy k Jubilejnoj vsrossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvjashhennoj 75-letiju Nauchnogo centra psihicheskogo zdorov'ja «Psihiatricheskaja nauka v istorii i perspektive», M., 2019, S. 311-314.
9. Medvedeva E.A. Sociokul'turnoe stanovlenie lichnosti rebenka s problemami psihicheskogo razvitiya sredstvami iskusstva: monografija, chast' 1. M.: Izd. «Pero», 2015.
10. Metodika ocenki psihologicheskoy atmosfery v kollektive (po A. F. Fidleru) / Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp. M.: Izd-vo Instituta Psihoterapii, 2002, C. 190-191.
11. MKB-10: Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii. VOZ. Zheneva, 1994. 208 s.
12. Rajgorodskij D.Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie. Samara: Izdatel'skij dom «BAHRAH-M», 2008. 672 s.
13. Tiganov A.S. Psihiatrija: Rukovodstvo dlja vrachej. V 2 tomah. M.: Medicina, 2012.
14. Patterson S. , Debate J. , Anju S. Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey // J. Ment. Health. — 2011, Vol. 20, № 4, P. 328—335.

S.O. Kuznetsova, S.E. Strogova, S.N. Enikolopov
RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF ART-THERAPY CLASSES
WHEN CORRECTING TEENAGERS WITH MENTAL DISORDERS
FSBSI «Mental Health Research Center» (Moscow).

Summary. This article presents the results of an empirical study of the effectiveness of art therapy classes with adolescents with various types of mental pathology for the correction of social and communication skills. There were used methods of testing, survey, subjective scaling. After a course of art therapy classes, teenagers with mental disorders increase the value of friendliness and altruism, and decrease the indices of alexithymia. Adolescents begin to orient themselves better in their feelings and mental states and understanding of others.

Keywords: teenagers, mental pathology, social interaction, art-therapy.

¹С.В. Давидовский, ²С.А. Игумнов

**НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
У ПОДРОСТКОВ**

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (Минск), ²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Москва).

Резюме. Несуицидальное самоповреждающее поведение (англ.: self-injurious thoughts and behaviors, или non-suicidal self-injury (далее - NSSI)), - определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым. Интегрированная теоретическая модель развития и поддержки NSSI предполагает, что этот вид поведения функционирует как метод регулирования эмоционального опыта и социального взаимодействия при возникновении стрессового события. В настоящее время NSSI включено в раздел 3 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения. В американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 4-го пересмотра (DSM-IV-TR) и международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) NSSI кодируется как симптом пограничного расстройства личности.

Ключевые слова: суицидальное и самоповреждающее поведение, суицидальные намерения, международная классификация болезней 10-го пересмотра, DSM-5, пограничное расстройство личности.

Введение. Несуицидальное самоповреждение, в английской транскрипции - self-injurious thoughts and behaviors, или non-suicidal self-injury (далее - NSSI) определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым [20, 46] и реализуются с целью уменьшить психологический дискомфорт. В последнее десятилетие во всем мире отмечается повышенный интерес к проблеме несуйцидальных повреждений [6, 14].

Основные формы NSSI. Проявления NSSI чаще всего отмечаются в раннем подростковом возрасте, между 12 и 14 годами [41, 48]. Большинство исследователей отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет – редкое явление [55]. Начиная с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам [1, 41, 48]. А.Г.Амбрумова, обследовав 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением, установила, что в допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершали 14,4%, в пубертатном (13-16лет) – 51,3%, в постпубертатном (17-18 лет) – 33,8% [1]. Главным отличительным признаком самоповреждающего поведения (СПП) от суицидальной попытки является отсутствие осознанного намерения лишить себя жизни. Следует учитывать, что некоторые несуйцидальные самоповреждающие действия, особенно в подростковом возрасте, могут приводить к

смерти из-за неведения или неверного «расчёта дозы».

Необходимо также помнить о том, что обе формы самоповреждений могут взаимно перекрываться: индивиды, совершающие суицидальные попытки (с осознанным намерением лишить себя жизни), могут также демонстрировать СПП, и наоборот. В реальной клинической ситуации наличие суицидальных намерений часто очень сложно оценить даже специалисту с большим опытом практической работы, что является серьезным барьером в изучении данной проблемы. Поэтому, несмотря на то что СПП является широко распространенным явлением, данные о его распространенности значительно различаются по странам и отдельным регионам. На показатели распространенности СПП существенное влияние оказывают особенности методологических подходов, а также метод его оценки, социально-демографические характеристики выборки и т. п. Высокие показатели распространенности NSSI отмечаются среди подростков, проходящих стационарное лечение, например, от 30% до 82,4% [16, 45], умеренно выраженную распространенность отмечают в общей популяции. В обзоре 53 исследований NSSI подростков, опубликованных в период с 2005 по 2011 гг., сообщалось о средней распространенности его в течение жизни, составляющей 18% [29]. Среди студентов университетов этот показатель достигает 38,9% [9, 25, 52, 66].

В настоящее время фигурируют следующие цифры распространенности СПП: примерно 17,2% среди подростков, 13,4% среди молодых людей и студентов и 5,5% среди взрослых старше 25 лет. Эти данные согласуются с отдельным обзором распространенности СПП среди подростков [29] и исследованием молодых взрослых, отобранных случайным образом [35]. Считается, что СПП значительно чаще встречается у лиц женского пола, чем у мужчин. Так, согласно данным по Минской области за 2015-2019 гг. среди детей и подростков девочки составляли 85% от общего количества случаев самоповреждения.

Смертность от суицидов в возрасте от 15-29 лет составляет 8,5% всех смертей, являясь в мире второй по значимости причиной смертности (после дорожно-транспортных происшествий) [66]. Следует отметить, что подростковый возраст и период ранней взрослости (20-29 лет) характеризуются драматическими изменениями в организме и характеризуются повышенной возбудимостью, резкой сменой настроения и переживаний, что и обуславливает повышенную реактивность естественной стресс-реакции подростка на социальные стимулы, создавая тем самым уникально уязвимые временные рамки для проявления суицидального поведения. В этот период происходят изменения в нейронных сетях головного мозга, что позволяет проводить более сложные социальные сравнения и получать более устойчивый смысл самооценки, которая в значительной степени зависит от воспринимаемых оценок со стороны сверстников [11, 27]. Исследования в области нейробиологии развития показывают, что подростки в период пубертата продуцируют более дифференцированные реакции на стимулы внешней среды, что позволяет им на основании получаемого социального опыта формировать свою самооценку, но при этом зрелые способности регулировать свои эмоции или подавлять импульсивные реакции отсутствуют [60]. Развитие предметных чувств еще не произошло, что не позволяет им сформировать устойчивые эмоциональные отношения с ближайшим окружением.

ем. Повышенная реактивность, обусловленная подростковым возрастом, повышает интенсивность физиологических ответов на стрессоры и префронтальную активацию мозга во время социальной оценки [60] и, таким образом, увеличивает трудности, связанные с оценкой социальных событий [59]. По-видимому, это и является причиной сбоев в биологических реакциях на острый стресс, что может лежать в основе острых эмоциональных кризисов у подростков, сопровождающихся СПП.

Формы СПП включают такие виды поведения, как самопорезы, умышленно наносимые ожоги, царапины и удары [1, 64-66]. В настоящее время считается, что большинство людей, совершающих акты СПП, используют более одного метода [23], с травматическими воздействиями на руки, ноги, запястья и живот [1-7]. Наиболее распространенным методом считаются самоповреждения острыми предметами (более 70%), за которыми следовали удары головой, царапины, удары и ожоги [26]. Согласно данным по г. Минску за 2007-2014 гг., среди методов самоповреждения преобладали такие, как самоотравления и самоповреждения (не менее 60% от всех случаев самоповреждения, преимущественно в возрасте 20-39 лет) [3]. Согласно данным по Минской области за 2015-2019 гг., отмечались следующие методы самоповреждения: нанесение самоповреждений – 44,5%, отравление – 38,5%, повешение – 11,4%, падение с высоты – 3%, утопление – 0,4%, 2,2% составили редко используемые способы (огнестрельное ранение, бросание под поезд, самосожжение и др.).

СПП является распространенным явлением среди подростков и взрослых, связанным с психическими нарушениями, включая посттравматическое стрессовое расстройство [7], депрессивные расстройства [13], обсессивно-компульсивное расстройство [7], тревожное расстройство [13], пограничное расстройство личности (далее-ПЛР) [34] и расстройство пищевого поведения [43].

Диагностические критерии СПП: история и современность. Одни из самых ранних попыток психопатологической квалификации СПП были сделаны еще в 1960-х годах [24, 51, 67]. В 1984 г. J. Kahan и E.M. Pattison [33] дифференцировали поведение, связанное с самоубийством, от самоубийства и предложили отдельное диагностическое расстройство - синдром преднамеренного самоповреждения. Позже возникло предположение, что привычное и повторяющееся СПП можно рассматривать как расстройство импульсного контроля [21]. В начале 2000-х J. Muehlenkamp предложил рассматривать СПП как отдельное диагностическое расстройство [42]. В дальнейшем P. Wilkinson and I. Goodyer [65] посчитали, что представление СПП как отдельной диагностической категории улучшит качество диагностики и увеличит количество исследований в области его этиологии и оценки результатов лечения. Учитывая высокую распространенность СПП среди клинических выборок и в общей популяции подростков, рабочая группа по расстройствам настроения при подготовке DSM-5 предложила включить СПП в качестве отдельной диагностической рубрики [57]. Критерии данного расстройства подвергались неоднократным пересмотрам из-за неполного набора предложенных критериев неадекватных размеров исследовательских выборок и межкритериальной надежности [17].

В настоящее время СПП включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состоя-

ниям, рекомендованным для дальнейшего изучения, при этом должны быть соблюдены следующие критерии:

А. За прошедший год индивид по крайней мере 5 дней преднамеренно наносил себе телесные повреждения, не пытаясь совершить суицид.

В. Индивид совершает самоповреждающие действия по одной или нескольким из следующих причин: наносит самоповреждения, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутриличностный конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния.

С. Предварять самоповреждающий акт должны (и/или): негативные мысли или чувства (C1a), конфликты с другими людьми (C1b), озабоченность поведением, которое трудно контролировать (C2), повторяющиеся мысли о СПП (C3).

Д. Совершённый акт является социально неприемлемым.

Е. СПП или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс.

Ф. Действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом и не может быть причиной другого заболевания.

Дополнительно выделяются 2 подтипа неуточненного NSSI:

тип1 (sub-threshold/ «подпороговые») - случаи с меньшей чем 5 раз за последний год частотой самоповреждений;

тип 2 (intent uncertain/ «неясные намерения») - случаи, когда при нанесении самоповреждений наравне с желанием избавиться от неприятных чувств или решить межличностные трудности имело место желание совершить суицид [37, 38].

В ранее принятых классификационных системах (DSM-IV-TR и МКБ-10) СПП кодируется как симптом пограничного расстройства личности (ПЛР). Все виды аутоагрессивного поведения в МКБ-10 кодируются в зависимости от характера повреждений в рубриках X и Y. При этом в руководстве указано, что «данный класс, который в предыдущих пересмотрах МКБ являлся дополнительным, позволяет классифицировать происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. В тех случаях, когда используется код из данного класса, подразумевается, что он должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывающему на характер состояния».

СПП может встречаться у лиц, которые не соответствуют диагностическим критериям ПРЛ, и не каждый человек, которому выставляется диагноз ПРЛ, демонстрирует поведение, связанное с самоповреждением [28]. Различия между NSSI-группой и группой ПЛР предполагают определять NSSI как отдельный клинический синдром [47, 49]. Фактом введения диагностической рубрики «самоповреждающее поведение» международное профессиональное сообщество признает важность дифференциации нелетальных самоповреждений от попыток самоубийства. Хотя и попытки самоубийства, и СПП соответствуют поведению, наносящему себе вред, существуют важные клинические различия между данными формами поведения как в этиологии, так и по выполняемым функциям и методам. Исследования СПП, проведенные Американской психиатрической ассоциацией, показало высокий процент тех, кто получил телесные повреждения и соответствовал критериям, предложенным DSM-5 [23]. В комбинирован-

ных выборках пациентов стационарного и интенсивного амбулаторного лечения 85,5% соответствовали критерию А [63]. При оценке критерия В высокая степень одобрения была обнаружена в клинической выборке подростков и взрослых [53], а также в общих выборках для взрослых [15].

