

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2022(22), № 1

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписка на сайте
«Пресса России»
<https://www.pressa-rf.ru/cat>

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. 2021

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

А.В. Горюнов ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ.....	4
Л.С. Эверт, Т.В. Потупчик, Ю.Р. Костюченко, Е.В. Окладникова, Ю.В. Зыкова ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЦЕФАЛГИЯМИ.....	16
И.В. Полякова ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ АГРЕССИВНОСТИ И ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПОДРОСТКОВ.....	27
Н.А. Довгая, А.Е. Малых МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХИ У ДЕТЕЙ.....	34
О.П. Шамова ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	41
Т.Ю. Кудряшова ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ.....	47
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
И.П. Киреева, Э.Л. Казанцева, И.К. Руднева СМЕШАННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТИПОЛОГИЯ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА.....	56
М.В. Злоказова, Н.В. Семакина ДИАГНОСТИКА И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ И С ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ.....	66
С.Ю. Цапина ТЕРАПИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ АГРЕССИИ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	75
Я.М. Акинкина ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ПРИНЯТИЕМ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОЗИЦИИ МАТЕРИ С ОПЫТОМ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ.....	84
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
В.С. Собкин, Д.В. Адамчук, Е.А. Калашникова, Ю.О. Коломиец, Т.А. Лыкова, А.В. Федотова МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ТАБАКОКУРЕНИЕ, УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ) СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОСНОВНОЙ И СТАРШЕЙ ШКОЛЫ.....	95
К.Л. Суркова, Н.В. Зверева НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ ПУТЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ЭКО, ИКСИ И ДР.)....	105
О.М. Волкова ПРИМЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОЙ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	115
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

A.V. Goryunov

FEATURES OF THE PREMORBID PERIOD IN CHILDREN WITH SCHIZOTYPAL
DISORDER..... 4

L.S. Evert, T.V. Potupchik, Yu.R. Kostyuchenko, E.V. Okladnikova, Yu.V. Zykova

PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH RECURRENT
CEPHALGIA..... 16

I.V. Polyakova

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN AGGRESSIVENESS
AND PERSONAL MATURITY OF ADOLESCENTS..... 27

N.A. Dovgaya, A.E. Malykh

CHILDREN'S MEDICAL FEARS..... 34

O.P. Shmakova

RISK FACTORS FOR EARLY DISABILITY DUE TO MENTAL DISORDERS..... 41

T.Yu. Kudryashova

EXPERIMENTAL STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF CHILDREN
FROM FAMILIES IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS..... 47

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

I.P. Kireeva, E.L., Kazantseva, I.K. Rudneva

MIXED AFFECTIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: DIFFICULTIES
IN DIAGNOSIS, TYPOLOGY, TREATMENT, PREVENTION..... 56

M.V. Zlokazova, N.V. Semakina

DIAGNOSTICS AND MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE
TO ADOLESCENTS WITH PRE-PAINFUL MENTAL CONDITIONS AND THE RISK
OF MENTAL DISORDERS..... 66

S.Yu. Tsapina

THERAPY OF PARENTAL AGGRESSION IN FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN..... 75

Y.M. Akinkina

PSYCHOTHEURAPIC WORK WITH ACCEPTANCE OF PARENTAL POSITION
OF A MOTHER WITH EXPERIENCE OF PERINATAL LOSS: CASE ANALYSES..... 84

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

V.S. Sobkin, D.V. Adamchuk, E.A. Kalashnikova, Yu.O. Kolomiets, T.A. Lykova, A.V. Fedotova

METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION OF ADDICTIVE
BEHAVIOR (SMOKING, ALCOHOL AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES)
AMONG PRIMARY AND HIGH SCHOOL STUDENTS..... 95

K.L. Surkova, N.V. Zvereva

NEURODEVELOPMENT OF CHILDREN CONCEIVED WITH THE HELP OF ASSISTED
REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES (IVF, ICSI, ETC.)..... 105

O.M. Volkova

EXAMPLES OF THE PRACTICAL USE OF A NEW TECHNIQUE FOR DIAGNOSING
ANXIETY-PHOBIC SYNDROME IN EARLY CHILDHOOD..... 115

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

А.В. Горюнов

ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Шизотипическое расстройство (ШТР) часто развивается в детском возрасте, причем, истинное начало расстройства возникает задолго до развития клинически очерченных симптомов заболевания. Диагностика ШТР обычно происходит в стадии обострения, которое часто связано с возрастными и средовыми кризовыми периодами, а также с влиянием психотравмирующих событий. Уже в преморбидном периоде ШТР выявляются негативные процессуальные расстройства, проявляющиеся дефицитом в эмоциональной, мотивационно-волевой и интеллектуальной сферах. Дефицитарные расстройства в значительной части случаев возникают в самом раннем детстве, определяя выраженность дизонтогенеза, при этом, чем раньше возникают первые психопатологические расстройства, тем выраженнее отклонения от нормативного развития и нарушения социальной, учебной адаптации.

Ключевые слова: шизотипическое личностное расстройство, псевдопсихопатическое шизотипическое расстройство, псевдоневротическое шизотипическое расстройство, детский возраст, преморбид, дизонтогенез.

Современные исследования показывают, что шизотипическое расстройство (ШТР), как правило, возникает в позднем подростковом возрасте [9], но может появляться и в более раннем возрасте - от 6 до 12 лет [10].

Необходимость своевременного начала терапии ШТР диктуется выраженным негативным влиянием заболевания на социальное и академическое функционирование [7, 13, 14, 18]. В связи с чем особую актуальность приобретает изучение преморбидного периода ШТР, так как позволит более точно определить истинное начало заболевания и начать адекватную фармакотерапию. Следует подчеркнуть, что при изучении преморбидного периода в детском возрасте следует учитывать значительные отличия в клинической картине заболевания на разных возрастных этапах, что связано с разницей в степени зрелости высших психических сфер.

Недостаточность данных о ранних этапах ШТР приводит к тому, что пациенты с уже начавшимся расстройством находятся вне психиатрического наблюдения, а затем долгое время наблюдаются с синдромальными диагнозами, поэтому активная, патогенетически направленная терапия начинается лишь при отчетливом обострении состояния [2, 4, 5]. Нельзя исключить, что столь частое, от 20%-40% случаев, развитие психотических форм шизофрении в группе с установленным диагнозом ШТР связано, в том числе, с несвоевременно начатой терапией [8, 11, 16]. Следует отметить, что в зарубежной литературе максимальное внимания уделяется преморбидному периоду психотических форм шизофрении. В отечественной психиатрии, традиционно основывающейся на нозологическом подходе, ШТР относится к формам шизофрении с малой прогрессивностью [1, 3, 6]. Это нашло свое отражение в адаптированном для России варианте МКБ-10, в которой в рубрику Шизотипическое расстройство включены различные формы вялотекущей шизофрении.

Начало заболеваний шизофренического спектра в детском возрасте всегда сопровождается признаками дизонтогенеза, поэтому важно оценить уровень преморбидного

функционирования, с анализом наследственности, перинатального периода, своевременности психомоторного развития, наличия неврологических симптомов, а также симптомов аффективных, невротических, поведенческих расстройств, для прогнозирования дальнейшего течения болезни, в том числе перехода в прогрессирующие формы шизофрении [1, 3, 5, 9, 12]

При изучении шизофрении у подростков было обнаружено, что в преморбиде у пациентов отмечаются задержка речевого развития, дислексия и дисграфия, значительные отклонения в психическом развитии, а также шизотипические особенности, трудности адаптации, нарушения поведения [1, 3, 9, 12]. При этом нарушения функционирования, адаптации и личностное своеобразие особенно выражены у пациентов с наибольшими отклонениями от нормативных показателей развития в раннем периоде. В то же время среди подростков с первым психотическим эпизодом в преморбиде у 54% была выявлена стабильно плохая адаптация, а у 7% - постоянно ухудшающаяся адаптация. При этом в группе с плохой адаптацией на протяжении наблюдения отмечались выраженные негативные симптомы в области амотивации [9, 12]. В недавнем систематическом обзоре лонгитюдных исследований были показано, что обширные когнитивные нарушения, такие как скорость обработки информации, вербальное обучение и память, исполнительная функция и социальное познание, предшествующие расстройствам шизофренического спектра, начинаются в раннем возрасте, что соответствует гипотезе, о связи шизофрении с патологией развития нервной системы [15].

Целью исследования являлось выявление преморбидных особенностей у детей с диагнозом ШТР, включая анализ особенностей развития, наличия наследственной отягощенности, уровня социальной адаптации, психопатологических нарушений, для определения ранних признаков начала заболевания, предикторов развития и дальнейшей клинической динамики заболевания.

Материал и методы. Было обследовано 150 больных, от 7 до 16 лет (ср. возраст 12,3 года, 102 мужского и 48 женского пола). *Критериями включения* являлись установленный диагноз Шизотипическое расстройство (F21), возраст пациентов от 7 до 16 лет, информированное согласие подростка и/или его родителей (законных представителей) на участие в исследовании. *Критериями исключения* - наличие текущего органического заболевания ЦНС, выраженных расстройств галлюцинаторно-бредового регистра в статусе на момент обследования, умеренная/тяжелая умственная отсталость (F70), невозможность получения достоверных анамнестических сведений.

Диагноз ШТР устанавливался на основании диагностических указаний изложенных в МКБ-10, с учетом признаков, необходимых для диагностики вялотекущей шизофрении в детском возрасте [3]. К таким признакам относятся: проявления шизотипического дизонтогенеза с эпизодами инициальных расстройств в доманифестном периоде, манифестация позитивной симптоматики непсихотического уровня, процессуальная трансформация в виде появления рудиментарных продуктивных расстройств, предпочтительных для шизофренического процесса и нарастания дефицитарной симптоматики без признаков выраженной задержки развития.

В исследовании использовались психопатологический, неврологический, патопсихологический, психометрический и статистический методы исследования. Выбор методов исследования был направлен на комплексное изучение основных симптомов и синдромов ШТР, процессов трансформации клинической картины в динамике, а также факторов связанных с характером течения и социальной адаптацией пациентов в процессе длительного катamnестического наблюдения. В качестве основного был избран клинко-психопатологический метод. Диагностическая процедура включала психопатологическое обследование пациентов с использованием анамнестических сведений, собранных у детей и их родителей, а также другой объективной информации (данные из

историй болезни, амбулаторных карт, медицинской документации других лечебно-диагностических/научных учреждений, характеристик, полученных по месту учебы).

