

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2021 (21), №3

«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

Н.Н. Архангельская

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛАБИЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19..... 4

Е.Е. Вакнин, А.Н. Султанова, В.А. Максименко, А.С. Черемных

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ
НАПРЯЖЕНИЯ..... 12

А.-Э. Д. Апфельбаум, О.И. Богачева, М.В. Иванов

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ СИБЛИНГОВ
С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ..... 20

А.М. Щербакowa, Е.А. Василькова

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОВМЕСТНОЙ ПРОДУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
РОДИТЕЛЯ И РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ..... 27

И.В. Журавлева, Н.В. Лаконова

ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ ЖЕЛАНИЙ И СТРАХОВ ПОДРОСТКОВ..... 36

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

Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОНКОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ,
ИХ ДИАГНОСТИКА И КУРАЦИЯ..... 47

Т.В. Уласень

ДИНАМИКА ВЫБИРАЕМЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ
У ПОДРОСТКОВ-ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
В ХОДЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ..... 53

Е.О. Алексеева, А.М. Ковалевский, В.В. Никитенко, И.В. Добряков

КОМПЛЕКС ОБУЧАЮЩИХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА
У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ..... 64

А.В. Дьяченко, О.А. Бухановская, В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов

РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ, АУТОАГРЕССИЯ
И ГОМИЦИДОМАНИЯ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ..... 74

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

И.В. Добряков

К ВОПРОСУ О ГЕНДЕРНОМ НЕСООТВЕТСТВИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 89

В.М. Ганузин

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ЖИЗНИ
И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР)..... 99

А.И. Ташёва, С.В. Гриднева, М.Р. Арпентьева

ОСОБЕННОСТИ ИНКЛЮЗИИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ
С СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА (I)..... 108

А.И. Ташёва, С.В. Гриднева, М.Р. Арпентьева

ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА (II).. 116

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

N.N. Arhangelskaia

DYNAMICS OF MENTAL STATES IN ADOLESCENTS WITH ORGANIC EMOTIONALLY
LABILE DISORDER DURING THE COVID-19 PANDEMIC..... 4

E.E. Vaknin, A.N. Sultanova, P.A. Maksimenko, A.S. Cheremnykh

ANALYSIS OF THE EMOTIONAL SPHERE OF ADOLESCENTS
WITH TENSION HEADACHE..... 12

A.-E.D. Apfel'baum, O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov

PERSONALITY TRAITS OF ADOLESCENTS WITH SIBLINGS
WITH NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS..... 20

A.M. Shcherbakova, E.A. Vasilkova

WAYS OF FORMING A JOINT PRODUCTIVE ACTIVITY OF A PARENT AND A CHILD
WITH A DEVELOPMENTAL DISORDER..... 27

I.V. Zhuravleva, N.V. Lakomova

HEALTH IN THE CONTEXT OF THE DESIRES AND FEARS OF ADOLESCENTS..... 36

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

. N.E. Kravchenko, O.A. Suetina

MENTAL DISORDERS IN PEDIATRIC ONCOLOGY PRACTICE,
THEIR DIAGNOSIS AND SUPERVISION..... 47

T.V. Ulasen

THE DYNAMICS OF THE COPING STRATEGIES CHOSEN AMONG ADOLESCENTS-
PUPILS OF SOCIAL PROTECTION INSTITUTIONS DURING PSYCHOCORRECTION..... 53

E.O. Alekseyeva, A.M. Kovalevsky, V.V. Nikitenko, I.V. Dobryakov

A SET OF EDUCATIONAL AND THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES
TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF ORAL DISEASES
IN CHILDREN WITH MENTAL HEALTH DISORDERS..... 64

A.V. Dyachenko, O.A. Bukhanovskaya, V.A. Soldatkin, A.Y. Perekhov

GENDER IDENTITY DISORDER, AUTOAGGRESSION AND HOMICIDAL MANIAC
IN A TEENAGE GIRL. CLINICAL CASE..... 74

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

I.V. Dobryakov

TO THE QUESTION OF GENDER INCONGRUENCE IN CHILDREN..... 89

V.M. Ganuzin

PSYCHOLOGICAL DANGER OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT
FOR THE LIFE AND HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS (REVIEW)..... 99

A.I. Tashcheva, S.V. Gridneva, M.R. Arpentieva

FEATURES OF INCLUSION OF PUPILS AND STUDENTS WITH ASPERGER SYNDROME (I)..... 108

A.I. Tashcheva, S.V. Gridneva, M.R. Arpentieva

FEATURES OF INCLUSION OF PUPILS AND STUDENTS WITH ASPERGER SYNDROME (II)..... 116

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

Н.Н. Архангельская

**ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПОДРОСТКОВ
С ОРГАНИЧЕСКИМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛАБИЛЬНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»
им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье представлены результаты исследования, имеющего целью сравнение психических состояний подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством в 2020 г., во время пандемии COVID-19, и в 2019 г., до появления информации об этом заболевании. Полученные результаты говорят о повышении эмоциональной напряженности испытуемых в 2020 г. и риске их дизадаптации¹ в будущем. Подчеркивается важность регулярной психокоррекционной работы.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, стресс, подростки, органическое эмоционально-лабильное расстройство.

Пандемия COVID-19 стала значимым стрессором для всех категорий населения, включая детей и подростков. Недостаточная сформированность защитных механизмов и навыков преодоления стресса определяют повышенную чувствительность детей и подростков к внешним неблагоприятным факторам, риск их негативного воздействия на развитие личности в целом. Более других этому риску подвержены дети и подростки с психическими расстройствами, в частности с органическими поражениями головного мозга [5]. Ситуация угрозы жизни и здоровью, прежде всего близких людей, переход на дистанционное обучение с последующим возобновлением очных занятий, вынужденное сокращение объема лечебно-реабилитационных мероприятий во время пандемии образуют целый комплекс неблагоприятных факторов, требующих адаптации. Сохраняющаяся неопределенность прогнозов относительно пандемии определяет актуальность рассматриваемой темы в связи с необходимостью учитывать новые

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

потребности пациентов в ходе оказания медико-психологической помощи.

Исследования, посвященные психогенным реакциям различных категорий людей на ситуацию пандемии, выявляют, в первую очередь, рост тревожно-фобических и депрессивных переживаний [1, 3, 6, 10, 12]. В ряде исследований подчеркивается высокая значимость конструктивных копинг-стратегий для адаптации к ситуации пандемии [2, 7]. Ю.Б. Холодова, исследуя эмоциональные состояния взрослых, отмечает, что наименее адаптированными оказались представители молодого поколения, и связывает этот факт с отсутствием у молодежи опыта переживания больших социальных потрясений в стране [11]. В отечественных исследованиях несколько меньше освещены эмоциональные реакции на пандемию детей и подростков [2, 8]. Между тем, по данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, в период самоизоляции и дистанционного обучения только 13,4% школьников успешно адаптировались к изменившимся условиям жизни; 83,8% школьников имели клинически значимые психические нарушения [8]. В зарубежных исследованиях выявляются такие реакции подростков, как тревога, страх, снижение настроения [14, 16], протестные реакции и нарушения поведения [15]. Уделяется внимание связи этих реакций с физическим дискомфортом, вызванным самоизоляцией [13]. Имеется указание на большую выраженность эмоциональных реакций у старших подростков [16]. Т.В. Ермолова и соавт., анализируя зарубежные исследования, обращают внимание на проблему возможного кумулятивного эффекта эмоциональных реакций детей и подростков на ситуацию пандемии и отсроченного влияния накопленных переживаний на дальнейшее развитие личности [4]. Как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях подчеркивается роль семьи в успешной адаптации детей и подростков к стрессовой ситуации, в частности, возможность свободного обсуждения переживаний с родителями [2, 16]. В ряде публикаций освещается проблема оказания психиатрической и психологической помощи людям с психическими расстройствами в период пандемии, подчеркивается высокий риск декомпенсации психических нарушений [9, 17]. Таким образом, можно полагать, что сочетание кризиса периода взросления, органического поражения головного мозга и ситуации пандемии COVID-19 ставит перед личностью подростка весьма сложные задачи, связанные с поддержанием стабильности собственного «Я» и социальной адаптацией.

Целью данного исследования стало сравнение психические состояния подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством до появления информации о COVID-19 и во время пандемии.

В соответствии с этой целью были поставлены следующие **задачи**.

1. Определить уровень личностной тревожности, самооценки и притязаний испытуемых. Данная задача была поставлена в связи с неустойчивостью указанных характеристик в подростковом возрасте и их высокой изменчивостью в условиях длительного стресса. Кроме того, эти личностные особенности являются фоном исследуемых эмоциональных состояний.

2. Сравнить общий уровень нервно-психической напряженности испытуемых.

3. Сравнить уровень ситуативной тревожности и степень снижения настроения испытуемых.

4. Описать содержание эмоциональных переживаний испытуемых.

Предметом исследования стали изменения в психическом состоянии подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством в ситуации пандемии COVID-19.

Объект исследования. В исследовании приняли участие подростки 14–16 лет с диагнозом «органическое эмоционально-лабильное расстройство». Все подростки проходили курс реабилитации в психоневрологическом дневном стационаре, где лечебно-реабилитационный процесс совмещается с учебным. При дневном стационаре существует общеобразовательная школа, где обучение ведется с учетом клинико-психологических особенностей учащихся. Курс реабилитации может занимать до 5 лет. Все подростки, участвовавшие в исследовании, в прошлом имели опыт дизадаптации в массовой школе, обусловленный различным сочетанием биологических, психологических и средовых (семейных и школьных) факторов. Дизадаптация могла проявляться в выраженных учебных трудностях, сложностях регуляции эмоций и поведения, невозможности наладить отношения с педагогами и сверстниками. На момент проведения исследования все подростки посещали дневной стационар и школу при нем не менее 6 месяцев. Основную группу составили 30 подростков (19 подростков мужского пола и 11 подростков женского пола). Распределение по полу отражает преобладание мальчиков-подростков среди пациентов дневного стационара. Исследование проводилось осенью 2020 г. Пациенты вернулись в дневной стационар и школу после периода самоизоляции, перешедшего в летние каникулы. В период самоизоляции школа при дневном стационаре перешла на дистанционное обучение. В связи с невозможностью ежедневного посещения пациентами дневного стационара был сокращен объем лечебно-реабилитационных мероприятий. При этом пациенты поддерживали контакт с врачами и медицинскими психологами, периодически приезжали в стационар для осмотра врачом, коррекции медикаментозной терапии, а также за консультацией психолога. Группу сравнения составили 32 подростка (22 подростка мужского пола и 10 подростков женского пола). Исследование проводилось осенью 2019 г. в рамках регулярного отслеживания текущего эмоционального состояния пациентов, возвращающихся в дневной стационар и школу после летних каникул. Две выборки лишь частично пересекались между собой по составу и были независимыми во избежание влияния возраста и срока прохождения реабилитации.

Методы исследования. С каждым испытуемым проводилась беседа в свободной форме. Психодиагностический метод включал ряд тестовых методик. Для изучения тревоги как состояния и тревожности как черты личности применялась Шкала самооценки реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергера в модификации и адаптации Ю. Л. Ханина. Для изучения самооценки и уровня притязаний использовалась методика Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан. Для выявления возможного снижения настроения использовалась Шкала депрессии Бека. Для изучения неосознаваемых компонентов нервно-психической напряженности использовался показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы Цветового теста Люшера в модификации В. И. Тимофеева и Ю. И. Филимоненко. Анализ цветовых пар производил-

ся в соответствии с интерпретацией Л.Н. Собчик. В ходе анализа цветовых пар были рассмотрены наиболее часто встречающиеся качественные характеристики эмоционального состояния пациентов. Статистический метод включал U-критерий Манна-Уитни и критерий χ -квадрат Пирсона.

Результаты и их обсуждение. При сравнении показателей личностной тревожности в двух группах статистически значимых различий не обнаружено ($41,62 \pm 1,13$, $41,18 \pm 1,63$, $p > 0,1$). Не обнаружено статистически значимых различий при сравнении самооценки ($56,61 \pm 4,05$, $55,62 \pm 3,89$, $p > 0,1$) и уровня притязаний ($79,31 \pm 3,41$, $82,52 \pm 3,01$, $p > 0,1$). Личностная тревожность подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством близка к высокой, а самооценка несколько ниже оптимального уровня, что указывает на неуверенность в себе как присущую данной категории черту личности. Значительный разрыв между показателями самооценки и уровня притязаний отражает неудовлетворенность собой. Умеренная выраженность этих трудностей может объясняться тем, что все испытуемые проходили курс реабилитации.

У подростков, обследованных во время пандемии, отмечался более высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, чем у подростков, обследованных в 2019 г. ($18,6 \pm 1,13$, $14,4 \pm 1,19$, $p < 0,05$). Соответственно, осенью 2020 г. основными потребностями подростков стали освобождение от стресса и борьба с негативными эмоциями, что затрудняло концентрацию внимания на повседневных обязанностях. В этот период отмечается повышение ситуативной тревожности ($41,07 \pm 1,66$, $36,04 \pm 1,77$, $p < 0,05$). В неопределенной и переменчивой обстановке подростки чаще испытывали чувство недифференцированной угрозы.

Другим проявлением эмоционального неблагополучия подростков во время пандемии стала более выраженная по сравнению с 2019 г. тенденция к снижению настроения ($9 \pm 1,3$, $5,3 \pm 0,86$, $p < 0,05$). Снижение настроения до уровня, соответствующего субдепрессии, отмечалось у 9 человек (29%) в 2020 г. и только у 2 человек (7%) в 2019 г. Более тяжелых случаев снижения настроения не отмечалось, что можно связать с непрерывной психопрофилактической работой реабилитационного стационара.

Содержание эмоциональных переживаний пациентов дневного стационара отражает как их типичные проблемы, так и трудности, связанные с пандемией и опытом дистанционного обучения. Чувство недостатка стабильности и защищенности осенью 2020 г. отмечалось у 54% испытуемых, а осенью 2019 г. - у 41% испытуемых. В 2020 г. подростки опасались болезни и смерти родных, в отдельных случаях высказывались апокалиптические прогнозы. Также пациенты выражали досаду в связи с неопределенностью учебной ситуации, запутанностью в организации дистанционного обучения. Протест против ограничивающих воздействий среды со стремлением к большей независимости выявлен у 43% подростков в 2020 г. и у 38% подростков в 2019 г. В период пандемии подростки отмечали учащение конфликтов с родителями. Эти трудности могут объясняться необходимостью более продолжительного общения с родителями в период самоизоляции, большей вовлеченностью родителей в учебный процесс и принятием ими на себя организаторских

функций. В ряде случаев подростки прибегали к острой критике реализуемых противоэпидемических мер.

Трудности спонтанного выражения чувств испытывали 33% подростков в 2020 г. и 19% подростков в 2019 г. Внешне обвиняющие реакции на субъективно воспринимаемую несправедливость встречались у 50% подростков в 2020 г. и у 44% подростков в 2019 г. Оптимистическое восприятие ситуации, стремление радоваться и избегать обременительной ответственности отмечалось у 43% подростков в 2020 г. и у 44% подростков в 2019 г. Стремление отвлечься от негативных переживаний путем переключения на занятия, доставляющие удовольствие – один из распространенных способов борьбы со стрессом у подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством. Часто эти тенденции компенсаторно усиливаются на фоне эмоционального напряжения. Подростки отмечали положительные черты дистанционного обучения, такие как возможность работать в более спокойной обстановке и не соблюдать жесткий режим дня.

В 2020 г. у подростков чаще отмечались переживания угрозы собственному социальному статусу, возможной потери уважения и признания со стороны окружающих. Эти переживания отмечались у 73% испытуемых в 2020 г. и только у 36% испытуемых в 2019 г. ($p < 0,05$). В крайних случаях, встречавшихся только в период пандемии, подростки высказывали идеи собственной учебной несостоятельности, предполагали, что не смогут закончить школу. Возникновение этих идей частично можно объяснить трудностями дистанционного обучения. Но чувство угрозы социальному статусу и ожидание катастрофы указывают на глобализацию частных проблем. В исследованиях условно здоровых подростков в тот же период не упоминаются подобные переживания [2, 8, 14, 15, 16]. Ощущение приниженности собственного положения в той или иной степени присуще пациентам дневного стационара в связи с травматичным опытом школьной дизадаптации в прошлом и фактом пребывания в психиатрическом учреждении в настоящем. В период пандемии отмечается обострение этих переживаний, тесно связанных с жизненной историей подростка и не имеющих прямого отношения к коронавирусной инфекции. Сомнения в собственной учебной и личностной состоятельности представляются первыми признаками декомпенсации имеющихся личностных проблем. Можно предполагать, что в случае продолжения действия стрессовых факторов существует риск более выраженной дизадаптации.

Выводы. Неудовлетворенность собой является чертой, стабильно присущей подросткам с органическим эмоционально-лабильным расстройством. При этом их эмоциональное состояние осенью 2019 г. было в целом благоприятным, что можно объяснить компенсацией личностных проблем в стабильных условиях дневного стационара.

В период пандемии COVID-19 эмоциональная напряженность достигла средне-высокого уровня. Выявлены повышение тревоги и тенденция к снижению настроения.

В период пандемии подростки стали чаще переживать чувство угрозы собственному социальному статусу, что содержательно больше связано с их жиз-

ненной историей, чем с актуальной ситуацией.

Рост эмоциональных проблем на момент проведения исследования обнаружен только на уровне психического состояния, то есть, скорее всего, носит преходящий характер. Но обострение внеситуационных дизадаптирующих переживаний указывает на риск более глубокой декомпенсации в случае продолжения действия стрессовых факторов.

В период пандемии целесообразна психокоррекционная работа, направленная как на снижение ситуационной эмоциональной напряженности, так и на профилактику роста личностных проблем, ведущих к дизадаптации. Велика значимость продолжения регулярной психокоррекционной работы даже в случае возвращения тех или иных ограничений. В связи с этим остается существенным вопрос разработки дистанционных форм психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А. Оценка уровня дистресса у лиц молодого возраста в условиях коронавирусной пандемической ситуации // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 52 (4): 17-24.
2. Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. Стратегии совладания, психологическое благополучие и проблемное использование интернета в период пандемии // Психологическая наука и образование. 2020; 25 (6): 31-40.
3. Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 // Вызовы пандемии COVID-19: психическое здоровье, дистанционное образование, интернет-безопасность: Сб. материалов. Т. 1. М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ; 2020: 100 -121.
4. Ермолова Т.В., Литвинов А.В., Савицкая Н.В., Круковская О.А. Covid-19 и психическое здоровье учащихся: зарубежные исследования // Современная зарубежная психология. 2021; 10 (1): 79-91.
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста: руководство для врачей. СПб.: Специальная литература; 1996: 85–91.
6. Коваленко С.Р. Оценка уровня депрессии у лиц, находящихся под воздействием хронического стресса во время пандемии коронавирусной инфекции // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 52 (4): 34-38.
7. Козлова, Л.В. Стресс, вызванный угрозой заражения коронавирусом, и преобладающие копинг-стратегии у молодежи // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2020; № 4: 33-48.
8. Кучма В.Р., Седова А.С., Степанова М.И. и др. Особенности жизнедеятельности и самочувствия детей и подростков, дистанционно обучающихся во время эпидемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2020: 4-23.
9. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120(5): 7-15.
10. Соловьева М.А. Исследование тревожности и уровня нервно-психического напряжения у лиц молодого возраста в период пандемии COVID 19 // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 52 (4): 25-33.
11. Холодова Ю.Б. Особенности переживания тревоги в период пандемии

COVID-19 представителями разных возрастных групп // International Journal Of Medicine And Psychology. 2020; 3(2): 114-117.

12. Ян Е. Особенности психического реагирования жителей Казахстана, обращающихся за психологической помощью в период пандемии COVID-19. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021; 9 (1): 28-40.

REFERENCES

1. Abramov V.A. Ocenka urovnja distressa u lic mladogogo vozrasta v uslovijah koronavirusnoj pandemicheskoj situacii // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2020; 52 (4): 17-24.

2. Gerasimova A.A., Holmogorova A.B. Strategii sovladanija, psihologicheskoe blagopoluchie i problemnoe ispol'zovanie interneta v period pandemii // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2020; 25 (6): 31-40.

3. 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 // Vyzovy pandemii COVID-19: psihicheskoe zdorov'e, distancionnoe obrazovanie, internet-bezopasnost': Sb. materialov. T. 1. M.: Izdatel'stvo FGBOU VO MGPPU; 2020: 100 -121.

4. Ermolova T.V., Litvinov A.V., Savickaja N.V., Krukovskaja O.A. Sovid-19 i psihicheskoe zdorov'e uchashhihsja: zarubezhnye issledovanija // Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. 2021; 10 (1): 79-91.

5. Isaev D.N. Psihosomaticheskaja medicina detskogo vozrasta: rukovodstvo dlja vrachej. SPb.: Special'naja literatura; 1996: 85–91.

6. Kovalenko S.R. Ocenka urovnja depressii u lic, nahodjashhihsja pod vozdejstviem hronicheskogo stressa vo vremja pandemii koronavirusnoj infekcii // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2020; 52 (4): 34-38.

7. Kozlova, L.V. Stress, vyzvannyj ugrozoy zarazhenija koronavirusom, i preobladajushhie koping-strategii u molodezhi // Vestnik po pedagogike i psihologii Juzhnoj Sibiri. 2020; № 4: 33-48.

8. Kuchma V.R., Sedova A.S., Stepanova M.I. i dr. Osobennosti zhiznedejatel'nosti i samochuvstviya detej i podrostkov, distancionno obuchajushhihsja vo vremja jepidemii novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19) // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. 2020: 4-23.

9. Mosolov S.N. Problemy psihicheskogo zdorov'ja v uslovijah pandemii COVID-19 // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2020; 120(5): 7-15.

10. Solov'eva M.A. Issledovanie trevozhnosti i urovnja nervno-psihicheskogo naprjazhenija u lic mladogogo vozrasta v period pandemii COVID 19 // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2020; 52 (4): 25-33.

11. Holodova Ju.B. Osobennosti perezhivaniya trevogi v period pandemii COVID-19 predstaviteljami raznyh vozrastnyh grupp // International Journal Of Medicine And Psychology. 2020; 3(2): 114-117.

12. Jan E. Osobennosti psihicheskogo reagirovanija zhitelej Kazahstana, obrashhajushhihsja za psihologicheskoi pomoshh'ju v period pandemii COVID-19. Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie. 2021; 9 (1): 28-40.

13. Guan H., Okely AD, Aguilar-Farias N. Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic. The Lancet Child and Adolescent Health. 2020; 4 (6): 416-418. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30131-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30131-0)

(accessed 14.07.2021.)

14. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(5): 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>. PMID: 33802278; PMCID: PMC7967607. (accessed 13.07.2021.)

15. Liu Q., Zhou Y., Xie X., Xue Q., Zhu K., Wan Z., Wu H., Zhang J., Song R. The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in China. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 279: 412-416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.008>. Epub 2020 Oct 8. PMID: 33099056; PMCID: PMC7543949 (accessed 14.07.2021).

16. Tang S, Xiang M, Cheung T, Xiang YT. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 279: 353-360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33099049; PMCID: PMC7550131 (accessed 14.07.2021)

17. Yao H., Chen J.-H., Xu Y.-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 4: 21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0). PMID: 32199510; PMCID: PMC7269717 (accessed 14.07.2021)

N.N. Arhangelskaia

DYNAMICS OF MENTAL STATES IN ADOLESCENTS WITH ORGANIC EMOTIONALLY LABILE DISORDER DURING THE COVID-19 PANDEMIC

**Mnukhin Saint-Petersburg Rehabilitation Center «Child Psychiatry»
(Saint-Petersburg).**

Summary. The article presents the results of a study aimed at comparing of mental states in adolescents with organic emotionally labile disorder in 2020, during the COVID-19 pandemic, and in 2019, before information about this disease became available. The results obtained indicate an increase in the emotional tension of examinees in 2020 and a risk of their maladaptation in future. The importance of regular psychological correction is emphasized.

Keywords: COVID-19 pandemic, stress, adolescents, organic emotionally labile disorder.

Е.Е. Вакнин¹, А.Н. Султанова², В.А. Максименко², А.С. Черемных²

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ

С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (Санкт-Петербург), ²Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск).

Резюме. В статье приведены результаты изучения влияния эмоционально-личностной сферы и подверженности школьному буллингу на возникновение головных болей напряжения у подростков. Среди данных характеристик изучаются особенности эмоционально-личностной сферы, а именно критерии астенического состояния и депрессивной симптоматики. Исследуются позиция и роль подростка в контексте школьного буллинга. В качестве методик исследования используются следующие: Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д.Малковой; Опросник детской депрессии М. Ковач; Методика на выявление буллинг-структуры Е/ Норкиной.

Ключевые слова: астеническое состояние, детская депрессия, школьный буллинг, подростки, головные боли напряжения.

Введение. Эмоциональный дистресс в подростковом и детском возрасте - одно из ведущих направлений в работе школьных психологов, учителей и родителей [13]. Качественная диагностика нарушений в эмоционально-личностной сфере, которая оказывается своевременно, а также адекватные корректирующие меры позволяют предотвратить появление нежелательных тенденций в развитии личности. Одни из самых ярких проявлений такого рода нарушений - депрессивные и астенические состояния [10]. Депрессия может поражать от 2% до 8% детей и подростков, причем пик заболеваемости приходится на период полового созревания. Нарушения эмоционально-личностной сферы подростков зачастую проявляются в форме физических недомоганий, в группу которых относятся головные боли напряжения (ГБН) [14]. В научных работах многие авторы подчеркивают наличие депрессивной симптоматики у подростков с ГБН [1].

Головная боль является одним из наиболее часто предъявляемых жалоб у детей и подростков. Во всем мире наблюдается тенденция к увеличению распространённости головных болей, что во многом негативно сказывается как на психологических, так и социальных аспектах. Отмечается, что в подростковом возрасте преобладание ГБН достигает 73% [4]. Впервые возникшая в младшем школьном возрасте ГБН постепенно нарастает по частоте и особенно выражена в пубертатном периоде жизни ребенка. Головная боль, приобретая регулярно-ремитирующий или хронический характер, приводит к эмоциональным и поведенческим расстройствам, снижению школьной успеваемости, адаптивных процессов и соответственно ухудшению качества жизни подростка [8]. Все это выражается подавленным настроением, низкой самооценкой, снижением показателей продуктивности, потерей аппетита и нарушением сна [11].

ГБН составляет подавляющее большинство головных болей, что оказывает негативное влияние на функционирование ребенка в социуме, а также стано-

вится значительным фактором затрат, связанных со здоровьем. Распространённость ГБН в России по всей популяции оценивается как 30,9% [6]. Обнаружено, что подростки с головными болями подвергаются повышенному риску развития повторяющейся головной боли хронического характера во взрослом возрасте, а также развитиз соматических и психиатрических симптомов в виде депрессивных эпизодов, тревожно-фобических расстройств и нарушения адаптации. Также нарушения адаптации подростка в социальной среде школы приводит к повышенному риску подверженности школьному буллингу [9]. Чаще жертвами буллинга становятся истощаемые подростки с пониженным настроением, которые склонны к подавлению агрессии. [2, 12].

Цель исследования: изучить влияние эмоционально-личностной сферы и школьного буллинга на возникновение ГБН у подростков.

Методы и выборка исследования. Основными методами исследования были клинико-психологический, экспериментально-психологический и метод математико-статистической обработки данных. В качестве методик исследования используются следующие: Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой [7]; Опросник детской депрессии М. Ковач [3]; Методика на выявление буллинг-структуры Е. Норкиной [5].

Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи» и было организовано в три этапа.

При проведении исследования была сформирована группа из 50 человек, проходящих психотерапию с использованием техник арт-терапии. Первую группу составили пациенты детской больницы с диагнозом ГБН в общем количестве 117 человек, среди которых 54 мальчика и 63 девочки, средний возраст группы 15,9 лет. Вторая группа – пациенты детской больницы прошедшие сеансы психотерапии, группа состоит из 17 пациентов мужского пола и 33 пациентов женского пола, средний возраст группы – 14,6 лет.

Результаты и их обсуждение. Первый этап исследования включал изучение эмоционально-личностной сферы подростков. Для этого было проведено исследование двух групп подростков: подростки с ГБН до психотерапии и после психотерапии.

По результатам методики астенического состояния в первую группу вошли испытуемые, набравшие по шкале астенического состояния баллы от 51 и выше. Вторую группу составили подростки после психотерапии (табл.1_.

Таблица 1.

Средние значения показателей по шкале астенического состояния

	Группа подростков с ГБН		Группа подростков после психотерапии	
	Среднее значение (М)	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение (М)	Стандартное отклонение (SD)
Показатели астенического состояния	66,82	10,78	42,3	4,5

Как видно из табл. 1 средние значения показателей по шкале астенического состояния указывают на то, что в группе подростков с ГБН астения присутству-

ет, но она слабо выражена ($66,82 \pm 10,78$). Средние значения в группе сравнения квалифицируются как отсутствие астении ($42,3 \pm 4,5$).

При поиске достоверности различий были обнаружены статистически значимые различия в двух группах по изучаемому признаку, представленные на рисунке 1.

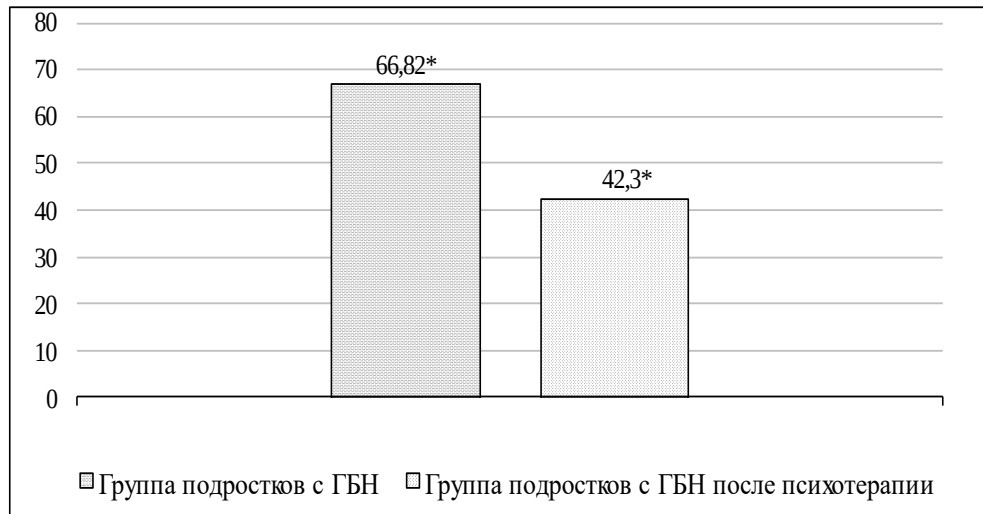


Рисунок 1. Средние значения астенического состояния.

Примечание: * - значимость различий показателя $p < 0,01$.

Таким образом, мы видим, что представленность астении среди подростков с ГБН разнообразна, так как некоторые частные случаи, составляющие средние значения находились на умеренной и чрезмерно выраженной степени астенического состояния. Таким образом, астеническое состояние, которое проявляется в истощении, неустойчивости настроения, нарушении сна и аппетита, неусидчивости влияет на возникновение ГБН у подростков.

Следующим критерием для изучения эмоционально-личностной сферы исследовалась депрессивная симптоматика. В ходе исследования наличия и спектра депрессивных симптомов в двух группах подростков с ГБН были получены следующие результаты.

Поиск достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни выявил следующие статистически значимые различия в группах, результаты статистической обработки представлены на рис. 2. Как наглядно видно из диаграммы, у подростков с ГБН достоверно выше уровень по шкалам А (общее снижение настроения), В (межличностные проблемы) и С (неэффективность), а также уровень общей депрессивности. Из этого можно сделать вывод о том, что у этой группы испытуемых, в сравнении с подростками после психотерапии, выявляются проблемы в межличностном поведении, чаще проявляется как активная, так и пассивная агрессия, большую часть времени снижено настроение, а также присутствуют признаки ангедонизма, что влияет на возникновение ГБН. Также в группе подростков с ГБН общий уровень депрессивности нахо-

дится выше среднего ($63,7 \pm 10,7$).

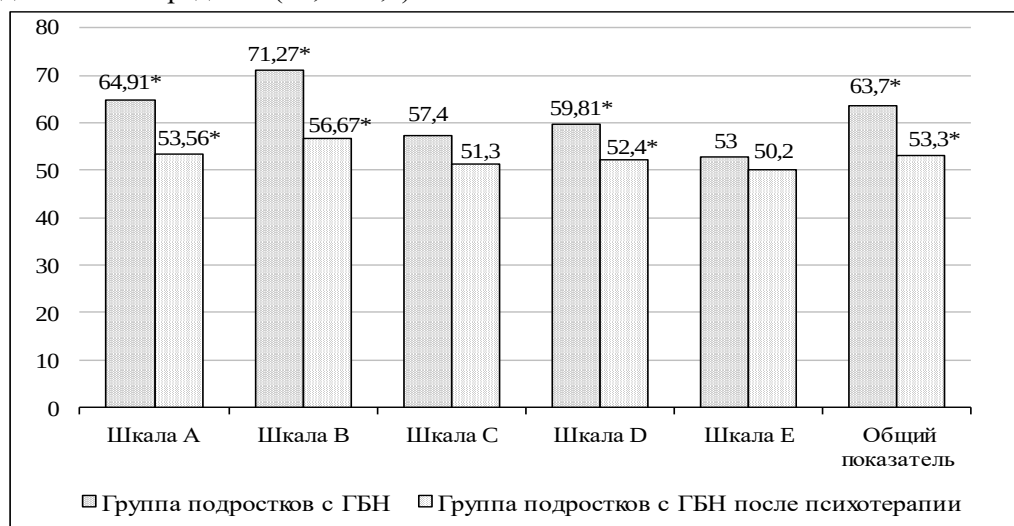


Рисунок 2. Сравнительный анализ депрессивной симптоматики.

Примечание: * - значимость различий показателя $p < 0,05$.

Следующим этапом исследование стало изучение буллинг-структуры. Результаты сравнительного анализа полученных данных представлены на рис. 3.

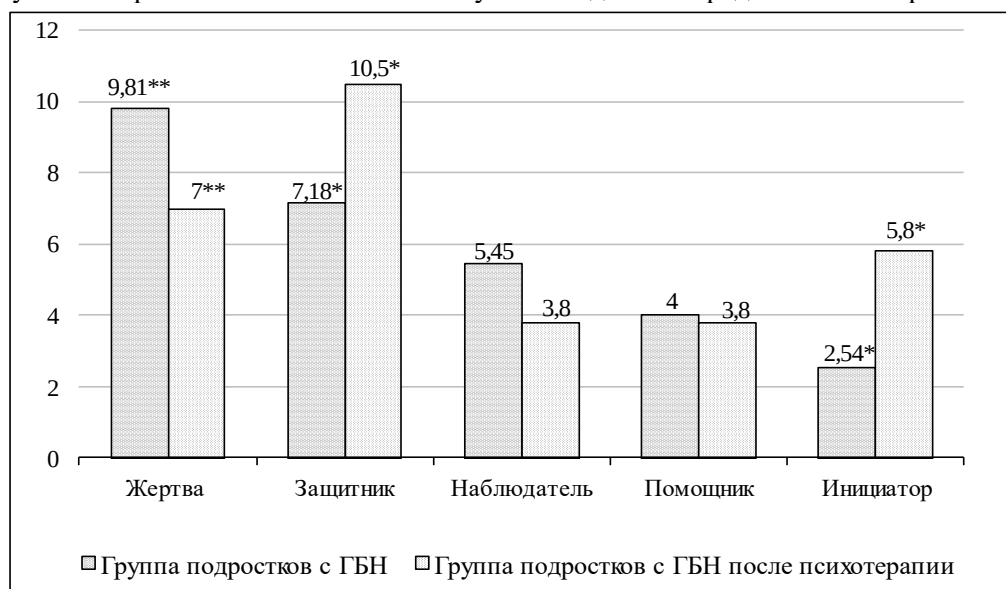


Рисунок 3. Сравнительный анализ показателей буллинг-структуры.

Примечание: * - значимость различий показателя $p < 0,01$; ** - значимость различий показателя $p < 0,05$.

На рис. 3 представлены результаты статистической обработки позиций буллинг-структуры в двух группах с помощью критерия Манна-Уитни. Как

видно из графика, достоверные различия были выявлены в трёх позициях – жертва, защитник и инициатор. Можно предположить, что полученные различия связаны с особенностью уровня возможной активности подростков в двух группах. Позиция защитника и инициатора требует проявления активных действий по отношению к жертве насилия, на что у подростков при возникновении ГБН может не хватать психической и/или физической энергии, а также чем чаще подросток является жертвой насилия в ситуации классного коллектива, тем чаще происходят эпизоды головной боли.

При изучении взаимосвязи эмоционально-личностной сферы и школьного буллинга у подростков был использован корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена. Были выявлены следующие статистически значимые связи.

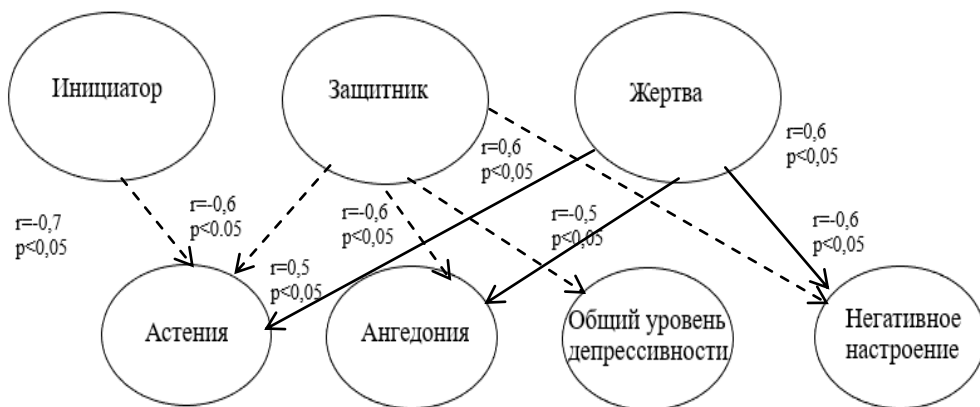


Рисунок 4. Корреляционная плеяда с позициями по буллингу-структуре и эмоционально-личностной сфере.

Обнаружена статистически значимая отрицательная связь между уровнем астении и позицией инициатора буллинга ($r = -0,7$; $p < 0,05$) – при увеличении уровня астении уменьшается возможность инициировать акт насилия по отношению к жертве. Также существует статистически значимая отрицательная корреляция между позицией защитника в ситуации буллинга и уровнем астении ($r = -0,6$; $p < 0,05$) и противоположная положительная связь между позицией жертвы и уровнем астении ($r = 0,5$; $p < 0,05$). Из этого следует, что при увеличении уровня астенических проявлений происходит снижение вероятности быть в позиции защитника в ситуации насилия и возрастает возможность стать жертвой буллинга.

Отрицательные корреляции получены между позицией защитника и ангедонией ($r = -0,6$; $p < 0,05$) и позицией защитника и негативным настроением ($r = -0,6$; $p < 0,05$), где представленные шкалы являются составными пунктами общей депрессивности, которая также отрицательно коррелирует с позицией защитника в ситуации насилия ($r = -0,5$; $p < 0,05$). Противоположные положительные связи

выявлены между позицией жертвы и указанными ранее шкалами: ангедония ($r=0,6$; $p<0,05$) и негативное настроение ($r=0,6$; $p<0,05$).