Проведенное в Германии исследование психологических причин, лежащих в основе СПП, показало, что 56,8% выборки стационарных больных использовали СПП «для прекращения плохих чувств» [8].

В настоящее время считается, что СПП является преходящим явлением [6]. Так, крупное лонгитюдное исследование показало снижение частоты данного типа поведения в молодом возрасте [40]. Интегральная теоретическая модель развития и поддержки NSSI [2] предполагает, что этот вид поведения функционирует как метод регулирования как эмоционального опыта, так и социальных ситуаций при возникновении стрессового события. Эта модель, разработанная М.К. Nock и М.Д. Prinstein (2004), известна как четырехфакторная модель (англ.: The FourFactorModel (далее - FFM) [45]. Модель FFM основана на поведенческой теории, которая фокусируется на предшествующем и последующем влиянии на поведение. FFM разграничивает два дихотомических измерения функциональных процессов: непредвиденные обстоятельства межличностного/социального и внутриличностного/автоматического и усиление положительного против отрицательного. Четыре процесса, охарактеризованные в данной модели, включают в себя:

- автоматическое отрицательное подкрепление, когда NSSI служит для уменьшения отрицательных внутренних состояний,
- автоматическое положительное подкрепление, когда NSSI служит для генерирования положительных чувств,
- социальное отрицательное подкрепление, когда NSSI служит для того, чтобы избежать межличностных потребностей, и
- социальное положительное подкрепление, когда NSSI служит для привлечения внимания или увеличения социальной поддержки [46].

Функция «самонаказания», как правило, отмечалась подростками и взрослыми среди клинических выборок [10, 37]. У молодых взрослых СПП нередко выполняет функцию «восстановления нормального эмоционального состояния» и предоставляет возможность отвлечься от кризисной ситуации.

Нейробиологические аспекты СПП. Нейробиологическая модель СПП [58] предполагает, что аномалии в серотонинергической, допаминергической и опиоидной системах, а также в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (далее-ГГН) оси приводят к повышенному уровню восприимчивости к стрессу. Поэтому в случае стресса проявления СПП можно трактовать как метод восстановления измененного опиоидного гомеостаза. Результаты магнитно-резонансных исследований указывают на гиперторможение лимбических структур (таких как миндалина) [52]. Активация этих структур уменьшается как после индукции болевых раздражителей, так и после воображения акта самоповреждения [56]. Это и обуславливает предположение, что NSSI служит для регулирования стресса в чрезмерно активированной лимбической системе.

Что касается уровня нейротрансмиттеров, то существует достаточно дока-

зательств связи между импульсивным поведением и недостатком серотонина. Однако СПП часто не может быть описано как преимущественно импульсивное поведение [36,30]. В настоящее время существует мало доказательств в пользу поддерживающего механизма дефицита серотонина в формировании СПП [37, 51] в отличие от установленной связи между серотонинергической дисфункцией и повышенным риском суицидальной попытки [12, 19], что подтвердило и исследование, проводимое в рамках Государственной программы научных исследований Республики Беларусь «Фундаментальные и прикладные науки – медицине», которое выявило статистически значимые различия между группами с насильственными и ненасильственными методами самоповреждения по встречаемости генотипа HTR1 [2].

То же самое относится и к вовлечению дофаминергической нейротрансмиссии у людей с СПП. Проведенное исследование [37] не обнаружило различий в уровнях метаболитов серотонина или дофамина в спинномозговой жидкости у пациентов с СПП. Результаты исследований по кортизолу и ГГН оси у людей и животных с NSSI показали измененный ответ кортизола [32, 61]. Исследователями также отмечен факт изменения уровня эндогенных опиоидов, что, возможно, объясняет «аддиктивный» характер повторных самоповреждений», который был описан у людей с тяжелым СПП [44]. Эти эндогенные опиоиды могут служить объяснением явления гипестезии или анальгезии у пациентов с повторяющимся СПП, которое, по-видимому, обратимо [38]. Интересно отметить, что в недавно проведенном метаанализе [39] подростковое самоубийство было описано как сбой систем, вовлеченных в острые реакции на стресс вегетативной нервной системы, оси ГГН, воспалительного ответа, что подтверждает интегрированную теоретическую модель NSSI, предложенную М.К. Nock [45].

Проведенное в рамках научно-исследовательской работы «Изучить молекулярно-генетические предикторы суицидального поведения с целью разработки диагностических критериев повышенного риска суицида» (Государственной программы научных исследований «Фундаментальные и прикладные науки – медицине», государственная регистрация № 20161106 от 11.06.2016г., Республика Беларусь, при научно-методическом содействии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского) исследование также выявило наличие социально-психологических, биохимических и генетических факторов, позволяющих разграничивать различные формы СПП, прогнозировать их исход в зависимости от выраженности мотивации к совершению суицида, что изложено в ряде статей [2-4]. В результате исследования было отмечено, что в группе лиц с СПП наблюдалось повышение уровня содержания кортикотропного рилизинг-фактора (далее – КТРГ) и снижение ад-ренокортикотропного гормона (далее – АКТГ) и кортизола по сравнению с контролем в отличие от лиц с выраженной мотивацией к совершению суицида. В данной группе, наоборот, отмечалось снижение уровня КРТГ и одновременное повышение АКТГ и кортизола, что свидетельствовало о дезорганизации работы ГГН оси. Частота встречаемости аллеля С гена HTR1A у мужчин группы лиц, мотивированных к совершению суицида, была достоверно выше, чем частота встречаемости данного аллеля у лиц мужского пола, совершивших различного

типа самоповреждения ($p=0,04$).

Заключение. В настоящее время выявлено несколько факторов биологического риска, обуславливающих суицидальное и самоповреждающее поведение: изменения в ключевых нейротрансмиттерных системах (серотонинергическая, полиаминовая стрессовая реакция, глутаматергическая и ГАМКергическая системы), в воспалительной реакции, астроглиальной дисфункции, фактора нейрональной пластичности, содержания липопротеиновых фракций в периферической крови [18, 62], что подтверждает необходимость выделять из общего количества подростков и лиц молодого возраста, склонных к самоповреждающим формам поведения, когорты лиц, мотивированных к совершению жизнеопасных суицидальных действий [66].

На сегодняшний день дополнительно предложены три диагностических рубрики, описывающих суицидальное поведение:

- Суицидальное расстройство поведения (Suicidal Behavior Disorder) [50], сфокусированное на попытке самоубийства в течение последних двух лет. Данное расстройство включено в раздел 3 и требует дальнейшего изучения [38], так же, как и NSSI.

- Синдром суицидального кризиса (Suicide Crisis Syndrome) [22] и

- Острое суицидальное аффективное расстройство (Acute Suicidal Affective Disturbance (далее - ASAD)) [55], которые описывают острое предсуицидальное психическое состояние (отсутствуют в DSM-5).

Два нижеперечисленных синдрома симптоматически перекрываются, но также весьма различаются тем, что синдром суицидального кризиса (SCS) не обязательно включает суицидальные мысли, в то время как основным критерием острого суицидального аффективного расстройства (ASAD) является быстро нарастающая суицидальная активность, что порождает высокую степень жизнеопасности [55]. Все это указывает на формирование в настоящее время новых концепций и представлений о суицидальном и/или самоповреждающем поведении, что в ближайшем будущем позволит более дифференцированно подходить к описанию данного сложного явления, выявляя значимые триггеры для формирования мотивации к совершению суицида и признаки, характерные для несуйцидального самоповреждающего поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий у детей и подростков. М., 1978: 24..
2. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Марчук С.И., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Хвостова И.И., Данилова Л.И. Особенности генотипа лиц, совершивших суицидальные попытки // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019 ; 10 (3): 417-427.
3. Давидовский С.В. Особенности суицидального поведения у жителей г. Минска // Здравоохранение. 2016; 3: 72-77.
4. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Картун Л.В., Леонов Н.Н., Данилова Л.И., Кужаль В.В., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Микицкий Ю.М. Классификационный метод для прогнозирования суицидального риска // Вести Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. 2020;

17 (2): 248–256.

5. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2019;119 (3):108-119.

6. Игумнов С.А., Гелда А.П., Гуткевич Е.В., Счастный Е.Д. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи / Под научной ред. Н.А. Бохана. М., Минск, Томск: Отдел полиграфии Томского Центра научно-технической информации, 2020: 178.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Zhezlova L.Ja. Metodicheskie rekomendacii po profilaktike suicidal'nyh dejstvij u detej i podrostkov. M., 1978: 24..

2. Davidovskij S.V., Ibragimova Zh.A., Goncharik A.V., Marchuk S.I., Zalesskaja I.S., Tret'jak A.N., Hvostova I.I., Danilova L.I. Osobennosti genotipa lic, sovershivshih suicidal'nye popytki // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. 2019 ; 10 (3): 417-427.

3. Davidovskij S.V. Osobennosti suicidal'nogo povedenija u zhitelej g. Minska // Zdravoohranenie. 2016; 3: 72-77.

4. Davidovskij S.V., Ibragimova Zh.A., Goncharik A.V., Kartun L.V., Leonov N.N., Danilova L.I., Kuzhal' V.V., Zalesskaja I.S., Tret'jak A.N., Mikickij Ju.M. Klassifikacionnyj metod dlja prognozirovaniya suicidal'nogo riska // Vesti Nacional'noj akademii nauk Belarusi. Serija medicinskih nauk. 2020; 17 (2): 248–256.

5. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Geht A.B. Nesuicidal'noe samopovrezhdajushhee povedenie pri psichicheskikh rasstrojstvah nepsihoticheskogo urovnja: jepidemiologija, social'nye i klinicheskie faktory riska // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. 2019;119 (3):108-119.

6. Igumnov S.A., Gelda A.P., Gutkevich E.V., Schastnyj E.D. Mediko-social'nye aspekty suicidal'nogo povedenija podrostkov i molodezhi / Pod nauchnoj red. N.A. Bohana. M., Минск, Томск: Otdel poligrafii Tomskogo Centra nauchno-tehnicheskoy informacii, 2020: 178. Adolescents' self-mutilation – relationship with dependent behaviour / M. Bolognini, B. Plancherel, J. Laget, P. Stephan, O. Halfon // Swiss J. Psychol. 2003; 62: 241–249; doi: 10.1024/1421-0185.62.4.241.

7. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth / M. Kaess, P. Parzer, M. Mattern, P.L. Plener, A. Bifulco, F. Resch [et al.] // Psychiatry Res. 2013; 206: 265–272 ; doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.012.

8. Andover M. S. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults // Psychiatry Res., 2014; 219: 305–310; doi : 10.1016/j.psychres.2014.06.001.

9. Briere J., Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions // Am. J. Orthopsychiatry, 1998. – Vol. 68. – P. 609–620; doi : 10.1037/h0080369.

10. Casey, B.J. Jones R.M., Hare T.A. The adolescent brain // Ann.N.Y.Acad.Sci., 2008;1124: 111–126.

11. Crowell S.E., Beauchaine T.P., McCauley E., Smith C.J., Stevens A.L., Sylvers P. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide

among adolescent girls //Dev. Psychopathol. 2005; 17(4):1105–27.

12. Darche M.A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females // Psychiatr. Hosp. 1990; 21: P. 31–35.

13. Dar'in E.V. Non-suicidal self-injurious behavior in adolescents //MedicinskijvestnikYugaRossii. 2019; 10 (4): 6–14.

14. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician administered nonsuicidal self-injury disorder index / K.L. Gratz, K.L. Dixon-Gordon, A.L. Chapman, M.T. Tull // Assessment. 2015; 22: 527–539;doi: 10.1177/1073191114565878.

15. DiClemente R.J.,Ponton L.E., Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry/ 1991; 30: 735–739;doi: 10.1016/S0890-8567(10)80007-3.

16. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test–retest reliability of selected categorical diagnoses / D.A. Regier, W.E. Narrow, D.E. Clarke, H.C. Kraemer, S.J. Kuramoto, E.A. Kuhl [et al.] // Am. J. Psychiatry. 2013; 170: 59–70; doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999.

17. Dwivedi Y. The Neurobiological Basis of Suicide. University Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012: 482.