Анализ доманифестного, манифестного периодов, а также течения болезни и адаптации больных проводился с помощью разработанной клинико-психопатологической карты обследования больного, включающей 109 квалификационных симптомов и признаков, отражающих факторы наследственной отягощенности, особенности перинатального, интранатального и постнатального периодов, отклонения в психоречевом и моторном развитии, наличие неврологической патологии, формирование коммуникативных навыков, социальную и учебную адаптацию, наличие экзогенных вредностей. Кроме того, в карте отмечались основные симптомы на разных этапах развития и течения настоящего заболевания, наличие дефицита в высших психических сферах (эмоциональной, волевой, мотивационной и когнитивной). Возрастной период до отчетливого начала заболевания (преморбид) оценивался по основным признакам дизонтогенеза: дефициту психической активности, нарушению коммуникативных способностей и межперсональных отношений, включая признаки аутизма, нарушению этапности и координированности психического и моторного развития.

Патопсихологическое обследование было направлено на оценку когнитивной, регулятивной, мотивационной, эмоционально-личностной сфер с применением набора патопсихологических средств диагностики, который определялся индивидуально, возрастными и клиническими особенностями пациента. Все заключения экспериментально-психологического исследования интегрировали информацию по когнитивному и эмоционально-личностному статусу.

Исследование соответствовало Хельсинкской декларации 1975 г и ее пересмотренному варианту 2000 г и было одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ. Статистическая обработка данных проводилась в лаборатории доказательной медицины и биостатистики НЦПЗ. Применялся пакет компьютерных программ STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.). Использовались методы описательной статистики для группировки данных. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Диагноз ШТР был установлен в возрасте от 7 до 10 лет у 30 больных, от 11 до 13 у 57 больных, от 14 до 16 лет у 63 больных (ср. возраст на момент установления диагноза ШТР составил $12,4 \pm 3,2$ года) (рис 1).

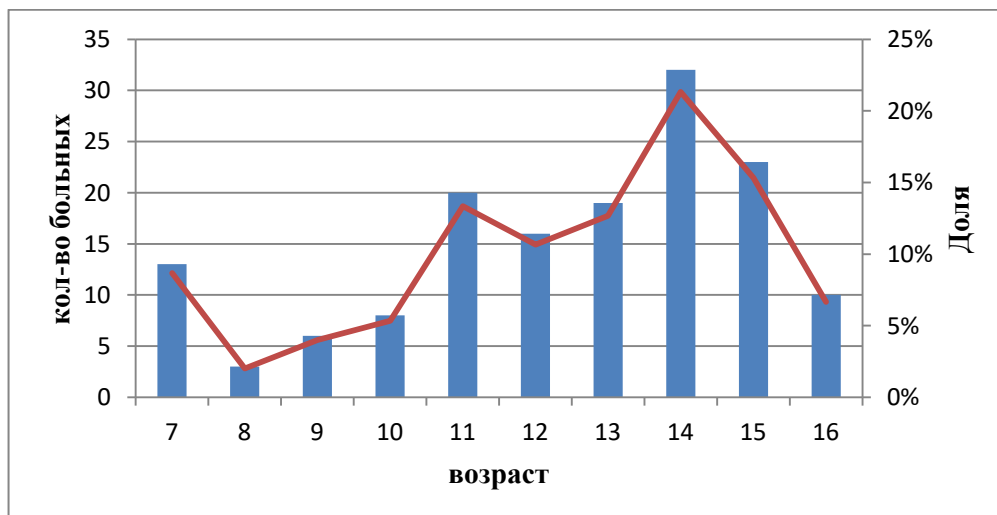


Рисунок 1. Возраст установления диагноза.

Как видно из представленного рисунка, частота диагностирования ШТР имела свои пики, которые были связаны с дизадаптацией¹ пациентов при начале обучения в школе в 7 лет и переходе в среднюю школу в 11 лет. Именно в эти возрастные периоды родители наиболее часто обращаются за консультацией психиатра, так как трудности общения и социализации становятся не только более заметными, но усиливаются в связи со стрессовым воздействием на ребенка. Постепенное учащение диагностирования ШТР к 14-летнему возрасту, по-видимому, отражает патогенетическое влияние пубертатного периода. Дальнейшее снижение частоты диагностики ШТР, обнаруженное в нашем исследовании, не является показательным, так как в этом возрасте снижается обращаемость к детским психиатрам.

В ходе опроса родителей были собраны сведения о родственниках 1-й и 2-й степени родства. Относительно молодой возраст родственников 2-й степени родства (деды, бабки обследуемых подростков) в ряде случаев позволял привлекать их к опросу с целью получения дополнительных сведений о родителях пациентов. При оценке наследственного фона больных учитывались не только верифицированные случаи психических заболеваний у родственников (шизофрения, психозы, аффективные заболевания), но также невротические расстройства, выраженные патохарактерологические особенности, в том числе близкие шизотипическому кругу, аддиктивное поведение и суицид.

Указания на психическое неблагополучие были выявлены у родственников 85% пациентов. Из них отягощение по обоим степеням родства отмечалась в 54%, наличие психической патологии только по 1-й степени выявлено у 37% пациентов. Спектр выявляемой психопатологии оказался следующим: шизофрения была диагностирована у 37 (25%) родственников, у 50 (33%) больных родственники страдали расстройствами настроения включая дистимию, циклотимию, биполярное расстройство настроения. Патохарактерологические особенности близкие шизотипическому кругу имели место у родственников 69 (46%) больных в 1 степени и у 27 (18%) во 2-й степени родства. Последние определялись широким спектром личностных особенностей, преимущественно относящихся к шизоидному, тревожному и возбудимому типам личности. В 27 (23%) случаях черты психического инфантилизма, психэстетической пропорции, чудаковатость, амимия, моторная диспластичность, наличие своеобразных мыслей, чаще метафизического содержания или идей отношения позволяли оценить личностную аномалию как шизотипическую. Следует отметить высокую отягощенность по расстройствам, связанным с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, выявленную в наследственности у 36 (24%) больных. Суицид был зафиксирован у родственников 1-й степени родства в 3 случаях, во 2-й степени - в 5 случаях.

Можно резюмировать, что в группе детей с ШТР обращает внимание высокая наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, в том числе эндогенного круга. Большая частота психических заболеваний, накопление патохарактерологиче-

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**»).

ских особенностей, расстройств невротического и аффективного регистра у родственников больных с ШТР отражает не только генетически обусловленную уязвимость больных, но влияние на них совокупности других факторов, таких как дисгармоничные стили воспитания, дизадаптивные модели родительского поведения, сложности в создании прочных брачных союзов. Это подтверждается высоким процентом в изученной выборке неполных семей, разводов, воспитания одним родителем.

С целью анализа возможного влияния факторов перинатальной патологии на развитие и клинические проявления ШТР ретроспективно был проведен анализ интранатального, перинатального и раннего постнатального периодов. Патология беременности (угроза прерывания беременности, стойкий и выраженный токсикоз, требующий госпитализации) отмечалась у 103 (69%) матерей. Роды были преимущественно срочные (83%), но патология в родах отмечалась у 72 (48%) матерей. В общей группе ШТР у 89 (59%) пациентов были указания на наличие признаков гипоксического поражения ЦНС перинатального генеза. По данным медицинской документации, практически все из них наблюдались неврологом с диагнозами перинатальная энцефалопатия, минимальная мозговая дисфункция или постгипоксическое поражение ЦНС. На первом году жизни у 58% обследованных неврологами было выявлено нарушение мышечного тонуса (с преобладанием случаев гипертонуса), у 66% пациентов синдромы повышения нервно-рефлекторной возбудимости, у 10% отмечались гипертензионно-гидроцефальный синдром, у 11% - симптомы угнетения ЦНС, у 9% - фебрильные судороги.

Рассматриваемая как основная в этиологии ШТР стресс-диатезная модель предполагает значительное влияние средовых факторов, ведущую роль среди которых играет семейное окружение и воспитание. Анамнестические данные показали, что почти половина (45%) обследуемых проживали в неполных семьях, а среди оставшихся в 15 % случаев родители характеризовали свои отношения как сложные, с тяжелой психологической атмосферой в семье. Стили воспитания в семьях различались, и не было обнаружено достоверного превалирования какого-либо из них. В целом можно было говорить о преобладании опекающего стиля с ограничением детей в свободе, с доминированием у родителей тревожных опасений за детей, а также авторитарного стиля со строгой дисциплиной, жесткими правилами и ограничениями. Наиболее часто встречались разнонаправленные стили у родителей в одной семье. В этих случаях у одного из родителей присутствовал так называемый либеральный стиль с попустительством, отсутствием рамок и границ дозволенного, незаинтересованность в жизни своих детей.

Оценка данных о развитии детей с ШТР на 1-м году жизни показала, что самые ранние признаки дизонтогенеза проявлялись отдельными нарушениями в инстинктивной и моторной сферах. Таких детей (66,4%) отличала повышенная реактивность на незначительный возбудитель (непривычный звук или тишина), чрезмерная крикливость, моторное беспокойство, нарушения сна, нерегулярность чередования сна и бодрствования. Родители наиболее часто сообщали, что до года дети просыпались от незначительного шума, спали только на руках у матери или на улице, а в дальнейшем длительное время отмечались трудности при засыпании. Значительно реже – у 10 (6,5%) пациентов отмечали снижение психической активности в виде вялости, адинамии, слабого ответа на дискомфорт. Дети, как правило, наблюдались неврологами с диагнозами повышение/снижение нервно-рефлекторной возбудимости, невротические реакции, расстройства сна или невропатия.

Всего в общей группе дисгармоничное психомоторное развитие в раннем детстве (до 6 лет) отмечалось у 99 (66%) больных с ШТР, а своевременное - у 51 (34%). Задержка психического развития отмечалась у 23 (15%) пациентов. Диссоциация в психическом развитии была выявлена у значительного числа пациентов - 62 (41%) и могла проявляться в различных сочетаниях: диссоциированность с отставанием в психическом развитии отмечалась у 26 (17%) пациентов, диссоциированность с опережением в некоторых сферах

отмечена у 18 (12%) больных. Достаточно часто, в 12% случаях, у пациентов отмечались особенности психического развития при формальной своевременности.