Из представленных выше данных следует, что при увеличении у подростка уровня общей депрессивности происходит снижение вероятности выступать в роли защитника в ситуации насилия, а также этого стоит ожидать, если у подростка часто проявляется сниженное настроение, пассивная агрессия и повышено чувство бессилия и истощаемости. Из-за положительных корреляций у подростка с ГБН повышается вероятность оказаться в роли жертвы в ситуации буллинга, если подросток истощен, ощущает нехватку энергии, плаксив, проявляет признаки сниженного настроения, а также может проявить непослушание как пассивную агрессию.

Выводы.

1. Аастеническое состояние подростков, которое проявляется в истощении, неустойчивости настроения, нарушении сна и аппетита, неусидчивости влияет на возникновение ГБН.

2. У подростков с ГБН достоверно выше уровень по шкалам А (общее снижение настроения), В (межличностные проблемы) и С (неэффективность), а также уровень общей депрессивности.

3. У подростков с ГБН наиболее выражена позиция жертвы, позиция защитника является второй по представленности в группе подростков ГБН, третьей по представленности в группах являются разнонаправленные позиции.

4. У подростков с ГБН снижается вероятность стать жертвой буллинга при отсутствии астенических и депрессивных проявлений (при $p<0,05$) и повышается возможность заступиться за жертву и стать защитником при низком уровне депрессивности ($r=-0,5$; $p<0,05$).

Заключение. В основу исследования легло предположение, что подростки с ГБН подвергаются буллингу, занимая позицию жертвы в классных отношениях, а также предполагалось, что существует взаимосвязь эмоционально-личностной сферы и школьного буллинга при возникновении ГБН у подростков. В ходе исследования было доказано, что подростки с ГБН подвержены травле в школе, занимая позицию жертвы по отношению к агрессору. Также подростки с ГБН чаще испытывают сниженное настроение, склонны к плаксивости и занижению оценки своих способностей, такие подростки более подвержены истощению, неустойчивости настроения, нарушению сна и аппетита, неусидчивости.

ГБН как разновидность первичных цефалгий имеет распространённый характер по представленности в общей популяции. Также она затрагивает и подростков, оказывая свое влияние на повседневную деятельность ребенка. Особенно важной частью является помощь подростку в и так нелегкое для него время становления взрослой личности. Важное внимание для становления личности подростка отведено эмоционально-личностной сфере и школьному буллингу как причинам возникновения ГБН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова Ю.Э. Хроническая головная боль напряжения: стратегия диагностики, поиск терапии // Неврология и ревматология. 2018. № 2. С. 20-25.

2. Алиев Н.Р. Взаимоотношения со сверстниками как важный фактор формирования личности подростка // *International scientific review*. 2020. № 66. С. 114-116.

3. Игнат'ева С.И., Голин'ко Е.Е. Применение шкалы детской депрессии (cdi) Ковач как скрининговой методики у детей с хроническими соматическими заболеваниями в г. Иркутске // *Актуальные вопросы современной медицины*. 2019. С. 438-439.

4. Кобзева Н.Р., Лебедева Е.Р., Олесен Е. Распространенность мигрени и головных болей напряжения в мире // *Уральский медицинский журнал*. 2016. №4. С. 69-75.

5. Норкина Е.Г. Методика на выявление «буллинг-структуры» // *Таврический научный обозреватель*. 2016. № 3. С 170-174.

6. Тонконоженко Н.Л., Клиточенко Л.В., Малюжинская Н.В. Головная боль напряжения у подростков: Основные аспекты проблемы // *Российский педиатрический журнал*. 2016. № 1. С. 18-23.

7. Шутеева Т.В. Функциональная астенция у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции // *Русский медицинский журнал*. 2018. № 4. С. 80-84.

REFERENCES

1. Azimova Ju.Je. Hronicheskaja golovnaja bol' naprjazhenija: strategija diagnostiki, poisk terapii // *Nevrologija i revmatologija*. 2018. № 2. S. 20-25.

2. Aliev N.R. Vzaimootnoshenija so sverstnikami kak vazhnyj faktor formirovanija lichnosti podrostka // *International scientific revieshh*. 2020. № 66. S. 114-116.

3. Ignat'eva S.I., Golin'ko E.E. Primenenie shkaly detskoj depressii (cdi) Kovach kak skринingovoj metodiki u detej s hronicheskimi somaticheskimi zabolevanijami v g. Irkutske // *Aktual'nye voprosy sovremennoj mediciny*. 2019. S. 438-439.

4. Kobzeva N.R., Lebedeva E.R., Olesen E. Rasprostranennost' migreni i golovnyh bolej naprjazhenija v mire // *Ural'skij medicinskij zhurnal*. 2016. №4. S. 69-75.

5. Norkina E.G. Metodika na vyjavlenie «bulling-struktury» // *Tavricheskij nauchnyj obozrevatel'*. 2016. № 3. S 170-174.

6. Tonkonozhenko N.L., Klitochenko L.V., Maljuzhinskaja N.V. Golovnaja bol' naprjazhenija u podrostkov: Osnovnye aspekty problemy // *Rossijskij pediatricheskij zhurnal*. 2016. № 1. S. 18-23.

7. Shuteeva T.V. Funkcional'naja astenija u pacientov molodogo vozrasta: sovremennye sposoby korrekcii // *Russkij medicinskij zhurnal*. 2018. № 4. S. 80-84.

8. Diaz-Insa S. The myth of tension-type headache // *Revista de Neurología*. 2014. № 2. P. 27-31.

9. Fearon P., Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study // *BMJ*. 2017. № 12. P. 322.

10. Hazell P. Depression in children and adolescents // *BMJ Clin Evid*. 2016. № 8. P. 100-108.

11. Kong X., Chen J., Jiang H., Li Q., Huang Y., Wu J., Zhang L., Tang M., Jiang X., Chen L., Chen M., Zhou Z., Xiong L., Liu J., Zhou H., Wang R., Xue W., Lu G., Zhou J. Testing of diagnosis criteria of tension-type headache: A multicenter clinical study // *Cephalalgia*. 2018. № 38(12). P. 1833-1840.

12. Straube A., Heinen F., Ebinger F., von Kries R. Headache in school children:

prevalence and risk factors // Deutsches Ärzteblatt international. 2013. Vol.48. P. 811-818.

13. Wante L., Mueller S., Cromheeke S., Braet C. The impact of happy and angry faces on working memory in depressed adolescents // J Exp Child Psychol. 2018. № 10. P. 59-72.

14. Weersing R., Jeffreys M. Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression // J Clin Child Adolesc Psychol. 2017. № 46. P. 11-43.

E.E. Vaknin¹, A.N. Sultanova², P.A. Maksimenko², A.S. Cheremnykh²
ANALYSIS OF THE EMOTIONAL SPHERE OF ADOLESCENTS
WITH TENSION HEADACHE

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University (St Petersburg),
²Novosibirsk State Medical University (Novosibirsk).

Summary. The article presents the results of studying the influence of the emotional and personal sphere and susceptibility to school bullying on the occurrence of tension headaches in adolescents. Among these characteristics, the peculiarities of the emotional and personal sphere are studied, namely, the criteria for the asthenic state and depressive symptoms. The article examines the position and role of a teenager in the context of school bullying. The following methods are used as research methods: Asthenic State Scale (SHAS) L.D. Malkova; Child Depression Questionnaire M. Kovach; Methodology for identifying the bullying structure by Norkina E.

Keywords: asthenic condition, children's depression, school bullying, adolescents, tension headaches.

А.-Э. Д. Апфельбаум, О.И. Богачева, М.В. Иванов
**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ
СИБЛИНГОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», НОЧУ ВО «Мос-
ковский институт психоанализа» (Москва).

Резюме. Семья с больным ребенком чаще всего выступает объектом исследования клинических психологов, фокус изучения в большей мере направлен на родительско-детские и супружеские отношения, а также на взаимодействие с миром собственно больного ребенка, при этом специфика личности здорового сиблинга, брат или сестра которого страдает психическим расстройством, раскрыта недостаточно. В статье предпринимается попытка исследования специфики личности здорового сиблинга, брат или сестра которого страдает нервно-психическим расстройством. Выявлено, что эти подростки отличаются осторожностью, ответственностью и исполнительностью, а также требовательностью к самим себе; они предпочитают оставаться в тени за счет стеснительности и некоторой пугливости, что также связано с невысокой самооценкой. Эти подростки сообщают о переживаниях и неуверенности при общении в кругу сверстников. Внутрисемейные отношения подростки характеризуют как удовлетворительные, при этом на старших детей семьи часто возлагается выполнение хозяйственно-бытовых и воспитательных семейных функций.

Ключевые слова: личностные особенности, подросток, семья с больным ребенком, межсиблинговые отношения, семейные отношения.

Введение и постановка проблемы. В процессе формирования и становления личности ребенка большое значение играет семья – в ежедневном взаимодействии с родителями и сиблингами формируются его жизненная позиция и представления о себе и о мире [13]. И часто тем благополучнее происходит это формирование, чем гармоничнее семья, в которой он развивается. Известно, что нормально функционирующая семья характеризуется ответственным и дифференцированным выполнением своих функций, что в свою очередь удовлетворяет потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. В такой семье обнаруживается гибкая иерархическая структура власти, ясно сформулированные семейные правила, служащие ориентирами для роста, сильная родительская коалиция и неповрежденные межпоколенные границы. Родители здесь дифференцируют, или лучше сказать индивидуализируют, отношение к разным детям, принимают их безусловно, дети уважают и признают возрастную иерархию, что в свою очередь благоприятно сказывается на развитии конструктивных и гармоничных сиблинговых отношений. Дети в семейной системе образуют подсистему, первую группу равных, процессы в которой обуславливают развитие личности каждого ребенка. В итоге члены таких, скорее гармоничных, чем наоборот, семей значительно больше защищены от неблагоприятных влияний среды и обладают большей устойчивостью к действию психических травм [14].

Одним из факторов, способных нарушить гармоничное функционирование

семьи, является такое психотравмирующее событие, как наличие в ней ребенка с тяжелым состоянием здоровья, в частности с психическим расстройством [8]. Фокус изучения проблем таких семей в большей мере направлен на особенности родительского отношения к больному ребенку или на супружеские отношения в таких семьях, а также на взаимодействие с миром собственно больного ребенка. Так известно, что у родителей психически больного ребенка, в особенности у матерей, обнаруживаются фрустрация, чувство вины перед ребенком, часто смешанное с чувством враждебности, а также стыд, из-за которого в свою очередь им может быть свойственно стремление изолироваться от социума, чтобы избежать негативной реакции окружающих [3]. Семьям, воспитывающим ребенка с искаженным психическим развитием – на примере аутистических расстройств – свойственна разобщенность, их семейная адаптация хаотична, а в процессе воспитания обнаруживается гиперопека и снисходительное отношение. Члены семей с ребенком, страдающим эпилепсией, обнаруживают низкую удовлетворенность хозяйственно-бытовой сферой жизнедеятельности семьи и взаимодействием на уровне эмоций; у них также наблюдается высокий уровень потворствования и гиперопеки в процессе воспитания [9]. В свою очередь родители детей, страдающих шизофренией отмечают нехватку эмоциональной поддержки супруга и нарушение их сексуальных взаимоотношений [7].

Специфика личности здорового сиблинга, брат или сестра которого страдает психическим расстройством, хоть и затрагивается, но представляется раскрытой недостаточно [1]. Выявляются специфичные эмоциональные реакции здоровых детей в семьях, воспитывающих сибсов с нарушениями развития. Так, по заявлению ряда авторов, в основном это гнев, бескорыстие, вина, ревность, стыд за сиблинга, чувство одиночества [2, 4, 10]. В частности, сиблинги детей с аутизмом обнаруживают большую толерантность, сострадание и понимание проблем инвалидности, чем их сверстники, а также большую степень значимости состояния собственного здоровья. Однако также есть информация о меньшей психической и социально-психологической адаптированности в сравнении со сверстниками, в семьях которых есть здоровые сибсы. Ощущая обделенность родительским вниманием, дети пытаются получить его как деструктивными способами, так и чрезмерной старательностью, или ищут удовлетворение этой потребности вне семьи. Кроме того, исследования показывают нехарактерную для подростков со здоровыми сибсами выраженность тенденции к самообвинительному поведению в сочетании с так же обычно нехарактерно высоким контролем над эмоциями у подростков, чьи сиблинги страдают аутистическим расстройством [12].

Современными авторами болезнь ребенка рассматривается как ненормативный кризис семьи, обуславливающий трансформацию всей семейной системы [6, 11]. В свое время Д.Н. Исаев [5] отмечал, что член семьи, имеющий физические или психические нарушения, может оказывать неблагоприятное воздействие как на общее самочувствие членов семьи, так и на всю систему семейных взаимоотношений в целом. Так, ребенок, имеющий родителей, брата или сестру инвалидов, может сталкиваться со следующими проблемами: уменьшается интенсивность его контактов со сверстниками на своей территории; из-за

болезни другого ограничивается общая (физическая и психическая) активность ребенка внутри семейного пространства; изменяется родительское поведение; снижается ответственность, забота и надзор вследствие ухудшения общего физического тонуса больного родственника.

Цель данного исследования: выявить личностные особенности сиблингов подросткового возраста, брат или сестра которых страдает нервно-психическим расстройством.

Гипотеза исследования: личностные особенности, самоотношение подростка, сиблинг которого страдает нервно-психическим расстройством, приобретает особенности в виде снижения самооценки, повышения чувства вины, трудности формирования образа «я».

Методики исследования:

1. беседа;

2. 14-факторный личностный опросник Кеттелла 14PF/HSPQ (High School Personality Questionnaire);

3. методика изучения особенностей Я-концепции Пирса-Харриса в адаптации А.М. Прихожан;

4. методы статистической обработки данных (описательная статистика, критерий различий U-Манна-Уитни).

Выборка исследования: 25 человек в возрасте 14-16 лет. Эмпирическая группа: 16 подростков, имеющих сибса с хроническим нервно-психическим расстройством, у 8 из которых – сибс с детским аутизмом, у 5 – сибс с эпилепсией, у 3 – с шизофренией. Контрольная группа: 9 подростков, имеющих здорового сибса. Старшими детьми в семье являются 68% подростков.

Результаты исследования. В беседе, с которой начиналось исследование, нами замечено, что многие подростки эмпирической группы сообщали о различных трудностях, в частности неуверенности в общении со сверстниками в случае их осведомленности о проблемах со здоровьем их сиблинга. Нередко подросток мог сообщать, что «запятнан его болезнью» или «нахожусь как бы в ее тени».

В ответах на вопросы, касающихся отношений внутри семьи и степени удовлетворенности этими отношениями, особых общих для всех подростков сходств мы не обнаружили: были как те, кто чувствует себя достаточно комфортно, не говорит об обделенности или о чрезмерной поглощенности себя или родителя заботой о страдающем брате или сестре, так и те, кто хотел бы некоторых изменений, например, качественно другого контакта с матерью. Установлено, что на подростков, старших детей в семье часто возлагается выполнение хозяйственно-бытовых и воспитательных функций, а именно забота о пожилых родственниках, совершение покупок, уборка, что, по заверению большинства подростков, особо их не тяготит. Для небольшого количества подростков свойственны реакции эмансипации с группированием.

При исследовании выявлены статистические различия в личностном профиле подростков эмпирической и контрольной групп (см. рис. 1). Так, выявлены различия по факторам: F (осторожность–легкомыслие) при $p < 0,001$, O (самоуверенность–склонность к чувству вины) при $p < 0,001$, H (робость, застенчи-

вость–смелость, авантюризм) при $p < 0,001$ и Q2 (степень групповой зависимости) при $p < 0,001$.

Подростки, имеющие сибса с нервно-психическим расстройством, обнаруживают критически низкие значения по фактору F, что характеризует их как осторожных, ответственных, однако также склонных скорее к исполнительской деятельности, чем к организаторской. Подростки из контрольной группы, в свою очередь, набирают средние значения по данному фактору.

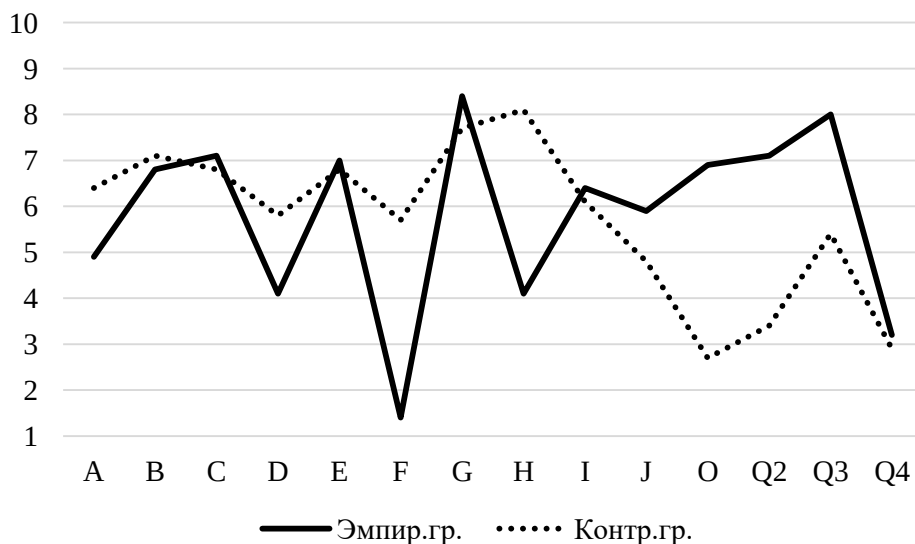


Рисунок 1. Личностный профиль подростков по опроснику 14PF (в стенах).

Различия по фактору O проявляются преобладанием средних значений и значений верхнего нормативного диапазона у подростков эмпирической группы, а у подростков контрольной группы – низких и нижних нормативных значений. Это может свидетельствовать о большей самоуверенности и безмятежности и пониженной чувствительности к угрозам у последних в сравнении с подростками, имеющими сибсов с нервно-психическим расстройством.

Большие различия выявлены по фактору H, которые проявляются тем, что у подростков эмпирической группы преобладают в основном критически низкие значения, и также обнаруживаются значения нижней границы нормативного диапазона. Эти результаты характеризуют подростков как более стеснительных, более осторожных и склонных скорее к пониженной самооценке, что может усиливаться низкими оценками по фактору D.

Заслуживают внимания высокие показатели по фактору G (нормативность), что может характеризовать педантизм и повышенную требовательность к самим себе. Сочетание с показателями факторов F, H и D может свидетельствовать о большей склонности этих подростков к субдепрессиям.

Обследование подростков по шкале Пирса-Харриса показало, что большая часть подростков, принявших участие в исследовании, имеет достаточно низкие показатели по шкале VI «общение» (средний балл 7,5; по данной шкале max 19

баллов), что подтверждает сведения, полученные во время беседы о переживаниях при общении в кругу сверстников. При этом подростки вполне удовлетворены ситуацией в образовательной среде, а также оценивают свое поведение как соответствующее требованиям взрослых. Результаты исследования Я-концепции не демонстрируют существование различий между подростками эмпирической и контрольной групп, однако это не отменяет целесообразности продолжения исследования, расширив выборку с возможностью разделить на подгруппы старших и младших детей в семье.

Таким образом, выявленные личностные особенности подростков, брат или сестра которых страдает нервно-психическим расстройством, позволят выделять специфические мишени для психологического воздействия, что может гармонизировать семейную систему и повысить эффективность психологической помощи всей семье.

Выводы.

1. Подростки, сибсы которых страдают нервно-психическим расстройством, отличаются осторожностью, ответственностью и исполнительностью (фактор F), а также требовательностью к самим себе (фактор G).

2. Эти подростки больше предпочитают оставаться в тени за счет стеснительности и некоторой пугливости, что также связано с невысокой самооценкой и склонностью к субдепрессиям (факторы H, D и F).

3. Для подростков эмпирической группы характерна меньшая самоуверенность и безмятежность (фактор O), чем для подростков из семьи, воспитывающих сибсов без явной физической или психической патологии, первые более тонко чувствуют возможность угрозы.

4. Подростки эмпирической группы часто отмечают трудность общения со сверстниками в связи с возможной осведомленностью тех о болезни сиблинга этих подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валитова И.Е. Взаимоотношения в семье между сиблингами, один из которых -ребенок с особенностями в развитии // Мир психологии. 2006. № 4. С. 55-67.

2. Высотина Т.Н. Личностные особенности родителей, воспитывающих детей со сложными нарушениями психического развития // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2011. Вып. 3. С. 122-127.

3. Грошева Е.В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка: в связи с задачами психологического сопровождения семьи: Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2009. 24 с.

4. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 6. С. 28-31.

5. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. СПб.: СпецЛит, 2001. 463 с.

6. Карабанова О.А. Задачи психологической помощи семье с больным ребенком // Альманах института коррекционной педагогики. 2020. № 20. С. 66-75.

7. Корман Т.А., Бочаров В.В. Качество жизни родителей детей, больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2010. № 1. С. 70-80.

8. Красильникова Е.Д. Функционирование семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития: Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2013. 24 с.

9. Красильникова Е.Д., Никольская И.М. Психологические характеристики семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Т. 1. № 4. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57308.shtml> (дата обращения: 01.07.2021)

10. Кузьмина А.А. Вина как ресурсный комплекс в семьях, воспитывающих ребенка с ОВЗ // Образование и воспитание. 2017. № 3 (13). С. 56-60.

11. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. Т. 5. № 2. С. 7-11.

12. Федотова Э.Л. Самоощущение ребенка, имеющего сиблинга с аутизмом // Детский аутизм: исследования и практика. Под общ. ред. В.Н. Касаткина. М.: Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, 2008. С. 144-185.

13. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2002. 656 с.

14. Эйдемиллер Э.Г. Клиническая психология и психотерапия семьи и детства: традиции и современность // Психическое здоровье. 2015. Т. 13. № 2 (105). С. 45-50.

REFERENCES

1. Valitova I.E. Relations in family between siblings, one of which is a child with particularities in development // World of Psychology. 2006. № 4. S. 55-67.

2. Vysotina T.N. Personal features of the parents who are bringing up children with diffi cult variants of mental development // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika. 2011. № 2. S. 122-127.

3. Grosheva E.V. Otnoshenie roditel'ei k psikhicheskomu rasstroistvu u rebenka (v svyazi s zadachami psikhologicheskogo soprovodeniya sem'i): Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk, St. Petersburg, 2009.

4. Guslova M.N., Sture T.K. Psikhologicheskoe izuchenie materei, vospityvayushchih detei-invalidov // Defektologiya. 2003. № 6. S. 28-31.

5. Isaev D.N. Psihopatologiya detskogo vozrasta. St. Petersburg, 2001. 463 s.

6. Karabanova O.A. Psychological support tasks for the family with an ill child // Almanac Institute of special education. 2020. № 20. S. 66-75.

7. Korman T.A., Bocharov V.V. Kachestvo zhizni roditel'ey detey, bolnykh shizofreniyey. Vestnik of St. Petersburg State University, 2010, Series 12. Sociology. № 1. S. 70-80.

8. Krasilnikova E.D. Funktsionirovaniye semey, vospityvayushchikh detey s razlichnymi variantami narusheniya psikhicheskogo razvitiya: Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk, St. Petersburg, 2013. 24 s.

9. Krasilnikova E.D., Nikolskaya I.M. Psychological characteristics in families of children with various disorders of psychic development [Elektronnyi resurs]. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education, 2012. Vol. 1, no. 4 (In Russ., abstr. in Engl.) URL:

<https://psyjournals.ru/en/psyclin/2012/n4/58678.shtml> (date of appeal: 01.07.2021)

10. Kuz'mina A.A. Vina kak resursnyy kompleks v sem'yakh, vospityvayushchikh rebenka s OVZ // *Obrazovaniye i vospitaniye*. 2017. № 3 (13). S. 56-60.

11. Nikol'skaya I.M. Klinicheskaya psikhologiya sem'i: osnovnyye polozheniya // *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*. 2005. T.5. № 2. S. 7-11.

12. Fedotova E.L. Samooshchushcheniye rebenka, imeyushchego siblinga s autizmom // *Detskiy autizm: issledovaniya i praktika*. Pod red. V.N. Kasatkina. Moscow: Tsentr psikhologo-mediko-sotsial'nogo soprovozhdeniya detey i podrostkov, 2008. S. 144-185.

13. Eydemiller E.G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i. St. Petersburg, 1999. 656 c.

14. Eidemiller E.G. Clinical psychology and psychotherapy of family and childhood: tradition and modernity // *Psihicheskoe zdorov'e*. 2015. T. 13. № 2 (105). S. 45-50.

A.-E.D. Apfel'baum, O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov

PERSONALITY TRAITS OF ADOLESCENTS WITH SIBLINGS WITH NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

Mental Health Research Center, Moscow Institute of Psychoanalysis (Moscow).

Summary. A family with a mentally ill child is most often the object of research of clinical psychologists, such studies are mainly focused on parent-child and marital relations, as well as on interaction with the world of the ill child itself, while the personality traits of a healthy sibling, whose brother or sister suffers from a mental disorder are insufficiently studied. The article attempts to study the personality traits of a healthy sibling, whose brother or sister suffers from a neuropsychiatric disorder. It was revealed that these adolescents are distinguished by cautiousness, responsibility and diligence, as well as self-exactingness; they prefer to remain in the background, due to shyness and some fearfulness, which is also associated with low self-esteem. These adolescents report worries and insecurities when communicating with their peers. Family relations are characterized by adolescents as satisfactory, while the older children of the family are often entrusted with the performance of household and educational family functions.

Keywords: personality traits, adolescent, family with a mentally ill child, siblings relationship, family relations.

А.М. Щербакова, Е.А. Василькова

**ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОВМЕСТНОЙ ПРОДУКТИВНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИТЕЛЯ И РЕБЕНКА
С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ**

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).

Резюме. Статья освещает результаты исследования, направленного на поиск путей включения в совместную продуктивную деятельность родителя и ребенка с нарушением развития. Работа осуществлялась на базе АНО «Инклюзивный центр «Вместе весело шагать»» (Москва). В ходе исследования была разработана методика, направленная на диагностику уровня включенности родителя в совместную с ребенком продуктивную деятельность. По результатам анкетирования был проведен анализ связи психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития, с их готовностью к совместной продуктивной деятельности. Результаты анализа подтвердили наличие такой связи. В ходе работы была создана и апробирована коррекционно-развивающая программа, направленная на включение родителей и детей в совместную продуктивную деятельность. Итоги апробации свидетельствуют об эффективности разработанной программы.

Ключевые слова: дети с нарушениями развития, совместная деятельность родителя и ребенка, продуктивная деятельность, психологический тип родителя, психолого-педагогическое сопровождение семьи, расстройства аутистического спектра.

Известно, что в поиске путей психолого-педагогической помощи ребенку с нарушением развития необходимо ставить акцент на работе с семьей [1-4 и др.]. Одной из важнейших задач такой работы является помощь родителям во включении их в совместную с детьми деятельность. Успешность социального и личностного становления ребенка во многом зависит от готовности родителя к взаимодействию в рамках деятельности, обеспечивающей приобретение опыта, релевантного потребностям развития. Важнейшим и необходимым этапом в развитии ребенка является освоение предметно-продуктивной деятельности, направленной на познание окружающего мира через первые манипуляции и простейшие действия с предметами с постепенным переходом к познанию их культурно обусловленного употребления [5].

Однако в работах, посвященных проблеме семьи [1,2,4], воспитывающей ребенка с нарушением развития, лишь косвенно затрагивается тема совместной продуктивной деятельности родителя и ребенка. Не ставится вопрос о связи психологических особенностей родителей с их готовностью к включению в совместную с ребенком деятельность. Актуальной является разработка новых форм психолого-педагогической помощи семье, направленной на включение родителей и детей с нарушениями развития в совместную продуктивную деятельность.

Основной целью предпринятого нами исследования стали поиск обосно-

вания, разработка и апробация коррекционно-развивающей программы, направленной на включение родителей и детей с нарушениями развития в совместную продуктивную деятельность. Исследование построено на предположении, что уровень включенности родителя, воспитывающего ребенка с нарушением развития, в совместную с ним продуктивную деятельность имеет связь с его психологическими особенностями. Мы ожидали, что коррекционно-развивающая программа, направленная на формирование совместной продуктивной деятельности родителя и ребенка с нарушением развития, повысит уровень включенности родителя в совместную деятельность.

Исследование осуществлялось в рамках грантового проекта «Смогли мы, сможешь и ты!» (при поддержке мэра Москвы) на базе АНО «Инклюзивный центр поддержки детей с особенностями развития и их семей «Вместе весело шагать». Одной из приоритетных задач проекта является включение родителей и детей в совместную продуктивную деятельность, что говорит о практической значимости данного исследования.

Для реализации исследования была сформирована **выборка** из 20 семей, воспитывающих детей с нарушениями развития. В исследовании приняли участие матери и их дети в возрасте от 7 до 12 лет. В 15 семьях (75%) воспитываются дети с расстройствами аутистического спектра.

В качестве **методов** исследования применялись наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент, методы математической статистики (с использованием Т-критерия Вилкоксона, корреляционный анализ с использованием коэффициента Пирсона).

Для диагностики психологических особенностей родителей нами была выбрана методика «Психологический тип родителя» В.В. Ткачевой [3], целью которой является выявление у родителей одного из трех психологических типов – авторитарного, невротичного или психосоматического. Выбор методики обоснован тем, что с ее помощью возможно получить достаточно подробную информацию о психологических особенностях родителя, воспитывающего ребенка с нарушением развития. Информация о каждом типе раскрывает особенности родительской позиции по отношению к ребенку и к его нарушению, особенности эмоционального состояния родителя, связанного с переживаниями за ребенка, а также модель родительского воспитания.

Анализ результатов анкетирования по методике «Психологический тип родителя» показал, что матери из исследуемой группы могут быть отнесены к различным психологическим типам (рис.1).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП РОДИТЕЛЯ

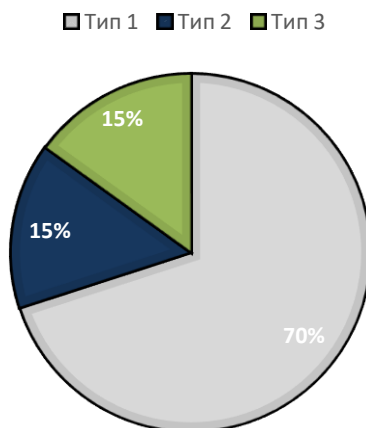


Рисунок 1. Распределение родителей по психологическому типу..

Как видно на диаграмме, в группе выделяется преобладающий психологический тип: психосоматический, обозначенный, как «Тип 1». Данный тип был выявлен у 14 матерей, что составляет 70% группы. Невротичный тип (Тип 2) и авторитарный (Тип 3) выявлен у равного числа исследуемых – по 3 человека каждого типа.

Как указывает автор методики, невротичный психологический тип отличается пассивная родительская позиция. Матери зачастую не видят выхода из сложившейся ситуации, могут длительное время не принимать диагноз ребенка. Их психологическое состояние можно охарактеризовать, как подавленное. В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем. Они не готовы занимать активную позицию и неохотно включаются в коррекционно-развивающий процесс.

Сравнивая указанные особенности невротичного типа с результатами наблюдения и беседы с родителями, можно увидеть ряд совпадающих характеристик. Все матери, относящиеся к этому типу, отметили, что самостоятельно не могут организовать занятия с ребенком. Им сложно мотивировать ребенка, когда тот отказывается выполнять задания. Такие моменты вызывают у них сильное раздражение. Самыми эффективными они считают занятия со специалистами, даже если те проходят не чаще одного раза в неделю.

Родители авторитарного психологического типа, составляющие 15% исследуемой группы согласно описанию В.В. Ткачевой привыкли принимать решения самостоятельно, руководствуясь в основном своим мнением. Их отличает активная жизненная позиция, целеустремленность, умение решать многие задачи без помощи окружающих. Говоря о родительской позиции, стоит упомянуть о такой особенности авторитарных родителей как «вывод за скобки» нега-

тивных переживаний, связанных с проблемами ребенка, что позволяет им сосредоточиваться на решении проблемы и действовать более эффективно, чем родители других типов [3].

Сведения, полученные нами во время беседы, показывают, что матери именно авторитарного типа (Тип 3) делают акцент на достаточно быстром принятии диагноза ребенка. Они активно изучают литературу и исследования об особенностях своего ребенка и ищут различные пути помощи. Во время разговора одна из матерей упомянула, что перестала общаться с близкими, так как, по ее мнению, только она четко знает, что нужно ребенку. Все матери данного типа активно занимаются со своими детьми дома и постоянно ищут новых специалистов и новые пути помощи детям.

Согласно В.В.Ткачевой психологической особенностью психосоматического типа (Тип 1) является определенная эмоциональная лабильность: родителям свойственны черты как невротичного, так и авторитарного типов. При способности проявлять тенденцию к доминированию, свойственную родителям авторитарного типа, отмечаются частые смены настроения. В то же время яркие проявления эмоций не характерны. Переживания, связанные с ребенком, не выносятся во внешний план, все проблемы переживаются внутри. Их отличают сдержанность и корректность. По мнению автора методики, глубокие, но скрытые переживания оказывают зачастую неблагоприятное воздействие на здоровье таких родителей. Ведущим переживанием по отношению к ребенку (как и у родителей невротичного типа) является жалость, что приводит к стремлению во всем оказать помощь, а иногда и выполнить за него то, что у него не получается, вместо того чтобы объяснить алгоритм действия. Схожей чертой с авторитарными родителями у родителей, отнесенных к Типу 1, является то, что они настойчиво стремятся к поиску лучших специалистов для своих детей. Часто встречаются случаи, когда матери сами приобретают необходимые знания для помощи ребенку, например, проходят программы обучения по дефектологии и психологии.

Сопоставляя характеристику психосоматического типа родителя с данными, полученными в результате наблюдения и беседы с матерями, стоит отметить, что из матерей, относящихся к данному психологическому типу, более третьей части изучают психологию, дефектологию, нейропсихологию, планируя в дальнейшем помогать не только своему ребенку, но и другим детям с подобными нарушениями развития. Во время рассказа о моменте осознания нарушения у ребенка большинство матерей были сдержаны, не проявляли сильных эмоций, были немногословны. Многие матери во время беседы выглядели уставшими, жаловались на плохое самочувствие – головные боли, бессонницу, раздражительность, частую смену настроения. При этом их основной ресурс уходит на занятия с детьми дома.

Полученные данные указали на важные факторы, которые необходимо учитывать при выборе пути работы с семьей, а также были использованы нами для выявления зависимости между психологическим типом родителей и уровнем их включенности в совместную деятельность с ребенком.

Для изучения уровня включенности родителя в совместную с ребенком с

нарушением развития продуктивную деятельность, нами была разработана анкета «Готовность родителя к совместной продуктивной деятельности». Основным показателем в данной методике является уровень включенности. Вопросы сформулированы таким образом, чтобы помимо количественного анализа произвести и качественный анализ полученных сведений. С помощью качественного анализа можно выявить как значимость в целом продуктивной деятельности для родителя, так и предпочитаемый вид продуктивной деятельности. Ответы на вопросы раскрывают, как родитель оценивает успешность своего ребенка в продуктивных видах деятельности.

Анкета состоит из 15 вопросов и позволяет выявить три уровня включенности родителя: высокий, удовлетворительный и низкий.

Первое анкетирование было проведено в январе 2021 г. на первых встречах с семьями. Второе анкетирование было осуществлено через полгода, после того, как в течение этого времени семьи принимали участие в занятиях в рамках разработанной программы, направленной на включение матерей в совместную с ребенком продуктивную деятельность. В табл. 1 дана количественная и процентная представленность уровней включенности в совместно-продуктивную деятельность матерей исследуемой группы.

Таблица 1.

Уровень включенности в совместную деятельность по результатам первого анкетирования

Уровень включенности родителя	Значение (чел. / %)
Высокий	5 / 25
Удовлетворительный	12 / 60
Низкий	3 / 15

Удовлетворительный уровень включенности имеют больше половины матерей (60%), что говорит о достаточно высоком уровне готовности группы к совместной продуктивной деятельности.

Для качественного анализа полученных результатов анкетирования приведем ответы на некоторые вопросы анкеты, которые мы выделяем как особо значимые для исследования. Так, все респонденты ответили утвердительно на вопрос: «Вы согласны с тем, что продуктивная деятельность положительно влияет на развитие ребенка?», то есть все матери исследуемой группы признают значимость продуктивной деятельности. При этом 80% опрошенных матерей указали, что дома занимаются продуктивной деятельностью с ребенком. Самым популярным для домашних занятий видом деятельности стало рисование (в ряду таких занятий, как конструирование, лепка, аппликация).

На вопрос «Есть ли вид деятельности, в которой, по вашему мнению, ваш ребенок успешен?» утвердительно ответили менее половины (45%) матерей. Сравнивая полученные данные с долей матерей, которые занимаются с детьми дома (80%), мы отмечаем, что мотивирует родителя именно развивающий компонент занятий, а не успешность ребенка.

Отметим, что большинство матерей (80%) при ответе на вопрос «Какой вид совместной деятельности с ребенком приносит вам удовольствие?» указали,

что чаще всего занимаются с ребенком именно теми видами деятельности, в которых они заинтересованы сами.

При этом большинство опрошенных не имеют хобби (75%). Основной причиной отсутствия увлечений был назван факт появления ребенка с нарушениями развития и, как следствие, отсутствие свободного времени. При этом во время беседы многие матери согласились с утверждением, что отсутствие хобби и свободного времени отрицательно влияют на их эмоциональное состояние. Матери, имеющие хобби, называли рисование, шитье, лепку и танцы.

Далее мы провели анализ связи между психологическим типом родителей и их уровнем включенности в совместную с ребенком продуктивную деятельность, в результате которого были выявлены следующие связи:

среди матерей психосоматического типа удовлетворительный уровень включенности имеют 79%, высокий уровень включенности имеют 21%, низкий уровень включенности отсутствует;

среди матерей авторитарного психологического типа высокий уровень включенности имеют 67%, удовлетворительный уровень имеют 33%, низкий уровень включенности отсутствует;

все матери невротичного типа - 100% имеют низкий уровень включенности в совместную с ребенком продуктивную деятельность.

Для подтверждения значимости выявленных связей психологического типа родителя и уровнем его включенности был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента Пирсона.

В результате проведенного анализа выявлены значимые связи между показателем «Включенность» у обследованных матерей и их психологическим типом. Выявлена прямая корреляционная связь между «удовлетворительным уровнем включенности» и психосоматическим типом родителей ($r=0,078$ при $p \leq 0,01$). Показатель «Низкий уровень включенности» находится в прямой связи с невротическим типом родителей ($r=0,417$ при $p \leq 0,01$). Выявлена прямая корреляционная связь между «высоким уровнем включенности» и авторитарным типом родителей ($r=0,999$ при $p \leq 0,01$).

Заключительное исследование первого этапа показало, что существует связь между психологическим типом родителя и его уровнем включенности в совместную деятельность. Наиболее включенными родителями являются матери авторитарного психологического типа. Матери психосоматического типа имеют в большинстве случаев удовлетворительный уровень включенности. Родители невротического типа имеют низкий уровень включенности.

Таким образом, по итогам первого этапа исследования мы получили данные для обоснования и разработки программы, направленной на формирование совместной продуктивной деятельности родителей и детей с нарушениями развития.

Учет влияния психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития, на готовность к включению в совместную с ребенком продуктивную деятельность обеспечил вариативность и гибкость программы. Особой задачей при реализации программы является создание благоприятного эмоционального фона, атмосферы сотрудничества и взаимопомощи

во время занятий, что способствует психологическому комфорту родителя и ребенка и уменьшению состояния тревожности и стресса. Таким образом формируются новые пути коммуникации между членами семьи, создаются более близкие и доверительные отношения. Подбор заданий и приемов их выполнения позволяют всем участникам процесса пережить опыт успешности, получить новые навыки, создать свое уникальное изделие. Важным моментом является включение в программу разных типов занятий – диагностические занятия в начале и в конце программы, диадические занятия «Родитель и Ребенок», групповые занятия для родителей, встреча с детьми без участия родителей.