18. Fanelli G., Serretti A. The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis //Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2018;88:375-387.

19. Favazza A.R. Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, 2ndEdn. Baltimore. 1996. – John Hopkins University Press.

20. Favazza, A.R.,Rosenthal R.J. Varieties of pathological self-mutilation // Behav. Neurol. 1990; 3: 77–85; doi : 10.3233/BEN-1990-3202.

21. Galynker I., Yaseen ZS, Cohen A, et al. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the Suicide Crisis Inventory. Depress Anxiety. 2017; 34: 147–158.

22. Glenn C. R.,Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients // J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2013; 42: 496–507; doi: 10.1080/15374416.2013.794699.

23. Graff H.,Mallin R. The syndrome of the wrist cutter // Am. J. Psychiatry. 1967;124: 74–80; doi: 10.1176/ajp.124.1.36.

24. Gratz K.L.,Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // Am. J. Orthopsychiatry. 2002; 1: 128–140;doi : 10.1037/0002-9432.72.1.128.

25. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity // Am. J. Orthopsychiatry. 2006; 76: 238–250;doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238.

26. Harter S.,Stocker C., Robinson N.S The perceived directionality of the link between approval and selfworth: the liabilities of a looking glass self-orientation among young adolescents // J. Res. Adolesc. 1996; 6: 285–308.

27. In-Albon T., Ruf C., Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates //

Psychiatry J. 2013; 2013: 159–208; doi: 10.1155/2013/159208.

28. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc / J.J. Muehlenkamp, L. Claes, L. Havertape, P.L. Plener // Psychiatry Ment. Health. 2012; 6: 1–9; doi: 10.1186/1753-2000-6-10.

29. Janis I. B., Nock M.K. Are self-injurers impulsive? Results from two behavioural laboratory studies // Psychiatry Research. 2009; 169: 261–267.

30. Joiner Thomas E., Skip Simpson, J.D., Megan L., Rogers M.S., Ian H., Stanley M.S., Galynker I.I. Law and Psychiatry // Journal of Psychiatric Practice. 2018; 24 (4).

31. Kaess M., Hille M., Parzer P., Maser-Gluth C., Resch F., Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury // Psychoneuroendocrinology. 2012; 37: 157–161.

32. Kahan, J., Pattison E.M. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH) // Suicide Life Threat. Behav. 1984; 14: P. 17–35; doi: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x.

33. Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a non-clinical population: prevalence and psychological correlates // Am. J. Psychiatry. 2003; 160: 1501–1508; doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501.

34. Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions // Psychol. Med. 2011; 41: 1981–1986; doi: 10.1017/S0033291710002497.

35. Kraus A., Valerius G., Seifritz E., Ruf M., Bremner J. D., Bohus M., Schmahl C. Script-driven imagery of self-injurious behaviour in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2010; 121: 41–51.

36. Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the whats and whys of self-harm // J. Youth Adolesc. 2005; 34: 447–457; doi: 10.1007/s10964-005-7262-z.

37. Ludäscher P., Greffrath W., Schmahl C., Kleindienst N., Kraus A., Baumgärtner U., Magerl W., Treede R. D., Bohus M. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder // Acta Psychiatrica Scandinavica, 2009; 120: 62–70.

38. Miller A.B., Prinstein M.J. Adolescent suicide as a failure of acute stress-response systems // Annual Review of Clinical Psychology 02.12, 2019.

39. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Olsson C., Borschmann R., Carlin J. B., Patton G. C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population based cohort study // The Lancet. 2011; 379: 236 – 243.

40. Muehlenkamp J.J., P.M. Gutierrez Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury // Arch. Suicide Res. 2007; 11: 69–82; doi: 10.1080/13811110600992902.

41. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome // Am. J. Orthopsychiatry. 2005; 75: 324–333; doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324.

42. My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders—preliminary results / M. Iannaccone, S. Cella, S.A. Manzi, L. Visconti, F. Manzi, P. Cotrufo // Eat. Disord. 2013; 2: P. 130–139; doi: 10.1080/10640266.2013.761087.

43. Nixon M. K., Cloutier P. F., Aggarwal S. Affect regulation and addictive as-

pects of repetitive self- injury in hospitalized adolescents // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002; 41: 1333-1341.

44. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior// J. Clin. Consult. Psychol. 2004; 72: 885–890;doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.

45. Nock M.K. Self-injury. Annu. Rev.// Clin. Psychol. 2010; 6: 339–363;doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.

46. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study / E.A. Selby, T.W. Bender, K.H. Gordon, M.K. Nock, T.E. Joiner // Personal. Disord. 2012; 3: 167–175; doi: 10.1037/a0024405.

47. Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts / M.K. Nock, T.E. Joiner, K.H. Gordon, E. Lloyd-Richardson, M.J. Prinstein // Psychiatry Res. 2006; 144: 65–72; doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010.

48. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity / B.J. Turner, K.L. Dixon-Gordon, S.B. Austin, M.A. Rodriguez, M.Z. Rosenthal, A.L. Chapman // Psychiatry Res. 2015; 230: 28–35 ;doi : 10.1016/j.psychres.2015.07.058.

49. Oquendo M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations // World Psychiatry. 2014; 13: 128–130.

50. Pao P. The syndrome of delicate self-cutting // Br. J. Med. Psychol. 1969; 42: 213–221; doi: 10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x.

51. Plener P. L., Libal G., Keller F., Fegert J. M., Muehlenkamp J. J. An international comparison of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA // Psychol. Med. 2009; 39: 1549–1558. doi: 10.1017/S0033291708005114.

52. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder / M. Zetterqvist, L.G. Lundh, Ö. Dahlström, C.G. Svedin // J. Abnorm. Child Psychol. 2013; Vol. 41: 759–773;doi : 10.1007/s10802-013-9712-5.

53. Rates of nonsuicidal self- injury in youth: age, sex, and behavioural methods in a community sample / A.L. Barrocas, B.L. Hankin, J.L. Young, J.R. Abela // Pediatrics. 2012; 130: 39–45; doi: 10.1542/peds.2011-2094.

54. Rogers M.L., Galynker I., Yaseen Z. [et al.] An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD) and Suicide Crisis Syndrome (SCS) //Psychiatr Ann. 2017; 47: 416–420.

55. Schmahl C., Bohus M., Esposito F., Treede R. D., Di Salle F., Greffrath W., Ludaescher P., Jochims A., Lieb K., Scheffler K., Hennig J., Seifritz E. // Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. Archives of General Psychiatry. 2006; 63: 659-67.

56. Shaffer D., Jacobson C. Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.

57. Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y., Mann J. J. Non-

suicidal self-injurious behaviour, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters // *Journal of Affective Disorders*. 2010; 124: 134-140.

58. Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection stressors / L.R. Stroud, E. Foster, G.D. Papandonatos, K. Handwerger, D.A. Granger [et al.] // *Dev. Psychopathol.* 2009; 21 (1): 47-68.

59. The medial prefrontal cortex and the emergence of self-conscious emotion in adolescence / L.H. Somerville, R.M. Jones, E.J. Ruberry, J.P. Dyke, G. Glover, B.J. Casey // *Psychol. Sci.* 2013; 24 (8): 1554-1562.

60. Tiefenbacher S., Novak M. A., Lutz C. K., Meyer J. S. The physiology and neurochemistry of self-injurious behaviour: A nonhuman primate model // *Frontiers in Bioscience*. 2005; 10: 1-11.

61. vanHeeringen K. *The Neuroscience of Suicidal Behavior*. Hardcover, Cambridge University Press; 2018: 286.

62. Washburn J. J., Potthoff L. M., Juzwin K. R., Styer D. M. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychol. Assess.* 2015; 27: 31-41; doi: 10.1037/pas0000021

63. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population // *Pediatrics*. 2006; 117: 1939-1948; doi : 10.1542/peds.2005-2543.

64. Wilkinson P., Goodyer I. Non-suicidal self-injury // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2011; 20: 103-108; doi: 10.1007/s00787-010-0156-y.

65. *Word Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, World Health Organization, (2014). Available at http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/

66. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture / R. Rosenthal, C. Rinzler, R. Wallsch, E. Klausner // *Am. J. Psychiatry*. 1972; 128: 1363-1368; Doi : 10.1176/ajp.128.11.1363.

¹S.V. Davidouski, ²S.A. Igumnov

NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

¹Belarusian State Medical Academy for Postgraduate Education (Minsk),

²National Medical Research Center for Psychiatry and Addiction named after V.P. Serbsky (Moscow).

Summary. Non-suicidal self-harming behavior (hereinafter-NSSI) - is defined as repeated, deliberate, direct damage to the body without suicidal intentions, which is not socially acceptable. The integrated theoretical model of NSSI development and support suggests that this type of behavior functions as a method for regulating emotional experience and social interaction when a stressful event occurs. NSSI is currently included in section 3 of the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) and is classified as a condition recommended for further study. In the American diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th revision (DSM-IV-TR) and the international classification of diseases 10th revision (ICD-10), NSSI is encoded as a symptom of borderline personality disorder.

Keywords: suicidal and self-harming behavior, suicidal intentions, the International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10), DSM-5, borderline personality disorder.

Н.Э. Косых^{1,2}, С.З. Савин¹, Е.В. Солодка²
**ЭТНОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА
СРЕДИ ПОДРАСТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ
И ДАЛЬНОГО ВОСТОКА ПРИ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА¹**

¹Тихоокеанский государственный университет, ²Дальневосточный государственный медицинского университета (Хабаровск).

Резюме. В обзоре анализируются литературные источники о возможных демографических последствиях пандемии коронавируса, вызванных ростом психической заболеваемости детей и подростков. Изучаются причины и факторы риска высокой суицидальности у подрастающего поколения коренных народов Севера Сибири и Приамурья Дальнего Востока.

Ключевые слова: психическое здоровье, пандемия, депрессивные расстройства (ДР), факторы риска, демографический ущерб, суициды, коренное население, подростки, Приамурье.

Введение. Растущая в эпоху пандемии коронавируса социально-экономическая значимость ущерба от депрессивных расстройств, а также реальные планы успешной борьбы против суицидального поведения являются основными факторами, обуславливающими не ослабевающий исследовательский интерес к этой все более актуальной патологии психической сферы [3, 12, 16, 26, 30, 40]. Проблемы борьбы с ДР в период пандемии вызваны их расширяющейся распространённостью, сложностью превентивной диагностики и, прежде всего, все возрастающим риском самоубийств и связанными с этим экономическим ущербом и необратимыми демографическими потерями [4, 6, 7, 10, 15, 28, 33]. Станет ли коронафобия и «психическая пандемия» [37] постоянными спутниками большинства населения планеты, либо человечество сравнительно быстро залечит раны и жизнь вернется в прежнее русло, покажут ближайшие год-два.

Цель исследования. Выявить по литературным источникам факторы развития депрессий и суицидов среди наиболее уязвимых групп населения, проживающих на Дальнем Востоке России, и выяснить причины и факторы риска девиантного и суицидального поведения подростков коренных народов Севера вследствие депрессивных расстройств в период самоизоляции по пандемическим причинам.

Методология исследования. Проведение систематического поиска научных публикаций, демографических показателей и медико-статистической информации по вопросам распространённости самоубийств среди подрастающего поколения коренных народов, причин и факторов риска. Для поиска литературы использованы электронные базы Google Scholar, Elibrary, Pubmed и Medline, и электронные ресурсы официальных государственных сайтов. Глубина научного поиска 12 лет, период поиска 2009-2021 гг.

¹Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00018.

Результаты и обсуждение. В большинстве экономически развитых стран депрессии и до пандемии КОВИД-19 занимали 1-2 места среди причин нездоровья психического характера [4, 29, 30, 32]. При этом ежегодно от самоубийств во всём мире погибало до 1 млн чел. [44]. На сегодняшний день суициды занимают одно из ведущих мест в структуре преждевременной смертности населения, поскольку максимум их частоты приходится на молодую, работоспособную и социально активную возрастную группу населения [2, 12, 16, 17, 25, 27, 30, 42].