Наиболее выраженная задержка психического развития была характерна для детей, у которых отмечался период остановки или незначительного регресса в психическом развитии после перенесенных обычно в возрасте до 3 лет неочерченных эпизодов с неразвернутой психопатологической картиной, расцененных как начало психопатологических нарушений. Для таких детей в дальнейшем было свойственно ослабление инстинктивной сферы, аутистическое поведение в виде низкой речевой и интеллектуальной активности, стереотипность игровой и коммуникативной деятельности приводили к развитию диссоциированной задержки психического развития. Однако, глубокой дезинтеграции психической деятельности, выраженного регресса психического развития, характерных для злокачественной детской шизофрении, не формировалось, что свидетельствовало о незначительной прогрессивности или о стабилизации болезненного процесса на определенном этапе.

Выявленное большое разнообразие проявлений диссоциации было связано с индивидуальными различиями в отставании, своевременности или опережении в эмоциональной, волевой, мотивационной и интеллектуальной сферах. С одной стороны, крайним вариантами психического дизонтогенеза было диссоциированное снижение во всех сферах, а с другой - негрубый дефицит в одной из сфер при сохранности или даже опережении в других (табл.1).

Таблица 1.

Особенности раннего психического развития у пациентов с ШТР

Психическое развитие	Число больных	Доля в %
задержка	23	15%
своевременное	51	34%
опережение	14	9%
диссоциированное с задержкой	26	17%
диссоциированное с опережением	18	12%
своевременное с диссоциацией	18	12%
всего	150	100

При оценке моторного развития у 45% пациентов была выявлена его задержка в виде замедленного формирования моторных функций (переворачивание, ползание, сидение, ходьба, развитие координации) при своевременном раннем психическом развитии (первые слова, фразовая речь, пополнение словарного запаса и овладение новыми навыками). У значительной части детей (37 %) при формальной своевременности раннего моторного развития выявлялись признаки его своеобразия, например, отставание формирования тонкой моторики. Такие дети медленнее осваивали навыки самообслуживания, долго не могли научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать обувь, при этом в случае сверхценного интереса быстро учились собирать сложные конструкции из мелких деталей «Лего», пользоваться пультом телевизора или компьютерной мышью, что отражает значительное влияние мотивационного компонента. Нередко присутствовало нарушение координации движений, проявляющееся неуклюжестью, отсутствием гармонии в движениях, угловатостью.

Среди неврологических симптомов преобладали расстройства регуляции и интеграции движений в сочетании с разнообразными экстрапирамидными нарушениями, вследствие чего при отсутствии парезов и параличей изменялась не столько функция как таковая, сколько ее цельность, завершенность, согласованность с другими психическими актами. С позиций психопатологии своеобразие и вычурность моторики, нелепость мимики,

движений и речевых построений, импульсивность и стереотипность двигательных актов можно расценить как неврологический эквивалент специфичных для расстройств шизофренического спектра схизиса и дискордантности психических функций.

Оценка психического развития включала анализ каждой из высших психических сфер: интеллектуальной, эмоциональной, волевой и мотивационной. Своевременность развития пациентов в раннем периоде сопоставлялось с нормативными данными, в частности по срокам появления слежения взглядом, реакции оживления на родителей, новые игрушки, реакции на дискомфорт и т. п., формирования экспрессивной и импрессивной речи. Оценка эмоциональности основывалась на сведениях родителей об адекватности эмоциональных реакций, потребности в общении и коммуникации, признаках синтонности, экстраверсии и интроверсии и т. д. О нарушении развития волевой сферы можно было судить по отставанию в формировании функции контроля, низкой способности в сравнении со сверстниками к волевому усилию, что проявлялось в широких пределах от недержания аффекта, трудностей контроля над моторной активностью, вниманием до сложностей переключения между видами деятельности. Оценка мотивационной сферы представляет наибольшие сложности в детском возрасте, который по природе своей является периодом повышенного стремления к новому. Поэтому нарушения в этой сфере констатировались только при грубом отставании или снижении интересов и познавательной активности. Чем старше становится ребенок, тем сложнее было оценивать своевременность и гармоничность психического развития. Отсутствие инструментов для количественной оценки каждой из сфер (исключая интеллектуальную) диктовала необходимость опираться на внешние проявления отставания с обязательным патопсихологическим обследованием пациентов.

Дефицит в эмоциональной сфере у этих детей проявлялся с первых лет в сдержанности, холодности, отсутствии чувства сопереживания при высокой эгоцентричности и личной уязвимости, низкой потребности в общении. Диссоциация эмоций проявлялась в отсутствии у детей внешних проявлений эмоциональной привязанности к родителям - не целовали, избегали тактильного контакта, не говорили, что любят, при высокой симбиотической привязанности к одному из родственников. С возрастом отсутствие чувства сопереживания, эгоцентричность, близкие к психэстетической пропорции, усиливались. Диссоциация в эмоциональной сфере могла проявляться присущей некоторым детям с ШТР особой эстетичностью (более тонким или особым пониманием поэзии, музыки или изобразительного искусства) с безразличием к чувствам других. Эмоциональные нарушения могли проявляться как уплощенностью с пассивностью, отгороженностью, так и противоречивостью с чрезмерной чувствительностью, восторженностью или жалостливостью в одних ситуациях и холодностью до бесчувственности в других. Особенно заметными нарушения поведения становились при извращенности эмоциональных реакций, когда удовольствие приносило причинение другим боли, переживания или дискомфорта.

Несформированность волевой сферы с раннего возраста проявлялась трудностями контроля. Таким детям было свойственно недержание аффекта, то есть ослабление контроля над внешним выражением чувств в виде выраженной эмоциональной лабильности и обостренных аффективных реакций. В первую очередь это проявлялось протестными реакциями или истериками в ответ на фрустрацию или при нежелании делать что-то. Родители отмечали чрезвычайную вспыльчивость, истерики по незначительному поводу, трудности при выполнении заданий вне сферы своих увлечений, то есть требующих волевого усилия. Трудности контроля сопровождались эмоциональной лабильностью, которая могла выражаться и чрезмерной радостью с двигательным возбуждением при эмоционально приятных событиях. Так как волевая сфера отвечает, в том числе, за контроль над моторными актами и целенаправленностью мышления, включая функцию планирования, при ее дефиците в большинстве случаев отмечались признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ). При сохранном интеллекте, ком-

муникативных навыках и эмоциональности у таких детей отмечались социальные проблемы из-за несдержанности. В ряде случаев нарастало снижение успеваемости и педагогическая запущенность при недостаточном контроле со стороны (табл. 2).

Таблица 2.

Дефицит высших психических сфер в преморбиде у больных ШТР

Дефицит	Число пациентов	Доля в %
Нет	4	3%
эмоциональный	44	29%
эмоциональный + мотивационный	9	6%
эмоциональный + волевой	40	27%
мотивационный+ волевой	8	6%
волевой	7	5%
эмоциональный + мотивационный+ волевой	38	25%

Задержка или признаки диссоциации в интеллектуальной сфере были наиболее заметны и выявлялись в широких пределах - от значительного отставания, особенно заметного в раннем возрасте, до негрубой диссоциированной задержки в некоторых областях при сохранности или даже опережении в других. Так, некоторые дети были очень продуктивны в областях своих сверхценных интересов, например, обладали математической одаренностью, успехами в освоении компьютера, музыке или стихосложении и т. п., при этом отставали в приобретении знаний и навыков, требующих приложения усилий. То есть сохранность мотивации могла частично компенсировать волевою дефицитарность. Однако даже при наличии порой значительных успехов практически у всех детей с ШТР выявлялась узкая избирательность и однообразность занятий и интересов.

Особенности эмоционального реагирования, интеллектуального развития и трудности волевого контроля создавали условия для нарушения социальной адаптации в дошкольных учреждениях. В большинстве случаев это было связано с тревогой разлуки с родителями, несколько реже с протестностью, при необходимости соблюдать требования учреждения, в ряде случаев с агрессивностью и неконтролируемостью поведения. Из всей группы детский сад посещали 98 (65%) детей, трудности адаптации в дошкольных учреждениях отмечалась у 75 (50%) детей. Из общей группы 28 (19%) детей не смогли адаптироваться и прекратили посещение детского сада. В зависимости от выраженности отставания или диссоциации в развитии нарушения проявлялись в широких пределах. Наиболее часто отмечалось невыполнение требований воспитателей, непонимание игр или интересов сверстников, отсутствие стремления к совместным играм или недопонимание ролевых правил. Дети или не стремились к активному контакту, предпочитая игры в одиночестве, или бездумно копировали игровую активность других детей. Не понимая тонкостей межличностного взаимодействия и не обладая достаточным контролем, эти дети не могли остановиться в игре, поэтому часто попадали в конфликтные ситуации. В зависимости от уровня психического развития нарушения игровой активности проявлялись в широких пределах = от стереотипной, бессодержательной игры с частым использованием неигровых предметов (крышки кастрюль, веревки и т. п.) до не лишенной творчества игры, но также с элементами стереотипности и сверхценности, часто непонятной сверстникам. То есть независимо от уровня интеллекта в их играх, в основном, отсутствовал динамичный сюжет и преобладала стереотипность.

Особенно заметными отличия пациентов от возрастной нормы становились при начале обучения в школе. В первую очередь это касалось возможностей пациента для адаптации в новых условиях, с которыми столкнулись 50 (33%) пациентов, и способности к усвоению материала. Дизадаптация проявлялась в низкой способности придержи-

ваться требований социума, сложностями в установлении межличностных отношений, отставании в усвоении учебного материала. Значительное число детей, особенно с ранним началом заболевания, обучалось в индивидуальной форме или в классах коррекции, или в школах с особым режимом обучения (малые классы, сокращенная программа), причем, вопреки ожиданиям, процент обучающихся в такой форме с возрастом не снижался, а нарастал. Так, в начальной школе в особых условиях в группе больных ШТР обучались 30 (20%) детей. При анализе данных выявлено увеличение количества детей, перешедших на специальные условия обучения. К окончанию 9 класса, их количество составило 36 (24%). В связи с тем, что в старшем школьном возрасте были обследованы не все пациенты, точных данных получить не удалось, но тенденция к нарастанию школьной дизадаптации сохранялась. Так, из 103 обследованных в 16-17 лет в специальных условиях обучались 28 (27%) человек.