После проведения коррекционно-развивающей программы нами был проведен второй этап исследования, направленный на доказательство предположения о том, что программа формирования совместной продуктивной деятельности родителя и ребенка с нарушением развития повышает уровень включенности родителя в совместную деятельность. В табл. 2 приведены сравнительные данные по показателю уровня включенности до и после проведения программы.

Таблица 2.

Уровень включенности в совместную деятельность по результатам итогового исследования

Уровень включенности родителя	Значение в % до	Значение в % после
Высокий	25	70
Удовлетворительный	60	20
Низкий	15	10

После проведения коррекционно-развивающей программы высокий уровень включенности выявлен у 70% участвовавших в ней родителей; удовлетворительный уровень - у 20%; низкий уровень включенности выявлен у 10% матерей.

Наибольшие изменения показателя «Включенность» можно наблюдать в группе матерей психосоматического психологического типа. До участия в коррекционно-развивающей программе лишь 21% матерей имели высокий уровень включенности в совместную продуктивную деятельность. При прохождении повторной диагностики данный показатель увеличился до 79%.

В группах матерей авторитарного и невротичного типов произошли незначительные изменения. Все матери авторитарного типа показали высокий уровень включенности, который был преобладающим в этой группе. У родителей невротичного типа преобладающим остался низкий уровень включенности в совместную продуктивную деятельность.

Для подтверждения предположения о повышении уровня включенности родителей в совместную продуктивную деятельность по итогу участия в коррекционно-развивающей программе нами был осуществлен сравнительный анализ результатов с использованием Т-критерия Уилкоксона.

Первоначально нами был произведен анализ изменений до и после прохождения коррекционно-развивающей программы всей группы испытуемых. Результаты расчета асимптотической значимости составили 0,147, что больше 0,05, из чего следует, что между группами нет значимых различий.

Для уточнения результатов нами был произведен дополнительный анализ

изменений показателя «Включенность» до и после участия в программе группы матерей Психосоматического типа, чтобы посмотреть является ли сдвиг показателей в данной группе более интенсивным, чем в других.

По результатам дополнительного анализа с помощью Т-критерия Уилкоксона изменений показателя «Включенность» до и после участия в программе в группе матерей психосоматического типа, были установлены изменения, попадающее в зону значимости. Уровень включенности достоверно повысился, что частично доказало наше предположение о повышении уровня включенности родителей в совместную продуктивную деятельность с ребенком после коррекционно-развивающей программы. Данное предположение подтвердилось для родителей психосоматического типа. Показатель включенности у родителей авторитарного и невротического типа значимо не изменился.

Заключение Проведенное нами исследование позволило получить данные о готовности родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития, к совместной с ребенком продуктивной деятельности. Выявлена и доказана связь уровня готовности к совместной деятельности с психологическими особенностями родителей. Обоснована коррекционно-развивающая программа, направленная на формирование совместной продуктивной деятельности родителя и ребенка с нарушением развития. Реализация программы обеспечила достоверное повышение уровня включенности родителей в совместную с ребенком деятельность. Результаты проведенного формирующего исследования имеют практическую значимость и могут быть использованы педагогами и психологами при разработке программ, направленных на работу с семьей ребенка с нарушением развития.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. М.: Теревинф, 2019. 113 с.

2.Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 408 с.

3.Ткачёва В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. М.: Национальный книжный центр, 2014. 160 с.

4.Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие. М.: АСТ; Астрель, 2007. 318 с.

5.Щербакова А.М. Значение предметно-практической деятельности в социальном становлении детей с ограниченными возможностями здоровья // Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в программы дополнительного образования: Методические рекомендации / под ред. А.Ю. Шеманова. М., 2012. С.76-93.

REFERENCES

1.Baenskaja, E.R. Pomoshh' v vospitanii detej s osobym jemocional'ny'm razvitiem. M.: Terevinf, 2019. 113 s.

2.Mastjukova E.M., Moskovkina A.G. Semejnoe vospitanie detej s otklonenijami v razvitii: Ucheb. posobie dlja stud. vyssh. ucheb. zavedenij / Pod red. V.I. Seliverstova. M.: Gumanit. izd. centr VLADOS, 2003. 408 s.

3.Tkachjova V.V. Sem'ja rebenka s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja: diagnostika i konsul'tirovanie. M.: Nacional'nyj knizhnyj centr, 2014. 160 s.

4.Tkacheva, V.V. Tehnologii psihologicheskoy pomoshhi sem'jam detej s otklonenijami v razvitii: Ucheb.posobie. M.: AST; Astrel', 2007. 318 s.

5.Shherbakova A.M. Znachenie predmetno-prakticheskoy dejatel'nosti v social'nom stanovlenii detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Vkljuchenie detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja v programmy dopolnitel'nogo obrazovanija: Metodicheskie rekomendacii / pod red. A.Ju. Shemanova. M., 2012. S.76-93.

A.M. Shcherbakova, E.A. Vasilkova

**WAYS OF FORMING A JOINT PRODUCTIVE ACTIVITY
OF A PARENT AND A CHILD WITH A DEVELOPMENTAL DISORDER**

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The article covers the results of a study directed to researching ways of inclusion parents and their children with a developmental disorder in joint productive activities. The work was realized on the basis of the ANC "Inclusive Center "Vmeste veselo shagat'" (Moscow). In process of the study we developed a new methodology directed to diagnostics of the involvement level of parents and children in joint productive activities. According to the results of questionnaire design, the analysis of the relationship between the psychological characteristics of parents raising children with developmental disabilities and their readiness for joint productive activities was carried out. The analysis of results proved the existence of this connection. In the course of the work, a correctional and developmental program was created and tested, aimed at inclusion of parents and children in joint productive activities. The results of practice indicate the efficacy of the developed program.

Keywords: children with developmental disorders, joint activity of parents and children, productive activity, psychological type of parent, psychological and pedagogical support of the family, autism spectrum disorders.

И.В. Журавлева, Н.В. Лаконова

ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ ЖЕЛАНИЙ И СТРАХОВ ПОДРОСТКОВ

Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН (Москва).

Резюме. В статье на материалах двух исследований «Здоровье подростков и окружающая среда», проведенных Институтом социологии ФНИСЦ РАН по единой методике с двадцатилетним интервалом, рассматривается место здоровья в контексте основных желаний и страхов подростков как показателей их жизненных ценностей. Отмечается стабильность основных ценностей подростков - хорошее образование, счастливая семья, успешная карьера, путешествия по миру. Основные страхи - смерти своей и близких, жизненных неудач, одиночества - также достаточно устойчивы во временном диапазоне. Зафиксирован рост ценности здоровья и снижение опасений его потерять.

Ключевые слова: подростки, здоровье, заболеваемость, ценности, желания, страхи.

Актуальность. Здоровье сегодняшних подростков является определяющим показателем завтрашнего экономического и социального развития любой страны. В последние годы осознание этого обстоятельства происходит все в большем числе стран. В основе этих перемен лежит Глобальная стратегия Генерального секретаря ООН по охране здоровья женщин, детей и подростков, работа, по которой началась в 2015 году. Применительно к интересам подростков разработано Руководство по осуществлению глобальных ускоренных действий (АА-НА!) по охране здоровья подростков ВОЗ и Глобальные стандарты качества медицинского обслуживания подростков [9, 14]. Все эти документы свидетельствуют о возросшем понимании важности феномена «здоровье подростков».

Для России значимость проблемы здоровья подростков обусловлена, кроме важности подросткового периода для всей последующей жизни человека, наличием негативных тенденций в здоровье российских подростков. Парадокс, однако, состоит в том, что здоровью подростков традиционно уделяется мало внимания, хотя при сравнении со взрослым населением оказывается, что у нынешних подростков ухудшение здоровья идет более интенсивно и по большему числу заболеваний. Все эти явления происходят на фоне низкой медицинской информированности, санитарно-гигиенической и экологической культуры. Изменение нынешней ситуации в этой сфере связано с необходимостью роста инвестиций в здоровье и благосостояние подростков. Целью подобных инвестиций является, помимо обеспечения физического и психического уровня благополучия этой возрастной группы, также формирование у подростков отношения к здоровью как к важнейшей жизненной ценности. Инвестиции должны сопровождаться значительной работой в различных сферах жизни (здравоохранении, образовании, экономики, досуга и пр.) для достижения подростками оптимальных показателей своего развития, которые должны быть заданы будущей Концепцией здоровья подростков, которой пока нет ни в одной стране [15].

Подростковый возраст представляет собой критический период биологиче-

ской и психологической перестройки организма, адаптации к новому социальному окружению, период основных проб новых типов поведения, новых социальных ролей, приобретения нового опыта. Этот этап жизни относится к узловым периодам развития человека.

Демографические характеристики подростков. Демографические показатели, характеризующие категорию подростков, связаны, прежде всего, с их численностью, смертностью и заболеваемостью. Если за период 2002-2017 гг. общая численность населения России почти не изменилась (увеличилась на 2%), то число подростков 10-14 лет сократилось на 31%, а доля 15-19-летних – на 45%, что обусловлено существующими демографическими процессами [1, 2].

Доминирующими причинами смерти в подростковом возрасте являются внешние, или неестественные, причины смерти, на долю которых приходится свыше 70% случаев. У юношей – это самоубийства, автотранспортные травмы, убийства. У девушек – те же причины, но в другой очередности – автотранспортные травмы, самоубийства, убийства. Все они связаны с особенностями рискованного поведения подростков [12].

Транспортные травмы являются основными в данной группе и определяют более четверти всех случаев смерти от травм в этом возрасте. Второй важнейшей причиной подростковой травматической смертности являются самоубийства. У российских подростков 15-19 лет уровень смертности от самоубийств в три раза выше среднемирового и в пять раз выше, чем в среднем по Европе. [13].

Несмотря на все сложности учета причин смерти подростков следует отметить позитивную тенденцию, связанную с сокращением числа смертей за период 2002-2016 гг. у подростков 10-14 лет – в 2,3 раза, а у 15-19-летних – в 3,7 раза [1, 2].

Сравнительный анализ заболеваемости различных возрастных групп населения России показал, что наибольшие негативные изменения характерны для подростков. Заболеваемость населения (с диагнозом, установленным впервые) за период 1996-2017 гг. увеличилась в целом на 21%, У детей в возрасте 0-14 лет - в 1,5 раза. В 1,5 раза увеличилось и число детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет. Что касается подростков 15-17 лет, то у них заболеваемость выросла в целом в 1,9 раза. Максимальный рост связан с новообразованиями – увеличение в 3,6 раза, болезнями крови – в 3,3, травмами и отравлениями – в 2,6 раза. Позитивные изменения относятся к болезням нервной системы - их количество уменьшилось на 26%, а инфекционных и паразитарных – на 16% [4, 5].

Пандемия внесла дополнительный вклад в негативные процессы здоровья подростков. Исследование, проведенное НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков в 79 регионах России (опрошено 29779 школьников 5-11 классов в городах (70%) и сельской местности (30%)), показало, что даже за такой короткий промежуток времени, как прошедший год, у 80% школьников в результате изоляции и дистанционного обучения появились неблагоприятные психические реакции. У трети опрошенных выявлены признаки компьютерного зрительного синдрома, связанного с использованием школьниками для учебных занятий смартфона, технические возможности которого не отвечают необходимым гигиеническим требованиям для работы подростков. При этом время «общения» детей с этой техникой составляло у 77% ежедневно 4 часа и более, а у трети их

них – даже больше 7 часов. При использовании компьютерной техники помимо глаз страдает осанка школьников, развиваются признаки ожирения, нарушается слух из-за длительного использования наушников. Ведущие педиатры России прогнозируют рост инвалидности у детей по этим заболеваниям и официально обратились в органы прокуратуры с требованием ограничить впредь использование дистанционных форм обучения для детей [8].

Для того, чтобы представить, какое место занимает здоровье в системе жизненных ценностей подростков, воспользуемся результатами двух исследований «Здоровье подростков и окружающая среда», проведенных Институтом социологии РАН по единой методике с интервалом в 20 лет (1996 и 2017 гг.)².

Мы проанализировали ответы подростков на два вопроса «Назови, пожалуйста, три свои заветные желания» и «Чего ты больше всего боишься?» Вопросы не содержали никаких вариантов ответов, что позволяет надеяться на высокую степень достоверности ответов, которые были очень разнообразны и при кодировке сгруппированы в 20 групп для каждого вопроса. Рассмотрим их

Основные желания подростков. Распределение ответов на вопрос об основных желаниях дало представление о сложившейся у молодых людей иерархии ценностей. Вопреки реалиям, связанным с материальными ценностями нашего времени, для большинства опрошенных успешная учеба и получение образования рассматриваются как основные способы достижения высокого жизненного статуса. Первое желание (58% – проценты даются суммарно по трем желаниям) связано с «успешной учебой, сдачей ЕГЭ, поступлением в ВУЗ», на втором месте – «семейное благополучие родителей и своей семьи в будущем» (31,5%), на третьем – «успешная карьера» (27,8%). Суммарное количество ответов, связанных с первым желанием, почти в два раза превышает долю ответов, занявших вторую ранговую позицию - это желание «семейного благополучия родителей и своей семьи в будущем» (табл. 1).

Российская школа в последние десятилетия меняет свою ориентацию, направленную на подготовку выпускников школы исключительно к поступлению в вузы, на другую – связанную с получением просто среднего образования. Несмотря на это, в представлениях подростков сохраняется высокая ценность дальнейшего образования, которое связывается в их желаниях с «успешной карьерой» (третье место). На четвертом месте – «стремление к путешествиям», что свидетельствует об открытости нынешних подростков миру, желании узнать его поближе даже при условии изменения места жительства. «Хорошая материальная обеспеченность» занимает пятое место. Собственное «здоровье и здоровье близких» (шестое место) не попало в приоритеты в силу возрастных особенностей респондентов, тем не менее, 19,9% подростков высказали различные пожелания, связанные со здоровьем.

Резюмируя высказанные в ходе опроса желания, можно сказать, что зафиксированная на протяжении последних десятилетий ориентация на получение

1. Исследование «Здоровье подростков и окружающая среда» проведено в 1996 году в Москве, Оренбурге, Абакане (N = 1004 чел), в 2017 году - в Подмоскowie, Н.Новгороде, Ульяновске, Улан-Уде (N=974 чел).

хорошего образования в сознании российских подростков продолжает сохраняться и рассматривается ими как один из основных способов достижения высокого социального статуса и хорошего материального положения. Для подростков важно жить в любящей семье, где близкие здоровы, иметь успешную карьеру, хорошее материальное обеспечение, возможность путешествовать по миру и стать просто счастливыми.

Таблица 1.

Распределение ответов на вопрос «Назови, пожалуйста, три свои заветные желания», 2017 г., %, ранги

Желания подростков	1-е желание		2-е желание		3-е желание		Всего по строке	
	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг
Сдать экзамены, окончить школу, поступить в учебное заведение	34,2	I	13,6	I	10,2	II	58	I
Семейное благополучие родителей и своей семьи в будущем	5		10,5	III	16	I	31,5	II
Успешная карьера	6,1		12,7	II	9		27,8	III
Путешествия и смена места жительства	7,7	II	7,1		9,2	III	24	IV
Хорошая материальная обеспеченность	7,4	III	8,3		7,5		23,2	V
Здоровье близких и свое	7,2		6,6		6,1		19,9	VI
Получить конкретную профессию	5,9		9,1		4		19	VII

Сравнивая результаты опросов старшеклассников 1996 и 2017 гг., отметим, что приоритетные ценности подростков в обоих исследованиях очень схожи. Ценность образования также важна для нынешних подростков, как и для их сверстников двадцать лет назад. Практически одинаковы доли отметивших «материальное благополучие» как приоритетное желание подростков, разделенных практически двадцатилетием. Более прагматично и взвешено нынешние школьники оценивают свои возможности «счастья и успешности»: доля высказавших такое желание в 2017 г. подростков оказалось в 1, 7 раза меньше по сравнению с респондентами 1996 г. Не утратили своего значения для современных подростков семейные ценности – «хорошая семья» остается в приоритете. А вот ценность «здоровья» хоть и осталась на одном из последних ранговых мест, но стала значимой для 19,9% подростков, что в 2.6 раз больше, чем в 1996 г. (рис. 1).

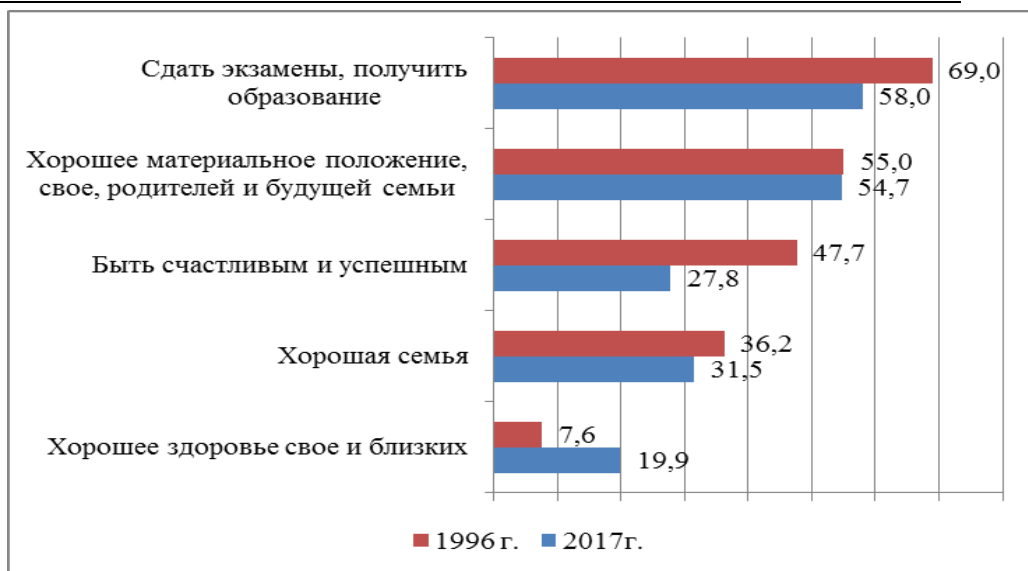


Рисунок 1. Ответы на вопрос «Назови, пожалуйста, три свои заветные желания», %.

В целом молодые люди становятся более прагматичными, рассматривая работу с точки зрения скорейшего достижения материального благополучия, получения жизненных благ. В молодежном сознании разрушается старая система идеальных ценностей, усиливается значимость собственного «я».

Страхи и опасения подростков. Задавая подросткам вопрос об опасениях и страхах, мы исходили из того, что различные формы страха являются эмоциональной составляющей жизни практически каждого человека, группы, общества. Страх – это не только психологический, но и культурологический феномен, эффективный механизм социализации. Страхи, опасения могут вызываться внешними опасностями (природные катаклизмы, военные действия), социальными отношениями в обществе (конфликты, зависимости, гонения), культурными традициями. Культурные нормы признают страхи нормальными и предлагают способы защиты от страхов

Согласно Э.Фромму, страх – это чувство, которое является определяющим при формировании социального характера. Страх как психологический механизм оттесняет в сферу бессознательного те индивидуальные характеристики личности, которые входят в столкновение с существующими в обществе культурными и социальными нормами. [6].

Подростковые страхи, как правило, делятся на социальные и природные. Первые определяются социальными отношениями в обществе, вторые – природными катаклизмами, военными конфликтами и т. п. Подростки одновременно решают три разнонаправленные задачи: стремятся выделиться, сохранить свою индивидуальность и стать «своими» в группе, близкой по интересам и нормам поведения. Поэтому страхи подростков во многом зависят от их окружения и являются эффективным механизмом социализации. Опасения, которые

высказали подростки, являются в значительной мере оборотной стороной их желаний, они указывают на нежелательные и деструктивные для них события, которые подростки не желают иметь в своей жизни.

В 2017 г. на первое место при ответе на вопрос «Чего ты боишься больше всего? Укажи три основных фактора» во всех трех выборах вышел «страх смерти родителей и близких» и «страх своей смерти, особенно в молодом возрасте». Этот фактор, как правило, занимает первое место практически во всех опросах о страхах подростков и его разделяют более половины опрошенных в нашем исследовании (табл. 2).

Таблица .2.

Распределение ответов на вопрос «Чего ты больше всего боишься? Назови три фактора», 2017г., %, ранги

Факторы страха	1-й фактор		2-й фактор		3-й фактор		Всего по строке	
	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг
Боязнь смерти своей и близ- ких	23,8	I	15,4	I	14,4	I	53,6	I
Боязнь высо- ты, темноты, природных явлений	16,5	II	14,5	II	10	II	41	II
Боязнь насе- комых, змей, некоторых животных	13,9	III	9,5	III	7,5		30,9	III
Боязнь оди- ночества	7,8		7,1		6,7		21,6	IV
Боязнь жиз- ненных не- удач	3,9		7,4		9,8	III	21,1	V
Страх соци- альных и природных катаклизмов	3,5		6,5		4,4		14,4	VI
Страх потери здоровья и боязнь несча- стных случаев	1		3,5		5,4		9,9	VII

Второе место занял фактор «боязнь высоты, темноты и некоторых природных явлений». Третий по значимости страх – «боязнь насекомых, змей и некоторых животных». Фактор «боязнь одиночества» представлен четвертой ранго-

вой позицией. Это ощущение, скорее всего, является рефлексией на кардинальные перемены, происходящие в обществе, где возрастают отчуждение, разобщенность и равнодушие к людям. Боязнь «жизненных неудач» – пятая ранговая позиция. Сюда подростки относят такие опасения, как: «быть социально отверженным, никем не стать, быть ненужным, ничего не добиться в жизни, не устроиться на престижную работу, стать человеком без определенного местожительства». На шестом месте – социальные страхи глобального масштаба: «война, кризис, терроризм, землетрясение, экологические проблемы, природные катаклизмы». На седьмом месте – «страх потери здоровья и боязнь несчастных случаев». Место здоровья в структуре ценностей подростков соответствует их возрастным особенностям и не кажется им чем-то актуальным. Далее, по мере снижения значимости для респондентов, идут небольшие по количеству, но весьма значимые по смыслу группы ответов: страх бедности, потери имущества, отсутствия работы; страх наркотиков, тюрьмы, СПИДа; страх испытать предательство; страх остаться без друзей; страх не найти вторую половину. Отметим неожиданно весомую позицию варианта «ничего не боюсь» (10,5%). Он включал ответы «я смелый человек», «я не трус», «ничего не боюсь».

Подобные распределения факторов страха у подростков характерны не только для России. В Беларуси в 2014 г. в исследовании «Анатомия страха» полученные результаты в связи со «страхом смерти близких людей» - основным страхом - оказались еще выше: у юношей - 72%, у девушек - 81% [7]. В другом исследовании «Страхи детей в подростковом возрасте» (2015 г.), проведенном в Каменск-Уральске с использованием методики «рисуем страхи», были получены результаты, аналогичные данным нашего исследования, но с акцентом на различия по полу [10].

Перечень страхов, высказанных подростками в исследовании 1996 г., заметно отличается от страхов и опасений, свойственных современным школьникам, и во многом определяется той социальной действительностью, реалиями общественной жизни, в которой подростки жили, росли и воспитывались. «Смерть своя и близких», «войны, катаклизмы» «одиночество» - заняли первые три места в ответах подростков в исследовании 1996 г. (рис. 2.).

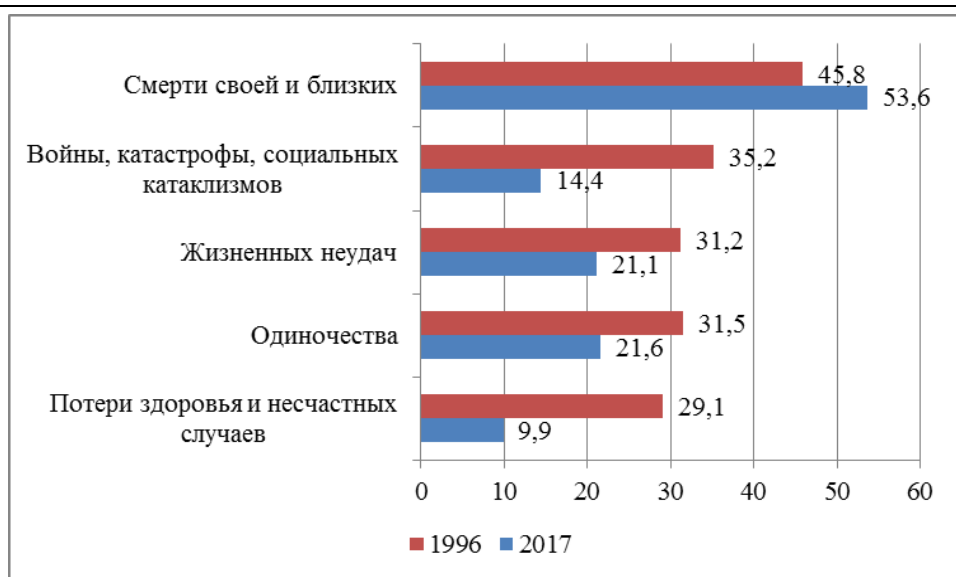


Рисунок 2. Страхи и опасения подростков, 1996, 2017 гг., %

Сравнение страхов подростков с разницей в двадцать лет, обнаружило значительное (в 2,4 раз) снижение страхов глобального масштаба: война, терроризм, землетрясение, проблемы с экологией, природные катаклизмы. Они в 2017 г. сдвинулись на периферию подросткового сознания и не являются столь актуальными, как для их сверстников 20 лет тому назад, где страх глобальных катастроф занимал второе место.

Однако, опасения современных подростков «остаться в одиночестве», «страх жизненных неудач» остаются столь же серьезными фобиями, какие были зафиксированы у их сверстников двадцатилетней давности, правда доля подростков, испытывающая их, сократилась в 1,5 раза. Уменьшились и страхи, связанные со здоровьем (в 2,9 раза), возможно, в связи с усилившейся пропагандой здорового образа жизни.

Существенным отличием исследований, проведенных с двадцатилетним интервалом, оказалось появление в ценностной системе подростков в 2017 г. совершенно новых видов страха физиологического характера – «боязнь высоты, темноты, природных явлений», «боязнь насекомых, змей, некоторых животных», - которые заняли ведущие ранговые позиции (II, III) в перечне страхов. Возможно, это связано с процессом более позднего взросления современных подростков. Детский психолог А.И.Захаров отмечал, что, по данным опроса среди подростков, в 10-12 летнем возрасте, у них преобладали природные страхи, тогда как доминирование социальных страхов свойственно подросткам более старшего возраста, начиная с 15 лет [3].

Возникновение социальных страхов обусловлено различными факторами. Оказалось, что место проживания может оказывать значительное влияние на этот процесс. Исследование, проведенное в Костроме среди подростков 13-14 лет, обнаружило, что здесь гораздо чаще подростки подвергались гелотофобии

(боязнь насмешек), буллингу (психологической травле), чем их ровесники из небольших сельских школ, для которых актуальными были страхи осуждения, наказания, боязнь общения с незнакомыми людьми [11].

Заключение. Таким образом, меняющийся социальный фон, разнообразие межличностных способов коммуникаций в значительной степени влияют на формирование у подростков ситуативных желаний и фобий, не особенно затрагивая значение базовых ценностей, что позволяет сделать следующие выводы:

1. Несмотря на невысокую значимость здоровья в силу возрастных особенностей подростков, за двадцатилетний период у них в 2,6 раза возросла ценность хорошего здоровья как собственного, так и здоровья близких людей. И почти в три раза (2,9) уменьшились страхи в связи с возможной потерей здоровья по разным причинам. Это может быть результатом проводимой социальной политики в сфере здорового образа жизни и здравоохранения.

2. Основными ценностями для подростков спустя 20 лет остаются хорошее образование, счастливая семья, успешная карьера, путешествия по миру, материальное благополучие, здоровье близких и свое, получение конкретной профессии.

3. Для современных подростков страх смерти своей и близких, жизненные неудачи и одиночество являются такими же серьезными фобиями, какие отмечались у их сверстников 20 лет назад.

4. Зафиксировано появление у современных подростков новых фобий физиологического характера, связанных с боязнью высоты, темноты, насекомых, змей, которые заняли ведущие ранговые позиции (II, III) в перечне страхов. Специалисты объясняют это более поздним взрослением современных подростков

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический ежегодник России - 2005. М.: 2005 URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B05_16/IssWWW.exe/Stg/5-01.htm [дата обращения: 19.04.2021].

2. Демографический ежегодник России - 2017. М.: 2017 URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf [дата обращения: 16.04.2021].

3. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: СОЮЗ 2000, С.90-91

4. Здравоохранение в России. Стат.сб. Росстат. М.: 2001 URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B01_34/Main.htm [дата обращения: 18.06.2021].

5. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб. Росстат. М. 2017. 170 с. URL:http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf [дата обращения 2.09.2021].

6. Катастрофическое сознание в современном мире в конце XX в. М.: 1999. С.: 28-31.

7. Краснодемская А.С. Анатомия страха // «ИНФОУРОК».2015[веб-сайт]. URL:<https://infourok.ru/nauchnoissledovatel'skaya-rabota-anatomiya-straha-901341.html> [дата обращения 21.08.2021].

8. Кучма В.Р., Седова А.С., Степанова М.И., Рапопорт И.К., Поленова М.А., Соколова С.Б., Александрова И.Э., Чубаровский В.В. Особенности жизнедеятельности и самочувствия детей и подростков, дистанционно обучающихся во время эпидемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья, 2020, № 2.

9. Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в Европейском регионе. ВОЗ, Копенгаген, 2016. 62 с.

10. Просекова Е.Н. Страхи детей в подростковом возрасте. 2015 [веб-сайт]. URL: <http://os.x-pdf.ru/20raznoe/545015-1-udk-1599227-proseкова-kamensk-uralskiy-strahi-detey-podrostkovo.php> [дата обращения: 23.08.2021].

11. Самохвалова А.Г. Социальные страхи как фактор затрудненного общения городских и сельских подростков // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 2. С.149-150, 152.

12. Смертность населения РФ 1999. М.: МЗ РФ. 2000, С. 200, 213-214

13. Шурыгина И. Смертность российских детей от внешних причин. URL:<http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0537/tema05.php> [дата обращения: 15.08.2021].

REFERENCES

1. Demograficheskij ezhegodnik Rossii - 2005. М.: 2005 URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B05_16/IssWWW.exe/Stg/5-01.htm [data obrashhenija: 19.04.2021].

2. Demograficheskij ezhegodnik Rossii - 2017. М.: 2017 URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf [data obrashhenija: 16.04.2021].

3. Zaharov A.I. Dnevnye i nochnye strahi u detej. SPb.: SOJuZ 2000, S.90-91

4. Zdravoohranenie v Rossii. Stat.sb. Rosstat. М.: 2001 URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B01_34/Main.htm [data obrashhenija: 18.06.2021].

5. Zdravoohranenie v Rossii. 2017: Stat.sb. Rosstat. М. 2017. 170 s. URL:http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf [data obrashhenija 2.09.2021].

6. Katastroficheskoe soznanie v sovremennom mire v konce HH v. М.: 1999. S. 28-31.

7. Krasnodemskaja A.S. Anatomija straha // «INFOUROK».2015[veb-sajt]. URL:<https://infourok.ru/nauchnoissledovatel'skaya-rabota-anatomiya-straha-901341.html> [data obrashhenija 21.08.2021].

8. Kuchma V.R., Sedova A.S., Stepanova M.I., Rapoport I.K., Polenova M.A., Sokolova S.B., Aleksandrova I.Je., Chubarovskij V.V. Osobennosti zhiznedejatel'nosti i samochuvstvija detej i podrostkov, distancionno obuchajushhihsja vo vremja jepidemii novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19) // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja, 2020, № 2.

9. Povyshenie kachestva uslug po ohrane reproduktivnogo, materinskogo, neonatal'nogo, detskogo i podrostkovogo zdorov'ja v Evropejskom regione. VOZ, Kopengagen, 2016. 62 s.

10. Proseкова E.N. Strahi detej v podrostkovom vozraste. 2015 [veb-sajt]. URL: <http://os.x-pdf.ru/20raznoe/545015-1-udk-1599227-proseкова-kamensk-uralskiy-strahi-detey-podrostkovo.php> [data obrashhenija: 23.08.2021].

11. Samohvalova A.G. Social'nye strahi kak faktor zatrudnennogo obshhenija gorodskih i sel'skih podrostkov // Jaroslavskij pedagogicheskij vestnik. 2016. № 2. S.149-150, 152.

12. Smertnost' naselenija RF 1999. М.: MZ RF. 2000, S. 200, 213-214

-
13. Shurygina I. Smertnost' rossijskih detej ot vneshnih prichin. URL:<http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0537/tema05.php> [data obrashhenija: 15.08.2021].
14. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/FWC/MCA/17.05).
15. Lee L., Upadhy K.K., Matson P.A., Adger H., Trent M.E. The status of adolescent medicine: building a global adolescent workforce.// International Journal of Adolescent Medicine and Health 2016 Aug 1;28(3):233–243.

I.V. Zhuravleva, N.V. Lakomova

**HEALTH IN THE CONTEXT OF THE DESIRES AND FEARS
OF ADOLESCENTS**

Institute of Sociology of the FACTS RAS (Moscow).

Summary. In an article based on the materials of two studies "Adolescent health and the environment" conducted by the Institute of Sociology of the FCTIS RAS using a uniform method with a twenty-year interval, studying their place of health in the context of the main desires and fears of adolescents as indicators of life values. The stability of the basic values of adolescents is noted - a good education, a happy family, a successful career, travel around the world. The main fears - death, failure in life, loneliness - are also fairly stable over the time range. An increase in the value of health and a decrease in fears of losing it have been recorded.

Keywords: adolescents, health, morbidity, values, desires, fears.

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

Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОНКОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ, ИХ ДИАГНОСТИКА И КУРАЦИЯ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье обсуждаются особенности психических расстройств при онкологических заболеваниях у детей и подростков, возможность междисциплинарных взаимодействий и терапия психических нарушений на разных этапах онкологического процесса у несовершеннолетних.

Ключевые слова. психоонкология, онкопедиатрия, психические расстройства, дети и подростки.

Проблема психических расстройств, сопутствующих онкологическим заболеваниям, является весьма актуальной в современной медицинской науке. К началу текущего столетия психоонкология была выделена в отдельную специальность, а в структуре онкологических отделений и институтов появились службы, занимающиеся вопросами психолого-психиатрической помощи пациентам с онкологической патологией. Это связано с тем, что множество проблем, с которыми приходится иметь дело онкологам (и в том числе онкопедиатрам), не ограничивается только вопросами лечения злокачественного заболевания, но и включает сопутствующие задачи, которые необходимо решать в процессе лечения. Они связаны с психогенными реакциями, нарушениями адаптации и социального функционирования несовершеннолетних пациентов, а также и с психологическими проблемами, появляющимися у их родителей или опекунов. Страдания детей, пораженных тяжелым недугом, не ограничиваются исключительно соматическими симптомами, при онкологическом процессе психическое и биологическое тесно переплетаются, оказывая влияние друг на друга. Исследователи данной проблематики единодушны во мнении, что психические расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями являются не только частыми, но и утяжеляющими течение и прогноз основного заболевания, значительно снижающими качество жизни больного и членов его семьи [1,2,5,6,7]. Данное положение вещей справедливо диктует необходимость объединения усилий разных специалистов, участвующих в терапевтическом процессе на разных его этапах.

Целью нашей работы явилось обобщение многолетнего опыта наблюдения с позиций психиатра больных от 3 до 17 лет с онкологической патологией на разных этапах противоопухолевой терапии.

Материал и методы. Дети и подростки от 3 до 18 лет, страдающие солидными опухолями и онкогематологической патологией на разных этапах болезни. Использовались клинико-психопатологический, психологический, катамнестический методы исследования с привлечением данных меддокументации, сведений от родителей, персонала.

Результаты. Многолетний опыт наблюдения детей и подростков с онкологической патологией на разных этапах противоопухолевой терапии позволяет утверждать, что те или иные нарушения психологического и психического здоровья, относящиеся к компетенции специалистов психолого-психиатрической службы, имеют место у всех несовершеннолетних пациентов.

Уже в самом начале процесса уточняющих диагностических обследований и с первых дней госпитализации в онкологический стационар несовершеннолетние пациенты, а также и члены их семей были поглощены тяжелой стрессовой ситуацией, связанной с возникновением смертельно опасного телесного недуга. Череду стрессогенных событий приводила к развитию психогенно обусловленных состояний, большая часть которых (87,9%) отвечала критериям клинического понятия «расстройство адаптации» (F43.2 согласно МКБ-10). Намного реже наряду с психогенной могла присутствовать более тяжелая коморбидная психическая патология, либо имевшая место до развития онкологического заболевания, либо спровоцированная им. Так у 12,1% больных психопатологические синдромы развивались до обнаружения онкологического заболевания и относились к кругу более тяжелых расстройств эндогенного спектра, среди них: затяжные депрессивные и маниакальные состояния, явления шизофренического дизонтогенеза. В небольшом числе наблюдений (9%) психопатологические симптомокомплексы были связаны не только с психогенными реакциями, но и с декомпенсацией предшествующих резидуально-органических расстройств (данные представлены на рис/ 1).



Необходимо подчеркнуть, что возраст ребенка играл существенную роль в восприятии значимости тех или иных стрессовых обстоятельств и таким образом определял круг расстройств, формирующих психогенный симптомокомплекс, а возрастная модификация картины психогенных синдромов была сопряжена со сменой по мере взросления «уровней патологического нервно-психического реагирования», по В.В. Ковалеву [3].

В младшей возрастной группе наиболее стрессогенными являлись факторы «повседневной больничной реальности» – ограничение активности (игровой, моторной), разлука с матерью, разнообразные процедуры, болезненные мани-

пуляции, воздействие которых приводило к развитию психогенно обусловленных страхов, состояний тревоги и вторичных по отношению к ним нарушений настроения и поведения.

У подростков факт смертельно опасной болезни преломлялся в сознании прежде всего как угроза успешному будущему. При этом, чем старше был подросток, чем более полно осознавалась опасность заболевания, тем более высокую ступень в иерархии психотравмирующих обстоятельств занимал собственно фактор тяжелой болезни, который воспринимался как угрожающий не только в настоящей жизни, но и имеющий негативное влияние на будущую жизнь. В отличие от детей у старших подростков расстройства адаптации приближались к описанным у взрослых онкологических больных нозогенным состояниям, развивающимся вслед за манифестацией опасного соматического страдания при осознании его угрозы для жизни [5-7].

Общими клиническими особенностями психогенных реакций вне зависимости от возраста являлся их полиморфизм, синдромальная незавершенность, незначительная глубина симптоматики. Типологически они были представлены преимущественно невротическими (55,6%) и аффективными (32,3%) проявлениями и нередко сочетались с расстройствами поведения.

Также следует отметить, что в начале заболевания часто выступающая на первый план астеническая симптоматика, обусловленная прежде всего тяжестью соматической патологии и высокой интоксикацией, могла маскировать и замедлять развитие собственно психогенных расстройств, которые становились более заметными по мере уменьшения астенических проявлений.

Одной из весьма трудных проблем, с которой приходится иметь дело детским онкологам, являются развивающиеся в процессе лечения тяжелого соматического недуга расстройства поведения. Они наиболее часто имеют место у детей дошкольного возраста, но также могут наблюдаться и у подростков.