Негативные последствия пандемии приведут к росту случаев депрессии, самоубийств, домашнего насилия, алкоголизма и т. д. [6, 10, 13, 15, 28, 31, 37]. Социологи и психологи предостерегают «тектонические сдвиги», которые произойдут в поведении людей после окончания пандемии [33, 34, 38, 39, 41, 43, 45]. Естественная убыль населения РФ на фоне пандемии COVID-19 в январе-октябре 2020 г. составила 468 тыс. человек, почти вдвое превышая показатели аналогичного периода 2019 г. (259,6 тыс. человек) [23].

Выявить вклад ДР в демографический ущерб стран и регионов пока можно только экспертными оценками [1, 6, 9, 28, 39]. Никто не знает, когда закончатся пандемия и карантин, а также, как это все скажется на мировой и региональной экономике, можно уверенно полагать, что психологический дискомфорт людей будет в ближайшее время только расти [4, 6, 10, 15, 34, 43, 46]. Основные факторы пост-ковидного дистресса: боязнь заразиться, опасения за здоровье близких, карантин, безработица, финансовые проблемы, социальная изоляция [6, 13, 15, 28, 33, 37]. COVID-19 и связанный с этим режим самоизоляции проявил ряд психических расстройств населения – тревожность, депрессия, неврозы, склонность к суициду [6, 9, 13, 33, 38, 39, 43]. Наиболее незащищенными в этой ситуации являются дети, пенсионеры, а также люди, страдающие психическими заболеваниями, которые не смогли оперативно получить специализированную помощь в связи с возникшими сложностями плановой госпитализации [7, 39, 41, 43, 46]. Причем риски в разных возрастных когортах диаметрально противоположны: для коронавируса – это пожилое население начиная с 65 лет [13, 15, 43], а для депрессий – подростки и молодежь до 19 лет [28, 33, 45]. Вычленив демографические потери отдельно от COVID-19, отдельно от депрессий также пока можно лишь на качественном уровне [6, 9, 33, 43]. Но спрогнозировать потенциально «слабые места» удаленных территорий России в медико-демографическом, социально-психологическом, этно-географическом плане вполне возможно уже сейчас.

Так, среди коренных народов, проживающих на Крайнем Севере и Приамурье России, на протяжении последних десятилетий регистрируются непропорционально высокие показатели самоубийств [3, 5, 8, 14, 19, 26]. Выявлено, что социально-экономический, медико-демографический и эпидемический кризисы на территориях компактного проживания коренных малочисленных народов Крайнего Севера и Приамурья сопровождаются ростом числа психических расстройств, содержащих в своих клинических проявлениях депрессивный симптомокомплекс, являющийся наиболее суицидоопасным [12, 16, 18, 24]. Наибольшая частота суицида наблюдается у подростков 15-18 лет и молодежи в возрастном диапазоне 19-29 лет [2, 11]. У этой категории суицидентов на одну

смерть приходится до 200 нереализованных суицидальных попыток [16, 21, 25]. Установлено, что лишь у 10% подростков в случае самоубийства имеется истинное желание покончить собой, в остальных 90% суицидальные действия носят демонстративный характер [11, 25]. В [20] рассмотрены когнитивные факторы риска на примере сравнительной характеристики психических процессов у детей коренного и некоренного населения, проживающих в Республике Саха (Якутия). Выявлено, что у детей коренного населения имеются типологические особенности высшей нервной деятельности, которые заключаются в меньшей подвижности психических процессов и правополушарной доминантности в функционировании ЦНС [24]. Эти факторы лежат в основе сниженной динамической адаптации коренных северных народов и их повышенной уязвимости в отношении социальных дистрессов [18, 21, 25]. В [14, 18, 21] исследованы причины и факторы риска суицидального поведения у коренных народов Сибири и Заполярья. Изучение уровня жизни у подрастающих представителей коренных популяций Сибири – алтайцев, бурят, тувинцев, якутов, эвенов, эвенков по основным социально-экономическим показателям регионов показало роль социально-экономических факторов в формировании агрессивного и аутоагрессивного поведения подростков [1, 2, 3, 5, 8, 11, 14, 19]. Проведенный динамический анализ социально-экономических характеристик выявил высокий уровень безработицы, критическую численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, низкие среднедушевые доходы и потребительские расходы населения в четырех национальных субъектах РФ – республике Алтай, республике Тыва, республике Саха (Якутия) и Забайкальском крае за период с 2005 по 2016 гг. [14, 18, 21]. Методом анонимного анкетирования был обследован 781 подросток разных этнических групп: 181 якут, 63 эвена и эвенка, 103 алтайца, 228 бурят, 206 тувинцев. Якуты, эвены и эвенки проживают в северных районах Сибири, алтайцы, буряты и тувинцы – в южных (средний возраст составил 16,5 лет). Изучены три группы факторов: семейные факторы риска (материально-бытовые проблемы семьи; проблемы внутрисемейных отношений; наличие конфликтов в семье; алкоголизация родителей); риски, связанные с системой взаимоотношений (проблемы в отношениях с родителями; учителями; со сверстниками; с противоположным полом); риски девиантности (употребление алкоголя и/или психоактивных веществ (ПАВ); наличие друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ; наличие друзей с криминальными наклонностями) [5, 21, 25]. Установлено, что уровень жизни населения, проживающего в национальных субъектах РФ, значительно ниже, чем в среднем по стране. Показатель безработицы составляет 10,8–12,0% (по РФ 5,5%); доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума достигает 42,1% (по РФ 13,4%); среднедушевые доходы населения ниже более чем в 2 раза. Представители коренных популяций составляют беднейшую часть населения национальных субъектов: показатель безработицы среди них доходит до 36,6%, а доля семей, живущих за чертой бедности 78,3% [1, 18]. Именно в национальных субъектах РФ регистрируются высокие показатели смертности от неестественных причин, превышающие общероссийские значения в 2,5 раза, уровень суицида превышает среднее значение по России в 2–2,5 раза [18]. Вы-

сок уровень преступности: число зарегистрированных преступлений – разбоев, грабежей, убийств, изнасилований – превышает общероссийский показатель в 3-9 раз [21]. Выявлены тесные корреляционные взаимосвязи между низким уровнем жизни и высокими показателями смертности от убийств и самоубийств [1, 8, 18]. Наиболее информативным индикатором агрессивного и аутоагрессивного девиантного поведения является величина среднедушевых доходов населения, которая обратно пропорционально коррелирует с уровнем смертности от убийств [1, 11, 21]. Удручающее ухудшение состояния психического здоровья населения отмечалось накануне пандемии в Приамурье, особенно в районах компактного проживания малых коренных народов, прежде всего в связи с негативным влиянием на них научно-технического прогресса (пьянство, алкоголизм, преступность, агрессивность) [11, 12, 22, 36]. С начала XXI века каждый второй среди умерших представителей коренной национальности погиб от бытовых травм, убийств и самоубийств, что почти в 4 раза превышает средние показатели по стране [12]. По эпидемиологическим данным [16, 23], распространенность депрессий в популяции 15-20-летних дальневосточников еще до пандемии составляла от 8 до 20%, что более 50% всей психической заболеваемости подросткового и юношеского возраста, а пик суицидов приходился на возрастную группу от 15 до 25 лет.

Проведенные исследования показали, что депрессивные расстройства у подростков представляют гетерогенную группу расстройств, диагностика и терапия которых до сих пор представляет собой сложную клиническую и организационную задачу [2, 11, 25, 29, 35, 42]. От 10 до 20% подростков потенциально испытывают серьёзные ДР, однако нередко они остаются нераспознанными. Распространённость подобного рода нарушений на протяжении прожитой жизни составляет 20,4%, а на момент осмотра депрессия была выявлена лишь у 2,9% подростков. Приведенные показатели свидетельствуют о возрастании частоты депрессивных, в частности, непсихотических, расстройств у подростков в последние десятилетия. Среди самых важных и актуальных этносоциальных рисков для коренных жителей Приамурья Хабаровского края можно выделить рост количества семей с одним родителем; все большую ассимиляцию с русским и прочим пришлым населением; деформацию гендерно-возрастной структуры коренных малых народов Севера (КМНС), что приводит к усложнению поиска возможных невест и женихов. При этом увеличение количества неженатых мужчин и незамужних женщин, вызванное усложнением транснациональных матримониальных союзов среди представителей различных этнических групп Дальнего Востока; все больший отрыв воспитания и обучения подрастающего поколения КМНС от традиционных форм хозяйствования, рост увеличения случаев внебрачной рождаемости и смешанных браков, прочие этнокультуральные репродуктивные и демографические факторы провоцируют рецидивы суицидального поведения [5, 8, 11, 14, 22, 26].

В целом уровень суицидов в Приамурье превышает все регионы Дальнего Востока, а дополнительный негативный эффект депрессий усугубляется их преимущественным распространением в северных районах, зонах нового промышленного освоения и проживания народностей Севера, где отмечается запазды-

вание социально-гигиенических мероприятий, относительно низкий уровень инфраструктуры здравоохранения, высокая детская смертность, широко распространены гельминтозы и инфекционные заболевания, алкоголизм, провоцирующие ДР [12, 22, 36]. Среди подростков Приамурья еще до пандемии достоверно чаще встречалась форма реагирования на стресс по типу аутоагрессивной (62,0%), что выражалось в переживании ими чувства вины с мыслями о самоуничтожении и самонаказании. При нахождении в конфликтной ситуации они пытались любыми способами выйти из нее, а не вступать в конфликт. Это формировало у них аутоагрессивное поведение, в том числе суицидальное [11, 22]. На втором месте реакций на стресс оказалась экспрессия с выраженной агрессией вовне (10,0%). Эти подростки активно стремились сами изменить субъективно мучительную для себя ситуацию. Суицидоопасное поведение в этих случаях носило преимущественно демонстративно-шантажный характер и развивалось редко. Было выявлено, что этносоциальным фактором риска суицидального поведения у подростков является смена образа жизни, приведшая к трансформации семьи и снижению ее воспитательной функции. Этнокультурным фактором является фрустрация ведущей потребности – аффилиативной, т. е. потребности в отношениях, самой важной для коренного этноса как для представителей культуры коллективистского типа [2, 5]. При наличии прочих дополнительных факторов (грубость или черствость со стороны педагога, отвергаемость школьным коллективом) риск суицидального поведения возрастает и становится реальным [8, 11, 22].

Заключение. Таким образом, в результате экспертно-аналитического исследования выявлены наиболее уязвимые в период пандемии КОВИД-19 группы населения Приамурья Дальнего Востока России, которые представлены коренным этносом, и особенно подрастающее поколение, склонное к депрессивным нарушениям. Душевное здоровье молодёжи резко ухудшилось: подростки пережили тяжелый стресс, нанесенный серьезным ударом по психическому здоровью ряда предшествующих поколений, усугубленному короновирусной инфекцией, что клинически проявляется высоким уровнем психических болезней, алкоголизма, наркомании, смертностью от неестественных причин, прежде всего, суицида. Возможно, особенности клинической структуры ДР и уровень суицидов больше зависят не от степени депрессивности региона, когда его социально-экономическая система испытывает сложности в период пандемии, а от культуральных традиций, общественного сознания по отношению к психическим расстройствам и уровня психиатрической помощи. А клинический тип формы депрессивного поведения зависит от этнокультуральных традиций и общественного сознания общества.

Знание причин и факторов риска суицидального поведения необходимы для разработки профилактических мероприятий по предотвращению депрессий и самоубийств в период пандемии. Опыт, накопленный в России и за рубежом, может быть полезен для правильного понимания социальных процессов, происходящих в коренных популяциях на современном этапе развития общества, и поможет выработать стратегию профилактики самоубийств среди коренных народов, проживающих в Приамурье Хабаровского края.

Необходима организация при общеобразовательных учреждениях в местах компактного проживания коренных народов Севере и Приамурья служб психологического сопровождения для оказания помощи школьникам, оказавшимся в кризисной ситуации во время карантина. Временной график работы этой службы должен быть вынесен за рамки учебного процесса и может быть реализован на индивидуальных и групповых тренингах и онлайн консультациях. Результатом превентивных мер станет сохранение этнического разнообразия населения Приамурья Дальнего Востока России.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1.Артемьев И.А., Бохан Н.А., Владимирова С.В. Бедность и психические расстройства в регионах Сибири и Дальнего Востока // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т.29, № 4. – С.68-72.

2.Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. – 2015. – №4(21). – С. 21-32.

3.Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н., Рахмазова Л.Д., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Репецкий Д.Н. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу // Суицидология. – 2017. – № 1(26). – С. 68-76.