В общей группе высокая успеваемость в младших классах отмечалась у 46 (31%) детей, а к старшим классам количество отличников снизилась до 16%. Обратная ситуация наблюдалась с низкой успеваемостью, которая в младших классах была у 20% детей, а к старшим достигла 53%. Согласно полученным данным, можно констатировать устойчивое снижение успеваемости у пациентов с ШТР с течением времени. Столь значительное снижение успеваемости отражает не только наличие когнитивного и волевого дефицита свойственного больным ШТР, но и его нарастание с течением болезни, что может расцениваться как признак прогрессивности заболевания.

Таким образом, до появления отчетливых клинических проявлений ШТР можно констатировать постепенное углубление дефицитарных нарушений в эмоциональной, мотивационно-волевой и интеллектуальных сферах, которые являлись ядром негативных процессуальных симптомов: эмоциональной отгороженности, апатии, абулии, когнитивного дефицита.

Развитие клинической картины ШТР, соответствующее диагностическим критериям, происходило постепенно, волнообразно, в течение нескольких лет. Наиболее часто в преморбидном периоде из продуктивных психопатологических симптомов отмечались депрессия (71%), нарушения поведения (63%), обсессивно-компульсивные расстройства (29%), тревожно-фобические расстройства (45%), трудности обучения (69%), трудности общения (72%), рудиментарные обманы восприятия (52%), персекуторные идеи (43%), СДВГ (21%), аутистическое поведение (21%). Реже выявлялись персекуторные идеи, рудиментарные обманы восприятия и заметные нарушения мышления. В подавляющем большинстве случаев отчетливое обострение было связано с длительной психотравмирующей ситуацией (%). Однако достаточно сложно было оценить первопричинность таких ситуаций и шизотипических симптомов. Нарастающая шизотипия создавала условия для социальной изоляции, депривации, школьной неуспеваемости, идей малоценности, то есть хронического психостресса, который, в свою очередь являлся триггером депрессивных, тревожно-фобических, поведенческих расстройств с присоединением идей отношения, подозрительности, рудиментарных обманов восприятия, нарушений мышления.

Подострое начало (до 6 мес.) шизотипических расстройств отмечалось только у 17 (11)% больных и всегда было связано с острой стрессовой ситуацией. До 10 лет на первом месте среди стрессов стоял развод родителей, затем буллинг и боязнь демонстрации несоответствия с формированием школьной фобии. В раннем пубертатном возрасте на первое место выходили социальная изоляция, неприятие сверстниками, буллинг. Следует отметить, что частым триггером являлось резкое изменение привычных условий, таких как переезд, смена школы, которые выявляли снизившиеся способности к адаптации, еще незаметные в привычных условиях. Таким образом, обращение к психиатру и установление диагноза ШТР происходило значительно позже реального начала заболевания (табл. 3).

Таблица 3.

Сравнение возраста начала психопатологических расстройств, первого обращения к психиатру и установления диагноза ШТР

Возраст начала психопатологических расстройств	Число детей с началом психопатологических расстройств		Число впервые обратившихся к психиатру		Число детей с впервые установленным диагнозом ШТР	
до 3 лет	38	25%	8	5%	0	
с 4 до 6	36	24%	10	7%	0	
с 7 до 10	15	10%	22	14%	30	20%
с 11 до 13	41	27%	52	35%	57	37%
с 14 до 16 лет	20	13%	58	39%	63	43%
Всего	150	100%	150	100%	150	100%

По диагностическим критериям 57 (38%) пациентам был установлен диагноз псевдоневротическая форма ШТР (F21.3), 48 (32%) - псевдопсихопатическая форма (F21.4), 45 (30% - шизотипическое личностное расстройство (ШТРЛ) (F21.8). Были выявлены статистически значимые различия в частоте установления того или иного диагноза в зависимости от возраста возникновения первых психопатологических расстройств (табл. 4).

Таблица 4.

Диагностическая оценка в зависимости от возраста начала психопатологических расстройств

Возраст начала	Псевдоневротический вариант ШТР (F21.3)		Псевдопсихопатический вариант ШТР (F21.4)		Шизотипическое личностное расстройство (F 21.8)	
до 3 лет	6*	11%	7**	15%	25*, **	56%
с 4 до 6 лет	15	26%	11	23%	11	24%
с 7 до 10 лет	7	12%	7	15%	1	2%
с 11 до 13 лет	17	30%	16	33%	6	13%
с 14 до 16 лет	12*	21%	7	15%	2*	4%
Всего	57	38%	48	32%	45	30%

Примечание. *-достоверность различий между группами $p \leq 0,05$.

Как видно из таблицы, у больных с диагнозом ШТРЛ первые психопатологические нарушения начинались в 80% случаев в дошкольном возрасте, из них в 56% = в наиболее раннем возрасте (до 3 лет). Псевдоневротическая и псевдопсихопатическая формы ШТР преимущественно начинаются в подростковом возрасте. Это отражает зависимость преобладающей симптоматики, лежащей в основе диагностики по выделенным формам ШТР, от соотношения негативных и позитивных шизофренических симптомов, связанных как с выраженностью ущерба (максимальном при раннем начале), так и с длительностью пересестирования расстройств, отражающего прогрессивность процесса.

Заключение. Таким образом, исследование показало, что ШТР развивается в детском возрасте, причем начало расстройства возникает задолго до развития клинически очерченных симптомов заболевания. Диагностика ШТР обычно происходит в стадии обострения, которое часто связано с возрастными и средовыми кризовыми периодами, с влиянием психотравмирующих событий. Диагноз Шизотипическое личностное расстройство достоверно чаще выставляется при раннем начале психопатологических расстройств, а псевдоневротическая форма ШТР диагностируется в старшем подростковом возрасте.

Уже в преморбидном периоде ШТР выявляются негативные процессуальные расстройства, проявляющиеся дефицитом в эмоциональной, мотивационно-волевой и интеллектуальной сферах. Дефицитарные расстройства в значительной части случаев возникают в самом раннем детстве, определяя выраженность дизонтогенеза, при этом, чем

раньше возникают первые психопатологические расстройства, тем выраженнее отклонения от нормативного развития и нарушения социальной, учебной адаптации.

Преморбидный период у больных с ШТР характеризуется дизонтогенезом с преобладанием диссоциации психического развития, особенностями формирования коммуникативной активности, нарушениями поведения, включая гипердинамические расстройства, эпизодами невротических расстройств в виде навязчивостей, страхов, частотой аффективных расстройств от нерезко выраженных колебаний, до затяжных депрессивных состояний тяжелой степени с суицидальным поведением. При начале ШТР в детском возрасте более чем в половине случаев психопатологические расстройства выявляются уже в возрасте до 6 лет. Рано возникшие психопатологические расстройства обычно имели стертый характер, редко приводили к выраженной декомпенсации и обращению к психиатру, но часто требовали наблюдения невролога, психолога и дефектолога. В дальнейшем формировалось искаженное по шизотипическому типу развитие без признаков выраженной задержки. Диссоциация в психическом развитии проявлялась в ограниченности межличностных контактов, беспомощности в плане формирования социальных навыков, сенситивности с чертами психэстетической пропорции, дизгармоническом инфантилизме с симбиотической зависимостью от матери при достаточном развитии формально-логической стороны мышления, большом запасе общих сведений и выраженной познавательной активности.

Дальнейшее течение может проходить с постепенным нарастанием дефицита, особенно после эпизодов с кратковременными, но отчетливыми продуктивными расстройствами. В таких случаях происходит устойчивое снижение успеваемости и нарастание социальной дизадаптации. Также выявляются случаи со стабильным дефицитом, в ряде случаев с возможностью частичной компенсации, эволютивным развитием, но с формированием устойчивых личностных особенностей по типу постпроцессуальных изменений личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В. Оценка неврологических симптомов при дифференциальной диагностике шизофрении и шизотипических расстройств в детском возрасте // Психиатрия. № 1 2019. С.4-9;
2. Иванец Н.Н. Ефремова Е.Н. Особенности клинической картины аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства // Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. 2018.118 (6). С. 4-9.
3. Козлова И.А. Современное состояние учения о детской шизофрении // Психиатрия. 2008. № 3. С. 7-12.
4. Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А.П. Коцюбинского. СПб.: СпецЛит, 2015. 495 с.
5. Мазаева, Н.А. Предвестники шизофрении: взгляд на проблему // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2020. № 3 (22). С. 4–16.
6. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., Чеховский печатный двор, 2017. 304 с.
7. Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Макаров Р.О., Чумак М.А. Эпидемиология расстройств шизотипического спектра и некоторые показатели качества жизни больных // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. . 2013. № 6. С. 38 -41

REFERENCES

1. Gorjunova A.V., Danilova L.Ju., Gorjunov A.V. Ocenka nevrologicheskikh simptomov pri differencial'noj diagnostike shizofrenii i shizotipicheskikh rasstrojstv v detskom vozraste» // Psihiatrija. № 1 2019. S.4-9;
2. Ivanec N.N. Efremova E.N. Osobennosti klinicheskoy kartiny affektivnykh narushenij v strukture shizotipicheskogo rasstrojstva // Zh. nevrol. i psihiatr im. S.S. Korsakova. 2018.118 (6). S. 4-9.
3. Kozlova I.A. Sovremennoe sostojanie uchenija o detskoj shizofrenii // Psihiatrija. 2008. № 3. S. 7-12.
4. Kocjubinskij A.P. Autohtonnye nepsihoticheskie rasstrojstva / pod red. A.P. Kocjubinskogo. SPb.: SpecLit, 2015. 495 s.