Анализ клинических факторов, сопровождающих девиации поведения, показал, что в основе этих нарушений могут лежать неоднородные патогенетические механизмы.

У части пациентов расстройства поведения (в виде протеста, непослушания, словесной и физической агрессии) являлись компонентом реакций нарушения адаптации с преобладанием тревоги и объяснялись стремлением изменить актуальную ситуацию фрустрации – убежать от страха, эмоционального дискомфорта.

В других случаях грубые поведенческие девиации с гневливостью, гетеро- и аутоагрессией, тоскливо-злобным настроением развивались на фоне терапии кортикостероидами, занимающими весьма важное место в арсенале средств, применяемых при лечении онкогематологических больных. Их существенной особенностью была отчетливая зависимость от гормональной терапии: возникновение с первого дня от начала использования гормонов, быстрая редукция после их отмены, а также несвойственность маленьким пациентам дисфорической тональности аффекта и расстройств поведения до лечения гормональными препаратами.

У подростков (от 13 до 18 лет) нарушения поведения выступали в виде психопатоподобных реакций с отказом от лечения, раздражительностью, утормотностью, нежеланием общаться со старшими членами семьи и врачами. Неуме-

ние смириться с болезнью и строить дальнейшую жизнь в зависимости от состояния здоровья приводили к активному протесту, отказу от соблюдения ограничений и предписаний врача. Поведенческие девиации в таких случаях выступали как вторичные по отношению к определяющим психическое состояние расстройствам настроения – с отвержением ситуации болезни, игнорированием возможных тяжелых последствий заболевания и квалифицировались как компонент полиморфного реактивного образования – психогенного психопатоподобного депрессивного эквивалента.

У некоторых маленьких детей с характерологическими особенностями в виде тревожности и демонстративности мы наблюдали своеобразные психогенные реакции, развивавшиеся вслед за манифестацией мукозита на фоне химиотерапии препаратами с высокой степенью эметогенности. Тошнота, рвота и особенно боль при глотании и дефекации провоцировали изменение пищевого поведения детей, иногда – с полным отказом от еды из-за страха возобновления болезненных ощущений. Обычно пищевое поведение несовершеннолетних пациентов после купирования побочных эффектов химиотерапии нормализовалось. Однако в некоторых случаях мела место затяжная «зафиксировавшаяся» психогенная реакция даже после устранения видимых признаков мукозита. Триггером психогенного состояния в подобных эпизодах являлись тягостные болевые ощущения, вызванные физиологическими причинами. Но в дальнейшем психогенная реакция как бы «отрывалась» от соматических проявлений, развиваясь в соответствии с законами динамики психогении. Выявлялись нарушения сна, тревожность, сниженное настроение, капризность, плаксивость, иногда – регрессивные феномены. При этом стержневым психологическим содержанием данного реактивного образования оказывался страх приема пищи, который не всегда ясно осознавался детьми. Они отказывались не только есть, но и пробовать ранее им нравившиеся продукты, а иногда – даже глотать скопившуюся слюну. Тревожные симптомы, страхи, тошнота усиливались при виде еды, разговорах о ней. Попытки уговорить ребенка поесть или хотя бы попробовать пищу вызывали бурные истеро-протестные реакции с криком, плачем, агрессией. В таких случаях при назначении небольших, часто субклинических доз противотревожных препаратов наблюдалась быстрая редукция психогенного состояния и нормализация пищевого поведения.

Задачи психолого-психиатрической службы определялись фазами терапевтического процесса.

На ранних этапах диагностики, дальнейшего активного лечения и в процессе привыкания к повседневной больничной ситуации основными вопросами, решаемыми специалистами психолого-психиатрической службы, являлись психотерапевтическая поддержка болеющих детей и родителей. Основной целью была помощь в адаптации к сложившимся условиям, облегчение формирования адекватного комплаенса у родителей больных, а также у подростков: понятным языком разъяснялись важность и особенности предстоящего лечения, вероятные последствия, необходимость соблюдения режима, возможности современной онкологии.

В этот период нередко возникала потребность и в медикаментозной коррекции психогенно обусловленных симптомов (страхов, тревоги, расстройств на-

строения и поведения). В таких случаях наряду с психотерапевтическими методами использовались разрешенные у детей противотревожные, антидепрессивные средства, фитопрепараты, выбор которых определялся с учетом синдромальных характеристик наблюдаемых расстройств и высокой чувствительности соматически ослабленных пациентов к препаратам психотропного профиля.

По окончании терапии и выходе в ремиссию задачами психолого-психиатрической службы являлось как разъяснение необходимости продолжения наблюдения у онкологов, проведения периодических осмотров и соблюдения некоторых ограничений, помощь в преодолении коммуникативных проблем и нарушений адаптации в коллективе сверстников, так и лечение – затяжных или «отставленных» психогенных состояний и так называемых «поздних нейротоксических эффектов» противоопухолевой терапии, характеризующихся формированием непсихотических органических расстройств (астенических, легких когнитивных и т. п.) [4]. Терапевтические рекомендации всегда согласовывались не только с онкологами, но и с неврологами.

Важной составляющей сотрудничества коллег разных специальностей (онкопедиатров и психиатров) является взаимопонимание, для достижения которого нужно предоставлять информацию, позволяющую детскому онкологу выносить предварительное суждение о состоянии психологического и психического здоровья больного ребенка, чтобы при необходимости направить его (при обязательном согласии родителей или опекунов) на консультацию к психиатру. С этой целью проводились совместные обсуждения клинических случаев, разъяснения проявлений психической патологии с точки зрения психиатра. Для быстрого и удобного проведения экспресс-оценки состояния психоэмоциональной сферы несовершеннолетних пациентов и выявления нуждающихся в консультации узкого специалиста (детского психиатра), и учитывая высокую загруженность врачей онкологов, был разработан и использовался простой анкетный опросник, заполнение которого занимало не более 5 минут.

Результаты многолетнего исследования несовершеннолетних пациентов с онкопатологией позволяют сформулировать следующие **выводы**:

- те или иные нарушения психологического и психического здоровья имеют место у всех больных;
- большая часть психических расстройств относится согласно МКБ-10 к диагностической категории «расстройства адаптации»;
- возраст ребенка определяет значимость тех или иных стрессовых обстоятельств и форму психогенного симптомокомплекса;
- общими клиническими особенностями большей части психогенных реакций вне зависимости от возраста являются полиморфизм и незначительная глубина симптоматики.

В заключение необходимо подчеркнуть, что на каждом этапе терапевтического процесса, включающего проведение диагностических обследований, активное и поддерживающее лечение, катамнестическое наблюдение и реабилитацию, возможно и нужно использовать мультидисциплинарный подход с привлечением широкого круга специалистов (не только медицинского профиля, но и психологов, социальных работников, педагогов). Несомненно, что повышение

качества терапевтической помощи, совершенствование мероприятий по лечению страдающих онкологическими заболеваниями детей и подростков, их последующей реабилитации достижимы только в тесном сотрудничестве с также не менее заинтересованными в решении этих задач онкопедиатрами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касимова Л.Н., Жилиева Т.В. Организация и оказание психиатрической помощи пациентам онкологического стационара // Учебно-методическое пособие. Нижний Новгород: НижМа. 2014. 48 с.

2. Кенжегулова Р.Б., Омарова К.О., Скляр С.В. Нервно-психические расстройства у детей с острым лейкозом на этапах программной химиотерапии // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). Тезисы докладов. Томск, 27 апреля 2010 г. С. 91-93.

3. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.

4. Хондкарян Г.Ш. Нейротоксические расстройства у детей, обусловленные лечением острого лимфобластного лейкоза // Автореф. дис. докт. мед. наук, М. 2003.

REFERENCES

1. Kasimova L.N., Zhiljaeva T.V. Organizacija i okazanie psihiatricheskoj pomoshhi pacientam onkologicheskogo stacionara // Uchebno-metodicheskoe posobie. Nizhnij Novgorod: NizhMa. 2014. 48 s.

2. Kenzhegulova R.B., Omarova K.O., Skljar S.V. Nervno-psihicheskie rasstrojstva u detej s ostrym lejkozom na etapah programmnoj himioterapii // Psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov (kliniko-jepidemiologicheskie i biologicheskie aspekty). Tezisy dokladov. Tomsk, 27 aprelja 2010 g. S. 91-93.

3. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Medicina, 1985. 288 s.

4. Hondkarjan G.Sh. Nejrotoksicheskie rasstrojstva u detej, obuslovlennye lecheniem ostrogo limfoblastnogo lejkoza // Avtoref. dis. dokt. med. nauk, M. 2003.

5. Stark D., Kiely M., Smith A. et al. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life. J. Clin. Oncol. 2002. № 20. P.3137-3148.

6. Wein S., Sulkes A., Stemmer S. The oncologists role in managing depression, anxiety and demoralization with advanced cancer. Cancer J. 2010. Vol.16, № 5. P. 493-499.

7. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N. Depression and cancer. John Wiley & Sons, Ltd, 2011. 244.

N.E. Kravchenko, O.A. Suetina

MENTAL DISORDERS IN PEDIATRIC ONCOLOGY PRACTICE, THEIR DIAGNOSIS AND SUPERVISION

FSBSI «Mental Health Research Centre» (Moscow).

Summary. The article discusses the features of mental disorders in oncological diseases in children and adolescents, the possibility of interdisciplinary interactions and therapy of mental disorders at different stages of the oncological process in minors.

Keywords: psychoncology, oncopediatrics, mental disorders, children and adolescents.

**ДИНАМИКА ВЫБИРАЕМЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ
У ПОДРОСТКОВ-ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В ХОДЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский универси-
тет» (Смоленск).**

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного изучения копинг-стратегий поведения у воспитанников учреждений социальной защиты (методика И.М. Никольской, Р.М. Грановской) в зависимости от фактора сиротства. Проведенное исследование позволило выявить не только разные группы совладающих со стрессом копинг-стратегий поведения у подростков-сирот и подростков, проживающих в семьях, но и воспитывающихся в реабилитационном центре, а также разную динамику выбираемых ими копингов в ходе психокоррекционных мероприятий.

Ключевые слова: воспитанники учреждений социальной защиты; копинг-стратегии поведения; алгоритм медико-психологической помощи.

В отечественной психологии термин «совладающее поведение» широко используется с 90-х годов. Однако большинство исследований по проблемам совладания носят теоретико-аналитический характер. При этом основным ключевым содержанием работ является анализ зарубежных источников [1, 4, 5, 10, 11, 13, 14].

Как известно, эффективность той или иной выбранной стратегии поведения зависит от особенностей актуальной ситуации и имеющихся личностных ресурсов, поэтому изолированно говорить об адаптивности/дизадаптивности отдельных копинг-стратегий некорректно. Согласно модели, разработанной Н.А. Сирота и В.М. Ялтонским, успешное или адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие компоненты: сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки; сбалансированность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения и достаточное развитие когнитивно-оценочных механизмов у данной личности; преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса; достаточные личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие позитивный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий [7, 8].

Проведенный анализ научных материалов по вопросам совладающего поведения детей и подростков позволил выявить недостаточную их проработанность в отношении воспитанников учреждений социальной защиты. В частности речь идет о выявлении превалирующих копинг-стратегий поведения у данного контингента, а также оценке динамики выбираемых копинг-стратегий в ответ на проводимые психокоррекционные мероприятия.

Цель работы – изучить динамику выбираемых копинг-стратегий у подростков-воспитанников учреждений социальной защиты в ходе психокоррекции.

Материал и методы исследования. В ходе сплошного психопатологического обследования воспитанников учреждений социальной защиты (181 человек) было выделено две группы подростков с повышенным риском социальных девиаций, различающихся по фактору сиротства. В I основную группу (41 человек) вошли сироты (истинные и социальные), а во II основную группу (41 человек) – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшиеся в учреждениях социальной защиты в силу трудной жизненной ситуации. В ходе проведенного ранее обследования данного контингента нами была обозначена необходимость их комплексного дифференцированного медико-психологического сопровождения по следующим выделенным психологическим мишеням: алекситимические проявления (трудности идентификации чувств, трудности с описанием своих чувств и чувств окружающих, внешне-ориентированное мышление), копинг-стратегии поведения, структурные проявления агрессивности и враждебности по опроснику Басса-Дарки [9]. Подростки-сироты и подростки, проживающие в семьях (II группа) проходили курс психокоррекции, который включал 10 индивидуальных сессий и 5 групповых занятий с привлечением родителей или опекунов. Длительность каждой сессии от 40 до 60 мин.

В данной статье представлены результаты сравнительного изучения динамики копинг-стратегий поведения у воспитанников учреждений социальной защиты в зависимости от фактора сиротства до и после психокоррекции по методике копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской [6].

Статистический анализ выполнен с использованием критерия Фишера, критерия Манна–Уитни, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена [2].

Результаты. Проведено дифференцированное изучение копинг-стратегий поведения у воспитанников социозащитных учреждений с учетом фактора сиротства. Средний возраст $M(SD)$ подростков I основной группы (подростки-сироты) составил $13,60 \pm 2,09$; средний возраст подростков II основной группы (подростки, воспитывающиеся в семьях) – $13,19 \pm 2,06$ ($p=0,9230$). Статистической разницы в частоте встречаемости используемых копинг-стратегий поведения у подростков двух групп не выявлено. Вместе с тем у подростков-сирот при столкновении с новой стрессовой ситуацией несколько чаще по сравнению с подростками из семей в качестве первого выбора (используемых) копинг-стратегий поведения преобладают аффективно-агрессивные стратегии и тенденции к отрицанию.

Второй выбор копинг-стратегий, расцениваемых как эффективные (собственно снимающих эмоциональное напряжение), определил групповое своеобразие обследуемого контингента в преодолении стрессовых ситуаций. В группе подростков-сирот достоверно преобладают копинг-стратегии «избегания» и «отрицания», которые в дальнейшем без проработки могут привести формированию аддиктивного поведения, суицидоопасным состояниям и психосоматическим расстройствам. В частности, по полученным ранее нами данным у подростков-сирот статистически чаще встречаются психосоматические нарушения со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У подростков из семей преобладают (но не достигают статистической значимости) аффективно-

агрессивные копинг-стратегии с возможным последующим риском дизадаптации по агрессивному и делинквентному типам.

Однако в настоящее время в отношении воспитанников реабилитационных центров осуществляется единый психокоррекционный подход и найденные различия копингов не учитываются при построении индивидуальных реабилитационных программ.

Полученные данные наряду с другими результатами легли в основу комплексного медико-психологического сопровождения воспитанников учреждений социальной защиты, направленного на улучшение адаптационных возможностей, включая и совладающее со стрессом поведение.

Проведено изучение в первую очередь используемых копинг-стратегий поведения у подростков-сирот до и после психокоррекции в ответ на стрессовую ситуацию. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа используемых копинг-стратегий поведения у подростков-сирот до и после психокоррекции (по методике копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской)

Группы копинг-стратегий поведения	Подростки I основной группы до психокоррекции (n=41) % (абс)	Подростки I основной группы после психокоррекции (n=41) % (абс)	p по критерию Фишера
Решение проблемы			
Делаю что-то подобное	3,15 (3)	10,52 (10)	0,0635
Думаю об этом	10,18 (11)	13,88 (15)	0,3239
Общение			
Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глажу животное (собаку, кошку)	12,06 (14)	17,24 (20)	0,2544
Говорю с кем-нибудь	12,28 (14)	15,78 (18)	0,3482
Прошу прощения или говорю правду	9,34 (10)	14,01 (15)	0,2593
Стремление расслабиться и остаться наедине с собой			
Остаюсь сам по себе, один	18,18 (22)	14,05 (17)	0,3214
Молюсь	10,10 (10)	7,07 (7)	0,3471
Говорю сам с собой	8,73 (9)	11,65 (12)	0,3678
Стремление расслабиться остаться спокойным	11,00 (12)	13,76 (15)	0,3907
Избегания			
Плачу и грущу	9,18 (9)	7,14 (7)	0,4277

Сплю	7,69 (7)	2,19 (2)	0,1077
Смены деятельности			
Гуляю вокруг дома или по улице	7,69 (8)	13,46 (14)	0,1851
Рисую, пишу или читаю что-нибудь	4,95 (5)	13,86 (14)	0,0518
Играю во что-нибудь	7,61 (8)	14,28 (15)	0,1453
Бегаю или хожу пешком	9,43 (10)	13,20 (14)	0,3141
Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде	6,73 (7)	14,42 (15)	0,0999
Смотрю телевизор, слушаю музыку	6,06 (6)	11,11 (11)	0,2015
Отрицания			
Ем или пью	6,74 (6)	1,12 (1)	0,0746
Стараюсь забыть	16,82 (18)	6,54 (7)	0,0426
Фантазирование			
Мечтаю, представляю себе что-нибудь	9,37 (9)	5,20 (5)	0,2432
Невротические проявления			
Кусаю ногти или ломаю суставы пальцев	15,68 (16)	3,92 (4)	0,0132
Агрессивное и аффективное реагирование			
Борюсь или дерусь с кем-нибудь	11,45 (11)	3,12 (3)	0,0428
Схожу с ума	13,00 (13)	5,00 (5)	0,0719
Бью, ломаю или швыряю вещи	10,41 (10)	4,16 (4)	0,1153
Дразню кого-нибудь	8,60 (8)	3,22 (3)	0,1363
Воплю и кричу	7,69 (7)	2,19 (2)	0,1077

Как видно из табл. 1, после проведенной психокоррекции у подростков-сирот в ответ на стрессовые ситуации сформировались статистически значимые улучшения по сознательному выбору смены деятельности; купированию невротических проявлений и некоторым копингам аффективно-агрессивного реагирования (в частности, по стратегии «борюсь или дерусь с кем-нибудь»).

У подростков, проживающих в семьях, но воспитывающихся в учреждении социальной защиты (II основная группа), выявлена несколько иная картина динамики используемых в первую очередь копинг-стратегий в ходе психокоррекции. В частности, после проведенных психокоррекционных мероприятий у подростков из семей сформировались новые копинги «решения проблем», статистически уменьшились проявления «избегания», «отрицания» (стратегия «стараюсь забыть») и «агрессивного реагирования»; купировались стратегии «невротических проявлений». Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты сравнительного анализа используемых копинг-стратегий поведения у подростков II основной группы до и после психокоррекции (по методике копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской)

Группы копинг-стратегий поведения	Подростки II основной группы до психокоррекции (n=41) % (абс)	Подростки II основной группы после психокоррекции (n=41) % (абс)	p по критерию Фишера
Решение проблемы			
Делаю что-то подобное	3,81 (4)	18,09 (19)	0,0042
Думаю об этом	10,00 (11)	15,45 (17)	0,2237
Общение			
Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глажу животное (собаку, кошку)	12,50 (14)	14,28 (16)	0,4608
Говорю с кем-нибудь	12,28 (14)	15,78 (18)	0,3482
Прошу прощения или говорю правду	11,53 (12)	9,61 (10)	0,4454
Стремление расслабиться и остаться наедине с собой			
Остаюсь сам по себе, один	13,59 (14)	6,79 (7)	0,1309
Молюсь	6,25 (6)	8,33 (8)	0,4198
Говорю сам с собой	9,18 (9)	7,14 (7)	0,4277
Стремление расслабиться остаться спокойным	10,20 (10)	6,12 (6)	0,2615
Избегания			
Плачу и грущу	11,45 (11)	3,12 (3)	0,0418
Сплю	5,68 (5)	1,13 (1)	0,1235
Смены деятельности			
Гуляю вокруг дома или по улице	6,12 (6)	10,20 (10)	0,2615
Рисую, пишу или читаю что-нибудь	4,08 (4)	12,24 (12)	0,0574
Играю во что-нибудь	6,12 (6)	10,20 (10)	0,2615
Бегаю или хожу пешком	6,18 (6)	9,27 (9)	0,3342
Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде	6,73 (7)	14,42 (15)	0,0999
Смотрю телевизор, слушаю музыку	6,93 (7)	11,88 (12)	0,2184
Отрицания			

Ем или пью	4,59 (4)	1,14 (1)	0,2024
Стараюсь забыть	9,67 (9)	2,15 (2)	0,0450
Фантазирования			
Мечтаю, представляю себе что-нибудь	9,70 (10)	10,68 (11)	0,5200
Невротические проявления			
Кусаю ногти или ломаю суставы пальцев	13,86 (14)	4,95 (5)	0,0518
Агрессивное и аффективное реагирование			
Борюсь или дерусь с кем-нибудь	9,27 (9)	6,18 (6)	0,3342
Схожу с ума	11,45 (11)	3,12 (3)	0,0428
Бью, ломаю или швыряю вещи	13,13 (13)	4,04 (4)	0,0400
Дразню кого-нибудь	6,74 (6)	1,12 (1)	0,0746
Воплю и кричу	10,52 (10)	3,15 (3)	0,0645

Наибольший практический интерес представляет исследование стратегий поведения, помогающих быстро и ощутимо снять напряжение. С этой целью проведено изучение выборов эффективных копинг-стратегий поведения у подростков ё группы до и после психокоррекции. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Результаты сравнительного анализа эффективных копинг-стратегий поведения у подростков I основной группы до и после психокоррекции (по методике копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской)

Группы копинг-стратегий поведения	Подростки I основной подгруппы до психокоррекции (n=41) % (abc)	Подростки I основной подгруппы после психокоррекции (n=41) %	p по критерию Фишера
Решение проблемы			
Делаю что-то подобное	2,17 (2)	8,69 (8)	0,0699
Думаю об этом	7,69 (8)	13,46 (14)	0,1851
Общение			
Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глажу животное (собаку, кошку)	11,11 (12)	12,96 (14)	0,4539
Говорю с кем-нибудь	10,81 (12)	15,31 (17)	0,2807
Прошу прощения или говорю правду	9,34 (10)	14,01 (15)	0,2593
Стремление расслабиться и остаться наедине с собой			
Остаюсь сам по себе, один	16,39 (20)	16,39 (20)	0,5764

Молюсь	9,25 (10)	14,81 (16)	0,2119
Говорю сам с собой	8,49 (9)	14,15 (15)	0,1990
Стремление расслабиться остаться спокойным	4,00 (4)	14,00 (14)	0,0277
Избегания			
Плачу и грущу	12,12 (12)	5,05 (5)	0,0990
Сплю	9,57 (9)	3,19 (3)	0,0935
Смены деятельности			
Гуляю вокруг дома или по улице	7,61 (8)	14,28 (15)	0,1453
Рисую, пишу или читаю что-нибудь	3,00 (3)	15,00 (15)	0,0085
Играю во что-нибудь	7,54 (8)	15,09 (16)	0,1131
Бегаю или хожу пешком	9,09 (10)	16,36 (18)	0,1379
Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде	4,04 (4)	13,13 (13)	0,0400
Смотрю телевизор, слушаю музыку	6,38 (6)	6,38 (6)	0,6207
Отрицания			
Ем или пью	5,61 (5)	2,24 (2)	0,2459
Стараюсь забыть	12,24 (12)	4,08 (4)	0,0574
Фантазирования			
Мечтаю, представляю себе что-нибудь	8,08 (8)	9,09 (9)	0,5184
Невротические проявления			
Кусаю ногти или ломаю суставы пальцев	15,00 (15)	3,00 (3)	0,0085
Агрессивное и аффективное реагирование			
Борюсь или дерусь с кем-нибудь	4,54 (4)	2,27 (2)	0,3602
Схожу с ума	6,59 (6)	3,29 (3)	0,2767
Бью, ломаю или швыряю вещи	6,59 (6)	3,29 (3)	0,2767
Дразню кого-нибудь	8,33 (8)	6,25 (6)	0,4198
Воплю и кричу	5,55 (5)	3,33 (3)	0,3823

Как видно из представленной табл. 3, в результате проведенных психокоррекционных мероприятий у подростков-сирот сформировалось более четкое понимание имеющегося эмоционального и физического напряжения, в связи с чем они стали сознательно выбирать стратегии «расслабиться и побыть одному»; «смену деятельности» (в частности, стратегии «рисую, пишу или читаю что-нибудь», «гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде»). В ходе психокоррекции статистически реже стали встречаться стратегии «отрицания» (стратегия «стараюсь забыть») и «невротических проявлений».

У подростков из семей (II группа) проведенные психокоррекционные интервенции в первую очередь способствовали формированию новых навыков в общении (в частности, «прошу прощения или говорю правду») и купированию некоторых стратегий агрессивно-аффективного реагирования в ответ на стрессовую ситуацию. Подростки II группы научились осознавать и контролировать имеющееся эмоциональное напряжение, высказывая свое стремление побыть в одиночестве и расслабиться с последующим проговариванием проблемы. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Результаты сравнительного анализа эффективных копинг-стратегий поведения у подростков II основной группы до и после психокоррекции (по методике копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской)

Группы копинг-стратегий поведения	Подростки II основной группы до психокоррекции (n=41) % (абс)	Подростки II основной группы после психокоррекции (n=41) % (абс)	p по критерию Фишера
Решение проблемы			
Делаю что-то подобное	13,59 (16)	16,94 (20)	0,3614
Думаю об этом	10,09 (11)	14,67 (16)	0,2704
Общение			
Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глажу животное (собаку, кошку)	9,43 (10)	13,20 (14)	0,3141
Говорю с кем-нибудь	10,90 (12)	14,54 (16)	0,3328
Прошу прощения или говорю правду	4,95 (5)	13,86 (14)	0,0518
Стремление расслабиться и остаться наедине с собой			
Остаюсь сам по себе, один	2,15 (2)	9,67 (9)	0,0450
Молюсь	4,08 (4)	12,24 (12)	0,0574
Говорю сам с собой	7,29 (7)	7,29 (7)	0,6133
Стремление расслабиться остаться спокойным	2,15 (2)	9,67 (9)	0,0450
Избегания			
Плачу и грущу	2,27 (2)	4,54 (4)	0,3602
Сплю	8,60 (8)	3,22 (3)	0,1363
Смены деятельности			
Гуляю вокруг дома или по улице	7,69 (8)	13,46 (14)	0,5181
Рисую, пишу или читаю что-нибудь	7,54 (8)	15,09 (16)	0,1131
Играю во что-нибудь	3,29 (3)	6,59 (6)	0,2767

Бегаю или хожу пешком	4,12 (4)	11,34 (11)	0,0817
Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде	4,30 (4)	7,52 (7)	0,3002
Смотрю телевизор, слушаю музыку	6,25 (6)	8,33 (8)	0,4198
Отрицания			
Ем или пью	1,17 (1)	2,35 (2)	0,5089
Стараюсь забыть	5,55 (5)	3,33 (3)	0,3823
Фантазирования			
Мечтаю, представляю себе что-нибудь	7,36 (7)	6,31 (6)	0,5165
Невротические проявления			
Кусаю ногти или ломаю суставы пальцев	8,79 (8)	1,09 (1)	0,0268
Агрессивное и аффективное реагирование			
Борюсь или дерусь с кем-нибудь	12,24 (12)	4,08 (4)	0,0574
Схожу с ума	4,59 (4)	1,14 (1)	0,2024
Бью, ломаю или швыряю вещи	3,44 (3)	2,29 (2)	0,5110
Дразню кого-нибудь	3,48 (3)	1,16 (1)	0,3259
Воплю и кричу	6,59 (6)	3,29 (3)	0,2767

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о наличии у воспитанников, поступающих в учреждения социальной защиты, в большинстве случаев эмоционально-ориентированных стратегий совладающего со стрессом поведения. В то же время в ходе проведенной дифференцированной комплексной психокоррекционной работы по выделенным психологическим мишеням (алекситимические проявления, копинг-стратегии поведения, структурные проявления агрессивности и враждебности по опроснику Басса-Дарки) у данного контингента выявлена положительная динамика выбираемых копинг-стратегий в сторону формирования проблемно-ориентированных копингов. В частности речь идет о становлении новых навыков «общения» и купировании агрессивно-аффективного реагирования (более характерных для подростков из семей) и осознании эмоционального напряжения, купировании «избегания» и «отрицания» у подростков-сирот, что согласуется с результатами изучения агрессивных и алекситимических проявлений у данного контингента [9].

Однако, несмотря на активное изучение копингов в разных научно-практических направлениях (психологии, медицине, социологии), остаются дискуссионными вопросы эффективности выбираемых стратегий поведения в той или иной стрессовой ситуации [13-19]. В целом исследователи отмечают в качестве наиболее эффективных в преодолении стрессовых ситуаций стратегии, направленные на решение проблем, а также применение сразу нескольких способов совладания. При этом эффективность копинг-стратегий зависит как от самой реакции, так и от контекста, в котором эта реакция осуществляется [3].

Проведенное исследование позволило выявить не только разные группы

совладающих со стрессом копинг-стратегий поведения у воспитанников учреждений социальной защиты в зависимости от фактора сиротства, но и разную их динамику в ходе предложенных психокоррекционных мероприятий. Полученные данные сопоставлены с другими результатами комплексного исследования, что позволило оценить в целом динамику улучшения адаптационных возможностей воспитанников учреждений социальной защиты в ходе их медико-психологического сопровождения по выделенным психологическим мишеням.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // ПЖ. 1994. Т.15. № 1. С. 3–18.
2. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. М.: ФИЗМАТЛИТ, 2006. 816 с.
3. Муздыбаев К.С. Стратегия совладания с жизненными трудностями // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Том 1. № 2. С. 102-109.
4. Нартова-Бочавер С.К., Бородин А.А. Значимые события в жизни современных подростков // Актуальные проблемы современного детства. 1996. С. 63-66.
5. Нартова-Бочавер С.К. Coping behavior в системе понятий психологии личности. 1997. [http://psychlib.ru/mgppu/periodica/PJ051997/NCB-020.HTM#\\$p20](http://psychlib.ru/mgppu/periodica/PJ051997/NCB-020.HTM#$p20)
6. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2006. 352 с.
7. Сирота Н.А. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 1. С.63-74.
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 1. С.63–74.
9. Уласень Т.В. Комплексная оценка влияния психического здоровья на адаптационные возможности воспитанников учреждений социальной защиты // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20), №1. С. 13-24.
10. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. СПб. 2001. 256 с.

REFERENCES

1. Anciferova L.I. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh usloviyah: pereosmyslivanie, preobrazovanie situacij i psihologicheskaja zashhita // PZh. 1994. T.15. № 1. С. 3–18.
2. Kobzar' A.I. Prikladnaja matematicheskaja statistika. Dlja inzhenerov i nauchnyh rabotnikov. M.: FIZMATLIT, 2006. 816 s.
3. Muzdybaev K.C. Strategija sovladanija s zhiznennymi trudnostjami // Zhurnal sociologii i social'noj antropologii. 1998. Tom 1. № 2. S. 102-109.
4. Nartova-Bochaver S.K., Borodina A.A. Znachimye sobytija v zhizni sovremennyh podrostkov // Aktual'nye problemy sovremennogo detstva. 1996. S. 63-66.
5. Nartova-Bochaver S.K. Coping behavior v sisteme ponjatij psihologii ichnosti. 1997. [http://psychlib.ru/mgppu/periodica/PJ051997/NCB-020.HTM#\\$p20](http://psychlib.ru/mgppu/periodica/PJ051997/NCB-020.HTM#$p20)
6. Nikol'skaja I.M., Granovskaja R.M. Psihologicheskaja zashhita u detej. SPb.: Rech', 2006. 352 s.
7. Sirota N.A. Koping-povedenie i profilaktika psihosocial'nyh rasstrojstv u podrostkov // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. 1994. № 1. S.63-74.
8. Sirota N.A., Jaltonskij V.M. Koping-povedenie i psihoprofilaktika

psihosocial'nyh rasstrojstv u podrostkov // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. 1994. № 1. S.63–74.

9. Ulasen' T.V. Kompleksnaja ocenka vlijanija psihicheskogo zdorov'ja na adaptacionnye vozmozhnosti vospitannikov uchrezhdenij social'noj zashhity // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20), №1. S. 13-24.

10. Hekhausen H. Psihologija motivacii dostizhenija. SPb. 2001. 256 s.

11. Ayers T.S., Sandier I.N., West S.G., & Roosa M.W. A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping // Journal of Personality. 1996. P. 64, 923 - 958.

12. Compas, B.E., Malcarne, V.L., Fondacaro, K.M. Coping with stressful events in older children and young adolescents // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. 56 (3). P. 405 - 411.

13. Compas B. E. An agenda for coping research and theory: basic and applied developmental issues (англ.) // International Journal of Behavioral Development. 1998. N 22(2). P. 231-237.

14. Frydenberg E. Adolescent Coping: Theoretical and Research Perspectives. - London: Routledge. 1997. 233 p.

15. Frydenberg E., Lewis R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? // American Educational Research Journal. 2000. V. 37, N. 3. P. 727-745.

16. Lopez, D. F., Little, T. D. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain // Developmental Psychology. 1996. N 32. P. 299-312.

17. Losoya S., Eisenberg N., Fabes R.A. Developmental issues in the study of coping // International Journal of Behavioral Development, 1998, 22(2). P. 231-237.

18. Parsons A., Frydenberg E., Poole C. Overachievement and coping strategies in adolescent males // British Journal of Educational Psychology. 1996. 66, P. 109-14.

19. Sagone E., Maria Elvira De Caroli. Корреляционное исследование Диспозиционной устойчивости, психологического благополучия и стратегий совладания у студентов университетов. Американский журнал образовательных исследований. 2014; 2(7):463-471.

T.V. Ulasen

THE DYNAMICS OF THE COPING STRATEGIES CHOSEN AMONG ADOLESCENTS-PUPILS OF SOCIAL PROTECTION INSTITUTIONS DURING PSYCHOCORRECTION

Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Smolensk State Medical University» (Smolensk).

Summary. The article presents the results of a comparative study of coping behavioral strategies among pupils of social protection institutions (methodology of I.M. Nikolskaya, R.M. Granovskaya) depending on the factor of orphanhood. The study made it possible to identify not only different groups of coping behavior coping strategies in coping with stress in adolescents-orphans and adolescents living in families, but brought up in a rehabilitation center, but also different dynamics of coping they choose during psychocorrectional measures.

Keywords: inmates of social protection institutions; coping strategies of behavior; algorithm of medical and psychological assistance.

Е.О. Алексеева¹, А.М. Ковалевский², В.В. Никитенко², И.В. Добряков³
**КОМПЛЕКС ОБУЧАЮЩИХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

¹Школа биомедицины, ДВФУ (Владивосток), ²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», ³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлен разработанный комплекс мероприятий обучающего характера для выработки навыков личной гигиены у детей с нарушениями психического здоровья и подготовки их к необходимым манипуляциям у стоматолога, методические рекомендации по их применению, а также разработанная Шкала оценки поведенческих реакций ребенка.

Ключевые слова: дети, нервно-психические расстройства, оценка поведенческих реакций ребенка, профилактика стоматологических заболеваний, обучение.

Введение. Количество несовершеннолетних с нервно-психическими расстройствами в мире и в России увеличивается с каждым годом. По данным Минздрава, в России в 2019 г. насчитывалось более 900 тысяч таких детей. За последние три года число психических заболеваний, приводящих к инвалидности, выросло на 9,9%. В общей структуре болезней детей с инвалидностью более 50% приходится на психические расстройства, расстройства поведения и болезни нервной системы [7].

К сожалению, многие дети, страдающие нервно-психическими расстройствами, часто не в состоянии соблюдать простые правила личной гигиены, включая и уход за зубами. Это повышает у них риск ухудшения стоматологического здоровья, а имеющиеся у этих детей особенности затрудняют оказание стоматологической помощи. Большую распространенность кариеса зубов отмечают у детей с умственной отсталостью [2], с детскими церебральными параличами [5, 6], а также при других нервно-психических расстройствах. Распространенность кариеса зубов у детей с психоневрологическими болезнями достигает 100% [8]. Одной из причин этого является прием лекарственных препаратов для лечения основного заболевания, побочные эффекты которых, например, гипосаливация, способствуют прогрессированию кариозного процесса, ухудшению трофики тканей пародонта и периодонта [9].

Однако стоматологическая помощь детям с нарушениями психического здоровья оказывается несвоевременно и не в полном объеме [1], что связано с непредсказуемой реакцией пациента на стоматологическое вмешательство и технической сложностью работы с детьми данной категории. Большая распространенность кариеса зубов у детей с психоневрологическими заболеваниями обуславливает особую медико-социальную значимость проблемы лечения детей данной категории. Отсутствие своевременной стоматологической помощи,

стрессовая ситуация при необходимости срочного обращения к врачу с острой зубной болью пагубно сказываются на их соматическом и психическом здоровье, ухудшают качество жизни. Детям с нервно-психическими расстройствами желательно избегать нередко предпринимаемого в urgentных случаях оказания стоматологической помощи под общим обезболиванием.

Несмотря на отличия клинической картины при разных нервно-психических расстройствах у детей 8-12 лет их объединяет одинаковый преобладающий аффективный уровень нервно-психического реагирования на неблагоприятные воздействия. Для этого уровня характерны общая повышенная возбудимость, тревожность, диссомнии, негативизм, склонность к формированию страхов [4]. Одной из часто встречающихся у них фабул страха является стоматологическое лечение и вообще посещение стоматолога.

Существующие программы профилактики стоматологических заболеваний для здоровых детей, к сожалению, не учитывают особенности детей с нервно-психическими расстройствами. Помимо повышенной возбудимости у них, как правило, отмечается сниженная мотивация к соблюдению личной гигиены. В связи с этим безусловна актуальность разработки программ профилактики стоматологических заболеваний и методических приемов оказания им стоматологической помощи.

Для решения этой задачи вначале было предпринято изучение особенностей поведения детей с нервно-психическими расстройствами при посещении стоматолога.

Проведено обследование и динамическое наблюдение 185 детей 8-12 лет. Из них 123 человека состояли на учете в психоневрологических диспансерах, получали лечение в психиатрических больницах Приморского края. Среди них у 98 детей отмечалась умственная отсталость (F70 – умственная отсталость легкой степени, МКБ-10); у 17 детей была диагностирована шизофрения (F20.0), а у 8 детей – аутизм (F84.0).

Также в обследовании приняла участие группа из 62 детей, не имеющих нервно-психических расстройств.

Согласно Федеральному Закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» перед началом проведения диагностических и/или лечебно-профилактических мероприятий от родителей, опекунов, законных представителей детей, было получено согласие на проведение обследования, необходимых манипуляций. Методики, используемые в научной работе, соответствуют и не противоречат статье 40 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1, приказу № 228 Министерства здравоохранения РФ от 1993 г. «Об утверждении положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении» и «Этического кодексу российского врача». Методы диагностики и лечения, связанные с повышенной опасностью для пациента, не применялись. Наличие психического заболевания устанавливалось детским психиатром.

Исследование особенностей состояния и поведения в кабинете стоматолога пациентов с нервно-психическими нарушениями проводилось с помощью включенного наблюдения, беседы с ними, а также с помощью разработанной

формализованной Шкалы оценки поведенческих реакций ребенка.

Оценка поведения ребенка на приеме стоматолога производилось по следующим критериям:

0 баллов – ребенок капризен, не хочет пройти в кабинет стоматолога, плачет, не идет на контакт с врачом;

1 балл – ребенок капризен, плачет, но согласен на проведение манипуляций в кабинете стоматолога при условии нахождения родителей (сопровождающего) рядом с ним в кабинете;

2 балла – ребенок насторожен, не плачет, контактный, согласен на проведение манипуляций у стоматолога при условии нахождения родителей (сопровождающего) рядом с ним в кабинете;

3 балла – ребенок спокоен, контактный, общается с врачом, согласен на проведение манипуляций у стоматолога при условии нахождения родителей (сопровождающего) рядом с ним в кабинете;

4 балла – ребенок спокоен, контактный, общается с врачом, согласен на проведение манипуляций у стоматолога без присутствия родителей (сопровождающего).