4.Гутерриш А. Услуги в области психического здоровья – неотъемлемая часть правительственных мер реагирования на COVID-19. Организация Объединенных Наций. URL: <https://www.un.org/ru/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19>(дата обращения: 26.01.202).

5.Дуткин М.П. Этнокультуральные факторы суицидального поведения // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2017. – № 4(09). – С. 42-45.

6.Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 // Журнал Психолого-Педагогические исследования. – 2020. – № 12(2). – С. 108-126.

7.Жмеренецкий К.В., Сазонова Е.Н., Воронина Н.В., Томилка Г.С., Сенькевич О.А., Гороховский В.С., Дьяченко С.В., Кольцов И.П., Куцый М.Б. COVID-19: Только научные факты // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – № 1. – С. 5-22.

8.Захаров Н.Б., Соловьев А.Г. Модель психосоциальной терапии и реабилитации для региона с низкой бюджетной обеспеченностью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т.29, № 4. – С.35-41.

9.Левкова Е.А., Савин С.З. Проблемы создания прогностических моделей пандемии коронавирусной инфекции COVID19 // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2021. – Т. 25, № 1. – С.31-38.

10.Левкова Е.А., Савин С.З., Сепиашвили Р.И. Коронавирусная инфекция: мифы и реальность // Вестник последипломного медицинского образования. – 2020. – № 4. – С.29-31.

11.Логинов И.П., Савин С.З., Солодка Е.В., Богданов Н.А., Сунпэй Чжан.

Превентивное выявление депрессивных расстройств у подростков // Дальневосточный медицинский журнал. – 2019. – № 2. – С. 36-39.

12. Логинов И. П., Солодкая Е. В. Мониторинг суицидальной ситуации в Приамурье // Уровень жизни населения регионов России. – 2017. – № 2(204). – С. 101-106.

13. Луковцева З.В. Пандемия COVID-19 как социальный стрессор: факторы психолого-психиатрического риска (по материалам зарубежных исследований) // Социальная психология и общество. – 2020. – Т. 11, № 4. – С. 13-25.

14. Любов Е.Б., Сумароков Ю.А., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России // Суицидология. – 2015. – № 3(20). – С. 23-30.

15. Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19 // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – № 2. DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536.

16. Самоубийства и их профилактика в России, 2019 год: основные факты. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php> (дата обращения: 26.02.2021).

17. Семёнова Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 1(26). – С. 17-34.

18. Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: Социально-экономические факторы риска // Суицидология. – 2018. – Т. 9, № 3(32). – С. 30-40.

19. Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: смена традиционного образа жизни // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 4(29). – С. 31-42.

20. Семёнова Н. Б. Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 1(10). – С. 28-32.

21. Семёнова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: Социальные факторы риска // Суицидология. – 2018. – Т. 9, 4(33). – С. 3-16.

22. Солодкая Е.В., Логинов И.П., Савин С.З., Ван К. Информативная значимость факторов риска непсихотических депрессивных расстройств у подростков (сравнительное исследование) // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 4. – С. 53-57.

23. Социально-экономическое положение России. январь-ноябрь 2020 года. = М.: Федеральная служба государственной статистики. 2021. – 396 с.

24. Сыроковашина К.В., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В., Александрова Н.А., Терехина С.А., Нуцкова Е.В., Федонкина А.А., Чибисова И.А., Шкитырь Е.Ю. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз) // Психология и право. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 71-84.

25. Хритинин Д.Ф., Самохин Д.В., Гончарова Е.М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 86(1). – С. 9-15.

26.Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // Проблемы развития территории. – 2019. – № 3(101). – С. 76-96.

REFERENCES

1.Artem'ev I.A., Bohan N.A., Vladimirova S.V. Bednost' i psichicheskie rasstrojstva v regionah Sibiri i Dal'nego Vostoka // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2019. – T.29, № 4. – S.68-72.

2.Bannikov G.S., Pavlova T.S., Koshkin K.A., Letova A.V. Potencial'nye i aktual'nye faktory riska razvitija suicidal'nogo povedenija podrostkov (obzor literatury) // Suicidologija. – 2015. – №4(21). – S. 21-32.

3.Bohan N.A., Mandel' A.I., Kuznecov V.N., Rahmazova L.D., Aksenov M.M., Perchatkina O.Je., Repeckij D.N. Alkogolizm i faktory suicidal'nosti sredi korenogo naselenija rajonov, priravnennyh k Krajnemu Severu // Suicidologija. – 2017. – № 1(26). – S. 68-76.

4.Guterrish A. Usługi v oblasti psicheskogo zdorov'ja – neot#emlemaja chast' pravitel'stvennyh mer reagirovanija na COVID-19. Organizacija Ob#edinennyh Nacij. URL: <https://www.un.org/ru/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19>(data obrashhenija: 26.01.202).

5.Dutkin M.P. Jetnokul'tural'nye faktory suicidal'nogo povedenija // Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M.K. Ammosova. Serija: Medicinskie nauki. – 2017. – № 4(09). – S. 42-45.

6.Enikolopov S.N., Bojko O.M., Medvedeva T.I., Voroncova O.Ju., Kaz'mina O.Ju. Dinamika psihologicheskikh reakcij na nachal'nom jetape pandemii COVID-19 // Zhurnal Psihologo-Pedagogicheskie issledovanija. – 2020. – № 12(2). – S. 108-126.

7.Zhmereneckij K.V., Sazonova E.N., Voronina N.V., Tomilka G.S., Sen'kevich O.A., Gorohovskij V.S., D'jachenko S.V., Kol'cov I.P., Kucyj M.B. COVID-19: Tol'ko nauchnye fakty // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2020. – № 1. – S. 5-22.

8.Zaharov N.B., Solov'ev A.G. Model' psihosocial'noj terapii i rehabilitacii dlja regiona s nizkoj bjudzhetnoj obespechennost'ju // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2019. – T.29, № 4. – S.35-41.

9.Levkova E.A., Savin S.Z. Problemy sozdaniya prognosticheskikh modelej pandemii koronavirusnoj infekcii COVID19 // Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Serija: Medicina. – 2021. – T. 25, № 1. – S.31-38.

10.Levkova E.A., Savin S.Z., Sepiashvili R.I. Koronavirusnaja infekcija: mify i real'nost' // Vestnik posle diplomnogo medicinskogo obrazovanija. – 2020. – № 4. – S.29-31.

11.Loginov I.P., Savin S.Z., Solodkaja E.V., Bogdanov N.A., Sunpjei Chzhan. Preventivnoe vyjavlenie depressivnyh rasstrojstv u podrostkov // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2019. – № 2. – S. 36-39.

12.Loginov I. P., Solodkaja E. V. Monitoring suicidal'noj situacii v Priamur'e // Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii. – 2017. – № 2(204). – S.101-106.

13.Lukovceva Z.V. Pandemija COVID-19 kak social'nyj stressor: faktory psihologo-psihiatricheskogo riska (po materialam zarubezhnyh issledovanij) // Social'naja psihologija i obshhestvo. – 2020. – T. 11, № 4. – S. 13-25.

14.Ljubov E.B., Sumarokov Ju.A., Konoplenko Je.R. Zhiznestojkost' i faktory

riska suicidal'nogo povedenija korennyh malochislennyh narodov Severa Rossii // Suicidologija. – 2015. – № 3(20). – S.23-30.

15.Mosolov S.N. Aktual'nye zadachi psixiatricheskoj sluzhby v svjazi s pandemiej COVID-19 // Sovremennaja terapija psichicheskikh rasstrojstv. – 2020. – № 2. DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536.

16.Samoubijstva i ih profilaktika v Rossii, 2019 god: osnovnye fakty. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0823/suicide.php> (data obrashhenija: 26.02.2021).

17.Semjonova N.B. Rasprostranennost' i faktory riska samoubijstv sredi korennyh narodov: obzor zarubezhnoj literatury // Suicidologija. – 2017. – T.8, № 1(26). – S. 17-34.

18.Semjonova N.B. Prichiny suicidal'nogo povedenija u korennyh narodov Sibiri: Social'no-jekonomicheskie faktory riska // Suicidologija. – 2018. – T. 9, № 3(32). – S. 30-40.

19.Semjonova N.B. Prichiny suicidal'nogo povedenija u korennyh narodov Sibiri: smena tradicionnogo obraza zhizni // Suicidologija. – 2017. – T. 8., № 4(29). – S. 31-42

20.Semjonova N. B. Kognitivnye faktory riska suicidal'nogo povedenija u korennyh narodov Severa // Suicidologija. – 2013. – T. 4., № 1(10). – S.28-32.

21.Semjonova N.B. Suicidal'noe povedenie u detej i podrostkov korennyh narodov Sibiri: Social'nye faktory riska // Suicidologija. – 2018. – T. 9, 4(33). – S. 3-16.

22.Solodkaja E.V., Loginov I.P., Savin S.Z., Van K. Informativnaja znachimost' faktorov riska nepsihoticheskikh depressivnyh rasstrojstv u podrostkov (sravnitel'noe issledovanie) // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2018. – № 4. – S. 53-57.

23.Social'no-jekonomicheskoe polozhenie Rossii. janvar'-nojabr' 2020 goda. = M.: Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. 2021. – 396 s.

24.Syrovkashina K.V., Oshevskij D.S., Badmaeva V.D., Dozorcheva E.G., Makushkin E.V., Aleksandrova N.A., Terehina S.A., Nuckova E.V., Fedonkina A.A., Chibisova I.A., Shkityr' E.Ju. Faktory riska formirovanija suicidal'nogo povedenija u detej i podrostkov (po rezul'tatam analiza regional'nyh posmertnyh sudebnyh jekspertiz) // Psihologija i pravo. – 2019. – T. 9, № 1. – S. 71-84.

25.Hritinin D.F., Samohin D.V., Goncharova E.M. Suicidal'noe povedenie v strukture depressivnyh rasstrojstv u lic molodogo vozrasta // Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii. – 2015. – № 86(1). – S. 9–15.

26.Shmatova Ju.E. Dinamika statisticheskikh i sociologicheskikh pokazatelej sostojanija psichicheskogo zdorov'ja naselenija Rossii // Problemy razvitija territorii. – 2019. – № 3(101). – S. 76-96.

27.Allen J., Hopper K., Wexler L. et al. Mapping resilience pathways of indigenous youth in five circumpolar communities // Transcult. psychiatry. – 2014. – № 51. – P. 601-631.

28.Barber S.J., Reed L., Syam N., Jones N. Severe mental illness and risks from COVID-19. 2020. URL: <https://www.cebm.net/covid-19/severe-mental-illness-and-risks-from-covid-19> (data obrashhenija: 16.02.2021).

29.Benatov J., Nakash O., Chen-Gal S., Brunstein-Klomek A. The Association Between Gender, Ethnicity and Suicidality Among Vocational Students in Israel //

Suicide Life Threat Behav. – 2017. – V. 47, №6. – P.647-659.

30.Calear A.L. Christensen H., Freeman A.A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth // European Child and Adolescent Psychiatry. – 2016. – № 25(5). – P. 467-482.

31.Chung D.T., Ryan C.J., Hadzi-Pavlovic D., Large M.M., Singh S.P., Stanton C. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A Systematic review and meta-analysis // JAMA Psychiatry. – 2017. – № 74(7). – P. 694-702.

32.Ducasse D., Dassa D., Guillaume S., Olie E., Courtet P., Loas G., Gramaglia C., Zeppegno P. Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: A meta-analysis // Depression and Anxiety. – 2018. – №35(5). – P. 382-392.

33.Giattino C., Ritchie H., Roser M., Ortiz-Ospina E., Hasell J. Excess Mortality During the Coronavirus Pandemic (COVID-19) // Our World in 2020. URL: <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>. (дата обращения: 16.02.2021).

34.Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter H., Heinz A., Brandt L. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2020). URL: <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>. (дата обращения: 26.02.2021).

35.Kue Young T., Revich B., Soininen L. Suicides in the circumpolar regions // Suicidology. – 2015. – № 3 (20). – P. 20-23.

36.Loginov I., Solodkaia E., Savin S., Jian Hu. Trans-cultural research of suicidal behavior in adolescents from Far East of Russia and northern China // European Psychiatry. – 2015. – № 30. – P. 1807.