5. Mazaeva, N.A. Predvestniki shizofrenii: vzgljad na problemu // Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina. 2020. № 3 (22). S. 4–16.
6. Smulevich A.B. Maloprogridientnaja shizofrenija i pograničnyje sostojanija. M., Chehovskij pečatnyj dvor, 2017. 304 s.
7. Usacheva E.L., Pankova O.F., Makarov R.O., Chumak M.A. Jepidemiologija rasstrojstv shizotipičeskogo spektra i nekotorye pokazateli kachestva žizni bol'nyh // Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina. 2013. № 6. S. 38–41
8. Horton L.E., Tarbox S. I., Olino T. M., Haas G. L. Trajectories of premorbid childhood and adolescent functioning in schizophrenia-spectrum psychoses: A first-episode study. *Psychiatry Res.* 2015 Jun 30; 227(0): 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.013>
9. Jones H.P., Testa R. R., Ross N., Seal M.L., Pantelis C., Tonge B. The Melbourne Assessment of Schizotypy in Kids: A Useful Measure of Childhood Schizotypal Personality Disorder. Research Article | Open Access, Volume 2015 |Article ID 635732 | <https://doi.org/10.1155/2015/635732> <https://doi.org/10.1155/2015/635732>
10. Larsen, T. K., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., & McGlashan, T. H. (2004). Premorbid adjustment in first-episode non-affective psychosis: Distinct patterns of pre-onset course. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 108–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.108>
11. McClure MM, Harvey PD, Bowie CR, Iacoviello B, Siever LJ. Functional outcomes, functional capacity, and cognitive impairment in schizotypal personality disorder. *Schizophr Res.* 2013.
12. McGurk SR, Mueser KT, Mischel R. et al. Vocational functioning in schizotypal and paranoid personality disorders. *Psychiatry Res.* 2013. –Vol.210. –P.498–504.
13. Mohn-Haugen C.R., Mohn C., Larøi F., Teigset C.M., Øie M.G., Rund R. A systematic review of premorbid cognitive functioning and its timing of onset in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res Cogn* . 2022, Mar 1;28:100246. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100246>
14. Nordentoft M., Thorup A., Petersen L. et al., “Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment,” *Schizophrenia Research*, vol. 83, no. 1, pp. 29–40, 2006
15. Roberts S., Garalda E., Renfrew D.. Schizotypal disorder among child and adolescent mental health services users, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, vol. 40, no. 12, p. 1366. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00005>
16. Skodol AE, Gunderson J.G., McGlashan T.H., Dyck I.R. et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. // *Am J Psychiatry* 2002; 59:276–283.

A.V. Goryunov

FEATURES OF THE PREMORBID PERIOD IN CHILDREN WITH SCHIZOTYPAL DISORDER

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. Schizotypal disorder often develops in childhood, and the true onset of the disorder occurs long before the development of clinically delineated symptoms of the disease. Diagnosis of STD usually occurs in the acute stage, which is often associated with age-related and environmental crisis periods, as well as with the influence of psychotraumatic events. Already in the premorbid period of STD, negative procedural disorders are revealed, manifested by deficits in the emotional, motivational-volitional and intellectual spheres. Deficiency disorders in a significant part of cases occur in early childhood, determining the severity of dysontogenesis, while the earlier the first psychopathological disorders occur, the more pronounced are deviations from normative development and violations of social and educational adaptation.

Keywords: schizotypal personality disorder, pseudopsychopathic schizotypal disorder, pseudoneurotic schizotypal disorder, childhood, premorbid, dysontogenesis.

Л.С. Эверт^{1,3}, Т.В. Потупчик², Ю.Р. Костюченко¹, Е.В. Окладникова²,
Ю.В. Зыкова⁴

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЦЕФАЛГИЯМИ

¹Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН», НИИ медицинских проблем Севера – обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН, ²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» (Красноярск), ³Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Медико-психолого-социальный институт (Абакан), ⁴ООО Лечебно-диагностическая клиника «Медицина компьютерных технологий» (Красноярск).

Резюме: Повторяющиеся приступы головной боли ведут к снижению качества жизни, отражаясь на психоэмоциональном состоянии и поведении подростков. Взаимосвязь рецидивирующих цефалгий с психическим здоровьем подростков – важная проблема современной педиатрии. В статье приведены результаты исследования особенностей психопатологических характеристик (уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, выраженности личностной и реактивной тревожности) у 224 подростков 12-18 лет с рецидивирующими цефалгиями. Установлено, что частые цефалгии ассоциированы с более выраженным уровнем дистресса (у 46,7%), депрессии (у 40,0%), тревоги (у 53,3%) и соматизации (у 20,0%), у подростков с частыми цефалгиями чаще регистрируется высокий уровень личностной (у 80,0%) и реактивной (у 66,7%) тревожности.

Ключевые слова: подростки, цефалгии, психопатологические расстройства.

Введение. В последнее время среди детей и подростков все чаще встречаются функциональные соматические расстройства (functional somatic disorders - FSD), включающие в себя физические (соматические) симптомы, которые либо несоразмерны, либо несовместимы с анамнезом, физикальным обследованием, лабораторными, нейрофизиологическими и другими результатами исследований [2, 16, 20]. В число FSD входят, в частности, такие расстройства, как рецидивирующие головные боли, астенический синдром, боли в животе, боли в спине, нейрогенные синкопальные состояния, синдром вегетативной дисфункции. Рецидивирующая цефалгия (РЦ) относится к наиболее часто встречающимся у детей и подростков функциональным соматическим расстройствам [3, 9, 10, 14], ее частота увеличивается на протяжении всего детства с максимальным подъемом в подростковом возрасте. Несмотря на то что FSD часто имеют преходящий характер, их значительная доля в детской популяции постоянна и связана с выраженным влиянием на качество жизни, с развитием нарушений психоэмоционального состояния и пограничных психических расстройств.

Во многих исследованиях в области психосоматической патологии делается акцент на том, что наличие сопутствующих расстройств у детей с функциональными соматическими симптомами усложняет их течение, а в случае несвоевременной диагностики и отсутствия лечения может привести к формированию хронической психосоматической патологии [6, 7, 19, 21], все это свиде-

тельствует о целесообразности и необходимости проведения ранней диагностики [12] и обоснованной коррекции данных видов нарушений у детей и подростков. Тем не менее, исследования, проводимые в этой области, достаточно немногочисленны и нередко дают неоднозначные результаты.

Важнейшим направлением исследований современной подростковой медицины и психологии является проведение скрининговых исследований коморбидных ассоциаций психопатологических расстройств с функциональными соматическими нарушениями (в том числе с РЦ) в детских подростковых популяциях. В целом немногочисленные исследования посвящены проблеме психопатологии подростков с функциональными соматическими расстройствами. В то же время результаты проведенных в последние годы исследований свидетельствуют о частых сопутствующих нарушениях психоэмоционального статуса и изменениях психопатологического профиля у лиц с цефалгиями, особенно с мигренью и частыми эпизодами головной боли напряжения [6, 7, 19, 21, 23]. В связи с чем все более актуальной становится проблема ранней диагностики данных видов нарушений и их своевременная коррекция в рамках проведения общего комплекса лечебно-профилактических мероприятий у лиц с цефалгиями [5, 11, 17, 18].

С учетом вышесказанного **целью** нашего исследования было изучение особенностей психопатологических характеристик у подростков с РЦ.

Материал и методы: Дизайн исследования включал проведение одномоментного скринингового исследования. Объектом исследования были случайные выборки подростков 12-18 лет (мальчиков и девочек) – учащихся 3-х средних общеобразовательных учебных заведений. Обследовано 224 подростка, из них 93 (41,5%) мальчика и 131 (58,5%) девочка, средний возраст $14,3 \pm 1,2$ лет. Сбор необходимой информации осуществлялся путем заполнения скрининговых анкет и тестовых опросников. Анкетный опрос проводили после получения письменного информированного согласия на участие в исследовании родителей подростков младше 15 лет или самих школьников в возрасте старше 15 лет. При оценке показателей психопатологического профиля подростков с различными видами цефалгий оценивали уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, а также выраженность тревожности (личностной и реактивной).

Уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации определялся с использованием русскоязычной версии опросника 4DSQ, разработанного голландскими специалистами В. Terluin и соавт. (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire – 4DSQ) [22]. Данный опросник был специально разработан для разделения клинических проявлений дистресса и соматизации и проявлений депрессии и тревоги в условиях первичного звена здравоохранения и при скрининговых исследованиях. Опросник 4DSQ представляет собой анкету для самостоятельного заполнения пациентами, состоит из 50 пунктов, оценивающих у обследуемого выраженность симптомов по субшкалам дистресса, депрессии, тревоги и соматизации за предшествующий 7-дневный период. Варианты ответов на вопросы сформулированы как «нет», «иногда», «периодически», «часто», «очень часто или постоянно». Ответы оцениваются по шкале от 0 до 2 баллов, где 0 баллов – «нет»; 1 балл – «иногда»; 2 балла – для всех остальных вариантов ответа. При обработке опросника количество баллов суммируется в соответст-

вии с отдельными шкалами. Шкала стресса содержит 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32); шкала депрессии – 6 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 12); шкала тревожности – 12 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 24); шкала соматоформных нарушений – 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32). После подписания информированного согласия на участие в исследовании пациентами проводилось заполнение опросника 4DSQ в присутствии исследователя, время заполнения опросника составляло 15-20 мин.

Уровень тревожности оценивался с использованием теста Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина [1]. Верифицировали два вида тревожности – личностной и реактивной (ситуативной) с определением степени их выраженности (низкой, умеренной, высокой). Подсчитывали сумму баллов соответствующих шкал опросника. Степень выраженности тревожности оценивали по следующим критериям: ≤ 30 баллов – низкий уровень тревожности, 31-45 баллов – умеренно выраженный уровень и ≥ 46 баллов – высокий уровень тревожности.

Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБНУ ФИЦ КНЦ СО РАН. Этическая экспертиза осуществлена в соответствии с процедурой комплексной экспертной оценки, предусмотренной для исследований по данному направлению.

Статистическая обработка данных проводилась с применением методов непараметрической статистики в программе Statistica 12. Сравнивали показатели в 3-х группах: без РЦ ($n=113$), с редкими ($n=96$) и частыми ($n=15$) эпизодами цефалгий. Достигнутый уровень значимости различий (p) для бинарных признаков оценивали по критерию χ^2 Пирсона (chi-square Pearson). Формой представления результатов анализа качественных (бинарных) признаков были: % доля, абсолютное значение χ^2 Pearson, показатель статистической значимости различий (p) и границы доверительного интервала (ДИ) для % доли. Доверительный интервал для процентной доли оценивали по методу Уилсона (Wilson) и рассчитывали с использованием онлайн-калькулятора. Различия между группами считались статистически значимыми при достигнутом уровне $p \leq 0,05$.