До и после посещения стоматолога детям предлагалось сделать рисунки. Для этого им предлагали на выбор четыре цветных карандаша (черный, синий, желтый, красный) и просили рисовать тем цветом, который им сейчас нравится больше. Оценку рисунков проводили по следующим критериям:

0 баллов – ребенок отказывается рисовать, плачет;

1 балл – рисунок закрашен нечеткими линиями, которые выходят за границы рисунка, преобладает черный цвет / рисунок закрашен ровными и четкими линиями, не выходящими за пределы рисунка, преобладает черный цвет;

2 балла – рисунок закрашен нечеткими линиями, которые выходят за границы рисунка, преобладают черный и красный цвета / рисунок закрашен ровными и четкими линиями, не выходящими за пределы рисунка, преобладают черный и красный цвета;

3 балла – рисунок закрашен нечеткими линиями, которые выходят за границы рисунка, преобладают синий и желтый цвета / рисунок закрашен ровными и четкими линиями, не выходящими за пределы рисунка, преобладают синий и желтый цвета;

4 балла – рисунок закрашен нечеткими линиями, которые выходят за границы рисунка, использованы только синий и желтый цвета / рисунок закрашен ровными и четкими линиями, не выходящими за пределы рисунка, использованы только синий и желтый цвета.

Итоговая оценка результатов:

Цифровые показатели оценки поведения ребёнка в начале и в конце приёма врача-стоматолога и цветовой оценки поведенческих реакций ребёнка до и после приёма суммируются.

0-4 балла – ребенок неконтактен, неудовлетворительное психоэмоциональное состояние, *прогноз лечения у стоматолога неблагоприятный*;

5-9 баллов – ребенок капризен, контактен, нуждается в когнитивно-поведенческой терапии с использованием игровых методов психотерапии, пси-

хоэмоциональное состояние удовлетворительное, *прогноз лечения у стоматолога – лечение возможно через 3-4 обучающих посещения;*

10-12 баллов – ребенок контактный, благоприятное психоэмоциональное состояние, *прогноз лечения у стоматолога – лечение возможно через 2-3 обучающих посещения.*

Исследования проводились перед приемом детского стоматолога, а затем через 2, 3, 4 и 6 месяцев проведения обучающих мероприятий.

Состояние гигиены полости рта полости рта оценивалось по индексу гигиены Ю.А. Федорова и В.В. Володкиной [3].

Для обучения детей с нервно-психическими расстройствами, а также для их адаптации к проведению стоматологических манипуляций, разработан Комплекс обучающих и лечебно-профилактических мероприятий для предупреждения развития заболеваний полости рта у детей с некоторыми нарушениями психического здоровья, состоящий из нескольких блоков:

Первый блок мероприятий. Обучение гигиене полости рта ребенка.

Задачи первого блока мероприятий:

- обучение ребенка навыкам гигиены полости рта;
- выработка «привыкания» к стоматологической обстановке;
- снижение выраженности стоматофобии у детей.

Учитывая особенности восприятия информации детьми с психическими заболеваниями, разработана специальная программа обучения, которая включает демонстрацию слайд-фильма со всеми этапами ухода за полостью рта, разработанного и снятого специально для детей с психическими заболеваниями. Детям в игровой форме, с использованием наглядного пособия демонстрируются стандартные техники чистки зубов, даются рекомендации по уходу за полостью рта.

Также, для отработки навыков чистки зубов, разработана книжка-раскраска, которая выдавалась на руки родителям.

Далее, для закрепления полученной информации, детям предлагается продемонстрировать увиденное на игрушках и куклах. После 2-3 занятий детям предлагается провести гигиену полости рта самостоятельно.

Также первый блок мероприятий комплекса предусматривает демонстрации детям фотографий ребенка 5 лет, посещающего стоматолога. Фотографии показываются детям 2-3 раза в неделю, чтобы снизить чувство страха перед посещением стоматолога.

Во время проведения мероприятий первого блока комплекса родители должны приступить к ежедневной чистке зубов ребенка, при протесте ребенка не следует заставлять его силой, а продолжить демонстрацию фотографий и проводить занятия с ним в игровой форме. Когда ребенок соглашается на чистку зубов родителями, после 7-10 дней успешной чистки зубов с родительскими комментариями их действий, родителям ребенка следует изучить с ним и раскрасить разработанную книжку-раскраску, демонстрирующую необходимость чистки зубов и посещения стоматолога.

Второй блок. Уроки обучения гигиене полости рта для родителей.

Мероприятия второго блока комплекса проводятся параллельно с меро-

приятными первого блока.

Задачи мероприятий второго блока:

- мотивация родителей на соблюдение гигиены полости рта у ребенка;
- обучение родителей стандартным методикам чистки зубов;
- информирование родителей о дополнительных методах профилактики заболеваний полости рта.

Перед проведением обучающих уроков проводится опрос родителей ребенка с целью сбора анамнеза. При сборе анамнеза учитывается наследственная отягощенность анамнеза, течение беременности матери, вредные привычки родителей, уточняется характер терапии основного заболевания, препараты, дозировка, кратность приема, применяемые для лечения основного заболевания. Обращается внимание на характер питания ребенка. Врачом заполняется медицинская документация.

Эта часть комплекса мероприятий направлена на информирование родителей о причинах заболевания кариесом зубов и другими болезнями полости рта, современных методах профилактики с учетом особенностей детей. Также информационный блок включает разработанный лекционный курс «Временный и постоянный прикус: только факты».

Третий блок. Знакомство со стоматологом.

Задачи третьего блока мероприятий:

- адаптация ребенка к обстановке в стоматологическом кабинете;
- знакомство ребенка с основными инструментами, применяемыми при осмотре полости рта и проведении профессиональной гигиены полости рта;
- оценка врачом психоэмоционального состояния ребенка;
- оценка врачом навыков ребенка по уходу за полостью рта.

Для этого в игровой форме проводится оценка поведенческих реакций ребенка с использованием разработанной Шкалы, а затем проводится осмотр полости рта пациента (с предварительной демонстрацией стоматологических инструментов) и контролируемая чистка зубов ребенком в стоматологическом кабинете в присутствии родителей.

Четвертый блок. Проведение лечебно-профилактических мероприятий.

Задачами четвертого блока мероприятий являются:

- профилактика кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей,
- выявление заболеваний ротовой полости ребенка и их квалификация;
- при наличии показаний проведение лечебных мероприятий.

Проведение профессиональных гигиенических процедур полости рта проводилось с использованием резиновых колпачков (либо циркулярных щеток) и пасты, при наличии показаний применялось также ультразвуковое оборудование для удаления твердых зубных отложений. Как правило, для глубокого фторирования после проведения чистки и высушивания зубов применяется препарат «Глуфторэд». Процедуру повторяют через 14 дней, а затем раз в 6 месяцев. Кроме того 1 раз в день на ночь в течение 14 дней проводилась аппликации геля «R.O.C.S. Minerals» с интервалом между процедурами в шесть месяцев.

Всем детям (кроме 5-й контрольной группы) предлагалось утром и вечером

чистить зубы пастой «Biogear», а также рассасывать по 6 таблеток в день препарата «Имудон» в течении 10 дней. Кроме того педиатром назначался на три недели препарат «Лактобактерин», который под контролем родителей и/или опекунов (представителей) нужно было принимать 3 раза в день за 30-40 минут до еды, запивая молоком.

Лечебные мероприятия проводились при наличии показаний и включали в себя лечение кариеса, его осложнений, а также при необходимости удаление зубов.

В начале исследования, до проведения обучающего блока мероприятий комплекса (M0), из 123 детей с нервно-психическими расстройствами только 4 ребенка ($3,3 \pm 1,6\%$) согласились зайти в кабинет к стоматологу и сесть в стоматологическое кресло, при этом дети крепко держали родителей за руку, и только 1 ребенок ($0,8\%$) согласился открыть рот и провести осмотр полости рта (рис. 1).

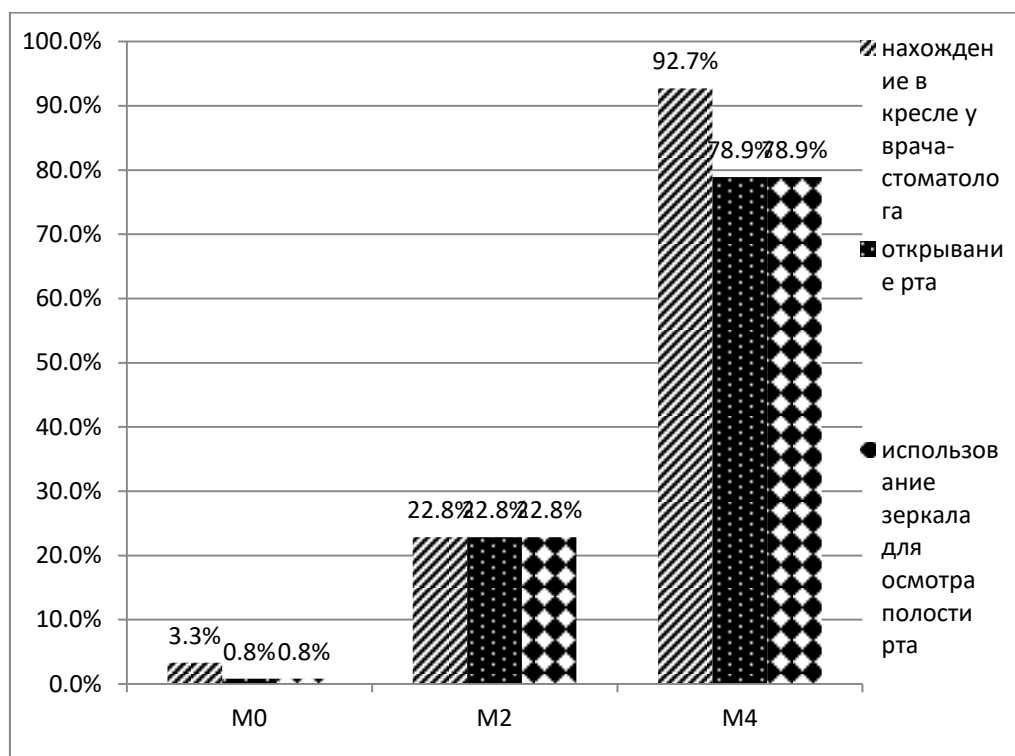


Рисунок 1. Динамика поведения детей с нервно-психическими расстройствами в процессе проведения комплекса обучающих и лечебно-профилактических мероприятий для предупреждения развития заболеваний полости рта у детей.

При обследовании 185 детей, согласно разработанной формализованной Шкале оценки поведенческих реакций ребенка из 123 детей с нервно-психическими расстройствами 118 детей ($95,9 \pm 1,8\%$) набрали 0-1 баллов, 4 ребенка ($3,3 \pm 1,6\%$) – 2 балла, 1 ребенок ($0,8\%$) – 8 баллов. В целом результат про-

веденного теста неудовлетворительный, эмоциональное состояние детей резко негативное, проведение стоматологических манипуляций в первое посещение оказалось невозможным.

Результаты обследования 62 детей без нервно-психических расстройств показали: 2 ребенка ($3,2 \pm 2,3\%$) получили оценку 8 баллов, 7 детей ($11,3 \pm 4,1\%$) – 9 баллов, 32 ($51,6 \pm 6,4\%$) ребенка – 10 баллов, 9 детей ($14,5 \pm 4,5\%$) – 11 баллов, 12 детей ($19,4 \pm 5,1\%$) – 12 баллов. Эти данные существенно отличаются от показателей детей с нервно-психическими расстройствами ($p < 0,001$). Все 62 ребенка после беседы с врачом согласились на стоматологическое обследование и манипуляции в полости рта со стороны детского стоматолога в присутствии родителей.

После проведения первичного осмотра родителям были выданы все материалы обучающих мероприятий, они получили разъяснения и инструкции по проведению занятий с детьми.

После 2 месяцев обучения (М2) отмечена определенная положительная динамика результатов, а именно: из 123 детей с нервно-психическими расстройствами 28 ($22,8 \pm 3,8\%$) согласились пройти в кабинет врача-стоматолога и сесть в стоматологическое кресло, открыть рот и провести осмотр полости рта с использованием стоматологического зеркала провести гигиенические и профилактические мероприятия (рис. 1). 4 ребенка ($3,3 \pm 1,6\%$) не явились на прием.

Результаты обследования 123 детей с нервно-психическими расстройствами согласно разработанной Шкале оценки поведенческих реакций ребенка через 3 месяца после начала (М3) обучающих мероприятий выявили существенные отличия от результатов первичного обследования и обследования через 2 месяца после начала обучения ($p < 0,001$):

- 54 ребенка ($43,9 \pm 4,5\%$) набрали 4 балла, все дети использовали в рисунках синий и желтый цвета, что свидетельствует о положительной динамике в психоэмоциональном состоянии ребенка;

- 37 детей ($30,1 \pm 4,2\%$) – 6 баллов, оценивается как удовлетворительный показатель психоэмоционального состояния ребенка, дети контактны, общались с врачом, использовали в своих рисунках все 4 цвета, предпочтение отдавали синему и желтому цветам, но при этом отказывались пройти в кабинет;

- 19 ($15,5 \pm 3,3\%$) – 7–9 баллов, дети контактны, общались с врачом, использовали в своих рисунках все 4 цвета, отдавая предпочтение синему и желтому цветам, соглашались пройти в кабинет и после беседы с врачом различной продолжительности соглашались открыть рот и произвести гигиенические и профилактические манипуляции;

- 9 детей ($7,3 \pm 2,4\%$) – 10–12 баллов, благоприятный результат и прогноз лечения у стоматолога. Использовали в своих рисунках синий и желтый цвета. Дети контактны, позволяют проводить осмотр полости рта, гигиенические и профилактические манипуляции и лечение кариеса зубов.

- 4 ребенка ($3,3 \pm 1,6\%$) на прием не явились.

Через 4 месяца в (М4) после начала обучающих мероприятий была проведена 3-я оценка поведения детей и осмотр полости рта.

Пройти в кабинет стоматолога, сесть в стоматологическое кресло и открыть рот в сопровождении родителей, согласились 114 ($92,7 \pm 2,4\%$) из 123 де-

тей с нервно-психическими расстройствами, однако лишь 97 пациентов ($78,9 \pm 3,7\%$) разрешили провести осмотр полости рта с использованием зеркала и профессиональную гигиену полости рта.

Через 4 месяца обучения по разработанной Шкале оценки поведенческих реакций ребенка 97 ($78,9 \pm 3,7\%$) детей получили 10-12 баллов и благоприятный прогноз лечения у стоматолога, 17 детей ($13,8 \pm 3,1\%$) набрали 9 баллов, однако не были готовы к проведению манипуляций в полости рта стоматологом, 4 пациента ($3,3 \pm 1,6\%$) набрали 7 баллов, что характеризует их состояние как удовлетворительное и прогноз согласия на стоматологическое лечение в будущем благоприятный. Выбыли из исследования 5 пациентов ($4,1 \pm 1,8\%$).

Таким образом, при обследовании через 4 месяца обучения психоэмоциональное состояние детей с нервно-психическими расстройствами существенно ($p < 0,05$) отличалось от показателей первичного обследования и аналогичных показателей после 2 месяцев обучения.

При осмотре через 6 месяцев (М6) после начала обучения все 118 пациентов ($95,9 \pm 1,8\%$) с нервно-психическими расстройствами, принимавшие на тот момент участие в исследовании, при обследовании, с большими или меньшими затратами времени на беседу с врачом, согласились на осмотр полости рта со стоматологическим зеркалом; на врачебные манипуляции в полости рта согласились 116 детей ($94,3 \pm 2,1\%$). Различия с группой психически здоровых детей не существенны ($p > 0,05$).

В результате применения комплекса обучающих и лечебно-профилактических мероприятий для предупреждения развития заболеваний полости рта у детей с некоторыми нарушениями психического здоровья 116 детям наложено 239 пломб по поводу кариеса зубов, 49 пломб по поводу пульпита, удалено 39 зубов по поводу обострения хронического периодонтита.

Психически здоровым пациентам контрольной группы наложена 101 пломба по поводу кариеса зубов, 10 пломб по поводу пульпита, удален 1 временный зуб по поводу обострения хронического периодонтита.

Для отработки навыков по гигиене полости рта разработана книжка-раскраска для детей, где в доступной форме показано, какие причины могут привести к возникновению кариозного процесса зубов у детей, описано, какие мероприятия помогут сохранить здоровье полости рта. В начале занятий родители сами чистили зубы детям 2 раза в день. По мере проведения обучающих мероприятий, уже через 1,5-2 месяца родители некоторых детей отметили, что могут доверить чистку зубов детям самостоятельно, но под контролем взрослых. По словам родителей, дети с нервно-психическими расстройствами в начале курса обучающих мероприятий не чистили зубы самостоятельно и не давали провести манипуляции родителям. С этой группой детей занятия проводили 3 раза в неделю в течение первого месяца обучения. Второй месяц обучения был посвящен не только просмотру слайд-фильма и отработке навыков гигиены полости рта на игрушках, но и объяснению на картинках детям причин возникновения кариеса зубов с использованием разработанной книжки-раскраски.

После 4 месяцев обучения, родители смогли доверить чистку зубов самостоятельно 55 детям из 118 ($46,6 \pm 4,6\%$). По истечении 6 месяцев 108 детей

(91,5±2,6%), составляющих первую группу, были способны чистить зубы самостоятельно под контролем родителей. Следует учитывать, что родителям приходилось постоянно контролировать чистку зубов.

Среди 62 детей, не страдавших нервно-психическими расстройствами, все пациенты (100%) чистили зубы самостоятельно.

Таким образом, результаты шести месяцев обучения мероприятиям индивидуальной гигиены полости рта детей с нервно-психическими расстройствами оценены как хорошие.

Среди всех обследованных детей с нервно-психическими расстройствами средний показатель индекса гигиены Ю.А. Федорова-В.В. Володкиной (1968) при первичном обследовании составил $3,81 \pm 0,72$ балла, существенно отличаясь от показателя группы обследованных психически здоровых детей ($1,75 \pm 0,41$ балла, $p < 0,05$).

Через 18 месяцев среди детей с нервно-психическими расстройствами этот показатель снизился до $2,63 \pm 0,44$ балла, однако, по-прежнему существенно отличался от показателя обследованных психически здоровых детей ($1,31 \pm 0,27$ балла, $p < 0,05$).

Результаты изучения гигиены полости рта у детей с нервно-психическими расстройствами согласуются с исследованиями Е.А. Красновой, И.М. Лосика [5, 6].

Вывод. Таким образом, в результате применения комплекса обучающих и лечебно-профилактических мероприятий для предупреждения развития заболеваний полости рта у детей с некоторыми нарушениями психического здоровья удалось провести гигиенические и профилактические мероприятия 94,3±2,1% детям с нервно-психическими расстройствами, а также пролечить, удалить (по показаниям) зубы без применения общей анестезии и обучить 91,5±2,6% детей элементарным навыкам индивидуальной гигиены полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беликова А.А., Микляева Т.А., Шамшадинова А.Р. Особенности ведения стоматологических пациентов со стойкими нарушениями центральной нервной системы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5, № 10. С. 1242-1243.
2. Гусейнова М.Х., Пашаев А.Ч. Распространенность кариеса зубов среди детей с умственной отсталостью, обучающихся в специализированных школах г. Баку // Врач-аспирант. 2013. № 1 (56). С. 78-82.
3. Диагностика заболеваний пародонта с использованием объективных методов исследования: методические рекомендации для врачей стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов / под ред. Ю.А. Федорова; сост. Ю.А. Федоров, В.П. Блохин, Л.Н. Дедова [и др.]. Л., 1989. 43 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 560 с.
5. Краснова Е.А. Стоматологическое здоровье детей дошкольного возраста, страдающих детским церебральным параличом // Вісник стоматології. 2011. № 1. С. 80-85.
6. Лосик И.М., Терехова Т.Н. Состояние полости рта у детей с детским церебральным параличом // Современная стоматология. 2011. № 1. С. 112-115.
7. Пресс-служба Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка, 2020.
8. Тарасова Н.В. Алямовский В.В., Галонский В.Г. Стоматологический ста-

тус детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости, проживающих в России // Тихоокеанский медицинский журнал. 2014. № 3. С. 14-17.

9. Юнилайнен О.А., Старостина Е.Г. Влияние антипсихотических препаратов на обмен веществ // Ожирение и метаболизм. 2012. № 3. С. 11-13.

REFERECES

1. Belikova A.A., Mikljaeva T.A., Shamshadinova A.R. Osobennosti vedenija stomatologicheskikh pacientov so stojkimi narushenijami central'noj nervnoj sistemy // Bjulleten' medicinskih internet-konferencij. 2015. T. 5, № 10. S. 1242-1243.

2. Gusejnova M.H., Pashaev A.Ch. Rasprostranjonnost' kariesa zubov sredi detej s umstvennoj otstalost'ju, obuchajushhihsja v specializirovannyh shkolah g. Baku // Vrach-aspirant. 2013. № 1 (56). S. 78-82.

3. Diagnostika zabolevanij parodonta s ispol'zovaniem ob#ektivnyh metodov issledovaniya: metodicheskie rekomendacii dlja vrachej stomatologicheskikh poliklinik, otdelenij i kabinetov / pod red. Ju.A. Fjodorova; sost. Ju.A. Fjodorov, V.P. Blohin, L.N. Dedova [i dr.]. L., 1989. 43 s.

4. Kovalev V.V. Psihijatrija detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlja vrachej. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Medicina, 1995. 560 s.

5. Krasnova E.A. Stomatologicheskoe zdorov'e detej doskol'nogo vozrasta, stradajushhih detskim cerebral'nym paralichom // Visnik stomatologii. 2011. № 1. S. 80-85.

6. Losik I.M., Terehova T.N. Sostojanie polosti rta u detej s detskim cerebral'nym paralichom // Sovremennaja stomatologija. 2011. № 1. S. 112-115.

7. Press-sluzhba Upolnomochennogo pri Prezidente RF po pravam rebyonka, 2020.

8. Tarasova N.V. Aljamovskij V.V., Galonskij V.G. Stomatologicheskij status detej-invalidov s razlichnoj stepen'ju umstvennoj otstalosti, prozhivajushhih v Rossii // Tihookeanskij medicinskij zhurnal. 2014. № 3. S. 14-17.

9. Junilajnen O.A., Starostina E.G. Vlijanie antipsihoticheskikh preparatov na obmen veshhestv // Ozhirenie i metabolism. 2012. № 3. S. 11-13.

E.O. Alekseyeva¹, A.M. Kovalevsky², V.V. Nikitenko², I.V. Dobryakov³ **A SET OF EDUCATIONAL AND THERAPEUTIC AND PREVENTIVE** **MEASURES TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF ORAL DISEASES** **IN CHILDREN WITH MENTAL HEALTH DISORDERS**

¹The School of Biomedicine, ²FEFU (Vladivostok), S.M. Kirov Military Medical Academy, ³V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Saint Petersburg).

Summary. The article presents a developed set of educational measures for developing personal hygiene skills in children with mental health disorders and preparing them for the necessary manipulations at the dentist, methodological recommendations for their use, as well as a developed Scale for assessing the child's behavioral reactions.

Keywords: children, neuropsychiatric disorders, Scale for assessing the child's behavioral reactions, prevention of dental diseases, education.

А.В. Дьяченко^{1,2}, О.А. Бухановская^{1,2}, В.А. Солдаткин², А.Я. Перехов²
**РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ,
АУТОАГРЕССИЯ И ГОМИЦИДОМАНИЯ У ДЕВУШКИ-
ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

¹ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС»,
²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
(Ростов-на-Дону).

Резюме. В научной литературе представлено множество свидетельств того, что расстройства половой идентификации у молодых людей весьма часто сосуществуют с самоповреждениями и суицидальным поведением. В соответствии с современными медико-социальными тенденциями это принято объяснять гендерной дисфорией – т. е. дистрессом, связанным с неприятием своего тела и невозможностью открыто позиционировать себя в соответствии с желаемой полоролевой моделью. При этом крайне редко анализируются иные возможные механизмы такой коморбидности. В данной статье приведено описание клинического случая 17-летней девушки, обратившейся с запросом на выдачу справки об изменении пола. Данный случай, на наш взгляд, представляет собой интерес в качестве иллюстрации известного, однако часто недооцениваемого в практике, факта клинической неоднородности пациентов с расстройствами половой идентификации.

Ключевые слова: расстройство половой идентификации, трансгендерность, смена пола, самоповреждения, суицид, гомицидомания, шизофрения.

В научной литературе представлено множество свидетельств того, что расстройства половой идентификации (РПИ) у подростков весьма часто сосуществуют с самоповреждениями и суицидальным поведением [7-10]. В соответствии с современными медико-социальными тенденциями этот факт принято объяснять гендерной дисфорией – т. е. дистрессом, обусловленным неприятием своего тела и невозможностью открыто позиционировать себя в соответствии с желаемой полоролевой моделью. При этом крайне редко анализируются иные возможные механизмы такой коморбидности. Между тем, даже в странах, где РПИ приравнены к социальной норме, показатели суицида среди подростков-трансгендеров составляют 50-93% [5, 6]. Так, опрос 923 молодых жителей Канады, позиционирующих себя в качестве трансгендеров, продемонстрировал, что 65% респондентов в возрасте от 14 до 18 лет серьезно задумывались о самоубийстве в течении года по сравнению с 13% в контрольной группе [9].

Альтернативным объяснением высокой склонности подростков с РПИ к аутодеструкции является клиническая неоднородность данной категории пациентов. По данным D.A. Baltieri, A.G. DeAndrade, риск самоповреждения и самоубийства у больных расстройствами шизофренического спектра (РШС) существенно возрастает в случаях, когда психотические переживания сочетаются с РПИ [4]. T.A. Veeder, R.J. Leo указывают, что аутодеструкция гениталий является наиболее характерной для больных РШС [12]. По мнению С.Н. Матевосяна, Г.Е. Введенского, стремление к аутодеструкции в таких случаях может быть

объяснено деперсонализационными, дисморфоманическими и сенестопатическими бредовыми переживаниями [3].

В данной статье приведено описание клинического случая 17-летней девушки, обратившейся с запросом на выдачу справки об изменении пола. Данный пример, на наш взгляд, представляет собой интерес в качестве иллюстрации известного, однако часто недооцениваемого в практике факта клинической неоднородности пациентов с РПИ.

Цель исследования – описать на примере клинического случая механизм формирования расстройства половой идентификации при шизотипическом расстройстве, а также продемонстрировать проблемы, с которыми сталкивается врач при обследовании пациентов с данной патологией.

Клинический случай.

Жалобы. В 2018 г. в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» (далее – ЛРНЦ «ФЕНИКС») обратилась пациентка В., 17 лет, с запросом на выдачу «справки об изменении пола» № 087/у. Мотив обращения объяснила испытываемым с раннего детского возраста ощущением «психологической принадлежности» к мужскому полу, чувством выраженного дискомфорта в связи с наличием у нее женских социальных и телесных признаков (имени, гениталий, молочных желез, менструаций). Заявляла о стремлении открыто позиционировать себя в качестве мужчины и в будущем сформировать гомосексуальную (по отношению к биологическому полу) пару. Выразила желание в случае получения «справки» произвести переоформление документов на имя «Максим», начать прием препаратов тестостерона, осуществить хирургическую коррекцию внешности. Пациентка была принята в ЛРНЦ «ФЕНИКС» для проведения обследования.

Анамнез. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в срок от первой, многоплодной, гетерозиготной беременности, протекавшей благоприятно. Физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту.

Воспитывалась в полной семье, состоявшей из отца, матери и сестры-близнеца. Отношения в семье пациентка характеризует как теплые, доверительные. Стиль воспитания гармоничный. По характеру формировалась ласковой, впечатлительной, веселой, активной, послушной. Устраивала домашние спектакли. Общалась в компании девочек. Признаков полоролевых отклонений родители не отмечали.

В школу пошла в возрасте 7 лет. Адаптировалась успешно. Академическая успеваемость была высокой за счет способностей. В 2012 г. (11 лет) в связи с переездом семьи в другой город сменила школу. В новом коллективе была принята хорошо, успешно адаптировалась.

С возраста 10-11 лет стала испытывать дискомфорт в местах большого скопления людей. Казалось, что окружающие обращают на нее повышенное внимание, негативно оценивают ее. С 12 лет возникло недовольство внешностью – чертами лица, формой ног. При этом в поведении значимо не менялась до возраста 14 лет. Со слов пациентки, описанные ощущения, возникнув в 11-12 лет, сохранялись и неуклонно усиливались по мере взросления. Не связывала

их с полом до возраста 15-16 лет. В течении всего описанного периода пациентка говорила о себе исключительно в женском роде. Спокойно реагировала на обращение к ней по имени, в том числе на уменьшительно-ласкательные. Не возражала против ношения женской одежды. Охотно посещала водоемы, при купании надевала открытый купальник («Никогда не просила купить закрытый купальник... Обожала нырять»). С 3 лет до 14 лет носила серьги без принуждения. Имела длинные волосы, категорически отказывалась стричься. Любила животных. Охотно фотографировалась. В школе без возражений носила форму, посещала уроки физкультуры в составе группы девочек, не испытывала дискомфорта при нахождении в женской раздевалке или туалете. При этом не проводила много времени перед зеркалом, была безразлична к покупке новых вещей, не носила одежду ярких цветов, не делала прическу. Предпочитала наряды свободного покроя. Не любила платья и облегающие вещи. Называя такую одежду «неудобной», выражала раздражение при необходимости ее надевать.

С возраста 12-13 лет стала больше времени проводить в компании мальчиков. Связывала это с тем, что девочки, с которыми она общалась до этого, стали допускать в ее адрес насмешки, указывающие на непонимание ею шуток, ее нежелание следить за внешностью. В этот период впервые задумалась о своем отличии от сверстниц, сделав вывод, что является «пацанкой». Сообщает, что мальчики вели себя с ней более дружелюбно, охотно привлекали к своим играм, «помогали и поддерживали».

В возрасте 14 лет состояние заметно изменилось. Усилился дискомфорт в людных местах, стала отказываться от посещения крупных магазинов, в том числе для покупки новых вещей. Чаще просила мать покупать ей просторную («удобную») одежду, преимущественно в стиле «унисекс», темных тонов. По словам самой пациентки, это было обусловлено «нежеланием лишнего внимания».

Менструации с 14,5-15 лет. Отреагировала на их возникновение недовольством в связи с отвращением к «загрязнению», с которым связывала менструацию, и необходимостью соблюдения гигиенических мероприятий («Не нравилась сама идея, что какая-то жидкость из меня вытекает»). Также была недовольна ношением бюстгалтера по причине испытываемого дискомфорта от его соприкосновения с кожей («Неудобно»).

С 14,5 лет испытывала медленно прогрессирующую апатию. Постепенно усиливались утомляемость, трудности концентрации внимания, неприязнь к собственной внешности и личным качествам. Возникла потребность в «абстрактных изменениях» («Хотелось за что-то зацепиться... Было чувство, будто что-то лежит не на своем месте, а ты не понимаешь, что именно, и тебя разъедает от желание найти это и вернуть туда, откуда оно выдвинулось»). Часто бесплодно размышляла на различные темы – как бытовые, так и экзистенциальные («Постоянно в голове что-то перемалывалось»). С целью преодоления потребности во внутреннем преобразовании стала интересоваться психологической мотивирующей литературой. В возрасте 15 лет стала вести видеоблог, в котором делилась своими переживаниям.

В 14,5 лет коротко остригла волосы. Сделала это для того, чтобы удовлетворить недифференцированное желание изменить внешность, а также –

по причине испытываемого дискомфорта при соприкосновении волос с телом. В том же возрасте стала активно отказываться от ношения женской одежды, мотивируя это ее «неудобством». Со слов матери: «Заставить надеть платье было невозможно с 14 лет, но теперь стала отказываться и от блузок и женских брюк, настаивала на ношении футболок, свободных штанов, кедров». По словам пациентки, стремление к изменению облика и поведения не связывала с полоролевой идентификацией, но пыталась таким образом восстановить ощущение эмоционального комфорта.

Мастурбация с 15 лет до 4 раз в неделю, сопровождалась оргазмами. Делала это с целью улучшения настроения, без сексуального фантазирования. Интересы к парной сексуальной жизни не испытывала.

С 15 лет возникли колебания настроения от подавленности, безрадостности, апатии к внутренней возбужденности, раздражительности с неприязнью к своему моральному и физическому естеству. При этом нередко помимо воли возникали субъективно неприятные мысли о самоубийстве. Стала периодически видеть ночные кошмары. Снились сцены убийств и расчленения, кровь, человеческие внутренности, черви. Испытывала прогрессирующее снижение активности, однако в поведении это не проявлялось. Экзамен ОГ сдала успешно, практически без подготовки, мобилизовав усилия «в последний момент». Со слов матери, стала более замкнутой и грубой. Постепенно дистанцировалась от родителей – в особенности от отца. Спротивлялась попыткам обнять ее. Стала использовать ненормативную лексику при общении с одноклассниками, что было для нее нехарактерно ранее. На замечания по этому поводу реагировала адекватно. Значительно больше времени стала проводить в Интернете, историю посещений скрывала. Пациентка подтверждает, что в тот период в течении большого количества времени «блуждала» в Интернете, стремясь «за что-то зацепиться», преодолеть апатию.

В 15 лет во время «Интернет-дрейфа» случайно прочла статью о способах улучшения физического и психического самочувствия с помощью изменения питания. Зафиксировалась на этой информации, стала активно искать сведения на эту тему. Под влиянием прочитанных статей и просмотренных видеороликов отказалась от мяса, потом перешла на полное вегетарианство, затем на сыроедение, позже – на «фруктоедение». В ответ на расспросы родителей, транслируя полученную в Интернете информацию, говорила о вреде мясной пищи. Стала интенсивно заниматься спортом, что ранее было для нее нехарактерно. Также следуя рекомендациям из Интернета, в каникулярное время стала практиковать «интервальный сон» – ложилась спать в 21.00 и просыпалась в 02.00, после чего бодрствовала остаток дня. Стала совершать длительные пешие прогулки, чего раньше не делала. Со слов родителей, была возбужденной, значительно более энергичной («Была очень активной... На фоне плохого питания, плохого сна у нее была повышенная двигательная и умственная активность»). По словам пациентки, изменение рациона питания и ограничение во сне позволяли ей «чувствовать себя особенным человеком». В период с лета по осень 2017 г., когда занималась «самосовершенствованием», чувствовала себя хорошо: не испытывала апатии, навязчивых мыслей, была деятельной, общительной и

энергичной. Вес снизился на 8 кг и составлял 45 кг при росте 168 см (ИМ = 15,9). В тот же период после случайного прочтения информации в Интернете о том-боях, «обнаружила» в описании этого феномена схожие черты с собой. С этого времени при записи видеоблога стала позиционировать себя таким образом и, подражая героям просмотренных ею статей и видеороликов, начала говорить о себе в нейтральном роде. При этом испытывала удовольствие, делая «нечто необычное для себя, выделяющееся из повседневности».

С 16-17 лет возникло стремление к причинению себе болевых ощущений путем нанесения мелких поверхностных порезов, самобичевания и щипков на участках тела, обычно скрытых одеждой. Причиняя себе физическую боль, пыталась «отвлечься» от гнетущего ощущения внутренней пустоты. С того же периода стали возникать ощущения «дежа вю», эпизодически, на короткое время – ощущение нереальности, неестественности происходящего. Стала видеть повторяющиеся кошмарные сновидения с кровавыми сценами смерти, расчленения и т. п. Эпизодически возникали фантазии об убийствах незнакомых людей («Хотелось ударить ножом, разрезать на части»), массовом убийстве в школе («Представляю, как прихожу в школу с ножом и бью всех вокруг»). Сообщает, что первоначально эти фантазии возникли после прочтения в Интернете статьи о массовом убийстве в школе. Эта информация оказала на пациентку сильное негативное впечатление. Представляла жестокие сцены помимо воли, однако вскоре отметила, что эти мысли также позволяют ей отвлечься от тягостных переживаний. Со временем они приобрели характер ярких, детализованных фантазий, оказывающих тонизирующий эффект. Аналогичным образом фантазировала о брутальном самоубийстве – падении с высоты, смерти под колесами поезда, разрезании собственного тела. Со слов пациентки, мысли о суициде помогали восстановить чувство контроля над собственными эмоциями («Понимание того, что я могу остановить этот кошмар, в который, несмотря на все попытки сопротивления, я погружаюсь, приносило некоторое облегчение... Чувствую, что хотя бы так контролирую себя»). Одновременно с этим фантазии об уничтожении своего тела сопровождались надеждой на физическое и духовное «возрождение». В дальнейшем агрессивные и аутодеструктивные представления стали возникать помимо воли, сопровождаясь чувством внутреннего дискомфорта. Их дезактуализации способствовало начало трансформации через изменение рациона питания. После прекращения соблюдения «диет» мысли о самоповреждениях и самоубийстве возникли вновь и сохранялись до «осознания» пациенткой своей трансгендерности. На фоне начавшегося преобразования внешнего облика и поведения непроизвольные мысли о самоповреждениях, суициде и убийствах возникали эпизодически – преимущественно в ситуациях, когда окружающие узнавали в ней девушку. При этом резко усиливалось состояние внутренней пустоты, «мучительной бесчувственности».

В октябре-ноябре 2017 г. (16 лет), сохраняя прежний режим питания и сна, стала испытывать усталость, сонливость, головные боли, интенсивные боли в спине. Возникла нестойкость увлечений и интересов: в разное время садилась писать фантастическую книгу, занималась спортом, записывала видеоролики. В

целом деятельность стала значительно менее продуктивной. Связала ухудшение состояния со снижением веса и частично восстановила рацион питания. На фоне этого стала более явно ощущать апатию, недовольство внешностью, дискомфорт при нахождении в людных местах, рефлексия и «потребность в изменениях» («Мне становилось хуже – мне не нравилась внешность, мне не нравилось, как меня видят другие люди... Нужно было себе это как-то объяснить»). При ухудшении эмоционального состояния вновь резко меняла режим питания, значительно ограничивая себя в пище на непродолжительное время. На этот период снова стала больше времени проводить в Интернете, просматривая различную информацию. Во время информационного дрейфа просмотрела видеоматериал о «трансгендерах». Испытала яркие эмоции – удивление, заинтересованность. Стала изучать популярные статьи об этом феномене на различных общедоступных сайтах. Сообщает, что этот интерес позволял на некоторое время преодолеть апатию. На основании полученных сведений заключила, что является «трансгендером». По словам пациентки, полученная ею информация дала ей объяснение, почему она не может адаптироваться среди сверстников, испытывает недовольство по поводу внешности, появления женских вторичных половых признаков. Начав идентифицировать себя таким образом, испытала эмоциональное облегчение. Самоидентификация через новое название давала ей возможность преодолеть «потребность в изменениях», «установить контроль» над собственными чувствами. В тот же период изменилось поведение. Возникло желание посещать мужской туалет. По прошествии полугода, находясь в обществе родителей, стала настаивать на посещении мужского туалета. Стала заявлять матери, что чувствует себя «парнем в женском теле». Стала говорить о себе в нейтральном роде в разговорах с родителями, эпизодически также пыталась говорить о себе в мужском роде. Демонстрировала родителям недовольство своим именем. Выбрала себе новое имя – «Максим». Эпизодически представлялась им при новых знакомствах. Открыто выражала неприязнь к собственному телу. Стала носить утягивающий спортивный топ вместо бюстгалтера. Отказывалась от купания в водоемах в связи с необходимостью ношения купальника.