37.Nye J. Mood Disorders Affect Ability to Adapt to Changes Due to COVID-19. 2020. URL: <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/mood-disorders/mood-disorders-affect-ability-to-adapt-to-changes-due-to-covid-19/> (дата обращения: 16.02.2021).

38.Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations // General Psychiatry. – 2020 – № 33(2): e100213. DOI:10.1136/gpsych-2020-100213.

39.Shinn A.K., Viron M. Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness // J Clin Psychiatry. – 2020. – № 81(3). – P. 0–0.

40.Statistics Canada. Mortality, by selected causes of death (ICD-10) and sex, five-year average, Canada and Inuit regions, every 5 years. CANSIM Table 102-0704. URL: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil> data. (дата обращения: 26.02.2021)

41.The Inequality Virus. Bringing together a world torn apart by coronavirus through a fair, just and sustainable economy. Published by Oxfam GB for Oxfam International. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK. DOI: 10.21201/2021.6409.

42.The Lancet Child Adolescent Health. Suicide in Indigenous youth: an unmitigated crisis. //Abstracts Lancet Child Adolesc. Health. – 2019. – № 3(3). – P. 129. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30034-3.

43.Viglione G. How Many People Has the Coronavirus Killed? // Nature. –2020. – №585. – P. 22–24. URL: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02497-w>.

(дата обращения: 6.02.2021) .

44.WHO Mortality Database. World Health Organisation Mortality Database. World Health Organization. URL: https://www.who.int › healthinfo › mortality_data. (дата обращения: 26.02.2021).

45.Xiang Y-T., Zhao Y-J., Liu Z-H., Li X-H., Zhao N., Cheung T. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform // Int J Biol Sci. – 2020. – №16 (10). – P. 1741-4.

46.Yao H., Chen J-H., Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic // Lancet Psychiatry. – 2020. – № 7(4): e21.

N.E. Kosykh^{1, 2}, S.Z. Savin¹, E.V. Solodkaia²

ETHNODEMOGRAPHIC ASPECTS OF THE SPREAD OF DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS AMONG THE YOUNGER POPULATION OF SIBERIA AND THE FAR EAST IN THE CORONAVIRUS PANDEMIC

¹Pacific National University, ²Far Eastern State Medical University (Khabarovsk).

Summary. The review analyzes the literature sources on the possible demographic consequences of the coronavirus pandemic caused by the increase in the mental morbidity of children and adolescents. The causes and risk factors of high suicidality in the younger generation of the indigenous peoples of the North of Siberia and the Amur region of the Far East are studied.

Keywords: pandemic, depressive disorders (DD), suicidal risk, demographic damage, indigenous population, adolescent, Russia.

А.Н. Белова, Т.В. Жилиева, В.В. Борзиков, А.Н. Кузнецов
ОБЗОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ²

**Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр
(Нижний Новгород).**

Резюме. Эмоциональная дисрегуляция (ЭДР) занимает важное место в клинической картине расстройств аутистического спектра (РАС) и лежит в основе множества проблем, характерных для лиц с аутизмом. Было продемонстрировано, что у детей с РАС выраженность ЭДР коррелирует с тяжестью аутизма и с его ключевыми проявлениями. Поэтому развитие подходов к коррекции ЭДР и развитию навыков эмоциональной регуляции относится к приоритетным задачам помощи детям и взрослым с РАС. В связи с этим представляется актуальной разработка специализированных валидных психометрических инструментов для оценки эффективности методов коррекции ЭДР при РАС. Данный обзор литературы посвящен анализу имеющихся к настоящему времени психодиагностических методик, которые могут применяться в научных исследованиях и практической работе при оценке нарушений эмоциональной регуляции при РАС у детей и подростков. В связи с тем, что большинство этих инструментов не имеет русскоязычной адаптации, их перевод на русский язык и валидизация, а также создание надежных и удобных новых инструментов измерения ЭДР имеют в России особую актуальность.

Ключевые слова: нарушения эмоциональной регуляции, расстройства аутистического спектра, психометрические инструменты, эмоциональная дисрегуляция.

2. Оценка проявлений ЭДР у детей и подростков с РАС инструментами, разработанными для оценки симптомов аутизма. Следует учитывать, что инструменты оценки психопатологических проявлений, которые были разработаны для детей с нормальным развитием, а также скрининговые методики не адаптированы для РАС и не охватывают весь спектр симптомов, характерных для аутизма [52, 62]. В частности, при РАС сложности с оценкой тревоги возникают вследствие коммуникативного дефицита, свойственного этим состояниям, трудностей различения симптомов тревожности и других симптомов, свойственных аутизму, а также своеобразных поведенческих проявлений тревоги у детей и подростков с РАС [64]. В связи с этим у представленных ниже методик, разработанных специально для работы с детьми, имеющими РАС, есть несомненные преимущества.

Опросник **Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits** (BISCUIT), или Скрининг детей и младенцев с аутистическими проявлениями, был разработан для оценки симптомов РАС и проведения мониторинга у детей в возрасте 17-37 месяцев [55, 56]. Состоит из трех частей: часть 1 (62 пункта) предназначена для ранней диагностики РАС, в том числе первазивного расстройства развития без дополнительных уточнений (PDD-NOS), имеется русскоязычная версия [14]; часть 2 (65 пунктов) оценивает эмоциональные затруднения, характер-

²Окончание. Начало. см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4.

ные для аутизма; часть 3 (17 пунктов) предназначена для оценки нарушений поведения у детей с РАС. Для количественной оценки ЭДР используют 2-ю часть опросника BISGUIТ, которая продемонстрировала корреляцию баллов с диагностическими категориями аутизма [55, 57]. Пункты 2-й части оценивают широкий спектр симптомов, в том числе ассоциированных с ЭДР. Он заполняется специально обученным профессионалом на основании расспроса родителей или ухаживающего лица. Были разработаны возраст-зависимые нормы и пороговые значения (в баллах) как для суммарного балла, так и для сфер, отражающих наиболее часто встречающиеся при РАС психопатологические проявления (агрессивное/деструктивное поведение, нарушения внимания/импульсивность, нарушения сна и приема пищи, избирательное поведение, тревожность и стереотипии) [50, 55, 56].

Для оценки проявлений ЭДР у детей более старшего возраста может применяться **рейтинговая шкала детского аутизма – CARS** (Shopler E., et al., 1986) [75]. Она подходит всем детям с РАС в возрасте от 2 до 15 лет для количественной оценки выраженности аутистической симптоматики, является диагностической, разработана специально для РАС, проводится психиатром и включает оценку таких проявлений ЭДР, как эмоциональный ответ, тревожные реакции и страхи, адаптация к изменениям, вербальная и невербальная коммуникация, взаимоотношения с людьми. Каждый из 15 параметров шкалы, в том числе представленные выше, оценивается по 4-балльной шкале (1-4 балла), возможные итоговые суммарные оценки CARS могут варьировать от 15 до 60 баллов. Шкала переведена на русский язык экспертами одной из благотворительных организаций, представлена на электронном ресурсе и применялась с научно-исследовательской целью в ряде отечественных исследований [5].

Кроме того, в России была разработана и апробирована **шкала количественной оценки детского аутизма у детей в возрасте 6-12 лет**, которая продемонстрировала высокие показатели ретестовой надежности и достоверное наличие корреляции при сравнении с CARS [20], поэтому данная методика также может применяться для оценки различных проявлений ЭДС у детей с РАС.

3. Инструменты, разработанные специально для измерения ЭДР у лиц с РАС Первым и пока единственным инструментом, разработанным целенаправленно для измерения ЭДР у лиц с РАС, стал **Опросник эмоциональной дисрегуляции, или EmotionDysregulationInventory (EDI)** [61, 62]. Предназначен для опроса родителей либо других представителей детей, подростков и лиц молодого возраста с РАС. Помогает оценить выраженность эмоционального дистресса и проблем с ЭР. В отличие от многих других опросников, заполнение которых основано на получаемой от обследуемого словесной информации, EDI не требует вербального общения. Это представляется очень важным, поскольку дети с РАС нередко имеют задержку речевого развития либо испытывают трудности с вербализацией своих эмоций [51].

EDI разрабатывался в соответствии с концепцией Информационной системы оценки результатов, основанной на отчетах пациентов (Patient-ReportedOutcomesMeasurementInformationSystem, или PROMIS) Национального института здоровья США [33, 34]. Согласно этой концепции, при разработке инструмента, предназначенного для опроса пациентов, предполагается наличие четырех уровней иерархии: основное предназначение опросника (сфера оцен-

ки), субшкалы, соответствующие этим субшкалам факторы и пункты [33]. Первоначально авторами были сформулированы 66 высказываний (пунктов), которые описывали индикаторы нарушенной или неэффективной регуляции эмоций, получаемые путем наблюдения, и охватывали широкий спектр проявлений ЭДР различной степени выраженности. Формулировки пунктов опросника подбирались таким образом, чтобы 1) дать возможность оценивать полный спектр проявлений ЭДР (различные проявления и разные уровни тяжести); 2) позволить проводить оценку вне зависимости от уровня речевого развития; 3) быть релевантными по отношению и к детям, и к взрослым. Пункты опросника отражали такие факторы, как негативные эмоции, тревожность, реактивность, эмоциональная ригидность; факторы, в свою очередь, соответствовали субшкалам «аффективный опыт» и «аффективный контроль».

Исследование содержательной валидности опросника позволило авторам идентифицировать два основных аспекта, которые оценивает EDI у лиц с РАС: эмоциональная реактивность и дисфория. Термин «реактивность», по мнению авторов, оптимален, так как отражает, с одной стороны, первичную эмоциональную реактивность (напр., быстроту эскалации и интенсивность негативного аффекта), с другой стороны, трудности с регуляцией негативных эмоций (устойчивость негативного эмоционального фона, сложности со снижением уровня раздражительности или интенсивности негативных эмоций). Термином «дисфория» авторы обозначают ангедонию в сочетании с пониженным фоном настроения и нервозностью.

В процессе валидации число пунктов было сокращено до 30 в полной компьютеризированной версии и 13 в краткой версии опросника. 24 пункта полной версии описывают «эмоциональную реактивность», 6 – «дисфорию». В краткой версии опросника вместо 24 пунктов, характеризующих реактивность, оставлено лишь 7 высказываний.

Для ответов на каждый пункт опросника предусмотрена 5-балльная шкала, позволяющая оценивать как частоту, так и выраженность проявлений. В результате такого подхода незначительные, на первый взгляд, проявления (например, вспышки гнева) могут рассматриваться как тяжелые, если возникают либо очень часто, либо являются очень интенсивными, либо очень продолжительны по времени, либо существенно мешают нормальной жизнедеятельности. В дополнение к текстовой оценочной шкале авторами предложена визуальная поддержка (изображение термометра с «ртутным столбиком», на котором можно отметить выраженность проявлений).

Исследование психометрических характеристик опросника было проведено с участием 1755 родителей или других представителей детей/подростков и молодых людей с РАС (возраст варьировал от 4 до 20 лет); были подтверждены валидность, тест-ретестовая надежность и чувствительность EDI [61, 62]. Опросник является эффективным и чувствительным методом оценки ЭДР при РАС, пригодным как для клинического использования, так и для применения в научных исследованиях вне зависимости от уровня речевого или интеллектуального развития обследуемых. Авторы указывают, что опросник наиболее подходит для оценки ЭР у лиц с РАС старше 5 лет. Кроме того, по мнению самих разработчиков EDI, необходимы дальнейшие исследования для уточнения чувствительности опросника [62].

Заключение. К настоящему времени разработано достаточно большое число неспецифических инструментов, которые дают возможность косвенно оценивать и количественно измерять нарушения ЭР при РАС у детей и подростков. Значительная часть этих инструментов не имеет русскоязычной адаптации. В России в практической работе для этой цели могут применяться специально разработанные российскими авторами методики, однако публикация результатов научных исследований с применением отечественных методов в англоязычной литературе может представлять определенные трудности.

Единственный инструмент, предназначенный непосредственно для оценки феномена ЭДР при РАС - **EDI**, может применяться в достаточно узком возрастном диапазоне (от 5 до 20 лет), что говорит об актуальности разработки новых методов или модификации существующей методики EDI для пациентов других возрастных категорий. Важно отметить, что практически все имеющиеся к настоящему времени инструменты предназначены для применения только в детском и подростковом возрасте (**EDI** потенциально применим у взрослых пациентов с РАС, однако изучение его валидности производилось лишь у пациентов в возрасте до 20 лет), что говорит об актуальности разработки и валидации соответствующих методик для взрослых пациентов с РАС.