Результаты. Методом случайных выборок обследовано 224 подростка 12-18 лет, в том числе – 93 (41,5%) мальчиков и 131 (58,5%) девочек. Численность возрастной группы 12-14 лет (м+д) составила 142 человека (63,4%), возрастной группы 15-18 лет (м+д) – 82 человека (36,6%). Из 224 обследованных у 50,4% эпизодов цефалгий в анамнезе не было, у 42,9% они были редкими и у 6,7% – частыми.

У 224 обследованных по программе скрининга подростков проведен анализ структуры нарушений психопатологического статуса. Проанализированы тесты подростков, ответивших на все вопросы соответствующей шкалы опросника 4 DSQ. Установлено, что у 71,4% (160/224, ДИ=65,2-76,9%) подростков общей выборки отмечается низкий уровень дистресса, у 19,2% (43/224, ДИ=14,6-24,9,0%) – умеренно повышенный и у 9,4% (21/224, ДИ=6,2-13,9%) – значительно повышенный уровень дистресса.

Распределение подростков (в %) по уровню дистресса в группах с различными видами цефалгий иллюстрирует рис. 1.

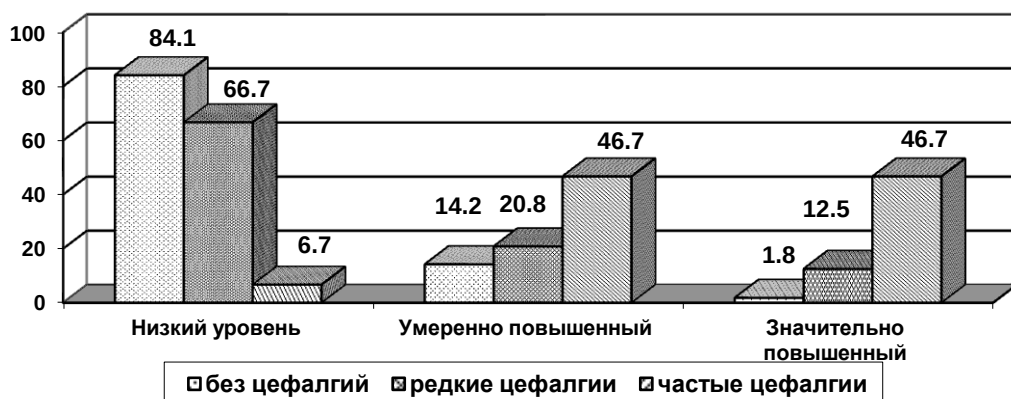


Рисунок 1. Распределение подростков по уровню дистресса в группах с различными видами РЦ (в %). Примечание: Значимость различий «р»: для показателя «низкий уровень» $p_{1-2}=0,0033$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}<0,0001$; для показателя «умеренно повышенный» $p_{1-3}=0,0021$; $p_{2-3}=0,0301$; для показателя «значительно повышенный» $p_{1-2}=0,0020$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}=0,0011$.

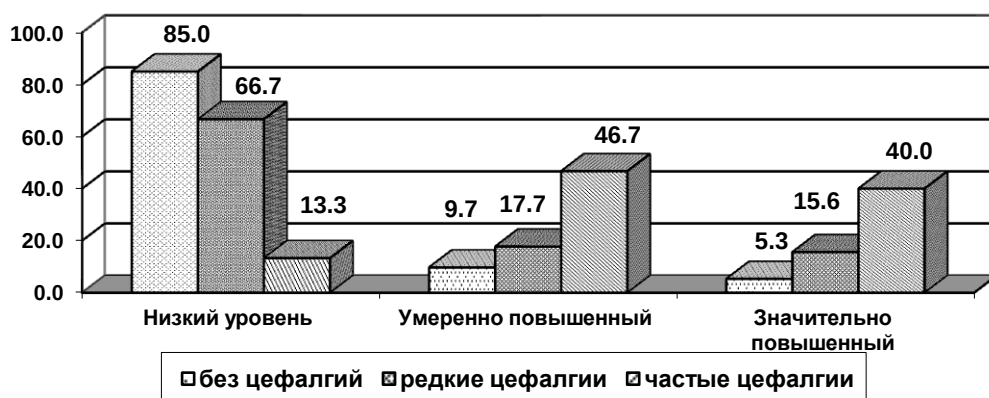


Рисунок 2. Распределение подростков по уровню депрессии в группах с различными видами рецидивирующих цефалгий (в %). Примечание: Значимость различий «р»: для показателя «низкий уровень» $p_{1-2}=0,0019$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}=0,0001$; для показателя «умеренно повышенный» $p_{1-3}=0,0001$; $p_{2-3}=0,0113$; для показателя «значительно повышенный» $p_{1-2}=0,0134$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}=0,0250$.

Из числа обследованных общей выборки, ответивших на вопросы шкалы, верифицирующей наличие и степень выраженности депрессии, 72,3% (162/224, ДИ=66,1-77,8%) подростков характеризуются низким уровнем депрессии, 15,6% (35/224, ДИ=11,5-21,0%) – умеренно повышенным и 12,1% (27/224,

ДИ=8,4-17,03%) – значительно повышенным уровнем. Распределение подростков с различным уровнем депрессии в группах с разными вариантами цефалгий представлено на рис. 2.

Относительно структуры уровня тревоги, нами установлено, что у большей части – 81,3% (182/224, ДИ=75,6-85,8%) лиц, ответивших на все вопросы данной шкалы опросника, регистрируется низкий уровень тревоги, у 8,0% (18/224, ДИ=5,1-12,3%) – умеренно повышенный и у 10,7% (24/224, ДИ=7,3-15,4%) – значительно повышенный уровень тревоги. Распределение подростков по уровню тревоги в группах с различными вариантами цефалгий иллюстрирует рис. 3.

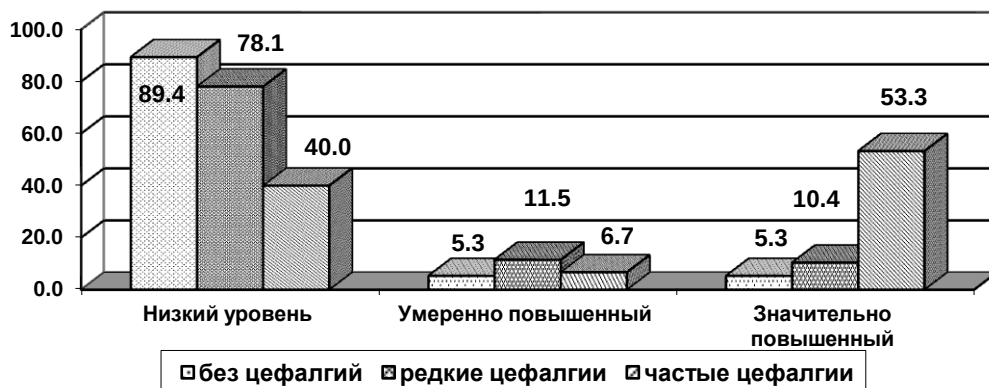


Рисунок 3. Распределение подростков по уровню тревоги в группах с различными видами рецидивирующих цефалгий (в %). Примечание: Значимость различий «р»: для показателя «низкий уровень» $p_{1-2}=0,0262$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}=0,0020$; для показателя «значительно повышенный» $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}<0,0001$.

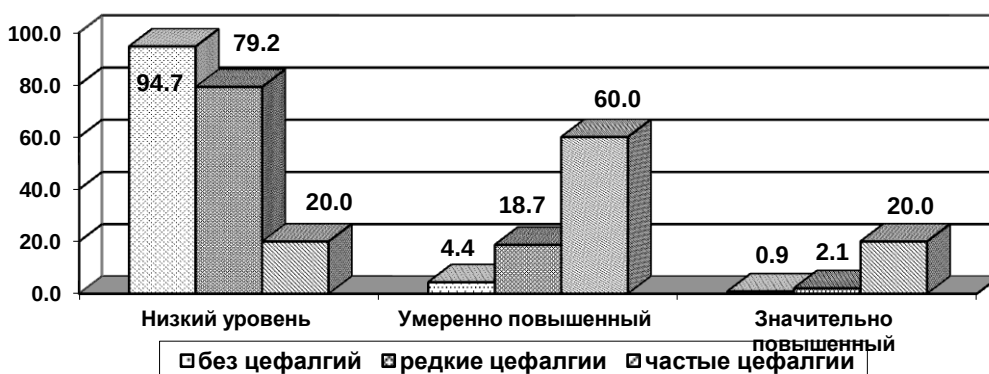


Рисунок 4. Распределение подростков по уровню соматизации в группах с различными видами рецидивирующих цефалгий (в %). Примечание: Значимость различий «р»: для показателя «низкий уровень» $p_{1-2}=0,0007$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}<0,0001$; для показателя «умеренно повышенный» $p_{1-2}<0,0001$; $p_{1-3}<0,0001$; $p_{2-3}=0,0005$; для показателя «значительно повышенный» $p_{1-3}=0,0001$; $p_{2-3}=0,0019$.

Более чем у 3/4 (83,0%, 186/224, ДИ=77,6-87,4%) обследованных отмечен низкий уровень соматизации, у 14,3% (32/224, ДИ=10,3-19,5%) степень выраженности соматизации достигала умеренно повышенного уровня, а у 2,7% (6/224, ДИ=1,2-5,7%) – значительно повышенного уровня. Распределение обследованных подростков по уровню соматизации в группах с различным видом цефалгий представлено на рис. 4.

Надежным информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) является опросник Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина. Результаты сравнительного анализа ответов, внесенных подростками в данный опросник, установлено, что низкая личностная тревожность встречается у 26,8% (60/224, ДИ=21,4-32,9%) обследованных общей выборки, умеренная – у 48,2% (108/224, ДИ=41,8-54,7%) и высокая – у 25,0% (56/224, ДИ=19,8-31,1%).