В марте 2018 г. (17 лет) стала более замкнутой. Сторонилась людей, крайне неохотно общалась с окружающими. Существенно сузился круг интересов. Стала редко выходить из дома, избегала посещения людных мест. Внв возникло ощущение, что окружающие смотрят на нее недоброжелательно. Стала раздражительной, мрачной. В переживаниях раскрывалась крайне редко. В беседах с матерью эпизодически жаловалась на «депрессию», высказывала суицидальные идеи. Обесценивала значимость своей жизни, свои интеллектуальные способности и личностные качества. Отказывалась от продолжения учебы, заявляла о нежелании идти в 11 класс. При этом конкретных планов не строила. В одном из разговоров с матерью заявила, что не уверена, что операция по изменению пола решит ее проблемы, выразила неуверенность в целесообразности ее проведения. От обращения к психиатрам отказывалась. 29.10.2018 г. обратились в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с целью обследования.

Психический статус на момент обращения в Центр: «Пациентка яви-

лась на прием в назначенное время, в сопровождении родителей. Одея по возрасту, в свободную одежду в стиле унисекс, достаточно опрятно. Носит укороченную стрижку на мужской манер. Косметикой не пользуется. Кожа лица бледная. Напряжена. Сидит в закрытой позе. Зрительного контакта избегает. В беседу вступает неохотно. Голос достаточной громкости. Тембр голоса явно искусственно занижен пациенткой на мужской манер. На вопрос о причине обращения саркастически улыбается, разводит руками. Заявляет, что приехала на обследование по инициативе родителей. Демонстрирует отсутствие заинтересованности в беседе, однако дистанцию с врачом соблюдает. Крайне формальна в общении. На вопросы отвечает в целом по существу, но короткими фразами. На предложение продолжить беседу без присутствия родителей отвечает: «Мне все равно». Во время беседы наедине держится несколько более свободно. Раскрывается в переживаниях неохотно, что самостоятельно вербализует, объясняя это особенностями своего характера. Явных структурных нарушений мышления в беседе не выявляется. Сообщает, что причиной обращения в Центр стало ее желание получить справку об изменении пола. Сообщает, что с детского возраста чувствует себя «парнем», что всегда отличалась от девочек наличием «мужских интересов» (футбол, компьютерные игры и т. п.), стремлением к общению в компании мальчиков, нежеланием носить женскую одежду, а также «внутренним ощущением себя мужчиной», которое объяснить не может. После получения разрешения на изменение пола желает начать «гормональную терапию» с целью прекращения менструации, намерена произвести хирургическое удаление молочных желез. Считает этот объем манипуляций принципиальным и наиболее значимым для нее. Хирургическую коррекцию гениталий называет необязательной. Знание о методах и правилах изменения пола крайне поверхностное. На протяжении всей беседы говорит о себе исключительно обезлично. На обращение к ней по имени реагирует спокойно. При расспросе подтверждает желание получить документы на мужское имя. Настроение характеризует как сниженное, подавленное, что связывает исключительно с полоролевыми переживаниями. Признает наличие антивитальных идей в прошлом, которые также объясняет недовольством полом. Попытки самоубийства и самоповреждающее поведение отрицает. Признает наличие психофизической истощаемости. В ходе беседы выражает страх перед будущим, связанный как с гендерной дисфорией, так и с профессиональной реализацией. Первоначально отказывается от обсуждения анамнестических сведений, заявляя о том, что не помнит событий своей жизни до возраста 15-16 лет. В процессе беседы, однако, нарушений памяти не выявляется. Пациентка излагает анамнез развернуто и последовательно, однако при обсуждении полоролевого поведения и соответствующих переживаний допускает противоречия. Так, первоначально настаивает на том, что «ощущение себя мужчиной» возникло в дошкольном возрасте, но в процессе беседы с обсуждением объективных данных (сведений, полученных со слов родителей, предоставленных фотоснимков, предоставленных пациенткой записей в дневниках и социальных сетях) неохотно признает, что данные переживания возникли лишь в возрасте 15-16 лет, утверждая, что ранее «не за-

думывалась о своем поле». Отрицает возникновение в прошлом периодов необычного для нее эмоционального подъема с повышением активности и мыслительной деятельности. Об особенностях пищевого поведения говорит также только после предоставления объективных сведений, крайне формально, не поясняя мотивы своего поведения. В целом редко проявляет в беседе инициативу. Результатами обследования не интересуется».

В процессе проведения обследования пациентка намеренно скрывает данные об обсессивных переживаниях, гомицидных влечениях, деперсонализационно-дереализационных переживаниях и самоповреждающем поведении.

Было проведено обследование:

1.Экспериментально-психологическое исследование. Заключение: в ходе психологического исследования у пациентки обнаруживаются особенности протекания психических процессов, характерные для эндогенно-процессуального психопатологического симптомокомплекса на фоне актуальной выраженной депрессивной фазы у личности преморбидно шизо-нарциссического профиля.

2.МРТ головного мозга: данных за наличие очагового и диффузного характера в веществе мозга не выявлено.

3.Половые гормоны в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол, пролактин): отклонений не выявлено.

По итогам обследования состоялся консилиум в составе: психиатр, психиатр-сексолог, клинический психолог, врач-докладчик.

Заключение: «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной депрессии» (F31.3). Принимая во внимание данные экспериментально-психологического исследования, а также результаты клинического наблюдения, было рекомендовано катamnестическое наблюдение с целью дифференциальной диагностики с расстройствами шизофренического спектра.

По социальным причинам в течение следующих двух месяцев лечение не проводилось. За этот период состояние пациентки резко ухудшилось. Стала более замкнутой, отстраненной, мрачной, гневливой. Стала много времени проводить в своей комнате. Вновь стала наносить поверхностные порезы на скрытые одеждой участки тела. Помимо воли фантазировала об убийстве членов семьи. С целью снижения эмоционального напряжения просматривала информацию о серийных убийцах – читала их биографии, хронику преступлений, просматривала фотографии жертв. Стремилась к получению сильных эмоций («встряске») через чувство отвращения и страха. Узнав, что у серийных преступников началу гомицидных актов нередко предшествуют представления зоосадизма, стала невольно представлять убийство вначале уличных животных, а затем помимо воли – собственной домашней собаки, которую, по ее словам, очень любила. К январю 2019 г. влечение к убийству домочадцев усилилось. Возник страх причинения вреда членам семьи, о чем, однако, им не сообщила. В этот период увидела возле дома бродячую кошку и испытала выраженное желание «зарезать» ее. В течение двух дней испытывала борьбу мотивов. Со слов пациентки: «Будто что-то заставляло меня это сделать, будто что-то внутри меня уговаривало убить кошку... Возникали мысли: или она,

или кто-то из домашних». Галлюцинаторных переживаний не описывала. Мыслительный процесс в тот период пациентка охарактеризовала как «неконтролируемый, хаотичный поток». На фоне очередного выраженного усиления эмоционального напряжения приманила животное в квартиру едой, положила в ванну и нанесла восемь ударов ножом. Тело кошки сложила в пакет и отнесла в мусорный бак, ванну вымыла.

После обнаружения родителями следов крови в ванной сообщила им о случившемся. Зимой 2019 г. обратились в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с целью лечения.

Психический статус. Пациентка явилась на прием в сопровождении родителей. Активно в беседу не вступает. Зрительного контакта избегает. Одета в несвежую мужскую одежду. Волосы уложены небрежно. Кожа лица бледная. Голос достаточной громкости. Речь монотонная, замедленная. Выражает жалобы на эмоциональную подавленность, ощущение «внутренней пустоты», нежелание жить. Называет себя «не достойным жизни, омерзительным существом». Активно высказывает суицидальные идеи («Хотелось бы перерезать себе горло... Броситься с высокой крыши, чтобы осталось только мокрое пятно на асфальте...»). Свое состояние не связывает ни с полоролевыми переживаниями, ни с разочарованием в связи с отказом выдачи справки об изменении пола. Выражает безразличие к методам предстоящего лечения. На происходящее в кабинете реагирует слабо. В ответ на попытку обсуждения эпизода с убийством животного начинает плакать. Признает наличие активных гомицидных представлений, возникающих помимо ее воли и воспринимаемых ею резко негативно. Признает желание избавиться от них. Признает, что в процессе предыдущего обращения в ЛРНЦ «Феникс» намеренно искажила анамнестические сведения, скрыв ряд психопатологических переживаний с целью получения справки об изменении пола. Сон резко затруднен. Аппетит снижен. Бредовые идеи не описывает, обманы восприятия отрицает. К состоянию некритична.

Лечение. антипсихотическая терапия: арипипразол до 30 мг/сут (в т. ч. в аугментации с клозапином, трифлуоперазином, галоперидолом, клопентиксолом, кветиапином; флуфеназином); сертиндол до 24 мг/сут; кветиапин до 1000 мг/сут; амисульприд до 1000 мг/сут; рисперидон до 8 мг/сут; трифлуоперазин до 30 мг/сут; клопентиксол до 100 мг/сут; галоперидол до 40 мг/сут; клозапин до 100 мг/сут, зипразидон до 160 мг/сут.; карипразин до 6 мг/сут. (в т. ч. в аугментации с тиоридазином, трифлуоперазином, клозапином). Антидепрессанты: кломипранин до 150 мг/сут; венлафаксин до 300 мг/сут (в т. ч. в аугментации с миртазапином); минлнаципран до 100 мг/сут; пароксетин до 40 мг/сут; сертралин до 150 мг/сут; флувоксамин до 200 мг/сут. Нормотимические препараты: лития карбонат до 1200 мг/сут; окскарбазепин до 1000 мг/сут; вальпроевая кислота до 2000 мг/сут. Анксиолитики: феназепам до 4 мг/сут; клоназепам до 4 мг/сут; диазепам до 30 мг/сут. Корректоры экстрапиримидных расстройств: бипериден до 6 мг/сут. Электросудорожная терапия: 3 курса по 15, 10 и 5 сеансов. Психотерапия: индивидуальная и семейная.

Наблюдение. Пациентка проходила лечение в период с января 2019 г. по август 2021 г. Несмотря на проводимую терапию в течении первых 12 месяцев

лечения состояние в целом было подвержено отрицательной динамике. Мысли об аутодеструкции стали постоянными и интенсивными. Эпизоды самоповреждения участились и стали возникать импульсивно, с использованием практически любых острых предметов, к которым пациентка имела доступ - ножей, вскрытых консервных банок, гвоздей и т. п. С зимы 2019 г. в речи стала использовать однообразные фразы. Стала стереотипно ходить по комнате, периодически внезапно на короткое время «застывала» на месте и реагировала лишь на повторное обращение. Аффективные колебания существенно сгладились: доминирующим стало чувство эмоциональной опустошенности с неприязнью к себе, рефлексией, сниженной энергичностью. С весны 2019 г. стала говорить об ощущении внутреннего раздвоения на собственное «Я» и «темную сущность». Периодически заявляла, что эта «сущность» овладевает ею, управляет ее действиями, принуждает повреждать себя, призывает к причинению вреда родным. Сообщала о возникающем кратковременном ощущении наличия «чужих мыслей» деструктивного содержания. Также периодически испытывала ощущение, что мысли приобретают характер «потока» или «полностью исчезают». К зиме 2020 г. стала эпизодически слышать отрывочные, стереотипно повторяющиеся слова внутри головы. Данная симптоматика, однако, была не стойкой, не имела синдромальной завершенности.

В связи с появлением новых анамнестических данных и изменением клинической картины заболевания решением повторного консилиума диагноз был изменен и сформулирован следующим образом: «Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения» (F21.4).

В течение периода наблюдения трижды возникали кратковременные, продолжительностью не более 4 недель, периоды улучшения. В это время пациентка прекращала высказывать суицидальные идеи, отрицала их наличие. Отрицала ощущение присутствия «темной сущности», идеи воздействия и галлюцинации. Также в этих состояниях частично дезактуализировались трансовые переживания: пациентка значительно мягче реагировала на обращение к ней по имени и в соответствии с полом, сама начинала говорить о себе в женском роде.

В течение 2021 г. отмечается медленная, нестойкая положительная динамика на фоне назначения кветиапина в дозе 950 мг/сут. в аугментации с клозапином в дозе 150 мг/сут. Пациентка стала спокойнее, в значительной степени редуцировались аутодеструктивные влечения, полностью исчезли гомоцидные переживания и галлюцинации, перестала испытывать чувство «раздвоения».

К лету 2021 г. настроение пациентки выравнилось, нормализовалась активность. Стала формулировать планы. По собственной инициативе трудоустроилась. Стала спокойно реагировать на обращение по имени и в женском роде. Говоря о себе, начала использовать женские родовые окончания. Отказалась от планов о перемене пола. Возникли романтические гомосексуальные отношения. Продолжает наблюдение в Центре.

Разбор случая. Заболевание возникло у девушки-подростка без наследственной отягощенности психическими расстройствами, воспитанной в условиях благоприятного внутрисемейного климата. Преморбидно для пациентки был свойствен

удовлетворительный уровень социальной адаптации, в том числе – полоролевой. Основной личностный радикал определить сложно в виду раннего начала заболевания, однако есть основания судить о наличии сенситивных черт характера.

Болезнь дебютировала аутохтонно, исподволь в препубертатном периоде (в возрасте 10-11 лет) преимущественно негативной психопатологической симптоматикой (аутизация, астенические проявления), не достигавшей синдромальной целостности. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось постепенным оформлением синдромов и усложнением клинической картины, в первую очередь – за счет возникновения сенситивных идей отношения, элементов дисморфобической и деперсонализационной симптоматики, нестойких контрастных obsessions.

Болезнь манифестировала в пубертатный период (14-15 лет) атипичным депрессивным синдромом с психической анестезией. Деперсонализационные переживания проявлялись характерным для подросткового возраста образом – апатией, ощущением внутренней измененности, рефлексией, потребностью в абстрактных размышлениях. Вскоре аффективные нарушения приобрели биполярное течение с чередованием атипичных субдепрессивных, гипоманиакальных и смешанных фаз различной амплитуды и продолжительности. В депрессивных фазах с целью временного преодоления эмоцианльно-волевых нарушений и контрастных навязчивых мыслей стала прибегать к фантазированию на тему самоубийства и агрессивных действий. Утверждение в клинической картине именно данного варианта компенсации произошло случайно, по механизму реакции запечатления. Фантазии о brutальном самоубийстве выполняли функцию противовеса реальным суицидальным влечениям, отличаясь от них условно контролируемым характером. Фантазируя об уходе из жизни по собственному желанию, пациентка иллюзорно восстанавливала ощущение власти над своим будущим и в дальнейшем использовала это в качестве своеобразной психологической защиты. Так, устанавливая дату совершения самоубийства, она, таким образом, устанавливала временные рамки своих страданий и мотивировала себя на их преодоление. Кроме того, воображая уничтожение собственного тела, она, по-видимому, стремилась к разрыву связей с текущим негативным состоянием. Фантазии об убийствах, при которых она идентифицировала себя со «страшным», «ужасным», «недостойным» человеком, отражали крайне негативное отношение пациентки к жесткости и служили для преодоления ею апатии посредством переживания отрицательных эмоций.

Таким образом, первоначально ауто- и гетероагрессивное фантазирование выступало в роли ритуального действия, однако в процессе развития болезни закономерно само приобрело навязчивый характер. Obsessions суицидального и агрессивного содержания, сопровождающиеся внутренним напряжением, обусловили стремление пациентки к их компенсации – вначале посредством коррекции поведения (изменение круга общения), аддикции (виртуальный дрейф), попыток «переключения» с негативных эмоциональных ощущений на физические (скрытая аутодеструкция), а затем – через обретение иной идентификации. Выбор нового варианта самопозиционирования в данном случае определялся влиянием дисморфобии и негативной психопатологической симптоматики –

как первичной, так и вторичной (обусловленной аффективной патологией депрессивного полюса). В попытках преодолеть усиливающиеся трудности мотивации, постепенное снижение творческого потенциала, элементы социального дрейфа и навязчивые мысли, пациентка стремилась к подражательному поведению. При этом важное значение имел отклоняющийся характер объекта имитации, способный своей необычностью, через аффективную реакцию, обеспечить временную компенсацию апатии и навязчивостей. Так, первым явным и стойким способом компенсации (ритуалом второго порядка) стало изменение питания и внешности посредством экстремальных диет. Динамика сужения рациона, а также присоединение к пищевым девиациям других поведенческих аномалий (несвойственное ранее увлечение спортом, ограничение сна и т. п.) происходила синхронно прогрессии эмоционально-волевых и идеаторных нарушений. Компенсаторное поведение приобрело отчетливые черты сверхценного самосовершенствования. Одновременно менялась и идентификация пациентки: приверженец здорового образа жизни – вегетарианка – веган – сыроед – фруктоед и т. д. При этом каждый из вариантов позиционирования был сопряжен с необходимостью следовать весьма необычным, но четко регламентированным алгоритмам поведения и был направлен на достижение ментального благополучия в неопределенном будущем. Следует полагать, что надежда на восстановление контроля над эмоционально-волевой и когнитивной сферами через физическую трансформацию стала для пациентки наиболее эффективным способом преодоления страданий, вызванных неуклонно прогрессирующим психопатологическим процессом.

После вынужденного отказа от пищевого ритуала произошла декомпенсация эмоционально-волевых нарушений с актуализацией анестетической депрессии и контрастных навязчивых аутодеструктивных и гомицидных представлений.

В процессе поисковой активности в виртуальном пространстве по механизму реакции запечатления возникла фиксация на полоролевых нарушениях: первично на томбоизме, а затем – на трансгендерности. Идентификация себя с трансгендерами была обусловлена ошибочной ретроспективной интерпретацией эпизодов отклоняющегося полоролевого поведения, ощущением собственного отличия от сверстников («инакости»), недифференцированным стремлением к трансформации, дисморфофобическими переживаниями, инфантильным либидо, поверхностным изучением информации на эту тему. Так, общение в компании мальчиков, в последствии трактуемое пациенткой в качестве транссексуальной гетеросоциальности, в действительности было обусловлено стремлением к формализованному, ограниченному рамками полоролевых норм общению со сверстниками. Ее «инакость», проявляющаяся в недостаточной синтонности и сниженной эмпатии, при группировании среди мальчиков была скрыта за полоролевыми отличиями, в то время как в однополой группе проявляла себя более ярко и ограничивала коммуникацию. В пользу данного утверждения свидетельствует динамика изменения круга общения пациентки. По мере взросления и постепенного углубления аутизации общение с девочками сменилось смешанной компанией, далее – группированием среди мальчиков, а затем – социальной пассивностью и практически полной изоляцией.

Недовольство ношением женской одежды возникло задолго до желания соответствовать мужскому образу и первично было связано с эмоционально-гиперестетическими расстройствами. Переход на одежду в стиле «унисекс» был определен сенситивными идеями отношения, дисморфофобией, стремлением к избеганию внимания к себе.

Недовольство возникновением вторичных половых признаков также возникло до расстройства идентификации под влиянием дисморфофобии, эмоционально-гиперестетических и волевых нарушений.

Как и в случае с пищевым поведением до этого, компенсация тягостных психопатологических проявлений через идентификацию себя с мужским полом обеспечивалась применением принципиально нового, непривычного стереотипа поведения, при этом хорошо известного и легко имитируемого. С этого времени активность пациентки была сконцентрирована на *присвоении* известных ей признаков транссексуализма и трансгендерности: она стала говорить о себе обезличено, а затем - и в мужском роде, скрывать вторичные половые признаки, требовать от родных обращения к ней как к юноше, стремиться к посещению мужского туалета. Мотивом к изменению пола в данном случае является не желание «прожить жизнь мужчиной», а стремление к временной компенсации постоянно испытываемого эмоционального дискомфорта через фантазию об избавлении от него в неопределенном будущем посредством кардинальной физической и социальной трансформации. Закреплению трансгендерной идентификации способствовало также состояние выраженного дистресса с актуализацией навязчивых атудеструктивных и агрессивных переживаний в ситуациях разрушения этой фантазии, когда окружающие высказывали сомнение в рациональности ее поведения.

Эпизод убийства животного произошел в период патоморфоза навязчивых агрессивных мыслей в парабулии контрастного содержания и появления в клинической картине отдельных элементов параноидной и кататонической симптоматики. Причиной убийства кошки стало стремление пациентки к избавлению от напряжения, вызванного интенсивным контрастным влечением к убийству членов семьи. Снижение напряжения после реализации зоосадистического акта и обусловило обращение пациентки за помощью.

По мере прогрессивности заболевания в клинической картине стали укрепляться и синдромально оформляться кататоническая и параноидная симптоматика. Возникли двигательные и речевые стереотипии, повторяющиеся сновидения, чередование кататонического торможения и возбуждения с импульсивными аутоагрессивными действиями. Деперсонализационно-дереализационные переживания трансформировались в ощущение расщепления «Я» с оттенком антагонистического бреда, а затем - в психические автоматизмы и псевдогаллюцинации агрессивного и аутоагрессивного содержания.

Таким образом, диагноз согласно критериям МКБ-10 может быть сформулирован следующим образом: «Псевдопсихопатическая (психопатоподобная шизофрения)» (F21.4).

Заключение. Дифференциальная диагностика между транссексуализмом и РШС у подростков весьма сложна и подразумевает необходимость учитывать возрастные особенности психопатологии. Непсихотическим вариантам РШС с

дебютом в пубертате на протяжении длительного периода развития болезни свойственны атипичный, фрагментарный и неочевидный характер клинических проявлений, недостаточная критичность пациентов к собственным переживаниям, разнообразные варианты нарушения идентификации и расстройств влечений, а также склонность к совершению импульсивных действий, в том числе – деструктивного и аутодеструктивного содержания. Кроме того, согласно данным литературы, для больных эндогенно-процессуальными заболеваниями, протекающими с нарушением половой идентификации, характерно искажение анамнестических данных, касающихся полоролевого самосознания [2, 3, 11]. Данное обстоятельство диктует необходимость проведения тщательного клинико-психопатологического обследования с детальным описанием синдромотаксиса и синдрома кинеза, анализом как субъективного анамнеза, обязательным психологическим исследованием.

Вместе с тем следует признать, что реализация этих мероприятий в ближайшем будущем окажется ограниченной. Как известно, рубрика «Гендерное несоответствие», заменившая «Расстройства половой идентификации» в новой редакции Международной классификации болезней (МКБ-11), была перенесена в класс «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем». Одновременно диагностически значимый срок существования полоролевых нарушений был сокращен до «нескольких месяцев». Транссексуализм как отдельная нозологическая единица был упразднен. Указание на необходимость проведения дифференциальной диагностики с шизофренией, присутствовавшее во всех предшествовавших диагностических моделях, также было удалено. Принимая во внимание увеличение количества случаев РШС, протекающих с полоролевыми нарушениями [1], отсутствие в нашей стране достаточно надежного стандарта обследования лиц, заявляющих о желании изменить пол, в условиях снижения чувствительности диагностической системы, представляется обоснованным прогнозировать экспоненциальный рост числа медицинских ошибок в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1 Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования // Психиатрия, 2020; 18(3): С. 32-41.

2 Кулиш С.Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра // Российский психиатрический журнал. 2009; 4: С. 52-58.

3 Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. 400 с.

REFERENCES

1 D'jachenko A.V., Buhanovskaja O.A., Soldatkin V.A., Perehov A.Ja. Kto obrashhaetsja k psihiatru s zaprosom na izmenenie pola: rezul'taty 30-letnego issledovanija // Psihiatrija, 2020; 18(3): S. 32-41.

2 Kulish S.B. Sindrom polovoj disforii u muzhchin s zabolevanijami shizofrenicheskogo spektra // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2009; 4: S. 52-58.

3 Matevosjan S.N., Vvedenskij G.E. Polovaja disforija (kliniko-

fenomenologicheskie osobennosti i lechebno-reabilitacionnye aspekty sindroma «otverganija» pola). M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2012. 400 s.

4 Baltieri D.A., De Andrade A.G.. Schizophrenia Modifying the expression of gender identity disorder. J. Sex. Med. 2009; 6(4): 1185-1188. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x

5 Fuss J., Auer M.K., Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. Curr. Opin. Psychiatry. 2015; 28(6): 430-4. doi:10.1097/YCO.0000000000000203.

6 Glick J.L., Theall K.P., Andrinopoulos K.M., Kendall C. The Role of Discrimination in Care Postponement Among Trans-Feminine Individuals in the U.S. National Transgender Discrimination Survey. LGBT Health. 2018; 5(3):171-179. doi: 10.1089/lgbt.2017.0093.

7 Hisle-Gorman E., Landis C.A., Susi A., Schvey N.A., Gorman G.H., Nylund C.M., Klein D.A. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. LGBT Health. 2019; 6(3): 95-100. doi: 10.1089/lgbt.2018.0252.

8 Hruz P.W. Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria Linacre Q. 2020; 87(1): 34-42. doi: 10.1177/0024363919873762.

9 Kreukels B.P.C., Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence. Int. Rev. Psychiatry. 2016; 28(1): 120-8. doi: 10.3109/09540261.2015.1113163.

10 Lambrese J. Suppression of Puberty in Transgender Children Virtual Mentor. 2010; 12 (8):645-9 doi: 10.1001/virtualmentor.2010.12.8.jdsc1-1008

11 Urban M. Transsexualism or delusions of sex change? Avoiding misdiagnosis. Psychiatr Pol. 2009; 43(6). P. 719-28.

12 Veeder T.A., Leo R.J. Male genital self-mutilation: a systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors. Gen Hosp Psychiatry. 2017; 44:43-50. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.09.003.

A.V. Dyachenko^{1,2}, O.A. Bukhanovskaya^{1,2}, V.A. Soldatkin², A.Y. Perekhov²
GENDER IDENTITY DISORDER, AUTOAGGRESSION

AND HOMICIDALMANIAC IN A TEENAGE GIRL. CLINICAL CASE

¹Medical and rehabilitation research center «PHOENIX», ²Rostov State Medical University (Rostov-on-Don).

Summary. There is a lot of evidence in the scientific medical literature that gender identification disorders (GID) in young people very often co-exist with self-harm and suicidal behavior. In accordance with modern medical and social trends, this is usually explained by gender dysphoria – i.e., distress due to the rejection of body and the inability to openly position oneself in accordance with the desired gender role model. However, other possible mechanisms of such comorbidity are rarely analyzed. This article describes a clinical case of a 17-year-old girl who applied for a certificate of gender reassignment. This case, in our opinion, is of interest as an illustration of the well-known, but often underestimated in practice, fact of clinical heterogeneity of patients with GID.

Keywords: disorder of gender identity, transgender, gender change, self-harm, suicide, homicidomania, schizophrenia.

И.В. Добряков**К ВОПРОСУ О ГЕНДЕРНОМ НЕСООТВЕТСТВИИ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ****Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье представлены причины изменения взглядов на гендерное несоответствие. Они отражены в разработанном одиннадцатом пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-11). Рассмотрены причины увеличения частоты обращений лиц с гендерной несогласованностью за помощью к специалистам. Обсуждаются два альтернативных способа оказания такой помощи, их целесообразность и эффективность.

Ключевые слова: аномия, гендерное несоответствие, МКБ-11, два способа оказания помощи

В настоящее время Россия, как и большинство современных индустриально развитых стран, находится в ситуации аномии (греч.: *а-* – отрицание, *nomos* – закон) [1, 2 и др.]. Предложивший этот термин Е. Дюркгейм (Durkheim E.) использовал его для обозначения критического состояния общества, характеризующегося тем, что старые нормы перестали действовать, а новые ещё не установились, старые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования [5]. В условиях аномии ребенку, подростку все труднее понять себя, свою половую роль, место в этом мире, все труднее находить адекватную социальную поддержку и в семье, в среде сверстников [4].

В современной психиатрии отмечается тенденция пересмотра многих традиционных взглядов, превалирование операционального подхода. При этом диагноз определяется обязательным наличием определенного количества выявленных симптомов, соответствующих присутствующим в классификации. Кроме того, выделяются симптомы, обязательные при данном расстройстве, и факкультативные, которых может и не быть. Таким образом, синдром рассматривается как свободное сочетание симптомов, имеющих относительно равнозначное диагностическое значение в структуре синдрома, что не соответствует клинической реальности, не предполагает проведения анализа причинно-следственных отношений симптомов в структуре синдрома, как это принято в традиционной психиатрии [7].

Международная классификация болезней (МКБ) и 10-го, и 11-го пересмотра разрабатывалась с позиций операционального подхода. С января 2022 г. в России специалистам в своей работе предстоит ориентироваться на Международную классификацию болезней 11 пересмотра (МКБ-11), которая значительно отличается от предыдущей МКБ-10. Категории МКБ-10, имеющие отношения к половому развитию и ориентации, удалены. Весь блок F64 «Расстройства половой идентификации» «трансгендерность» заменён термином «Гендерное несоответствие» («Gender incongruence») и перенесен из раздела «Психические

расстройства и расстройства поведения» в раздел о сексуальном здоровье («Conditions related to sexual health») [3].

Вопрос о необходимости включения диагностических критериев *гендерного несоответствия в детском возрасте* был одним из самых обсуждаемых при разработке варианта 11-го пересмотра. Против этого выступали «многочисленные гражданские организации, заинтересованные партии» и пр. [19]. Главным аргументом являлись опасения возможной стигматизации, которая ассоциируется с постановкой любого, не только затрагивающего психическое здоровье, диагноза в детском возрасте [37].

Все же в итоге три диагностических критерия, причем значительно более жестких, чем в предыдущем варианте классификации, были разработаны и представлены в МКБ-11 в рубрике «Гендерное несоответствие в детском возрасте». К ним относятся:

1. Сильное желание быть человеком ассоциируемого пола (испытывать к себе отношение окружающих людей как к человеку ассоциируемого пола);

2. Сильная неприязнь или дискомфорт по отношению к своим первичным и к предстоящему появлению вторичных половых признаков, желание избавиться от них, желание иметь первичные и вторичные половые признаки, соответствующие ассоциируемому полу;

3. Увлечение играми, занятиями и совершение действий, типичных для ассоциируемого пола больше, чем для приписанного при рождении.

Этот третий критерий не имеет значимости при постановки диагноза без предыдущих двух. При их отсутствии он указывает лишь на варианты гендерного поведения.

Наличие этих критериев не позволяет поставить диагноз ребенку, не достигшему пятилетнего возраста. Признаки должны быть стойкими и отмечаться в препубертатном периоде в течение не менее двух лет. В препубертатном возрасте медицинские вмешательства детям не рекомендованы, а психологические воздействия должны совершаться с осторожностью и быть основанными на тщательной экспертизе, чтобы не повлиять на дальнейший выбор ребенка [12; 31]. В отличие от МКБ-11, в Американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition - DSM-5) «гендерное несоответствие в детском возрасте» названо «гендерной дисфорией в детском возрасте». Предложено 8 диагностических критериев, наличие 6 из которых является обязательным для постановки диагноза. Причем возрастных ограничений нет, и для постановки диагноза достаточно наличия симптоматики в течении 6 месяцев [17, 30]. То есть диагноз «гендерная дисфория в детском возрасте» может быть поставлен ребенку, которому еще не исполнилось пяти лет, несмотря на то что развитие устойчивой половой неконгруэнтности требует времени, возникает преимущественно в позднем детском или раннем подростковом возрасте [13].

Существуют два подхода специалистов к формированию гендерной идентичности у детей [26; 34], отражающие их приверженность к либеральной этике или к этике «золотой середины».

Первый подход (либеральный) способствует развитию той гендерной иден-

тичности, которую спонтанно выражает ребёнок. В основе этого подхода лежит игнорирование биологически обусловленного полового диморфизма. Гендерная идентичность рассматривается как *спектр сочетания гендеров, а не как социально сконструированная гендерная бинарность*. Руководствуясь этим, ребёнку не дают установок и информации об особенностях гендера, позволяют развиваться «свободно», без ожиданий от него определенности [21, 22, 25, 33]. При этом подходе проявляют «толерантность» к ребёнку и без выяснения причин гендерного несоответствия принимают его «выбор». При этом объясняют самому ребёнку, его родителям и друзьям, что на строение тела можно не обращать внимания, ориентироваться лишь на свои изменчивые желания. Ребёнку предлагается присвоить себе любое понравившееся имя, носить любую одежду, не смотря на то что он ждет от взрослых рекомендаций, правил, установок, без которых жизнь его трудна.

Именно такой подход часто порождает формирование *изменчивого гендера*, так как становлению персональной идентичности, ее устойчивости препятствуют противоречия смысловых установок развивающегося ребенка и существующих в культуре представлений о половых ролях и стереотипах поведения [6]. Примером могут служить некоторые семьи в современной Великобритании, в которых родители предоставляют детям возможность в зависимости от настроения, желания одеваться то как девочка, то как мальчик. Называют таких детей *«гендерфлюидами»*, так как они примеряют разные роли [10]. Такая игра может нравиться, но неопределенность мешает выработке поведенческих стереотипов. Сверстники, как правило, негативно относятся к воспитанным таким образом гендерфлюидам, что затрудняет их социализацию, порождает тревогу. Чтобы избежать дискриминации детей с изменчивым гендером и с гендерном, не соответствующим большинству сверстников, рекомендуется проводить беседы о допустимости любых его проявлений, а воспитание в рамках гендера, типичного для своего пола, считают неэтичным.

Тем, кто недоволен своим гендером, помогают добиваться своих прав. Также считается необходимым воздействовать на окружение в целом, активно проводя политику против дискриминации на почве гендерной вариативности. С этой целью в Швеции открывают детские сады, в которых применяют гендерно-нейтральный подход: не читают книг, основанных на гендерных стереотипах, во время занятий и игр при общении используют не имеющее определенного рода шведское местоимение «hen» вместо «он» и «она» [9]. Салли Хайнс (Sally Hines) считает, что таким образом «дети наконец стали получать помощь, в которой они так долго нуждались. ... Дело не в том, что среди детей стало больше трансгендеров, – пишет она, – а в том, что трансгендерные дети перестали молча страдать» [9]. Она приводит противоречащую такому подходу версию, согласно которой дети становятся гендерно вариативны, не получая подкрепления поведенческим реакциям, свойственным соответствию гендера и присвоенного при рождении пола, но игнорирует ее.

Второй подход («золотой середины») способствует принятию своего тела и развитию соответствующих гендерных ролей. При этом подходе поведение и установки, соответствующие полу, приписанному при рождении, одобряются и

поддерживаются. Специалисты, использующие этот подход, считают, что множественные медицинские вмешательства и проживание в мире, стигматизирующем гендерную неконформность – менее желанный результат, чем тот, который помогает ребёнку комфортно жить в согласии гендера и своего пола, приписанного при рождении [40]. При возникновении гендерного дискомфорта выясняются его причины, предпринимаются попытки их нивелировать путем коррекции воспитания, проведения психотерапии игровой, семейной...

Формирование устойчивого гендера затруднено у ребенка, если внешние условия не способствуют этому. Гендерный вариант поведения и предпочтения сами по себе не могут являться диагностическим признаком. Для этого необходимо наличие неприязни по отношению к некоторым видам анатомического несоответствия с желаемым полом [30]. Гендерный дискомфорт, желание быть человеком другого пола могут возникнуть активно по многим причинам. Например, в связи с сиблинговыми расстройствами при действительном или явном предпочтении родителями сиблинга другого пола, при зависти к успехам, причиной которых неверно считают половую принадлежность и пр.

Как правило, подобные мысли преходящи, однако могут вызывать серьезные переживания. В качестве примера причин поддающегося коррекции ситуативного гендерного дискомфорта, можно привести случаи из практики:

Вера П., 6,5 лет, заявила, что лучше быть мальчиком, так как папа хотел сына, а с ней играть не хочет.

Коля Д., 5 лет, сказал, что девочкой быть лучше, объяснив это тем, что тогда бабушка дала бы поиграть со своей старинной куклой.

Катя З., 7 лет, сказала, что мальчиком быть лучше, так как «девочкам придется потом рожать детей, а это больно» и т. д.

Подобные несоответствия гендера акушерскому полу можно и нужно корректировать, а не закреплять, давая ребенку право настаивать на нем. Выявление гендерного дискомфорта у ребенка – повод для серьезного разговора. Это необходимо, так как дальнейшее развитие варианта изменчивого гендера может привести к формированию заниженной самооценки, невротических расстройств, у подростков может стать причиной деструктивного поведения, суицидов [9].

«Всемирная профессиональная организация трансгендерного здоровья» (WPATH), говоря о проблемах психологических вмешательств для детей и подростков, поддерживает первый подход, считает неэтичными вмешательства, «направленные на изменение гендерной идентичности и гендерного самовыражения в сторону, более соответствующую полу, приписанному при рождении» [14. р. 175]. Гендерная неконформность может быть временным явлением. Дети, демонстрирующие гендерную неконформность в дошкольном возрасте и в возрасте начальной школы, могут перестать проявлять её в более позднем возрасте [39]. Проведенные исследования дают очень разноречивые сведения по поводу того, сколько детей с гендерной дисфорией сохраняют ее к подростковому возрасту. Одни указывают, что лишь 12%, по другим данным – до 50% [20, 32, 35]. По-видимому, такой разброс результатов объясняется влиянием окружения и подходами специалистов к формированию их гендерных предпочтений.

При воспитании 88% детей, проявлявших недовольство своим гендером,

но утративших гендерную дисфорию к подростковому возрасту, вероятно, применялся подход «золотой середины». Выяснялись причины их гендерного дискомфорта, проводилась работа по возможному их устранению, одобрялось и поддерживалось поведение и установки, соответствующие полу, приписанному при рождении. К подростковому возрасту у них уже не было признаков дисфории, стигматизации, вопрос о медицинской коррекции не стоял. В результате снизился риск развития депрессий, наркотизации, ауто- и гетероагрессивности.

50% детей с гендерным дискомфортом сохранивших его к подростковому возрасту, по-видимому, воспитывались в либеральной атмосфере поощрения непринятия своего тела, в которой считались неэтичными вмешательства, направленные на принятие ребенком пола, приписанного при рождении. Это способствовало развитию и усугублению симптомов дисморфоманического синдрома в подростковом возрасте. При этом, видимо, приветствуется и считается этичным грубо нарушать половое созревание нормального здорового организма, назначая гормоны его блокирующие, прерывать становление репродуктивной функции. Игнорируются такие тяжелые побочные явления такой «терапии», как отмечаемый многими исследователями повышенный риск развития артериальной гипертонии, тромбоза, инфаркта миокарда, рака [23, 28, 29, 38 и др.]. Таким образом, блокированием полового созревания организм ранее биологически здорового ребенка ввергают в состояние болезни [24]. Такая тактика фактически гарантирует то, что в будущем они «выберут» пожизненный прием гормонов противоположного пола (подвергая себя рискам развития рака и других заболеваний). Также с большой долей вероятности они будут рассматривать калечащую и ненужную хирургическую операцию, цель которой путем изменения нормальных частей своего тела и физиологии («операции по коррекции пола», «аффирмативные хирургические вмешательства» и пр.) добиться косметических необратимых внешних изменений первичных и/или вторичных половых характеристик, в некоторой степени соответствующих желанной гендерной идентичности [14].