Перевод на русский язык и валидизация существующих опросников, создание надежных и удобных новых инструментов измерения ЭДР, а также обоснование целесообразности одновременного использования нескольких тестов в рамках одной работы представляются необходимым этапом на пути разработки эффективных коррекционно-педагогических методик для детей с РАС, а также для изучения новых терапевтических стратегий (как медикаментозных, так и немедикаментозных) в отношении различных кластеров симптомов РАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей // УМК «Психология». – 2003. – 320 с.
2. Бреслав Г.М. Психология эмоций. - М.: Смысл; Академия, 2004. – С. 32-36.
3. Горюнова А.В. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей (лекция, часть 1) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016 (16). – № 1. – С. 86-96.
4. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. В 2 томах. Том 2. Развитие произвольных движений / Под. ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. – М.: Педагогика, 1986. — 297 с.
5. Касаткин В.Н., Шапошникова А.Ф., Письменная Н.В., Бородина Л.Г., Сударикова М.А. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Детский аутизм: исследования и практика. М.: Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков. – 2008. – С. 26-58.
6. Климаев Д.Г., Бардышевская М.К. Развитие регуляции эмоций у детей 6-10 лет с расстройствами аутистического спектра // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2007. – № 2. – С. 47-58.
7. Козловская Г.В., Воскресенская С.А., Иванов М.В. ГНОМ – психодиагностический тест для оценки психического развития детей младенческого и раннего возраста. В кн.: Диагностические тесты психологического и психонев-

рологического обследования детей первых лет жизни (нормативы, риск патологии, организация помощи). Методические рекомендации / Под ред. Г.В. Козловской. – М.: Медицинское информационное агентство, 2019. – С. 30-105.

8. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. – М.: Просвещение, 1989. – 95 с.

9. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – № 196 (1). – С. 22.

10. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма – М., 2000. – С. 6-28, 344-350.

11. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 2007. – 288 с.

12. Носарева М.А., Сунцов С.А. Нарушения эмоциональной сферы у детей с расстройством аутистического спектра // Мат-лы XI Международной студенческой науч. конф. «Студенческий научный форум» URL: <http://scienceforum.ru/2019/article/2018013567> (дата обращения: 22.05.2020).

13. Опросник Ахенбаха / перевод и адаптация Т.В. Корниловой, Е.Л. Григоренко, С.Д. Смирнова в НМЦ «ДАР» им. Л.С. Выготского (Москва) и Центром исследования проблем ребенка Йельского университета (Нью-Хевен, США), версия ЕГ 1-2. URL: http://www.miu.by/kaf_new/mpp/111.pdf (дата обращения: 17.05.2020).

14. Первушина О. Н., Земляная К. С., Мезенцева М. П. Адаптация опросника BISCUIT для ранней диагностики расстройств аутистического спектра. Психологический инструментарий 2019;12(2); 5-21

15. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25. № 4. – С. 71—93.

16. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Расстройства аутистического спектра // В кн.: Расстройства аутистического спектра у детей. Под ред. Симашковой Н.В. М.: Авторская академия. – 2013.

17. Симашкова Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н.В. Симашкова и др. под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 288 с.

18. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста. Сайт ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». URL: http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/doc/screen_an.pdf (дата обращения: 08.11.2019)].

19. Чудакова Л.Б. Тактика лечения детского аутизма // Украинский вестник психоневрологии. – 2004. – Т 22, вып. 3 (80).

20. Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6-12 лет при помощи шкалы клинической оценки детского аутизма // Психическое здоровье. – 2013. – № 5. – С 7-11.

21. Шевченко Ю. С., Северный А. А. Концепция многоуровневой терапии как идеология межпрофессионального взаимодействия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13). – №. 2. – С. 35-40.

REFERENCES

1. Bardyshevskaja M.K., Lebedinskij V.V. Diagnostika jemocional'nyh na-

rushenij u detej // UMK «Psihologija». — 2003. — 320 c.

2. Breslav G.M. Psihologija jemocij. - M.: Smysl; Akademija, 2004. — S. 32-36.

3. Gorjunova A.V. Autizm i rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej (lekcija, chast' 1) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. — 2016 (16). — № 1. — S. 86-96.

4. Zaporozhec A.V. Izbrannye psihologicheskie trudy. V 2 tomah. Tom 2. Razvitie proizvol'nyh dvizhenij / Pod. red. V.V. Davydova, V.P. Zinchenko. — M.: Pedagogika, 1986. — 297 s.

5. Kasatkin V.N., Shaposhnikova A.F., Pis'mennaja N.V., Borodina L.G., Sudarikova M.A. Opyt primeneniya standartizirovannyh diagnosticheskikh ocenочnyh shkal v kompleksnoj programme lechebno-korrekcionnoj pomoshhi detjam s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Detskij autizm: issledovaniya i praktika. M.: Centr psihologo-mediko-social'nogo soprovozhdeniya detej i podrostkov. — 2008. — S. 26-58.

6. Klimas' D.G., Bardyshevskaja M.K. Razvitie reguljacii jemocij u detej 6-10 let s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija. — 2007. — № 2. — S. 47-58.

7. Kozlovskaja G.V., Voskresenskaja S.A., Ivanov M.V. GNOM — psihodiagnosticheskij test dlja ocenki psihicheskogo razvitija detej mladencheskogo i rannego vozrasta. V kn.: Diagnosticheskie testy psihologicheskogo i psihonevrologicheskogo obsledovaniya detej pervyh let zhizni (normativy, risk patologii, organizacija pomoshhi). Metodicheskie rekomendacii / Pod red. G.V. Kozlovskoj. — M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2019. — S. 30-105.

8. Lebedinskaja K.S., Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R. Deti s narushenijami obshhenija: Rannij detskij autizm. - M.: Prosveshhenie, 1989. - 95 s.

9. Lebedinskij V.V., Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Jemotional'nye narusheniya v detskom vozraste i ih korrekciya. — M.: Izd-vo MGU, 1990. — № 196 (1). — S. 22.

10. Nikol'skaja O.S. Affektivnaja sfera cheloveka. Vzglyad skvoz' prizmu detskogo autizma — M., 2000. — S. 6-28, 344-350.

11. Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Autichnyj rebenok: Puti pomoshhi. M.: Terevinf, 2007. — 288 s.

12. Nosareva M.A., Suncov S.A. Narusheniya jemocional'noj sfery u detej s rasstrojstvom autisticheskogo spektra // Mat-ly XI Mezhdunarodnoj studencheskoj nauch. konf. «Studencheskij nauchnyj forum» URL: <http://scienceforum.ru/2019/article/2018013567> (data obrashheniya: 22.05.2020).

13. Oprosnik Ahenbaha / perevod i adaptacija T.V. Kornilovoj, E.L. Grigorenko, S.D. Smirnova v NMC «DAR» im. L.S. Vygotskogo (Moskva) i Centrom issledovaniya problem rebenka Jel'skogo universiteta (N'ju-Heven, SSHA), versija EG 1-2. URL: http://www.miu.by/kaf_new/mpp/111.pdf (data obrashheniya: 17.05.2020).

14. Pervushina O. N., Zemljanaja K. S., Mezenceva M. P. Adaptacija oprosnika BISCUIT dlja rannej diagnostiki rasstrojstv autisticheskogo spektra. Psihologicheskij instrumentarij 2019;12(2); 5-21

15. Pol'skaja N.A., Razvaljaeva A.Ju. Razrabotka oprosnika jemocional'noj disreguljacii // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. — 2017. — T. 25. № 4. — S. 71—93.

16. Simashkova N.V., Kljushnik T.P. Rasstrojstva autisticheskogo spektra // V kn.: Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. Pod red. Simashkovoju N.V. M.: Avtorskaja akademija. — 2013.

17. Simashkova N.V. Kliniko-biologicheskie aspekty rasstrojstv autisti-

cheskogo spektra / N.V. Simashkova i dr. pod red. N.V. Simashkovej, T.P. Kljushnik – M.: GJeOTAR-Media. – 2016. – 288 s.

18. Skriningovaja anketa dlja roditel'ev po vyjavleniju riska vozniknovenija narusenij psihicheskogo razviti'ja u detej rannego vozrasta. Sajt FGBNU «Nauchnyj centr psihicheskogo zdorov'ja». URL: http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/doc/screen_an.pdf (data obrashhenija: 08.11.2019)].

19. Chudakova L.B. Taktika lechenija detskogo autizma // Ukrainskij vestnik psihonevrologii. – 2004. – T 22, vyp. 3 (80).

20. Shaposhnikova A.F. Metodika obsledovanija detej 6-12 let pri pomoshhi shkaly klinicheskoi ocenki detskogo autizma // Psihicheskoe zdorov'e. – 2013. – № 5. – S 7-11.

21. Shevchenko Ju. S., Severnyj A. A. Konceptija mnogourovnevoj terapii kak ideologija mezhprofessional'nogo vzaimodejstvi'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2013 (13). – №. 2. – S. 35-40.

22. Achenbach T.M., Rescorla L.A. Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles // VT:University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families. Burlington. – 2001. – P. 16–17.

23. Achenbach T.M., Rescorla L.A. Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles. Burlington, VT:University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families. – 2000.

24. Achenbach T.M. Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles // VT: University of Vermont, Department of Psychology. Burlington. – 1991.

25. Achenbach T.M., Edelbrock, C.S. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile // University of Vermont. Burlington. – 1983.

26. Bearss K., Taylor C.A., Aman M.G., Whittemore R., Lecavalier L., Miller J., Pritchett J., Green B., Scahill L. Using qualitative methods to guide scale development for anxiety in youth with autism spectrum disorder // Autism. – 2016. – № 20(6). – P. 663-672.

27. Beck K.B., Conner C.M., Breitenfeldt K.E., Mazefsky C.A. Assessment and Treatment of Emotion Regulation Impairment in Autism Spectrum Disorder Across the Life Span // CHILD ADOL PSYCH CL. – 2020. – № 29(3). – 527-542.

28. Briggs-Gowan M.J., Carter A.S., Irwin J.R., Wachtel K., Cicchetti D.V. The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence // J Pediatr Psychol. – 2004. – № 29. – P. 143–155.

29. Briggs-Gowan M. J., Carter A. S. Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) manual, version 2 // CT: Yale University. New Haven. – 2002. – № 29(2). – P. 143–155.

30. Cai R.Y., Richdale A.L., Uljarević M., Dissanayake C., Samson A.C. Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder: Where We Are and Where We Need to Go // Autism Res. – 2018. – №11(7). – P. 962–978.

31. Carter A.S., Briggs-Gowan M.J., Jones S.M., Little T.D. The infant-toddler social and emotional assessment ITSEA: factor structure, reliability and validity // J Abnorm Child Psychol. – 2003. – № 31. – P. 495–514.

32. Carter A.S., Little C., Briggs-Gowan M. J., Kogan N. The Infant - Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Comparing parent ratings to laboratory observations of task mastery, emotional regulation, coping behaviors and attachment status // Infant Mental Health Journal. – 1999. – № 20. – P. 375–392.

33. Cella D., Riley W., Stone A., Rothrock N., Reeve B., Yount S., Amtmann

D., Bode R., Buysse D., Choi S., Cook K., Devellis R., DeWalt D., Fries J.F., Gershon R., Hahn E.A., Lai J.S., Pilkonis P., Revicki D., Rose M. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008 // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2010. – № 63. – P. 1179–1194.

34. Cella D., Yount S., Rothrock N., Gershon R., Cook K., Reeve B., Ader D., Fries J.F., Bruce B., Rose M. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): Progress of an NIH Roadmap cooperative group during its first two years // *Medical Care*. – 2007. – № 45(5/1). – S3–S11.

35. Conner C.M., Golt J., Righi G., Shaffer R. A Comparative Study of Suicidality and Its Association with Emotion Regulation Impairment in Large ASD and US Census-Matched Samples // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2020.

36. Conner C.M., White S.W., Beck K.B., Golt J., Smith I.C., Mazefsky C.A. Improving emotion regulation ability in autism: The Emotional Awareness and Skills Enhancement (EASE) program // *Autism*. – 2019. – № 23(5). – P. 1273–1287.