Результаты сравнительного анализа частоты встречаемости различных клинических вариантов личностной тревожности представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Клинические варианты личностной тревожности у подростков с различными видами рецидивирующих цефалгий

Группы	Уровень личностной тревожности					
	низкий		умеренно повышенный		высокий	
	абс (%)	ДИ	абс (%)	ДИ	абс (%)	ДИ
1 гр. без цефалгий (n=113)	45 (39,8)	31,3-49,0	49 (43,4)	34,6-52,6	19 (16,8)	11,0-24,8
2 гр. с редкими цефалгиями (n=96)	15 (15,6)	9,7-24,2	56 (58,3)	48,3-67,7	25 (26,0)	18,3-35,6
3 гр. с частыми цефалгиями (n=15)	0 (0,0)	0,0-20,4	3 (20,0)	7,0-45,2	12 (80,0)	54,8-93,0
p1-2 (χ^2) p1-3 (χ^2) p2-3 (χ^2)	p=0,0001, $\chi^2=14,85$ p=0,0024, $\chi^2=9,21$ p=0,0997, $\chi^2=2,71$		p=0,0310, $\chi^2=4,65$ p=0,0835, $\chi^2=3,00$ p=0,0057, $\chi^2=7,66$		p=0,1030, $\chi^2=2,66$ p<0,0001, $\chi^2=28,81$ p<0,0001, $\chi^2=17,00$	

Выявлена ассоциация вида цефалгии с выраженностью личностной тревожности. Высокий уровень личностной тревожности в значительно большей степени характерен для подростков с частыми цефалгиями и намного реже встречается среди обследованных без эпизодов цефалгии в анамнезе. Редкие цефалгии чаще ассоциируются с умеренной выраженностью личностной реактивности (табл. 1).

Другой вид тревожности – реактивная тревожность - характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревож-

ность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации движений. Согласно полученным нами данным, низким уровнем реактивной тревожности характеризуются 24,5% (55/224, ДИ=19,4-30,6%) подростков общей выборки, умеренным уровнем – 46,0% (103/224, ДИ=39,6-52,5%) и высоким уровнем – 29,5% (66/224, ДИ=23,9-35,7%) обследованных.

Нами установлено, что вид РЦ ассоциируется с выраженностью реактивной (ситуативной) тревожности. Данный факт иллюстрируют представленные в табл. 2 данные.

Таблица 2.

Клинические варианты реактивной (ситуативной) тревожности у подростков с различными видами цефалгии

Группы	Уровень реактивной (ситуативной) тревожности					
	низкий		умеренно повышенный		высокий	
	абс (%)	ДИ	абс (%)	ДИ	абс (%)	ДИ
1 гр. без цефалгий (n=113)	41 (36,3)	28,0-45,5	48 (42,5)	33,8-51,7	24 (21,2)	14,7-29,7
2 гр. с редкими цефалгиями (n=96)	14 (14,6)	8,9-23,0	50 (52,1)	42,2-61,8	32 (33,3)	24,7-43,2
3 гр. с частыми цефалгиями (n=15)	0 (0,0)	0,0-20,4	5 (33,3)	15,2-58,3	10 (66,7)	41,7-84,8
p1-2 (χ^2) p1-3 (χ^2) p2-3 (χ^2)	p=0,0004, $\chi^2=12,60$ p=0,0047, $\chi^2=8,01$ p=0,1136, $\chi^2=2,50$		p=0,1655, $\chi^2=1,92$ p=0,4993, $\chi^2=0,46$ p=0,1768, $\chi^2=1,82$		p=0,0491, $\chi^2=3,87$ p=0,0002, $\chi^2=14,01$ p=0,0133, $\chi^2=6,13$	

Нашим исследованием показано, что среди обследованных без цефалгий число лиц с низким уровнем реактивной тревожности больше в сравнении с подростками, имеющими как частые, так и редкие эпизоды головных болей в анамнезе. Численность подростков с умеренной личностной тревожностью в группах с наличием и отсутствием рецидивирующих цефалгий была сопоставимой (статистически значимых различий не было). Высокая реактивная тревожность значительно чаще регистрируется среди подростков с частыми и редкими цефалгиями, и реже – в группе без головных болей в анамнезе.

Обсуждение. Сопоставив результаты выполненной нами работы с данными других исследователей, мы можем констатировать, что наши данные подтверждают приводимые ими сведения о наличии коморбидных ассоциаций функциональных соматических расстройств, в том числе – РЦ, с различными видами психопатологических симптомов [5, 15, 17]. В данном аспекте коморбидность цефалгий с психопатологическими расстройствами, безусловно, является актуальной проблемой и требует ее решения и проведения дальнейших исследований. Результаты ряда зарубежных исследований продемонстрировали

коморбидность рецидивирующих болевых синдромов, в том числе – РЦ, с психопатологией [4, 8]. Данный факт подтверждается и нашим исследованием, показавшим достаточно высокую частоту коморбидных ассоциаций характеристик психопатологического статуса подростков с РЦ.

Оценка психопатологических характеристик обследованных нами подростков выявила сосуществование проблем данного спектра и РЦ. Характеристики всех шкал, использованных в нашем исследовании опросников (4DSQ, Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина), включая дистресс, депрессию, тревогу, соматические жалобы, личностную и реактивную тревожность, продемонстрировали статистически значимую ассоциацию с частыми РЦ.

По результатам проведенного нами исследования установлено, что структура нарушений психопатологического статуса *в общей выборке* обследованных подростков включает наличие низкого уровня дистресса (71,4%), депрессии (72,3%), тревоги (81,2%) и соматизации (83,0%); умеренно повышенного уровня дистресса (19,2%), депрессии (15,6%), тревоги (8,0%) и соматизации (14,3%); высокого уровня дистресса (9,4%), депрессии (12,1%), тревоги (10,7%) и соматизации (2,7%). Как следует из полученных нами данных, коморбидные нарушения психопатологического статуса подростков ассоциированы с клиническим вариантом головных болей. Так, частые и эпизодические цефалгии сопряжены с большей встречаемостью высокого уровня дистресса (у 46,7% с частыми и у 12,5% – с эпизодическими цефалгиями), депрессии (соответственно 40,0% и 15,6%), тревоги (53,3% и 10,4%) и соматизации (20,0% и 2,1%), частота встречаемости аналогичных характеристик у подростков без цефалгий в анамнезе составляет соответственно: 1,8%, 5,3%, 5,3% и 0,9%.

В рамках нашего исследования изучены ассоциации наличия и степени выраженности личностной и реактивной (ситуативной) тревожности с клиническим вариантом РЦ с использованием опросника Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Известно, что личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Но тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень полезной тревоги.

С учетом результатов сравнительного анализа данной характеристики психопатологического статуса, можно констатировать, что низкий уровень *личностной* тревожности характерен для 26,8% обследованных общей выборки, умеренная личностная тревожность – для 48,2% и высокая – для 25,0% подростков. Вместе с тем нами установлено наличие ассоциации вида РЦ с выраженностью личностной тревожности. Высокий уровень личностной тревожности в большей степени ассоциирован с частыми цефалгиями и значительно реже встречается у подростков без эпизодов цефалгии в анамнезе. Редкие цефалгии чаще ассоциируются с умеренным уровнем личностной реактивности

Нами показано, что низким уровнем *реактивной* тревожности характери-

зуются 24,5% от общего числа обследованных подростков, умеренным уровнем – 46,0% и высоким уровнем – 29,5% обследованных. По результатам сравнительного анализа изученных характеристик установлено, что среди обследованных без цефалгий число лиц с низким уровнем реактивной тревожности больше в сравнении с подростками, имеющими как частые, так и редкие эпизоды головных болей в анамнезе. Численность подростков с умеренной личностной тревожностью в группах с наличием и отсутствием РЦ сопоставимы. Высокая реактивная тревожность значительно чаще регистрируется среди подростков с цефалгиями как частыми, так и редкими, и меньше доля такого контингента – в группе без головных болей в анамнезе.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что подростки с частыми цефалгиями отличаются большей выраженностью психопатологической симптоматики, менее тесная взаимосвязь и минимальная выраженность данных нарушений – у подростков без цефалгий, промежуточное положение – у лиц с редкими цефалгиями. По нашему мнению, безусловно, целесообразна оценка психопатологического статуса для оптимизации коррекционно-профилактических мероприятий у подростков с РЦ.

Результаты нашего исследования позволяют сделать **закключение**, что частота встречаемости и структура коморбидных расстройств психопатологического статуса взаимосвязаны с видом цефалгий, имеет место более значимая ассоциация частых цефалгий с более выраженными психопатологическими нарушениями, что подтверждает актуальность данной проблемы для подростковой популяции и свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения распространенности и коморбидных ассоциаций расстройств психопатологического спектра с РЦ для оптимизации коррекционных и профилактических мероприятий у данного контингента подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина: В 2 т. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. Т. 1. 312 с.

REFERENCES

1. Psikhologicheskie testy / Pod red. A.A. Karelina: V 2 t. M.: Gumanit. izd. tsentr VLADOS, 2003. T. 1. 312 s.

2. Al-Hashel JY, Ahmed SF, Alroughani R. Prevalence of primary headache disorders in Kuwait. *Neuroepidemiology* 2017; 48: 138–46. <https://doi.org/10.1159/000478892>

3. Blume HK. Childhood headache: a brief review. *Pediatr Ann* 2017; 46: e155–65. <https://doi.org/10.3928/19382359-20170321-02>

4. Bohman H, Låftman SB, Cleland N et al. Somatic symptoms in adolescence as a predictor of severe mental illness in adulthood: a long-term community-based follow-up study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2018;12:42. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0245-0>

5. Bonvani IYa, Kalleso KKh, Janssens KAM, Schroeder A, Rosmalen DGM and Rusk KU. Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J pediatrician* 2017; 187: 272–281.

6. Burri A, Ogata S, Vehof J, Williams F. Chronic widespread pain: Clinical

comorbidities and psychological correlates. *Pain* 2015; 156: 1458–1464. [CrossRef] [PubMed]

7. Campo JV. Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2012 May; 53(5): 575-92. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x>. PMID: 22404290 Review.

8. Cerutti R, Spensieri V, Valastro C et al. A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on emotional and psychosocial functioning in children. *PLoS One*. 2017;12(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171867>

9. Christian Wöber, Çiçek Wöber-Bingöl, Derya Uluduz, Tuna Stefan Aslan [et al.]. Undifferentiated headache: broadening the approach to headache in children and adolescents, with supporting evidence from a nationwide school-based cross-sectional survey in Turkey. Article (PDF Available) in *The Journal of Headache and Pain* 2018; 19(1): 18.