В результате отрицания гендерной дисфории как психологической проблемы и попыток подойти к проблеме со стороны тела, применяя гормональную терапию и операции по «смене пола», дети оказываются обреченными на тяжелую судьбу постоянно принимающих гормональные препараты. У них, как правило, плохое качество здоровья, они склонны к депрессии, к развитию зависимостей, испытывают трудности создания семьи. Причем попытки объяснения причин этих проблем стигматизацией, дискриминацией таких людей несостоятельны [14]. В Швеции, - в стране, где борьба с дискриминацией трансгендеров и пропаганда их нормальности активно и давно ведется на государственном уровне, - люди с гендерным несоответствием по сравнению с другим населением значительно чаще совершают суициды [16]. Количество детей, которые ищут лечения в связи с гендерной дисфорией, стремительно растет. Правительство представило законопроект о трансгендерах, в котором предлагалось понизить возрастную границу для хирургических вмешательств на половых органах с 18 до 15 лет. После этого Государственное управление социальной защиты населения получило письмо, подписанное врачами, учеными и близкими паци-

ентов. В нем высказывались опасения, что гендерная дисфория может быть связана с модой и оказаться «заразной», как это бывает с пищевыми расстройствами и самоповреждением. Среди детей с гендерной дисфорией, настроенных на «лечение», немало тех, чьи проблемы в долгосрочной перспективе окажутся не соответствующими такому решению. Поэтому риски, связанные с быстрым медицинским вмешательством в отношении молодых людей, у которых внезапно проявилась гендерная дисфория, нельзя считать допустимыми. 10% прооперированных открыто говорят, что сожалеют об этом, но большинство, понимая необратимость последствий проведенного вмешательства, также сожалеют, но молчат об этом. Отмечены случаи суицидов прооперированных как в подростковом возрасте, так и позднее [8].

Мы придерживаемся второго подхода «золотой середины», позволяющего оказывать детям адекватную психологическую и психотерапевтическую помощь.

Нельзя не согласиться, что в случае выявления признаков гендерного несоответствия в детском возрасте лучшим вариантом помощи является мультидисциплинарный. В специализированной психологической, психотерапевтической помощи нуждается ребенок, но не менее важна работа с семьей и социумом (например, школой) [19].

С нашей точки зрения, большое значение в этой работе должно уделяться психопрофилактике, направленной, насколько это возможно, на предотвращение закрепления признаков половой неконгруэнтности, на развитие у ребенка гендера соответствующего его анатомическим особенностям. Важно подчеркнуть, что работа с социумом, с семьей, касающаяся становления гендера, не должна ограничиваться пропагандой толерантности к лицам с неконгруэнтной толерантностью.

При гендерном несоответствии ребенок испытывает большие трудности в жизни, связанные, прежде всего, с дисморфоманией. Проявляется она сверхценными идеями непринятия анатомических и физиологических особенностей своего тела, изнуряющей дисфорией, приводящей к дистрессу, повышающей риск возникновения депрессий, наркотизации, суицидов. Это в свою очередь приводит к проблемам общения, социальной изоляции. Страдания от стигматизации и дискриминации не первичны, а вторичны, их нужно стараться предотвратить. К сожалению Панамериканская организация здравоохранения (Pan American Health Organization) подобные попытки расцениваются как «неэтичные» и «выходящие за рамки этической практики» [30].

Грамотно построенная профилактика позволяет предотвратить необходимость таких тяжелых медицинских вмешательств, как гормональная терапия, brutальные хирургические операции, направленные на косметическую «коррекцию» анатомии тела, в результате которых оно приобретает лишь внешние признаки противоположного пола. Такая «терапия» ухудшает качество здоровья. В результате безвозвратно утрачиваются природные физиологические возможности, в том числе репродуктивная. По меньшей мере странными выглядят упреки психиатрам, которые взвешенно подходят к решению о необходимости таких мер, «в бюрократизме», в том, что они предъявляют обременительные требования для получения трансгендерам необходимой гормональной и хирур-

гической помощи [11].

Все сказанное, разумеется не относится к транссексуалам, особенно к ядерным, которые в МКБ-11 определены в подразбику «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте». Учитывая, что в DSM-5, в отличие от МКБ-11, категории, имеющие отношение к нарушениям гендерной идентификации, относятся к психическим расстройствам, игнорирование мнения психиатров в вопросе о необходимости оперативного лечения, вмешательство в его решение непрофессионалов, предлагающих дискутировать на эту тему, неправомерно.

Американская педиатрическая коллегия считает нормализацию трансгендерности насилием над детьми. Michelle A. Cretella (*M.D., President of the American College of Pediatricians*), Quentin Van Meter (*M.D., Vice President of the American College of Pediatricians Pediatric Endocrinologist*), Paul McHugh (*M.D., University Distinguished Service Professor of Psychiatry at Johns Hopkins Medical School and the former psychiatrist in chief at Johns Hopkins hospital*) призывают системы образования и законодательства отказаться от внушения детям неверных сведений о том, что посредством гормональной терапии или хирургической операции они смогут перевоплотиться в особу другого пола. Факты, а не идеология, определяют реальность [15]. Многие зарубежные [15, 27, 36, 39 и др.] и российские специалисты солидарны с этой позицией, однако есть и другие мнения. Данная статья – приглашение к обсуждению и дискуссии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э.К., Добряков И.В. Демографическая ситуация и развитие перинатальной психологии в современной России // Журнал акушерства и женских болезней. Т. LXII. Вып. 1. 2013. С. 10-15.
2. Вишневский А.Г. Россия: демографические итоги двух десятилетий. Мир России. 2012. № 3. С. 3-40.
3. -Ватсон Д.Б., Сайдль Х. Эволюция взглядов на гендерную идентичность: расстройство или «новая» норма? // Российский психиатрический журнал. 2017. № 5. С. 33-39.
4. Добряков И.В. Особенности и проблемы психосексуального развития несовершеннолетних и молодежи. Профилактика отклонений и их коррекция. // Особенности и проблемы психосексуального развития несовершеннолетних и молодежи. Профилактика отклонений и противодействие противоправным посягательствам: семья-улица-социальные сети-интернет. Сб. материалов конф. 19.02.2020. Под ред. И.В. Добрякова, Ю.А. Заозерского, А.Н. Суслина. СПб.: Изд. ГБОУ «ОМЛ», 2020. С. 9-12.
5. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. Пер. с фр. составление, послесловие и примечания А.Б. Гофмана. М.: Канон, 1995. 352 с.
6. Каган В.Е. Воспитательно о сексологии. М.: Педагогика, 1991. 256 с.
7. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина // Дневник психиатра, 2012. М.: Медиа Медика. № 3. С. 6-9.
8. Нюберг М. (Nyberg M.) После смены пола многие люди кончают собой. Expressen, 2019, Швеция. <https://news-front.info/2019/08/04/posle-smeny-polamnogie-lyudi-konchayut-soboj-expressen-shvetsiya>
9. Хайнс С. Может ли гендер меняться? М.: Ад Маргинем Пресс,

ABCdesign, 2019. 144 с.

10. Щеглов Л.М. Мирная сексуальная революция. СПб.: «Аргус СПб», 2021. 232 с.

REFERENCES

1. Ajlamazjan Je.K., Dobrjakov I.V. Demograficheskaja situacija i razvitie perinatal'noj psihologii v sovremennoj Rossii // Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej. T. LXII. Vyp. 1. 2013. S. 10-15.

2. Vishnevskij A.G. Rossiya: demograficheskie itogi dvuh desjatiletij. Mir Rossii. 2012. № 3. S. 3-40.

3. -Watson D.B., Sajdl' H. Jevoljucija vzgljadov na gendernuju identichnost': rasstrojstvo ili «novaja» norma? // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2017. № 5. S. 33-39.

4. Dobrjakov I.V. Osobennosti i problemy psihoseksual'nogo razvitija nesovershennoletnih i molodezhi. Profilaktika otklonenij i ih korekcija. // Osobennosti i problemy psihoseksual'nogo razvitija nesovershennoletnih i molodezhi. Profilaktika otklonenij i protivodejstvie protivopravnyh posjagatel'stvam: sem'ja-ulica-social'nye seti-internet. Sb. materialov konf. 19.02.2020. Pod red. I.V. Dobrjakova, Ju.A. Zaozerskogo, A.N. Suslina. SPb.: Izd. GBOU «OML», 2020. S. 9-12.

5. Djurkgejm Je. Sociologija. Ee predmet, metod, prednaznachenie. Per. s fr. sostavlenie, posleslovie i primechanija A.B. Gofmana. M.: Kanon, 1995. 352 s.

6. Kagan V.E. Vospitatelju o seksologii. M.: Pedagogika, 1991. 256 s.

7. Krylov V.I. Klinicheskaja psihopatologija i dokazatel'naja medicina // Dnevnik psihiatra, 2012. M.: Media Medika. № 3. S. 6-9.

8. Njuberger M. (Nyberg M.) Posle smeny pola mnogie ljudi konchajut soboj. Expressen, 2019, Shvecija. <https://news-front.info/2019/08/04/posle-smeny-pola-mnogie-lyudi-konchayut-soboj-expressen-shvetsiya>

9. Hajns S. Mozhet li gender menjat'sja? M.: Ad Marginem Press, AVSdesign, 2019. 144 s.

10. Shheglov L.M. Mirnaja seksual'naja revoljucija. SPb.: «Argus SPb», 2021. 232 s.

11. Bouman W.P., Bauer G.R., Richards C. et al. World Professional Association for Transgender Health consensus statement on considerations of the role of distress (Criterion D) in the DSM diagnosis of gender identity disorder. Int J Transgend 2010; 12. P.100-106.

12. Byne W., Bradley S.J., Coleman E. et al. Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Arch Sex Behav, 2012; 41. P. 759-96.

13. Calzo J.P., Antonucci T.C., Mays V.M. et al. Retrospective recall of sexual orientation identity development among gay, lesbian, and bisexual adults. DevPsychol 2011; 47. P. 1658-1673.

14. Coleman E., Bockting W., Botzer, M., Cohen-Kettenis P., De Cuypere G., Feldman J., Zucker K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. International Journal of Transgenderism, 2012, 13. P. 165-232.

15. Cretella M.A., Van Meter Q., McHugh P. Нормализация трансгендерности – это насилие. «Womention quotes (18+)», 2017. vk.com/wall-78564229_31526

16. Dheine C. et al. "Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden." *PLoS ONE*, 2011; 6(2). Affiliation: Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), Arlington, VA, American Psychiatric Association (APA), 2013. P. 451-459.
18. Drescher J., Cohen-Kettenis P.T., Reed G.M., 2016 Drummond K.D., Bradley S.J. et al., 2008;
19. Drescher J., Cohen-Kettenis P.T., Reed G.M. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*; *Lancet Psychiatry*, 2016; 3. P. 297-304.
20. Drummond K.D., Bradley S.J., Peterson-Badaali M, Zucke K.J. A follow - up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 2008, 44. P. 34-45.
21. Edwards-Leeper L., Spack N.P. Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59, 2012. P. 321-336.
22. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 2012. P. 337-356.
23. FDA Drug Safety Communication issued for Testosterone products accessed <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm161874.htm>
24. Hembree W.C. et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94. P. 3132-3154.
25. Hidalgo M.A., Ehrensaft D., Tishelman A.C., Clark L.F., Garafalo R., Rosenthal S.M., Olson J. The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56, 2013. P. 285-290.
26. Hill D.B., Menvielle E., Sica K.M., Johnson A. An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 2010. P. 6-23.
27. Jeffreys S. *Gender Hurts: A Feminist Analysis of the Politics of Transgenderism* Routledge, New York, 2014. P. 1-35.
28. Moore E., Wisniewski & Dobs A. "Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects." *The Journal of Endocrinology & Metabolism*, 2003; 88(9). P. 3467-3473.
29. Olson-Kennedy J., Forcier M. "Overview of the management of gender non-conformity in children and adolescents." *UpToDate* November 4, 2015. www.uptodate.com
30. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B. et al. Расстройства, связанные с сексуальностью и половой принадлежностью в МКБ-11: пересмотр классификации МКБ-10, основанный на последних научных доказательствах, клиническом опыте и правовых соображениях. *World Psychiatry* 2016; 15. P. 205-219.
31. Steensma T.D., Biemond R., de Boer F. et al. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2011; 16. P. 499-516.

32. Steensma T.D., McGuire J.K., Kreukels B.P., Beekman A.J., Cohen-Kettenis P.T. Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2013, 52. P. 582-590.
33. Tishelman A.C., Kaufman R., Edwards-Leeper L., Mandel F.H., Shumer D.H., Spack N.P. Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 2015. P. 37-45.
34. Wallace R., Russell H. Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: Toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. *International Journal of Transgenderism*, 14, 2013. P. 113-126.
35. Wallien M.S.C., Cohen-Kettenis P.T. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008, 47. P. 1413-1423.
36. Whitehead N.W. Is Transsexuality biologically determined? Triple Helix (UK), Autumn 2000. P. 6-8. <http://www.mygenes.co.nz/transsexuality.htm>
37. Winter S., Settle E., Wylie K. et al. Synergies in health and human rights: a call to action to improve transgender health. *Lancet*, 2016; 388. P. 318-321.
38. World Health Organization Classification of Estrogen as a Class I Carcinogen: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/ageing/cocs_hrt_statement.pdf
39. Zucker K.J., Bradley S.J. Gender Identity and Psychosexual Disorders."FOCUS": The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. Vol. III, No. 4, Fall 2005. P. 598-617.
40. Zucker K.J., Wood H., Singh D., Bradley S.J. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 2012. P. 369-397.

I.V. Dobryakov

TO THE QUESTION OF GENDER INCONGRUENCE IN CHILDREN

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Saint Petersburg).

Summary. The article presents the reasons for changing views on gender non-conformity. They are reflected in the developed eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). The reasons for the increase in the frequency of appeals of persons with gender inconsistency for help to specialists are considered. Two alternative ways of providing such assistance, their expediency and effectiveness are discussed.

Keywords: anomie, gender discrepancy, ICD-11, two ways of providing assistance.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
СРЕДЫ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР)
Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Резюме. В статье рассматриваются вопросы психологической опасности образовательной среды и влияния педагогического процесса на психическое и физическое здоровье детей и подростков. Дается обзор современных отечественных и зарубежных исследований по обеспечению психологической безопасности образовательно-воспитательной среды. Рассматриваются вопросы психологической безопасности школьного климата, педагогического насилия, дидактогении, запугивания, деструктивного поведения, виктимизации, суицидальных ситуаций и факторы, способствующие их возникновению.

Ключевые слова: психологическая безопасность, школьный климат, дидактогения, педагогическое насилие, виктимизация, суицидальные ситуации.

До тех пор, пока драки на переменах будут являться вариантом нормального поведения школьников, до тех пор, пока учитель может в «воспитательных целях» оскорблять и унижать нерадивого ученика, до тех пор, пока в классе будет избираться «мальчик для битья», – насилие будет процветать (В.Н. Касаткин и др. Здоровье. Предупреждение насилия в школе. М., 2005).

Состояние здоровья детей и подростков, по данным большинства авторов, изучающих данную проблему, в процессе обучения в школе неуклонно ухудшается. Помимо социальных, экономических, экологических, нравственных, гендерных, возрастных и других аспектов, немалый вклад в их состояние здоровья вносят такие факторы, как психологическая безопасность образовательной среды, школьный климат, педагогическое насилие, дидактогения, буллинг и виктимизация [4, 5, 8, 10, 16, 22, 33].

Психологическая безопасность образовательной среды может положительно или отрицательно влиять на состояние здоровья как школьников, так и учителей. Если в школе созданы условия, при которых невозможно психологическое насилие, отсутствует виктимизация и буллинг как со стороны учителей, так и со стороны сверстников, такая среда положительно влияет на укрепление здоровья и формирование внутренних ресурсов сопротивления деструктивным воздействиям. Большой вклад в обеспечение психологической безопасности детей и подростков в условиях педагогического процесса вносит школьный климат [3, 6, 7, 16, 25, 27, 39]. Создание благоприятного школьного климата является главной задачей администрации школы, и значимым фактором, способствующим укреплению состояния психического и физического здоровья участников образовательного процесса.

Школьный климат включает в себя чувство своей безопасности в школе, принадлежность к ней, социальные отношения между учителем и учащимися,

а также наличие положительных или отрицательных взаимоотношений учеников между собой. Исследования Riekie H., Aldridge J.M., Afari E. показали тесную взаимосвязь между восприятием учениками школьного климата и самооценкой собственного благополучия [37].

По данным Е. Matusov, Р. Sullivan, существуют различные формы психосоциального педагогического насилия, приносящие вред здоровью, физических, социальных, эмоциональных и психологических болей или угрозы таких болей, которые являются либо средством, либо неслучайным побочным продуктом образования, используемым на систематической основе. Это может проявиться как насильственная реакция учащихся и учителей в определенных учебных заведениях, направленная против других учащихся или учителя. Авторы рассматривают некоторые дискуссионные вопросы вокруг педагогического насилия и приводят множество наглядных примеров, чтобы более подробно изучить, что означает педагогическое насилие в конкретных случаях [31].

Нами предложен термин «синдром педагогического насилия» под которым понимается ухудшение состояния здоровья школьников при воздействии неадекватных педагогических взаимоотношений.

Синдромом легитимного педагогического насилия мы обозначили введение утвержденных министерством программ школьного образования, которые школьники не могут усвоить в силу своих физиологических и психических особенностей развития, в результате чего появляются отклонений в состоянии здоровья.

Синдромом административного педагогического насилия - возникновение отклонений в состоянии здоровья у детей, связанное с введением администрацией школы не узаконенных программ, обязательных и факультативных занятий, замену одних уроков другими по профилю школы, введение обязательного посещения школьниками начальных классов групп продленного дня и т. д.

Синдромом авторитарного педагогического насилия - возникновение отклонений в состоянии здоровья у детей, проявляющихся при непосредственном контакте учителя и ученика в условиях педагогического процесса [4, 5].

В настоящее время имеется множество исследований по влиянию педагогического процесса на состояние здоровья школьников, в том числе и возникновение различных форм дидактогении [2, 4, 7, 9, 11].

А.А. Мирошниченко считает, что в основе дидактогении всегда лежит конфликт, в результате которого ученик получает психическую травму по вине педагога. А детский психиатр И.С. Бердышев показал механизмы трансформирования дидактогении в невроз, который требует неотложной консультации у медицинского психолога или лечения у психотерапевта [2, 9].

Запугивание является проблемой во многих школах мира. Это рассматривается как нежелательное явление в образовании, и во многих случаях снижение уровня издевательств является целью национальной и местной политики в области образования. По утверждению ряда авторов, буллинг является проблемой во многих школьных коллективах. Причиной этому, по их мнению, является широкая распространенность деструктивного поведения среди учащихся в школьном возрасте. Профилактика буллинга и виктимизации среди детей и подростков может служить профилактикой тяжелых последствий травли для их психического, физического и социального благополучия в будущем [17, 18, 40, 42, 43].

Это подтверждают и результаты исследования, полученные I. Menrath и

соавт. По их данным, 39% обследованных учащихся подвергались издевательствам в школе, а 16% испытали межличностное насилие. В данной группе школьников были выявлены психосоматические проблемы и более низкое качество жизни, связанные с ними [32].

A. Williford, A.J. Boulton, J.M. Jenson. провели исследование по предотвращению издевательств среди 1077 учащихся по специальной Молодежной программе при переходе детей из начальной в среднюю школу. Авторами выявлено, что большинство школьников, участвующих в данной программе, перешло из статуса «вовлеченности» в статус «неучастия» по сравнению с учениками в контрольной группе. Хулиганы в начальной школе с более высоким уровнем депрессивных симптомов реже, чем другие ученики, переходили в «неучастный» статус в первый год средней школы. Учащиеся, которые придерживались более антиобщественного отношения, были более склонны к статусу «хулигана-жертвы», чем к статусу «неучастия» во время перехода в среднюю школу [42].

По данным ряда авторов, дружеские отношения со сверстниками как профилактика буллинга выходят на первый план чаще в средней и старшей школе [7, 13, 19, 20, 26, 29, 35, 36].

M. Serdiouk, D. Berry, S.D. Gest, B. Oldenburg, V. Hein, A. Koka, M.S. Hagger и др. выявили взаимосвязь между высоким уровнем запугивания и деструктивными отношениями между учителем и учеником. В группе школьников, у которых были нормальные взаимоотношения с учителем, отмечался более низкий уровень буллинга и виктимизации. А учителя, которые не использовали запугивание школьников при обучении, сообщали о меньшем количестве учеников-хулиганов в своих классах [21, 35, 38].

Mara Brendgen, François Poulin считают, что издевательства в школах имеют серьезные последствия для приспособления жертв буллинга в будущей жизни. Авторами было проведено лонгитудинальное исследование учащихся и молодежи в возрасте от 12 до 22 лет. Участники исследования сообщили о своей виктимизации в школе в возрасте от 12 до 17 лет и своей виктимизации на рабочем месте в возрасте 22 лет. Они также сообщили о своих мыслях и чувствах, связанных с депрессией, и о положительном факторе при поддержке дружбы. Оценивали реактивную и проактивную агрессию и отказ от тревоги в возрасте 12 лет. Моделирование структурного уравнения данной группы показало, что отказ от тревоги в возрасте 12 лет предсказывало виктимизацию со стороны сверстников в школе и дальнейшую виктимизацию и усиление симптомов депрессии на работе [30].

Исследования M. Brendgen, F. Poulin подтверждают, что подростки, имеющие в анамнезе виктимизацию, часто становятся жертвами и в зрелом возрасте [14].

Jeremy G. Stewart, Linda Valeri, Erika C., Esposito & Randy P. Auerbach в своих исследованиях показали, что самоубийства являются основной причиной смерти среди молодежи во всем мире, а подростки с депрессией подвергаются значительно повышенному риску возникновения суицидальных идей, планирования и попыток претворить их в реальности. Авторы считают, что виктимизация со стороны сверстников является важным предиктором суицидных мыслей и суицидального поведения у подростков. Они обращают внимание на то, что в настоящее время очень мало исследований посвящено вопросу, почему издевательства приводят к суицидным мыслям и деструктивному поведению [24]. J.M. Lee, J.S. Hong, S.M. Resko, A.A. Gonzalez-Prendes, D.R. Voisin также считают,

что издевательства и самоубийства - серьезные проблемы общественного здравоохранения. Однако проведенные ими исследования показали неполную связь между виктимизацией сверстников и суицидальным поведением [28].

G.A. Vergara, J.G. Stewart, E.A. Cosby, S.H. Lincoln, R.P. Auerbach утверждают, что при изучении виктимизации со стороны сверстников и совершение ими хулиганских действий в отношении отдельных учащихся необходимо различать подростков-идеологов самоубийства и подростков, пытающихся совершить самоубийство. В данных случаях, помимо борьбы с виктимизацией, необходимо проводить борьбу с хулиганскими деяниями при проведении профилактики суицидальных вмешательств в коллективе [41].

Ai Koyanagi, Hans Oh, Andre F Carvalho и соавт. считают, что самоубийства среди подростков являются огромной проблемой общественного здравоохранения. Ими проанализированы данные Глобального обследования здоровья 134 229 подростков в возрасте от 12 до 15 лет, учащихся в школах. Авторами были собраны данные о попытках самоубийства за 12 месяцев и за последние 30 дней жизни. По данным ученых, общая распространенность попыток самоубийства и виктимизации за эти периоды составила 10,7% и 30,4% соответственно. Проведенная корректировка авторами данных по полу, возрасту и социально-экономическому статусу выявила значительные связи виктимизации с более высокими шансами на попытку самоубийства в 47 из 48 исследованных стран. Исследования показали, что большее количество дней издевательств за месяце было дозозависимо и связано с более высокими шансами на попытки самоубийства. Распространенность попыток самоубийства за год варьировала от 5,9% для группы «без издевательств» до 32,7% для группы «подвергались издевательствам в течение 20–30 дней в месяц» [22].

Г.С. Банников, О.В. Вихристюк, Н.Ю. Федунина при анализе скрининга 6000 подростков у 36,5% выявили предположительную группу риска по актуальным и потенциальным факторам развития суицидального поведения. В зависимости от сочетания актуальных и потенциальных факторов в группе риска они выделили 4 подгруппы, прогностически различающиеся по тяжести психического состояния и необходимости экстренного вмешательства: индивидуальное консультирование, пролонгированная психологическая помощь или медицинская помощь [1].

L. Campbell-Sills, M.B. Stein, R.C. Kessler и соавт. в своих исследованиях показали, что виктимизация и буллинг в детском возрасте были связаны с суицидальным поведением среди солдат-новобранцев. После всесторонней корректировки с другими факторами риска авторы считают что более частое физическое нападение со стороны сверстников в детстве связано с повышением шансов возникновения суицидных мыслей на всю жизнь. Авторы показали, что частые словесные запугивания в детстве были связаны с повышенным риском возникновения идей, планирования, попытки и претворения замысла суицида среди солдат-новобранцев. Признание этих взаимосвязей и их профилактика может помочь военнослужащим в мероприятиях по снижению риска суицида [15].

Исследования Е.А. Катан, Jr.D.T. Lardier, V.R. Barrios, P. Garcia-Reid, R.J. Reid и др. показали, что издевательства в школе внесли значительный вклад в возникновение суицидальных мыслей как у юношей, так и у девушек. А первые попытки суицидов и членовредительства среди детей, перенесших жестокое обращение, появлялись у них в возрасте 7-12 лет. Также дети этого возраста обнаруживали по-

вышенный уровень депрессии, безнадежности и низкой самооценки [6, 27, 41].

В то же время ряд авторов считает, что большая часть учителей вмешивается в конфликтные ситуации в классе и пытается прекратить издевательства, налаживает позитивные отношения между учениками и учителем, родителями детей, участвующих в конфликте, что оказывает положительное влияние на школьный климат и снижает буллинг и виктимизацию среди сверстников [8, 10, 18, 34].

Выводы. Данная проблема является острой для многих школ в различных странах. Она носит полипрофильный характер и требует учитывать влияние деструктивного поведения в школьных коллективах на качество жизни детей, подростков и возникновение суицидальных планов в различные периоды жизни. Профилактика виктимизации, дидактогении, педагогического насилия и буллинга среди детей и подростков может служить профилактикой тяжелых последствий для их психического, физического и социального благополучия в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федунина Н.Ю. Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 4. С. 91-101. doi:10.17759/pse.2018230409
2. Бердышев И.С. Дидактогенические ситуации в практике детского психиатра. Социальная работа: теория, методы, практика // Мат-лы интернет-конференций и семинаров Выпуск 1. Проблемы здорового развития ребенка и детская психотравма. Санкт-Петербург. 2012. С. 4-9. <http://homekid.ru/family/v12012psychotravma>. (дата обращения: 27. 07. 2021).
3. Габер И.В., Зарецкий В.В. Методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2019 (19), № 2, С. 121-131.
4. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении. // Медицинская психология в России. 2013. Т. 5, № 5. С. 15. DOI: 10.24411/2219-8245-2013-15150.
5. Ганузин В.М. Буллинг, дидактогения и синдром педагогического насилия в отечественных и зарубежных исследованиях // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 106-114.
6. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20), № 1, С. 112-120.
7. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Внутренняя картина дефекта и дидактогении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2020. № 198. С. 115-122.
8. Ковалева Е.А. Педагогическое насилие, его причины и способы преодоления // Психология человека в образовании, 2019, т. 1, № 2. С. 146-157. DOI: 10.33910/2686-9527-2019-1-2-146-157
9. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т.17. № 2 С. 162-163. (приложение). <http://www.acpp.ru/sbornik.pdf> (дата обращения: 27. 07. 2021).

10. Новикова М.А., Реан А.А. Влияние школьного климата на возникновение травли: отечественный и зарубежный опыт исследования // Вопросы образования. 2019. № 2, С. 78-97.

11. Худик В.А., Фесенко Ю.А. Дидактогенія як помилки виховання і навчання дітей і підлітків. // Вестник Череповецкого государственного университета. 2015. № 7. С.147–151.

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Vihristjuk O.V., Fedunina N.Ju. Primenenie tehnologii vyjavlenija faktorov riska razvitija suicidal'nogo povedenija sredi podrostkov i molodezhi // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2018. T. 23. № 4. S. 91-101. doi:10.17759/pse.2018230409

2. Berdyshev I.S. Didaktogenicheskie situacii v praktike detskogo psihiatra. Social'naja rabota: teorija, metody, praktika // Mat-ly internet-konferencij i seminarov Vypusk 1. Problemy zdorovogo razvitija rebenka i detskaja psihotravma. Sankt-Peterburg. 2012. S. 4–9. <http://homekid.ru/family/v12012psychotravma>. (data obrashhenija:27. 07. 2021).

3. Gaber I.V., Zareckij V.V. Metodologicheskie i teoreticheskie osnovanija obespechenija psihologicheskoy bezopasnosti obrazovatel'no-vospitatel'noj sredy // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2019 (19), № 2, S. 121-131.

4. Ganuzin V.M. Sindrom pedagogicheskogo nasilija kak forma didaktogenii. // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2013. T. 5, № 5. S. 15. DOI: 10.24411/2219-8245-2013-15150.

5. Ganuzin V.M. Bulling, didaktogenija i sindrom pedagogicheskogo nasilija v otechestvennyh i zarubezhnyh issledovanijah // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20). № 4. S. 106-114.

6. Katan E.A. Ispol'zovanie mezhdunarodnogo oprosnika neblagoprijatnogo detskogo opyta dlja vyjavlenija psihotravmirujushhih faktorov v detskom i podrostkovom vozraste. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2020 (20), № 1, S. 112-120.

7. Kaljagin V.A., Ovchinnikova T.S. Vnutrennjaja kartina defekta i didaktogenii obuchajushhihsja s ogranichenymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena. 2020. № 198. S. 115-122.

8. Kovaleva E.A. Pedagogicheskoe nasilie, ego prichiny i sposoby preodolenija // Psihologija cheloveka v obrazovanii, 2019, t. 1, № 2. S. 146-157. DOI: 10.33910/2686-9527-2019-1-2-146-157

9. Miroshnichenko A.A. Kompleksnaja ocenka dejatel'nosti uchitelja kak uslovie profilaktiki didaktogenii. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017. T.17. № 2 S. 162–163. (prilozhenie). <http://www.acpp.ru/sbornik.pdf> (data obrashhenija:27. 07. 2021).

10. Novikova M.A., Rean A.A. Vlijanie shkol'nogo klimata na vzniknovenie travli: otechestvennyj i zarubezhnyj opyt issledovanija // Voprosy obrazovanija. 2019. № 2, S. 78-97.

11. Hudik V.A., Fesenko Ju.A. Didaktogenija kak oshibki vospitanija i obuchenija detej i podrostkov. // Vestnik Cherepoveckogo gosudarstvennogo universiteta. 2015. № 7. S.147–151.

12. Ai Koyanagi , Hans Oh , Andre F Carvalho , Lee Smith , Josep Maria Haro ,

Davy Vancampfort , Brendon Stubbs , Jordan E DeVylder. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12-15 Years From 48 Countries. *Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*. 2019 Sep;58(9):907-918.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.018>

13. Banzon-Librojo L.A., Garabiles M. R., Alampay L. P. (2017) Relations between Harsh Discipline from Teachers, Perceived Teacher Support, and Bullying Victimization among High School Students // *Journal of Adolescence*. 2017. Vol. 57. June. P. 18–22. DOI: 10.1016 / j.adolescence.2017.03.001)

14. Brendgen M., Poulin F .Continued bullying victimization from childhood to young adulthood: a longitudinal study of mediating and protective factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018. T. 46. № 1. C. 27-39. <https://doi.org/10.1007 / s10802-017-0314-5>

15. Campbell-Sills L., Stein M.B., Kessler R.C., Rosellini A.J., Sampson N.A., Ursano R.J., Afifi T.O., Colpe L.J., Schoenbaum M., Heeringa S.G., Nock M.K., Sareen J., Sun X., Jain S. Sociations of childhood bullying victimization with lifetime suicidal behaviors among new U.S. Army soldiers. *Depression and Anxiety*. 2017. T. 34. № 8. C. 701-710. <https://doi.org/10.1002 / da.22621>.

16. Cava MJ, Tomás I, Buelga S, Carrascosa L. Loneliness, Depressive Mood and Cyberbullying Victimization in Adolescent Victims of Cyber Dating Violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. 15; 17 (12): 4269. <https://doi.org/10.3390 / ijerph17124269>

17. Chow A., Salmela-Aro K. Mental Health Improves after Transition from Comprehensive School to Vocational Education or Employment in England: A National Cohort Study // *Developmental Psychology*. Apr. 2016. Vol. 52. N 4. P. 652–665.

18. Fatma Sadik. Children and Discipline: Investigating Secondary School Students' Perception of Discipline through Metaphors. 2018. Volume 7 Issue 1 (January 2018), Pages: 31-44. <https://doi.org/10.12973/eu-jer.7.1.31>.

19. Guadalupe Espinoza. The Protective Role of Friends in the Link between Daily Cyber Victimization and Adjustment Problems among Predominately Latino Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2018. volume 11, pages61–70. <https://doi.org/10.1007 / s40653-017-0164-x>

20. Guadalupe Espinoza, Nancy A Gonzales, Andrew J Fuligni. Daily school peer victimization experiences among Mexican-American adolescents: associations with psychosocial, physical and school adjustment. *J Youth Adolesc*. 2013.Dec;42(12):1775-88. <https://doi.org/10.1007 / s10964-012-9874-4>

21. Hein V., Koka A., Hagger M.S. (2015) Relationships between Perceived Teachers' Controlling Behaviour, Psychological Need Thwarting, Anger and Bullying Behaviour in High-School Students // *Journal of Adolescence*. 2015. No. 42. P. 103–114. DOI: 10.1016 / j.adolescence.2015.04.003

22. Hong, J. S., Davis, J. P., Sterzing, P. R., Yoon, J., Choi, S., & Smith, D. C. (2014). A conceptual framework for understanding the association between school bullying victimization and substance misuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 696–710. <https://doi.org/10.1037/ort0000036>

23. David T Lardier Jr , Veronica R Barrios , Pauline Garcia-Reid , Robert J Reid. Ideation among Suburban Adolescents: The Influence of School Bullyingand Other Mediating Risk Factors // *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 2016. Vol. 28. No 3. P. 213–231. DOI: 10.2989/17280583.2016.1262381

24. Jeremy G. Stewart, Linda Valeri, Erika C., Esposito & Randy P. Auerbach. Peer Victimization and Suicidal Thoughts and Behaviors in Depressed Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018. volume 46, pages581–596.

25. Ji-Kang C., Hsi-Sheng W. School Violence, Social Support and Psychological Health Among Taiwanese Junior High School Students // *Child Abuse & Neglect*. Oxford. Apr. 2013. Vol. 37. N 4. P. 252–263.

26. John D Haltigan, Tracy Vaillancourt. Joint trajectories of bullying and peer victimization across elementary and middle school and associations with symptoms of psychopathology. *Dev Psychol*. 2014; 50 (11): 2426-36. <https://doi.org/10.1037/a0038030>

27. Låftman S.B., Östberg V., Modin B. (2017) School Climate and Exposure to Bullying: A Multilevel Study // *School Effectiveness and School Improvement*. 2017. Vol. 28. No 1. P. 153–164.

28. Lee J.M., Hong J.S., Resko S.M., Gonzalez-Prendes A.A., Voisin D.R. Pathways from bullying victimization to suicidal thoughts among urban african american adolescents: implications for nurse practitioners. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.* 2021. <https://doi.org/10.1111/jcap.12321>

29. Librojo L.A., Garabiles M. R., Alampay L. P. (2017) Relations between Harsh Discipline from Teachers, Perceived Teacher Support, and Bullying Victimization among High School Students // *Journal of Adolescence*. 2017. Vol. 57. June. P. 18–22. DOI: 10.1016 / j.adolescence.2017.03.001

30. Mara Brendgen & François Poulin. Continued Bullying Victimization from Childhood to Young Adulthood: a Longitudinal Study of Mediating and Protective Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*.2018. volume 46, pages27–39. <https://doi.org/10.1007 / s10802-017-0314-5>

31. Matusov E., Sullivan P. Pedagogical violence. *Integrative Psychological and Behavioral Science*. 2020. T. 54. № 2. C. 438-464. <https://doi.org/10.1007 / s12124-019-09512-4>

32. Menrath I., Prüssmann M., Müller-Godeffroy E., Prüssmann C., Ravens-Sieberer U., Ottova-Jordan V., Thyen U. Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*. Jun. 2015. Vol. 36. N 5. P. 305–312. DOI: 10.1097 / DBP.0000000000000168

33. Michelle F. Wright, Sebastian Wachs. Adolescents' Psychological Consequences and Cyber Victimization: The Moderation of School-Belongingness and Ethnicity. *J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16(14), 2493; <https://doi.org/10.3390/ijerph16142493>

34. Barış Çetin. Öğretmenlerinin Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*. Cilt 14, Sayı 1, Nisan 2013, Sayfa 255-269.

35. Oldenburg B., Van Duijn M., Sentse M., Huitsing G., Van der Ploeg R., Salmivalli C., Veenstra R. (2015) Teacher Characteristics and Peer Victimization in Elementary Schools: A Classroom-Level Perspective // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015. Vol. 43. Iss. 1. P. 33–44.

36. Petrie JAC van der Zanden, Eddie JPG Denessen, Ron HJ Scholte The effects of general interpersonal and bullying-specific teacher behaviors on pupils' bul-

lying behaviors at school. International School of Psychology. 2015. Vol. 36. P. 467 - 481. <https://doi.org/10.1177/0143034315592754>

37. Riekie H., Aldridge J. M., Afari E. The Role of the School Climate in High School Students' Mental Health and Identity Formation: A South Australian Study // British Educational Research Journal. Feb. 2017. Vol. 43. N 1. P. 95–123.

38. Serdiouk M., Berry D., Gest S. D. (2016) Teacher-Child Relationships and Friendships and Peer Victimization across the School Year // Journal of Applied Developmental Psychology. 2016. Vol. 46. September. P. 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.08.001>

39. Swearer S. M., Hymel S. (2015) Understanding the Psychology of Bullying: Moving Toward a Social-Ecological Diathesis–Stress Model // American Psychologist. 2015. Vol. 70. No 4. P. 344–353. URI <http://hdl.handle.net/20.500.11937/27932>

40. Symonds J., Dietrich J., Chow A., Salmela-Aro K. Mental Health Improves after Transition from Comprehensive School to Vocational Education or Employment in England: A National Cohort Study // Developmental Psychology. Apr. 2016. Vol. 52. N 4. P. 652–665.

41. Vergara G.A., Stewart J.G., Cosby E.A., Lincoln S.H., Auerbach R.P. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed adolescents: impact of peer victimization and bullying. Journal of Affective Disorders. 2019. T. 245. C. 744-749. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.084>

42. Williford A., Boulton A.J., Jenson J.M. Transitions between subclasses of bullying and victimization when entering middle school. Aggressive Behavior. 2014. T. 40. № 1. C. 24-41. <https://doi.org/10.1002/ab.21503>

43. Zych I., Farrington D., Llorent V. J., Ttofi M. M. (2017) Protecting Children against Bullying and its Consequences. London: Macmillan Publishers. 2017.

V.M. Ganuzin

PSYCHOLOGICAL DANGER OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT FOR THE LIFE AND HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS (REVIEW)

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article deals with the issues of psychological safety of the educational environment and the influence of the pedagogical process on the mental and physical health of children and adolescents. An overview of modern domestic and foreign research on ensuring the psychological safety of the educational and upbringing environment is given. The issues of psychological safety of the school climate, pedagogical violence, didactogeny, intimidation, destructive behavior, victimization, suicidal situations and the factors contributing to their occurrence are considered.

Keywords: psychological safety, school climate, didactogeny, pedagogical violence, victimization, suicidal situations.

А.И. Ташёва¹, С.В. Гриднева¹, М.Р. Арпентьева²
**ОСОБЕННОСТИ ИНКЛЮЗИИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ
С СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА (I)**

¹Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону), ²Центр психологической, педагогической, медицинской и социальной помощи «Содействие» (Калуга).

Резюме. Цель исследования - изучение особенностей инклюзии школьников и студентов с синдромом Аспергера в образовании в контексте осмысления динамики психологического статуса учащихся и обучающихся в инклюзивном образовании. Важными условиями возможности развития ученика в учебном коллективе является инклюзивная деятельность психолога, тьютора, педагогов и иных специалистов. В инклюзивном образовании важно сглаживать негативные моменты, концентрируясь на достоинствах ребенка, что ведет к снятию «застывания» на негативном поведении и повышает самооценку ученика, вызывает у них желание позаботиться о нем или относиться к необычному в его поведении спокойно.