37. Coppin G., Sander, D. Theoretical approaches to emotion and its measurement // Meiselman H., editor. *Emotion Measurement*. Cambridge: Woodhead Publishing. – 2016. – P. 3–30.

38. Gadow K. D., Sprafkin J. *Child symptom inventory-4* // NY: Checkmate Plus. Stony Brook. – 1994.

39. Gadow K.D., Sprafkin J. *Adolescent symptom inventory-4 screening manual* // NY: Checkmate Plus. Stony Brook. – 1997.

40. Gadow K.D., Sprafkin, J. *Adolescent symptom inventory-4 norms manual* // NY: Checkmate Plus. Stony Brook. – 1998.

41. Gadow K.D., Sprafkin J. *Child Symptom Inventory-4: Screening and Norms Manual* // NY: Checkmate Plus. Stony Brook. – 2002. – 179 p.

42. Gross J.J., Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective // *Clinical Psychological Science*. – 2014. – № 2(4). – P. 387–401.

43. Hallett V., Lecavalier L., Sukhodolsky D., Cipriano N., Aman M.G., McCracken J.T., McDougle C.J., Tierney E., King B.H., Hollander E., Sikich L., Bregman J., Anagnostou E., Donnelly C., Katsoyich L., Dukes K., Vitiello B., Gadow K., Scahill L. Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2013. – № 43(10). – P. 2341–2352.

44. Hass M.R., Brown R.S., Brady J., Johnson D.B. Validating the BASC-TRS for use with children and adolescents with an educational diagnosis of autism // *Remed Spec Educ*. – 2010. – № 33. – P. 173–183.

45. Hobson R.P. The autistic child's appraisal of expressions of emotion: a further study // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 1986. – № 27(5). – P. 671–680.

46. Jahromi L.B., Meek S.E., Ober-Reynolds S. Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. – 2012. – № 53(12). – P. 1250–1258.

47. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *Nervous Child*. – 1943. – № 2. – P. 217–250.

48. Karabekiroglu K., Briggs-Gowan M.J., Carter A.S., Rodopman-Arman A., Akbas S. The clinical validity and reliability of the Brief Infant-Toddler Social and

Emotional Assessment (BITSEA) // *Infant Behav Dev.* – 2010. – № 33. – P. 503–509.

49. Khor A.S., Melvin G.A., Reid S.C., Gray K.M. Coping, daily hassles and behavior and emotional problems in adolescents with high-functioning autism/Asperger's disorder // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* – 2014. – № 44. – P. 593–608.

50. Konst M.J. The Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits: A DSM-5 Update" // LSU Doctoral Dissertations. URL: https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/144 (датаобращения: 19.05.2020).

51. Lartseva A., Dijkstra T., Buitelaar J.K. Emotional language processing in autism spectrum disorders: A systematic review // *Frontiers in Human Neuroscience.* – 2015. – № 8. – P. 1–24.

52. Lecavalier L., Wood J.J., Halladay A., Jones N.E., Aman M.G., Cook E.H., Handen B.L., King B.H., Pearson D.A., Hallett V., Sullivan K.A., Grondhuis S., Bishop S.L., Horrigan J.P., Dawson G., Scahill L. Measuring anxiety as a treatment endpoint in youth with autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* – 2014. – № 44. – P. 1128–1143.

53. Lozier L.M., Vanmeter J.W., Marsh A.A. Impairments in facial affect recognition associated with autism spectrum disorders: a meta-analysis // *Dev Psychopathol.* – 2014. – № 4(1). – P. 933–945.

54. Mahan S, Matson J.L. Children and adolescents with autism spectrum disorders compared to typically developing controls on the Behavioral Assessment System for Children, Second Edition (BASC-2) // *Res Autism SpectDisord* – 2011. – № 5. – P. 119–125.

55. Matson J.L, Boisjoli J.A., Hess J.A., Wilkins J. Comorbid psychopathology factor structure on the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits-Part 2 (BISCUIT-Part 2) // *Res Autism SpectDisord.* – 2011. – № 5. – P. 426–432.

56. Matson J.L, Fodstad J.C., Mahan S., Sevin J.A. Cutoffs, Norms, and Patterns of Comorbid Difficulties in Children with an ASD on the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT-Part 2) // *Res Autism SpectDisord* – 2009. – № 3. – P. 977–988.

57. Matson J.L., Wilkins J., Sevin J.A., Knight C., Boisjoli J.A., Sharp B. Reliability and item content of the baby and infant screen for children with aUtism traits (BISCUIT): Parts 1–3 // *Res Autism SpectDisord.* – 2009. – № 3. – P. 336–344.

58. Mayes S.D., Kokotovich C., Mathiowetz C., Baweja R., Calhoun S., Waxmonsky J. Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms by Age in Autism, ADHD, and General Population Samples // *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities.* – 2017. – № 10(4). – P. 345–359.

59. Mazefsky C.A., White S.W. Emotion regulation // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* – 2014. – № 23(1). – P. 15–24.

60. Mazefsky C.A., Borue X., Day T.N., Minshew N.J. Emotion regulation patterns in adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: comparison to typically developing adolescents and association with psychiatric symptoms // *Autism Research.* – 2014. – № 7(3). – P. 344–354.

61. Mazefsky C.A., Yu L., White S.W., Siegel M., Pilkonis P.A. The Emotion Dysregulation Inventory: Psychometric Properties and Item Response Theory Calibration in an Autism Spectrum Disorder Sample // *Autism Res.* – 2018. – № 11(6). – P. 928–941.

62. Mazefsky C.A., Day T.N., Siege M. Autism and Developmental Disabili-

ties Inpatient Research Collaborative (ADDIRC). Development of the Emotion Dysregulation Inventory: A PROMIS®ing Method for Creating Sensitive and Unbiased Questionnaires for Autism Spectrum Disorder // J Autism Dev Disord. – 2018. – № 48(11). – P. 3736–3746.

63. McConachie H., Parr J.R., Glod M., Hanratty J., Livingstone N., Oono I.P., Robalino S., Baird G., Beresford B., Charman T., Garland D., Green J., Gringras P., Jones G., Law J., Le Couteur A.S., Macdonald G., McColl E.M., Morris C., Rodgers J., Simonoff E., Terwee C.B., Williams K. Systematic review of tools to measure outcomes for young children with autism spectrum disorder // Health Technol Assess. – 2015. – № 19(41). – P. 1-506.

64. Moskowitz L.J., Mulder E., Walsh C.E., McLaughlin D.M., Zarcone J.R., Proudfit G.H., Carr E.G. A Multimethod Assessment of Anxiety and Problem Behavior in Children With Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability // American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. – 2013. – № 118(6). – 419–434.

65. Nuske H.J., Hedley D., Woollacott A., Thomson P., Macari S., Dissanayake C. Developmental delays in emotion regulation strategies in preschoolers with autism // Autism Research. – 2017. – № 10(11). – P. 1808-1822.

66. Pandolfi V., Magyar C.I., Dill C.A. An initial psychometric evaluation of the CBCL 6–18 in a sample of youth with autism spectrum disorders // Res Autism SpectDisord. – 2012. – № 6. – P. 96–108.

67. Pandolfi V., Magyar C.I., Dill C.A. Confirmatory factor analysis of the Child Behavior Checklist 1.5–5 in a sample of children with autism spectrum disorders // J Autism Dev Disord. – 2009. – № 39. – P. 986–995.

68. Patriquin M.A. Evidence-based treatment and conceptualization of autism spectrum disorder: Emotion regulation, social impairment, and anxiety as targets // Bull Menninger Clin. – 2019. – № 83(3). – P. 199-204.

69. Reyes N.M., Pickard K., Reaven J. Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder // Bull Menninger Clin. – 2019. – № 83(3). – P. 205-234.

70. Reynolds C.R., Kamphaus R.W. Behavior Assessment System for Children. 2nd edn. // Circle, Pines, MN: American Guidance Service. – 2004.

71. Reynolds C.R., Kamphaus R.W. Behavior Assessment System for Children. 3rd edn. URL: <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Comprehensive/Behavior-Assessment-System-for-Children-%7C-Third-Edition-/p/100001402.html> (дата обращения: 02.06.2020).

72. Rieffe C., De Rooij M. The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2012. – № 21(6). – P. 349–356.

73. Rothbart M.K., Bates, J.E. Temperament. In W. Damon & R.M. Lerner (Series Eds.) and N. Eisenberg (Vol. Ed.). Social, emotional, and personality development // The Handbook of Child Psychology. – 2006. – № 3. – P. 99–166.

74. Samson A.C., Phillips J.M., Parker K.J., Shah S., Gross J.J., Hardan A.Y. Emotion dysregulation and the core features of autism spectrum // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2014. – № 44. – P. 1766–1772.

75. Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K. Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S. Childhood Autism Rating Scale, CARS. Перевод и адаптация Морозова Т.Ю., Довбня С.В., 2011. Сайт Благотворительной организации Firefly (Арлингтон, Вашингтон, США). URL:

<http://www.fireflykids.org/storage/resource.library.docs/RUS.resource.library/RUS.Autism/sd.tm.02.11.cars.rus.pdf> (дата обращения 27.12.2019)].

76. Sprafkin J., Gadow K.D., Salisbury H., et al. Further Evidence of Reliability and Validity of the Child Symptom Inventory-4: Parent Checklist in Clinically Referred Boys // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2002. – № 31(4). – P. 513–524.

77. Sukhodolsky D.G., Scahill L., Gadow K.D., Arnold L.E., Aman M.G., McDougle C.J., McCracken J.T., Tierney E., Williams White S., Lecavalier L., Vitiello B. Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2008. – № 36. – P. 117–128.

78. Taj-Eldin M., Ryan C., O'Flynn B., Galvin P.T. *A Review of Wearable Solutions for Physiological and Emotional Monitoring for Use by People with Autism Spectrum Disorder and Their Caregivers* // *Sensors*. – 2018. – № 12. – 4271 p.

79. Tan C.S., Reynolds C.R., Kamphaus R.W. Behavior assessment system for children (2nd ed.) // *Assessment for Effective Intervention*. – 2004. – № 32(2). – P. 121–124.

80. Ting V., Weiss J.A. Emotion Regulation and Parent Co-Regulation in Children with Autism Spectrum Disorder // *J Autism Dev Disord*. – 2017. – № 47. – P. 680–689.

81. Torrado J.C., Gomez J., Montoro G. Emotional Self-Regulation of Individuals with Autism Spectrum Disorders: Smartwatches for Monitoring and Interaction // *Sensors (Basel)*. – 2011. – № 17(6). – 1359 p.

82. Zelkowitz R.L., Cole D.A. Measures of emotion reactivity and emotion regulation: Convergent and discriminant validity // *Personality and Individual Differences*. – 2016. – № 102. – P. 123–132.

A.N. Belova, T.V. Zhilyaeva, V.V. Borzиков, A.N. Kuznetsov
A REVIEW OF PSYCHOMETRIC INSTRUMENTS FOR ASSESSING
EMOTIONAL REGULATION IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS³

Volga Federal Medical Research Center (Nizhny Novgorod).

Summary. Emotional dysregulation (ED) plays an important role in the clinical manifestations of autism spectrum disorders (ASD) and underlies many of the problems common to individuals with autism. It has been demonstrated that the severity of ED correlates with the seriousness of autism in children and its key symptoms. Therefore, the development of approaches to the correction of ED and the formation of skills of emotional regulation is one of the priority tasks in the work with children and adults with ASD. In this regard, it seems relevant to develop specialized valid psychometric instruments to assess the effectiveness of interventions for the development of emotional regulation skills in ASD. This literature review is devoted to the analysis of currently available psycho-diagnostic techniques which can be used to assess disorders of emotional regulation in children and adolescents with ASD in scientific researches and practical work. Due to the fact that most of these instruments do not have a Russian-language adaptation, translation them into Russian and validation, as well as development of reliable and convenient new instruments for assessment of ED is of particular relevance in Russia.

Keywords: emotional regulation disorders, autism spectrum disorders, psychometric instruments, emotional dysregulation

³Final part. Beginning part. see: *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*. 2020 (20). N 4. .

**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 пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, 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 рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией 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. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 20.03.2021 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