Ключевые слова: инклюзия, сопровождение, инклюзивный коучинг, студент, развитие, зона ближайшего развития, перспектива.

Актуальность проблемы. Синдром Аспергера – довольно распространенное расстройство аутистического спектра, которое до недавнего времени не рассматривалось в рамках классического аутизма, поскольку его феноменологические отличия как «высокофункциональной» формы аутизма от других форм этого нарушения порой весьма существенны. Также весьма множественны варианты развития детей и взрослых с синдромом Аспергера («аспи» - их самоназвание). Общим является описание невероятных трудностей, с которыми на этапе вхождения в социум, начиная с дошкольного возраста сталкиваются кажущиеся странными, не воспитанными, избалованными «аспи». Включение этих людей в социум значительно повышает их психологический статус. Оптимальным для выполнения этой задачи, на данный момент считается инклюзивное обучение таких людей в среде психически сохранных сверстников. Также обучение вместе с «аспи» способствует приобретению иными людьми как себе подобных, к формированию способности и готовности оказывать этим людям необходимую психологическую поддержку. Но для того, чтобы включение состоялось, нужна помощь, в том числе помощь тьютора, обеспечивающего психологическое сопровождение в рамках инклюзивного обучения [6, 17, 18, 19].

Синдром Аспергера (сокращенно иногда обозначаемого СА) является расстройством аутистического спектра, впервые описанным Г. Аспергером в 1944 г. Официальное название он получил в 1981 г. [9, 10, 11], был включен в DSM-IV (1994) и в Международную классификацию болезней (МКБ-10). Диагностические критерии синдрома Аспергера как «высокофункционального аутизма» в DSM-IV и МКБ10 базируются на следующих чертах: нарушение социального взаимодействия и социальной коммуникации, нарушение социального воображения, гибкости мышления и игры, основанной на воображении, отсутствие за-

метной задержки в когнитивном развитии, отсутствие задержки в речевом развитии. Дети с клиническим диагнозом «синдром Аспергера» выделены в школах как «дети с ограниченными возможностями» [15]. Они часто выполняют индивидуальные образовательные программы (ИЕР). Этот синдром до недавнего времени рассматривался в рамках классического аутизма, и лишь в последние годы изучению синдрома стало уделяться особое внимание, которое позволило установить, что дети, имеющие это расстройство, и их проблемы существенным образом отличаются от других. Однако до настоящего момента не существует отдельной статистики по больным СА, хотя известно, что вместе с увеличением регистрации случаев расстройств аутистического спектра (далее РАС) в целом учащаются и случаи СА и случаи их выявления. Так, если в 1995 г. диагноз РАС имели всего 0,02% людей, уже в 2017 г. такое расстройство имели уже 2% населения. Статистика свидетельствует, что СА ставится учащимся в 0,36-0,71% случаев, при этом специалисты отмечают, что цифра существенно занижена [5].

Кроме пособий по взаимодействию с детьми, страдающими синдромом Аспергера, выпускается большое количество биографических книг о жизни этих людей, среди которых немало автобиографий, свидетельствующих о множественности вариантов развития этих людей. Знакомство с подобными историями говорит о невероятных трудностях, с которыми сталкиваются сами «аспи» на этапе их вхождения в социум (начиная со старшего дошкольного возраста). Эти книги и исследования говорят о важности инклюзивного образования, сближения миров «аспи» и «нейротипиков» в целях развития личностных и межличностных потенциалов всех учеников школ и вузов.

Инклюзивное образование в России стало возможным вместе с принятием за рубежом и в России в 1971-1993 гг. законов об обеспечении равных возможностей в образовании лиц с инвалидностью. Вступление этих законов в силу, однако, не привело к моментальным изменениям, а учреждения, реально обеспечивающие возможность такого обучения, сконцентрировались преимущественно в столице страны. Не так давно был принят Федеральный закон «Об образовании в РФ» № 273-ФЗ от 29.12.2012, где впервые были закреплены положения об инклюзивном, то есть совместном, обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья [4]. С этих пор можно наблюдать существенные подвижки, инклюзив действительно заработал, но все еще остаются сложности с ментальными инвалидами. Так, известны случаи, когда инклюзию детей с РАС удавалось включить лишь при немалых усилиях и колоссальной работе конкретных неравнодушных родителей. Однако их сил не хватило для того, чтобы система заработала по всей территории России в целом, пока не были запущены программы и модели инклюзивного образования, не были созданы и внедрены методики по инклюзивному образованию инвалидов, а также разработаны техники для инклюзивной работы с ребятами, имеющими различные ментальные и/или физические дефекты [1, 2, 3, 14, 18, 19].

Цель исследования - изучение особенностей инклюзии школьников и студентов с синдромом Аспергера в образование в контексте осмысления динамики психологического статуса учащихся и обучающихся в инклюзивном образовании, анализ условий психологического обеспечения интеграции в процессе

инклюзивного обучения.

Метод исследования - теоретико-эмпирический анализ проблем инклюзии учеников с синдромом Аспергера и иными расстройствами аутистического спектра в образовательную среду. Исследовательская деятельность осуществлялась под руководством преподавателей Академии практической психологии ЮФУ и Института психологии КГУ им. К.Э. Циолковского, возглавлявших и курировавших инклюзивную психолого-педагогическую работу.

Объектом исследования стали ученики школы и вузов Ростова и Калуги с диагностированным синдромом Аспергера, соответствующим коду F84.5, согласно кодировке МКБ-10. Исследование осуществляется с 2015 г. по 2020 г.

Результаты теоретического этапа исследования. Как известно, инклюзия детей, подростков и юношей/девушек с РАС невозможна без учета индивидуальных особенностей и разработки психологического портрета каждого конкретного ученика, тем более что многие люди с этим синдромом имеют «специальный интерес»: зону особого внимания, по поводу которой он способен длительно и разнопланово взаимодействовать, в том числе в процессе обучения [12, 13, 16, 20]. Из личностных характеристик важна склонность к тревожности и депрессиям, аутистимуляции и затрудненности саморегуляции, в том числе в контексте социальных ситуаций (вплоть до протестов и игнорирования норм), потребность в индивидуальном подходе к обучению, принятии и терпимости со стороны других, накоплении опыта социальных ситуаций, поскольку нежелание нового и страх нового достигают порой отвращения. В построении межличностных отношений помогают когнитивные способности при отсутствии у «аспи» своих «теорий психического» (трудности понимания других людей как других). Часты нарушения в общении и отношениях: нарушения границ и правил отношений, в том числе дистанции, интенсивности и способа проявления мыслей и чувств, недостаточность инициативности и эмпатичности, склонность к избеганию и пассивности, социальной ригидности и консервативности (недостаточной дифференцированности опыта, поведения и отношений относительно разных ситуаций, людей и т. д.), непосредственности и ранимости в установлении и стремлении к развитию отношений,

Если проанализировать имеющиеся исследования, то можно увидеть что люди с синдромом Аспергера могут обладать следующими особенностями в социальных взаимоотношениях [4, 6, 10, 11]:

1. Дисбаланс (несоответствие) во взаимных социальных связях и социальной взаимности (т. е. «принятии и отдаче»), в том числе взаимодействие эгоцентрично, возникает «на его условиях», личность может контролировать и направлять социальные ситуации в соответствии с его собственными ограниченными социальными ролями и социальным поведением, нет взаимности «принятия и отдачи». Человек может казаться отрешенным и безответным, есть ограниченность стремления к взаимодействию, трудно включаться в продолжительное взаимодействие или в «двусторонние» отношения, есть сложности понимания чужой точки зрения (недостаточность «чтения мыслей») - неразвитость понимания того, что у людей могут быть свои, отличные от его, представления, переживания, позиции. Они затрудняются делать заключения о психическом

состоянии других людей: «слепота к чужому разуму», их трудности в том, чтобы отличить чужую правду от лжи, делают их наивными, из-за чего они часто становятся жертвами мошенников, преступников.

2. Сложности распознавания и интерпретации различных социальных ситуаций. Часто есть трудности в понимании переносных значений, трудности с рассказыванием, в том числе с последовательной передачей прошедших событий и т. п. Общественные правила не намеренно игнорируются и/или нарушаются, есть трудности в следовании многоступенчатым устным указаниям, случаются перегрузки от минимальных изменений рутины, они приходят в беспокойство из-за неизвестности, когда окружение становится непредсказуемым, и они не знают, что делать. Эти люди склонны к ригидному эгоцентрическому восприятию мира и расстраиваются, если происходят изменения, «идущие наперекор» их предвзятым «правилам» или особенностям понимания себя и мира. В итоге такие дети и молодые люди отдают предпочтение ритуалам и даже склонны создавать свои правила, основанные на их понимании различных ситуаций, поэтому если окружающие люди «нарушают» эти ритуалы и правила, может возникать сильный стресс/беспокойство. Также эти люди часто нуждаются в завершенности задания/действия, прежде чем перейти к следующему виду деятельности. Нужно повторять и учить ребенка тому, что определенное общественное правило применяется в определенном социальном контексте, что оно может изменяться, что оно включает ряд ступеней и вариантов и т. д..

3. Способность дружить, распознавать и регулировать эмоциональные состояния и отношения с людьми нарушена, люди этого типа часто не понимают, что такое дружба, могут испытывать заметные трудности в интерпретации невербальной коммуникации, использующейся для регуляции социального взаимодействия, часто склонны «выбалтывать» свои мысли как фактические утверждения, что выглядит как нечувствительность или нетактичность. Их эмоциональная инфантильность порождает честность, им нечего скрывать и они не способны скрывать ничего. Но у них есть трудности с осознанием и исполнением неписаных правил общения, им трудно осознать, как их поведение отражается на других людях. У них часто низкая самооценка, повышенная самокритичность, неспособность примириться с ошибками (перфекционизм), поэтому они — часто подвергаются перегрузкам, стрессу, ведущим к поведенческим нарушениям, включая нарушения саморегуляции, возникает «эмоциональная путаница». Также описан «мелтдаун» (meltdown) - нервный криз, или срыв, или специфическая неуправляемая «истерика», когда человек с синдромом Аспергера, попав в ситуацию чрезмерного или множественного (ди)стресса, теряет самообладание, становится агрессивным и может наговорить массу неприятных вещей окружающим, даже если на самом деле он этого не думает, может нанести физические повреждения себе или другим, если кто-то пытается вмешаться, чтобы привести их в сознание. Иной тип мелтдауна — отключение, человек становится недвижимым не реагирует на обращение к нему.

Часто срывы (meltdown) или отключения (shutdown) описывают как две разные формы проявления критической точки в реагировании на стрессы. В целом эти реакции тесно связаны в любом случае: бурные срывы способны пере-

текать в отключение. Стресс здесь не является одномоментным, а становится результатом дистресса, наложения одних стрессоров на другие (череды препятствий в виде резкой смены распорядка, завышенных требований, чрезмерных и вовлеченных социальных контактов). Часто используется стимминговое, или самостимулирующее, поведение включая разговор с собой. При этом часто окружающие люди не замечают сигналов-предвестников метлдауна или шатдауна: то, что травмирует людей с СА, может не казаться проблемным для многих нейротипичных (т. е. неаутичных) людей. В итоге нейротипики могут не обращать внимание на потенциальную проблему, в том числе игнорируя предвестники срывов и зависания, интерпретируя их в «обычных разговорах» как часть стандартного «нытья» людей с СА.

Таблица 1.

Особенности метлдауна и шатдауна у людей с синдромом Аспергера, по А. Роув [15]

	Метлдаун, или срыв	Шатдаун, или отключение
Общие моменты	Криз, относительно кратковременная кризисная ситуация, в которой реакции протеста и ухода чередуются и перетекают друг в друга, предохраняя от дальнейшей перегрузки.	
Суть	Резкая и агрессивная реакция (протеста) на ситуацию сенсорной перегрузки,	Уход от/из ситуации сенсорной перегрузки,
Тип людей, которым свойственна реакция	Независимым и уверенным в себе (более «экстравертированным»).	Спокойным и менее активным (более «интровертированным»).
Типичные проявления	Агрессия: злость в виде криков и слез, резких действий.	Полный уход от мира и истощение: сонливость и отсутствие реакции.
Оптимальный способ реагирования	Оставить наедине в спокойной обстановке (прекратить избыточную сенсорную стимуляцию), дать отдохнуть и временно снизить требования к учебе/труду и т. п.	Оставить наедине в спокойной обстановке (прекратить избыточную сенсорную стимуляцию), поговорить чтобы успокоить и поднять «дух».

Поэтому в реальности люди с СА нередко сталкиваются с неприятием или явным непониманием окружающих: то, что обычно и никак не беспокоит других, беспокоит и доводит до истощения и протеста их. Людям, не знающим о существовании этой особенности их развития и функционирования, они порой кажутся странными, невоспитанными, избалованными и манипулирующими окружающими «нытиками».

4. Эти люди не склонны обращать внимание на давление со стороны сверстников и отвечать на него. У них часто есть ограниченный, навязчиво повто-

ряющийся круг интересов, который они пытаются обсуждать с другими, часто отмечается сверхвнимательность к значимым для них «мелочам», это и повышенная консервативность вызывают затруднения исполнительного функционирования – трудности объединения отдельных деталей в единое целое, переключения и т. д. Типичны увлеченность своим любимым делом и успехи в нем. Такие пристрастия сходны с обсессивно-компульсивным поведением. Они также проявляют повышенную чувствительность к любым раздражителям. Для аспергеров очень важно определить для себя метод или стратегию нейтрализации неприятных, неинтересных и т. д. импульсов, информации, ситуаций. Здесь помогает сенсорная интеграционная терапия, предполагающая намеренный контакт с неприятными стимулами, поступающими постепенно и дозировано. Так, человек начинает привыкать к таким столкновениям, уже не ощущая раздражительности и паники.

Работа психолога здесь – одна из важнейших [5-8], он – важнейшее звено, соединяющее участников инклюзии до того момента, когда они сумеют разрешить наиболее сложные из своих проблем, откроются навстречу друг другу и новому опыту без страха и опасений, но с любопытством и предвкушением удивительных и важных событий. Для людей с синдромом Аспергера – это не более сложно, чем для остальных: к сожалению, проблемы постоянных и истинных отношений, творчества и свободы стали обычны и для «нейротипиков».

Заключение. Существует довольно большое единообразие описаний людей с синдромом Аспергера. Однако сохраняется дефицит исследований, направленных на решение задач инклюзии этих учащихся и обучающихся. Такая инклюзия для этих людей с их общей эгоцентричностью и отчужденностью, повышенной чувствительностью и неумением справляться с собой при перегрузках – настоящее испытание, означающее радикальную перемену. И эта переменна, несомненно, к лучшему, как и для других участников процесса, учащихся жить вместе с другими, уважая себя и других.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арпентьева М.Р., Степанова Г.А., Демчук А.В., Ташёва, А.И., Булатова, Г.А. Актуальные проблемы психосоциального сопровождения инвалидов в образовательной среде // Современное педагогическое образование, 2018. № 5. 22 с.
2. Арпентьева М.Р., Ташёва А.И., Грднева С.В. Идея взаимопомощи и инклюзивная культура // Современные подходы в отечественном и зарубежном образовании / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2018. 24 с.
3. Бедрединова С.В., Ташёва А.И. Концепция психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями и их близких // Психолого-педагогические особенности семьи XXI века / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2016. С. 391-403.
4. Семакова Е.В., Машкова И.Ю. Клинико-психологический анализ причин дезадаптации детей с расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 2. С. 83-88.
5. Статистика аутизма в мире; [Электронный ресурс] // Vawilon.Ru. 2017.С. 1. URL: <http://vawilon.ru/statistika-autizma-v-mire/> (дата обращения: 10.03.2021)
6. Стоукс С. Дети с синдромом Аспергера [Электронный ресурс] // Органи-

зация по исследованию аутизма. 2017. С.1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/173> (дата обращения: 12.02.2021).

7. Тащёва А.И., Воронцов Д.В., Гриднева С.В. Консультативная психология: базовые методические проблемы. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федерального университета, 2016. 342 с.

8. Тащёва А.И., Золотухина М.О. Особенности инклюзии ребенка с синдромом Аспергера в общеобразовательную школу // Теория, практика и перспективы развития современной школы / Под ред. А.Ю. Нагорновой. Ульяновск: Зебра, 2017. С. 287-297.

9. Уильямс К. Как понять ученика с синдромом Аспергера [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/62> (дата обращения: 10.03.2021).

10. Уинг Л. Синдром Аспергера: клиническое описание [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/112> (дата обращения: 11.03.2021).

11. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения. Екатеринбург: Рама, 2013. 208 с.

REFERENCES

1. Arpent'eva M.R., Stepanova G.A., Demchuk A.V., Tashhjova, A.I., Bulatova, G.A. Aktual'nye problemy psihosocial'nogo soprovozhdenija invalidov v obrazovatel'noj srede // Sovremennoe pedagogicheskoe obrazovanie, 2018. № 5. 22 s.

2. Arpent'eva M.R., Tashhjova A.I., Gridneva S.V. Ideja vzaimopomoshhi i inkluzivnaja kul'tura // Sovremennye podhody v otechestvennom i zarubezhnom obrazovanii / Otv. red. A.Ju. Nagornova. Ul'janovsk: Zebra, 2018. 24 s.

3. Bedredinova S.V., Tashhjova A.I. koncepcija psihologo-pedagogicheskoi reabilitacii detej s ogranichennymi vozmozhnostjami i ih blizkih // Psihologo-pedagogicheskie osobennosti sem'i XXI veka / Otv. red. A.Ju. Nagornova. Ul'janovsk: Zebra, 2016. S. 391-403.

4. Semakova E.V., Mashkova I.Ju. Kliniko-psihologicheskij analiz prichin dezadaptacii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019 (19). № 2. S. 83-88.

5. Statistika autizma v mire; [Jelektronnyj resurs] // Vavilon.Ru. 2017.S. 1. URL: <http://vavilon.ru/statistika-autizma-v-mire/> (data obrashhenija: 10.03.2021)

6. Stouks S. Deti s sindromom Aspergera [Jelektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S.1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/173> (data obrashhenija: 12.02.2021).

7. Tashhjova A.I., Voroncov D.V., Gridneva S.V. Konsul'tativnaja psihologija: bazovye metodicheskie problemy. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федерального университета, 2016. 342 с.

8. Tashhjova A.I., Zolotuhina M.O. Osobennosti inkluzii rebenka s sindromom Aspergera v obshheobrazovatel'nuju shkolu // Teorija, praktika i perspektivy razvitija sovremennoj shkoly / Pod red. A.Ju. Nagornovoj. Ul'janovsk: Zebra, 2017. S. 287-297.

9. Uil'jams K. Kak ponjat' uchenika s sindromom Aspergera [Jelektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/62> (data obrashhenija: 10.03.2021).

10. Uing L. Sindrom Aspergera: klinicheskoe opisanie [Jelektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/112> (data obrashhenija: 11.03.2021).
11. Shramm R. Detskij autizm i AVA: terapija, osnovannaja na metodah prikladnogo analiza povedenija. Ekaterinburg: Rama, 2013. 208 s.
12. Brown J. How to Be an Inclusive Leader. New York: Berrett-Koehler Publishers, 2021. 168 p.
13. Catlin K., McGraw S. Better Allies: Everyday Actions to Create Inclusive, Engaging Workplaces. London: Better Allies Press, 2021. 282 p.
14. Clark Th. R. The 4 Stages of Psychological Safety: Defining the Path to Inclusion and Innovation. New York: Berrett-Koehler Publishers, 2020. 193 p.
15. Rowe A. Asperger's Syndrome Meltdowns and Shutdowns. New York: Createspace Independent Publishing Platform, 2015. 112 p.
16. Smith J. G., Lindsay J.B. Beyond Inclusion. New York: Palgrave Macmillan, 2021. 234 p.
17. Stepanova G.A., Tashcheva A.I., Markova T.A., Shpakovskaya Y.E., Tokar O.V., Bazhenova N. G., Arpentieva M.R., Kirichkova M.E. Value-notional relations of people with persons with disabilities in additional and alternative education and in other inclusive social // International Journal of Education and Information Technologies, 2019, Vol. 13, P. 65-72.
18. Thiederman S. The Diversity and Inclusion Handbook. London: WalkTheTalk.com, 2019. 70p.
19. Winters M.-F. Inclusive Conversations. New York: Berrett-Koehler Publishers, 2020. 192 p.

A.I. Tashcheva¹, S.V. Gridneva¹, M.R. Arpentieva²
FEATURES OF INCLUSION OF PUPILS AND STUDENTS
WITH ASPERGER SYNDROME (I)

¹**Southern Federal University (Rostov-on-Don), ²Center for psychological, pedagogical, medical and social assistance «Assistance» (Kaluga).**

Summary. The aim of the research is to study the dynamics of the psychological status of schoolchildren and students with Asperger's syndrome in inclusive education, to analyze the conditions for the psychological support of integration in the process of inclusive education. An important condition for the possibility of a student's development in the educational team is the inclusive activity of a psychologist, tutor, teachers and other specialists. In inclusive education, it is important to smooth out negative aspects by focusing on the child's merits, which leads to the removal of «stuck» on negative behavior and increases the student's self-esteem, makes them want to take care of him or treat unusual behavior in his calmly. A comprehensive, operatively corrected program of inclusive coaching is needed - psychological and pedagogical support of clearly dosed step-by-step training and education, affecting all spheres of life of a person with Asperger's syndrome.

Keywords: inclusion, support, inclusive coaching, student, development, one of proximal development, perspective.

А.И. Ташёва¹, С.В. Гриднева¹, М.Р. Арпентьева²
**ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ
С СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА (II)**

¹Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону), ²Центр психологической, педагогической, медицинской и социальной помощи «Содействие» (Калуга).

Резюме. Цель исследования - изучение проблем инклюзии школьников и студентов с синдромом Аспергера в контексте изменений их психологического статуса, анализ условий психологического обеспечения интеграции школьников и студентов с синдромом Аспергера в инклюзивном образовании. Решение проблем инклюзивного обучения людей с синдромом Аспергера в школах и вузах связано с разработкой и реализацией комплексной оперативно корректируемой программы инклюзивного коучинга - психолого-педагогического сопровождения с четко дозированным алгоритмом поэтапного обучения и воспитания. Такая программа должна затрагивать все сферы жизнедеятельности человека с синдромом Аспергера, корректировать и предотвращать срывы развития.

Ключевые слова: инклюзия, сопровождение, инклюзивный коучинг, студент, развитие, зона ближайшего развития, перспектива.

Актуальность проблемы. В настоящее время абсолютное большинство специалистов, работающих с детьми, молодыми и взрослыми людьми с синдромом Аспергера, родители и близкие этих людей убеждены в том, что включение этих людей в социум значительным образом улучшает их психологический статус [4, 5, 6]. Оптимальным для выполнения этой задачи на данный момент считается инклюзивное обучение таких детей в среде психически сохранных сверстников [3, 16, 17]. Кроме того, поскольку они – часть социума, то им необходимо освоить основные социальные навыки, научиться ориентироваться в обществе и продуктивно взаимодействовать с посторонними сверстниками и взрослыми. Эти задачи решаются как в ходе инклюзивного образования, так и в рамках иных инклюзивных процессов, в том числе инклюзивного коучинга – работы междисциплинарной команды специалистов по психолого-педагогическому сопровождению инклюзивного образования [2, 7, 13].

Цель исследования - изучение проблем инклюзии школьников и студентов с синдромом Аспергера в контексте изменений их психологического статуса, анализ условий психологического обеспечения интеграции школьников и студентов с синдромом Аспергера в инклюзивном образовании. **Предмет изучения** – проблемы изменения психологического статуса ученика с синдромом Аспергера в процессе инклюзивного школьного и университетского обучения.

Метод исследования - теоретико-эмпирический анализ проблем инклюзии учеников с синдромом Аспергера и иными расстройствами аутистического спектра в образовательную среду. Изучение данных проблем включало теоретический и, далее, эмпирический анализ затруднений в инклюзивных процессах учащихся и обучающихся с синдромом Аспергера. Работа проводилась под руководством преподавателей Академии практической психологии ЮФУ и Института психологии КГУ им. К.Э. Циолковского.

Объектом исследования стали ученики школы и вузов Ростова и Калуги с

диагностированным синдромом Аспергера, соответствующим коду F84.5 согласно кодировке МКБ-10. Исследование осуществлялось с 2015 г. по 2020 г..

Результаты теоретического этапа исследования. Наиболее важными условиями возможности развития ученика в учебном коллективе является работа психолога и тьютора. В этой работе важнейшими моментами выступают: тщательность, внимательность, сосредоточенность специалиста, а также его гибкость, уверенность в себе и широкая зона профессиональной компетентности, включая зону межпрофессиональных контактов, оптимизм и реалистичность. Специалист по работе с людьми с синдромом Аспергера должен соединять подчас несоединимое: гибкость и постоянство. Очень многие исследователи отмечают, что для ребенка или юноши с этим нарушением крайне важно, чтобы они взрослые были спокойны и постоянны (предсказуемы в своих требованиях и поведении), заинтересованы и терпимы, в том числе в ответ на протестное поведение и иные особенные реакции, что способствует формированию психологической безопасности, в том числе доверительности [18, 20, 25]. Важно также учитывать, что специалисту - коучу, в том числе психологу, часто не всегда удастся последовательно и в полной мере реализовывать намеченные планы в связи с временными регрессами («откатами») в отношении уже сформированных и, казалось бы, закрепленных компетенций: эксцессы детерминируются физиологическими и иными особенностями ученика. Даже простейший, но очень новый сильный и неприятный раздражитель может значительно снижать дифференцированность, компетентность, восприимчивость в ответе на внешние стимулы и в реализации поведенческих компетенций и т. д.. «Аспи» многому труднее учиться, здесь важно правило «витальной необходимости» в преднамеренном, дозированном, пошаговом обучении», которое касается абсолютно всех сфер жизнедеятельности человека с синдромом Аспергера.

Следующим моментом является отношение со стороны сверстников: часто не понимающих своего необычного «визави». Инклюзивное образование полезно и «обычным» детям и молодым людям, оно способствует приобретению одноклассниками детей неопенимых навыков принятия «Аспи» как себе подобных, а вслед за ними и других людей с ограниченными возможностями здоровья, научению оказывать этим людям необходимую психологическую поддержку [1, 19, 24]. Неоднозначные переживания и подчас недоброжелательное внимание сверстников уменьшаются, если объяснить им наличие и суть особенностей реагирования и т. д. у ученика с ОВЗ, а также создать ситуацию возможности и необходимости помощи такому ученику. Это помогает «нормальным» детям научиться быть более открытыми и уважительными по отношению к внутреннему миру другого человека, и, несомненно, врачует многие травмы и проблемы людей с синдромом Аспергера, выбравших путь эгоцентрической изоляции и упрощения отнюдь не в целях развития, но скорее для облегчения психологически опасной для них жизни. Важно грамотное взаимодействие всех участников инклюзии, включая родителей, с учениками с синдромом Аспергера [11, 12, 13]. В первую очередь, им и остальным людям необходимо сглаживать негативные моменты взаимодействия, концентрируясь на достоинствах ребенка, что ведет к снятию «застывания» на негативном поведении и повышает самооценку ученика. Это, в свою очередь, вызывает у окружающих желание позаботиться о что-то не понимающем ребенке или взрослом человеке с синдромом Аспергера или хотя бы от-

носиться к необычному и странному поведению этого человека более спокойно [21, 22, 23]. При этом важно избегать гиперопекающего поведения родителей и наставников, которое приводит к чувству беспомощности у ребенка, также нужно избегать и отвержения, отдаления (эксклюзии), которые обычно приводят к чувству покинутости и формированию чувства вины [8, 9, 14].

В целом, в результате теоретического и эмпирического анализа было подтверждено, что пролонгированное, обусловленное целями совместной учебной деятельности и наполненное радостью и успехом принятия и уважения пребывание в коллективе психически здоровых сверстников и в окружении компетентных, создающих условия для развития учеников педагогов, способно минимизировать тревожность, когнитивные, эмоциональные и иные перегрузки учеников с синдромом Аспергера и многими иными синдромами и видами нарушений, компенсировать и преодолеть барьеры, связанные со многими иными негативными аспектами имеющегося у человека нарушения [21-23].

В ходе такой компенсации важно помнить о том, что не только «нейротипики» должны идти навстречу «аспи», помогая им преодолевать и обходить сложные ситуации, но и сами «аспи» нуждаются в том, чтобы понять свое место в социальном мире, нести ответственность за себя и свои поступки, отношения и т. д. Односторонней «инклюзии» образования для одних за счет других не существует: цель инклюзии – не только помочь людям с ОВЗ реализовать свои права, но и осознать и реализовать свои обязанности: в отношении себя, членов семьи, ученического и трудового коллектива и т. д.

В целом можно выделить несколько важных моментов инклюзии учеников с синдромом Г. Аспергера:

1) компетентная многофункциональная и сработанная команда специалистов психолого-педагогического сопровождения;

2) организация программы сопровождения по модели инклюзивного коучинга: обращенного к «зоне ближайшего развития» и ресурсам ученика;

3) необходима поддержка однокурсников и одноклассников, помогающая исцелять раны и наращивать опыт близких отношений;

4) необходима поддержка семьи и работа с семейным опытом «запутанных» отношений и т. д., исцеление семейных травм и самого ученика как исполнителя «патологизирующей семейной роли» (по выражению Э. Г. Эйдемиллера), травмирующей его и побуждающей к выбору эгоцентрической, изолированной позиции, страху перед переменами и т. д.

Заключение. В результате теоретического исследования были сформулированы гипотезы эмпирического исследования:

1. В ходе инклюзивного образования, включающего развернутую программу психолого-педагогического сопровождения социализации, может позитивно значительно изменяться психологический статус ученика с синдромом Аспергера, в частности, уровень его социальной адаптации.

2. Обучение ученика с особыми нуждами в коллективе обычных детей может способствовать формированию его социальных компетенций, преодолению психологических барьеров между учеником и его сверстниками.

Эти гипотезы стали результатом теоретического этапа нашего исследования и подверглись эмпирической проверке в ходе следующего этапа нашего исследования, описанию которого посвящена отдельная работа.

Важными условиями возможности развития ученика в учебном коллективе является инклюзивная деятельность психолога, тьютора, педагогов и иных специалистов. В инклюзивном образовании важно сглаживать негативные моменты, концентрируясь на достоинствах ребенка, что ведет к снятию «застываний» на негативном или непонятном поведении и повышает самооценку ученика, вызывает у окружающих желание помогать или со-присутствовать в инклюзивном процессе без конфликтов и стрессов.

Для каждого ученика с синдромом Аспергера необходима комплексная оперативно корректируемая программа инклюзивного коучинга - психолого-педагогического сопровождения, четко дозированного пошагового обучения и воспитания, затрагивающая все сферы жизнедеятельности человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арпентьева М.Р., Степанова Г.А., Демчук А.В., Тащёва, А.И., Булатова, Г.А. Актуальные проблемы психосоциального сопровождения инвалидов в образовательной среде // Современное педагогическое образование, 2018. № 5. 22 с.

2. Арпентьева М.Р., Тащёва А.И., Гриднева С.В. Идея взаимопомощи и инклюзивная культура // Современные подходы в отечественном и зарубежном образовании / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2018. 24 с.

3. Бедрединова С.В., Тащёва А.И. Концепция психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями и их близких // Психолого-педагогические особенности семьи XXI века / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2016. С. 391-403.

4. Гайдукевич С.Е. «Средовой подход в инклюзивном образовании» // Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы. Минск: Четыре четверти. 2007. 34 с.

5. Гринспен С., Уидер С. На «ты» с аутизмом. М.: Теревинф, 2017. 512 с.

6. Киселёва О.В. Роль семейных факторов в развитии детей с нервно-психическими расстройствами и расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1. С. 100-111.

7. Ключко Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 1. С. 94–107

8. Ромек В.Г. Открытие выученной беспомощности // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники. Ростов-на-Дону: РГУ, 2000, С. 278-287.

9. Семакова Е.В., Машкова И.Ю. Клинико-психологический анализ причин дизадаптации детей с расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19. № 2. С. 83-88.

10. Стоукс С. Дети с синдромом Аспергера: характеристика, стили обучения и стратегии помощи; [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С.1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/173> (дата обращения: 12.02.2021).

11. Тащёва А.И., Воронцов Д.В., Гриднева С.В. Консультативная психология: базовые методические проблемы. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федерального университета, 2016. 342 с.

12. Тащёва А.И., Золотухина М.О. Особенности инклюзии ребенка с синдромом Аспергера в общеобразовательную школу // Теория, практика и перспективы развития современной школы / Под ред. А.Ю. Нагорновой. Улья-

новск: Зебра, 2017. С. 287-297.

13. Уильямс К. Как понять ученика с синдромом Аспергера: руководство для учителей; [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/62> (дата обращения: 10.03.2021).

14. Уинг Л. Синдром Аспергера: клиническое описание [Электронный ресурс] // Организация по исследованию аутизма. 2017. С. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/112> (дата обращения: 11.03.2021).

15. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / Научн. ред. С. Анисимова. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013. 208 с.

REFERENCES

1. Arpent'eva M.R., Stepanova G.A., Demchuk A.V., Tashhjova, A.I., Bulatova, G.A. Aktual'nye problemy psihosocial'nogo soprovozhdenija invalidov v obrazovatel'noj srede // *Sovremennoe pedagogicheskoe obrazovanie*, 2018. № 5. 22 s.

2. Arpent'eva M.R., Tashhjova A.I., Gridneva S.V. Ideja vzaimopomoshhi i inkljuzivnaja kul'tura // *Sovremennye podhody v otechestvennom i zarubezhnom obrazovanii* / Otv. red. A.Ju. Nagornova. Ul'janovsk: Zebra, 2018. 24 s.

3. Bedredinova S.V., Tashhjova A.I. Konceptija psihologo-pedagogicheskoy reabilitacii detej s ogranichennymi vozmozhnostjami i ih blizkih // *Psihologo-pedagogicheskie osobennosti sem'i XXI veka* / Otv. red. A.Ju. Nagornova. Ul'janovsk: Zebra, 2016. S. 391-403.

4. Gajdukevich S.E. «Sredovoj podhod v inkljuzivnom obrazovanii» // *Inkljuzivnoe obrazovanie: sostojanie, problemy, perspektivy*. Minsk: Chetyre chetverti. 2007. 34 s.

5. Grinspen S., Uider S. Na «ty» s autizmom. M.: Terevinf, 2017. 512 s.

6. Kisel'jova O.V. Rol' semejnyh faktorov v razvitii detej s nervno-psihicheskimi rasstrojstvami i rasstrojstvami autisticheskogo spektra // *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*. 2020 (20). № 1. S. 100-111.

7. Klochko E.Ju. Zhizn' bez bar'erov: o perspektivah i izmenenijah v po-lozhenii detej s invalidnost'ju i invalidov s detstva // *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie*. 2016. T. 21. № 1. С. 94-107

8. Romek V.G. Otkrytie vyuchennoj bespomoshhnosti // *Psihologicheskoe konsultirovanie: Problemy, metody, tehniki*. Rostov-na-Donu: RGU, 2000, S. 278-287.

9. Semakova E.V., Mashkova I.Ju. Kliniko-psihologicheskij analiz pri-chin dizadaptacii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*. 2019. T. 19. № 2. S. 83-88.

10. Stouks S. Deti s sindromom Aspergera: harakteristika, stili obuchenija i strategii pomoshhi; [Elektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S.1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/173> (data obrashhenija: 12.02.2021).

11. Tashhjova A.I., Voroncov D.V., Gridneva S.V. Konsul'tativnaja psihologija: bazovye metodicheskie problemy. Rostov-na-Donu: Izd-vo Juzhnogo federal'nogo universiteta, 2016. 342 s.

12. Tashhjova A.I., Zolotuhina M.O. Osobennosti inkljuzii rebenka s sin-dromom Aspergera v obshheobrazovatel'nuju shkolu // *Teorija, praktika i perspektivy razvitija sovremennoj shkoly* / Pod red. A.Ju. Nagornovoj. Ul'janovsk: Zebra, 2017. S. 287-297.

13. Uil'jams K. Kak ponjat' uchenika s sindromom Aspergera: rukovodstvo dlja uchitelej; [Elektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S. 1.

URL: <http://www.aspergers.ru/node/62> (data obrashhenija: 10.03.2021).

14. Uing L. Sindrom Aspergera: klinicheskoe opisanie [Jelektronnyj resurs] // Organizacija po issledovaniju autizma. 2017. S. 1. URL: <http://www.aspergers.ru/node/112> (data obrashhenija: 11.03.2021).

15. Shramm R. Detskij autizm i AVA: terapija, osnovannaja na metodah prikladnogo analiza povedenija / Nauchn. red. S. Anisimova. Ekaterinburg: Rama Publishing, 2013. 208 s.

16. Brown J. How to Be an Inclusive Leader. New York: Berrett-Koehler Publishers, 2021. 168 p.

17. Catlin K., McGraw S. Better Allies: Everyday Actions to Create Inclusive, Engaging Workplaces. London: Better Allies Press, 2021. 282 p.

18. Clark Th. R. The 4 Stages of Psychological Safety: Defining the Path to Inclusion and Innovation. New York: Berrett-Koehler Publishers, 2020. 193 p.

19. Franklin M. The HeART of Laser-Focused Coaching: A Revolutionary Approach to Masterful Coaching. London: Thomas Noble Books, 2019. 294 p.

20. Inclusion in Action: Practical Strategies to Modify Your Curriculum / Ed. by N.B. Eredics. London: Brookes Publishing, 2018. 208 p.

21. Jana T., Baran M. Subtle Acts of Exclusion: How to Understand, Identify, and Stop Microaggressions New York: Berrett-Koehler Publishers, 2020. 200 p.

22. Johnson St. K. Inclusify: The Power of Uniqueness and Belonging to Build Innovative Teams/ New York: Harper Business, 2020. 288 p.

23. Jorgensen Ch.M., Kluth P. It's More Than «Just Being»: Creating Authentic Inclusion for Students with Complex Support Needs. New York: Brookes Publishing, 2018. 256 p.

24. McLeskey J., Rosenberg M. Inclusion: Effective Practices for All Students with Enhanced. New York: Pearson, 2017. 480 p.

25. Radecki D., Hull L., McCusker J., Ancona Ch. Psychological Safety: The key to happy, high-performing people and teams. New York: The Academy of Brain-based Leadership, 2018. 176 p.

A.I. Tashcheva¹, S.V. Gridneva¹, M.R. Arpentieva²
FEATURES OF INCLUSION OF PUPILS AND STUDENTS
WITH ASPERGER SYNDROME (II)

¹**Southern Federal University (Rostov-on-Don), ²Center for psychological, pedagogical, medical and social assistance «Assistance» (Kaluga).**

Summary. The aim of the research is to study the problems of inclusion of schoolchildren and students with Asperger's syndrome in the context of changes in their psychological status, to analyze the conditions of psychological support for the integration of schoolchildren and students with Asperger's syndrome in inclusive education. Solving the problems of inclusive education for people with Asperger's syndrome in schools and universities is associated with the development and implementation of a comprehensive, operatively corrected program of inclusive coaching - psychological and pedagogical support with a clearly dosed algorithm of step-by-step training and education. Such a program should affect all spheres of life of a person with Asperger's syndrome, correct and prevent developmental disruptions.

Keywords: inclusion, support, inclusive coaching, student, development, zone of proximal development, perspective.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. Статья набирается **шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**

3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ** в Word'e.

4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в приставном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно приставному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям 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 20.09.2021 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