10. Chutko LS, Kornishina TL, Surushkina SY, Yakovenko EA, Anisimova TI, Volov MB. Syndrome of autonomic dysfunction in children and adolescents. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2018; 118(1): 43-49. Russian. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181143-49>. PMID: 29460904 Russian.

11. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC, Lewandowski Holley A, Morley S, Fisher E, Law E. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev* 2014. [CrossRef]

12. Evert LS, Tereshchenko SYu, Reusheva SV. et al. A method for assessing violations of psychosomatic status in children and adolescents. *Modern problems of science and education* 2016; 4. Russian. URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24897>

13. Genizi J, Srugo I, Kerem NC. Primary Headache in Children and Adolescents: From Pathophysiology to Diagnosis and Treatment. *J Headache Pain Manag* 2016, 1: 2.

14. Hinton D, Kirk S. Families' and healthcare professionals' perceptions of healthcare services for children and young people with medically unexplained symptoms: a narrative review of the literature. *Health Soc Care Community* 2016 Jan; 24(1): 12-26. <https://doi.org/10.1111/hsc.12184>. PMID: 25684117 Review.

15. Kröner-Herwig B, Gassmann J. Headache disorders in children and adolescents: their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache* 2012 Oct; 52(9): 1387-401. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02210.x>. PMID: 22789010

16. Malas N, Ortiz-Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19(2): 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>. PMID: 28188588 Review.

17. Manevich TM, Sokolova ED, Iakhno NN, Rogovina EG. Specifics of personality and mental status in children and adolescence with chronic tension-type headache. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2004; 104(2): 11-5. PMID: 15002314 Russian.

18. Morriss R. The Role of Mental Health Professionals in Managing Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 444-445.

19. Noel M, Groenewald CB, Beals-Erickson SE, Gebert JT, Palermo TM. Chronic pain in adolescence and internalizing mental health disorders: A nationally representative study. *Pain* 2016; 157: 1333–1338. [CrossRef] [PubMed]

20. Stefan J. Friedrichsdorf, James Giordano, Kavita Desai Dakoji, Andrew Warmuth, Cyndee Daughtry 1 and Craig A. Schulz. Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints (Review). *Children* 2016; 3: 42. <https://doi.org/10.3390/children3040042> www.mdpi.com/journal/children

21. Tegethoff M, Belardi A, Stalujanis E, Meinschmidt G. Comorbidity of mental disorders and chronic pain: Chronology of onset in adolescents of a national representative cohort. *J. Pain* 2015; 16: 1054–1064. [CrossRef] [PubMed]

22. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J. et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. In *BMC Psychiatry*. 2006. Vol. 6. no 34. DOI:10.1186/1471-244X-6-34

23. The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (beta version) / Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 2013; 33(9):629–808. DOI: 10.1177/0333102413485658

L.S. Evert^{1,3}, T.V. Potupchik², Yu.R. Kostyuchenko¹, E.V. Okladnikova²,
Yu.V. Zyкова⁴

PSYCHOPATOLOGICAL DISORDERS

IN ADOLESCENTS WITH RECURRENT CEPHALGIA

¹Federal Research Center "Krasnoyarsk Scientific Center, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Research Institute of Medical Problems of the North - a separate subdivision of the FRC KSC SB RAS, ²Krasnoyarsk State University prof. V.F. Voyno-Yasenetsky (Krasnoyarsk), ³Khakass State University N.F. Katanova, Medical-Psychological-Social Institute (Abakan), ⁴Limited Liability Company Medical and Diagnostic Clinic «Medicine of Computer Technologies» (Krasnoyarsk).

Summary: Recurrent headache attacks lead to a decrease in the quality of life, affecting the psycho-emotional state and behavior of adolescents. The relationship of recurrent cephalalgia (RC) with the mental health of adolescents is an important problem in modern pediatrics. The article presents the results of a study of the features of psychopathological characteristics (the level of distress, depression, anxiety and somatization, the severity of personal and reactive anxiety) in 224 adolescents aged 12–17 years with recurrent cephalgia. It was found that frequent cephalalgias are associated with a more pronounced level of distress (in 46.7%), depression (in 40.0%), anxiety (in 53.3%) and somatization (in 20.0%), in adolescents with frequent cephalalgia often recorded a high level of personal (in 80.0%) and reactive (in 66.7%) anxiety.

Keywords: adolescents, cephalgia, psychopathological disorders.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ
АГРЕССИВНОСТИ И ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПОДРОСТКОВ**
Смоленский государственный университет (Смоленск).

Резюме. В статье исследованы психологические особенности взаимосвязи агрессивности и личностной зрелости старших подростков. Выборку составили 49 подростков (14-16 лет). Используются «Опросник уровня агрессивности» и «Тест-опросник личностной зрелости». Представлены результаты диагностики уровня агрессивности, враждебности и личностной зрелости. Выявлена высокая обратная взаимосвязь между агрессивностью и личностной зрелостью подростков. Установлены структурные и гендерные различия в уровнях выраженности личностной зрелости, агрессивности и враждебности подростков.

Ключевые слова: агрессия, агрессивность, враждебные реакции, личность, личностная зрелость, психическое здоровье.

Актуальность. Напряженная социально-экономическая, культурно-историческая, политическая ситуация в мире, отягощенная пандемией, создает благоприятные условия для развития агрессивного поведения подростков. Практика в агрессивном поведении препятствует развитию личностной зрелости подростка, поскольку закрепляет аномальные паттерны поведения и переживания им приобретаемого опыта [10]. В связи с этим тема психологических особенностей взаимосвязи агрессивности и личностной зрелости подростка приобретает особую актуальность, поскольку агрессивность препятствует нормальной адаптации и сохранению психического здоровья. Подробно исследованы связи агрессивности с различными качествами и самоактуализацией личности [6], с самоотношением личности, ценностями, мотивацией [11]. Однако взаимосвязь агрессивности и личностной зрелости исследована недостаточно.

Опираясь на общепринятое понимание агрессии как мотивированной формы поведения, наносящей вред объектам/субъектам нападения [1; 9; 14], мы рассматриваем ее как специфический способ и форму социального взаимодействия, направленные на причинение физического и/или психического ущерба окружающим. Под агрессивностью традиционно понимается «... относительно устойчивое свойство личности, определяющее склонность реагировать на окружающий мир преимущественно враждебно» [12, с. 104], нападать, причинять вред [1]. Под относительно устойчивым свойством понимается осознаваемая и неосознаваемая установка реализовывать свои потребности [8], в том числе с помощью нанесения вреда окружающим. Различают виды агрессивности: по направленности (внешняя и внутренняя), по способу выражения (произвольная и непроизвольная), по конечной цели (конструктивная, деструктивная) [14].

Под личностной зрелостью традиционно понимается высокий уровень развития социально значимых качеств. Социально значимые «базовые» качества личности варьируются в зависимости от возраста, социально-экономических, культурно-исторических и иных условий; позиции авторов относительно интерпретации понятия личностной зрелости различаются [2, 4, 13]. Описаны различные составляющие зрелости, среди них: интеллектуальная, эмоциональная, личностная [11], структурные компоненты личности [2].

Вместе с тем существует проблема измерения личностной зрелости. Так, В.М. Русалов полагает, что нельзя объективно измерить личностную зрелость, поскольку критерии этого понятия являются вариативными и четко не определены [12]. Эта точка зрения поддержана И.Б. Дермановой и В.Р. Манукян (2010), которые приводят классификацию критериев личностной зрелости различных авторов: самоактуализация (А. Маслоу, К. Роджерс); направленность на саморазвитие (К.А. Абульханова-Славская, А. Маслоу, Г. Крайг, К. Роджерс); ответственность и локус контроля (А.Г. Асмолов, С.К. Нартова-Бочавер, А.А. Реан, К. Роджерс, Э. Эриксон); автономия (психологическая самостоятельность, независимость от влияния обстоятельств) (Л.И. Божович, Д.А. Леонтьев, Дж. Ловингер); широта связей с миром (Б.Г. Ананьев, Г. Олпорт); оптимизация субъективной картины жизненного пути, повышение осмысленности жизни (И.Б. Дерманова, В.Р. Манукян) [5, с. 69-70]; их можно дополнить критериями, выделенными А.А. Реан и Я.Л. Коломинским (2007): ответственность, терпимость, саморазвитие, позитивный взгляд на мир и интегративный компонент (объединяет все описанные и одновременно включен в каждый из них) [11].

Наконец, структура критерия личностной зрелости представляет собой диадическую пару психологических и социальных составляющих. Примерами первых можно считать вышеперечисленные критерии. К социальным относят «экстенсивность-интенсивность, гуманистические ценности и социальный интеллект» [3]. Причем именно процесс развития самосознания «... делает подростка особенно уязвимым, тревожным и неуверенным. более личностно зрелые испытуемые характеризуются относительно более низким либо неустойчивым уровнем самоуважения, но высоким уровнем принятия других» [4, с. 51]. Установлено, что у женщин параметр склонности к враждебности статистически достоверно выше, чем у мужчин [6, 7]. Склонность к враждебности определяется исследователями как базовый компонент агрессии и связывается с личностной зрелостью, самоконтролем, обеспечивающими управление агрессивным поведением [7].

Цель исследования заключалась в установлении психологических особенностей взаимосвязи степени выраженности агрессивности и уровня личностной зрелости старшеклассников. Специфика исследования заключается в том, что мы исследовали агрессивность и личностную зрелость психически адекватных, социально адаптированных гимназистов, обучавшихся в одном из лучших учебных заведений г. Смоленска.

В качестве гипотезы исследования выдвинуто предположение, что имеется связь между агрессивностью и уровнем личностной зрелости старшеклассников.

База исследования. В исследовании приняли участие 49 десятиклассников, обучавшихся в МБОУ Гимназии № 1 им. Н.М. Пржевальского г. Смоленска и МБОУ СОШ № 9 им. адмирала С. Нахимова г. Вязьмы Смоленской области в 2020-2021 учебном году: 14 юношей и 35 девушек 14-16-летнего возраста.

Методы исследования.

1. Диагностика степени выраженности агрессивности старшеклассников проведена с помощью методики «Опросник уровня агрессивности» (А. Басса-А. Дарки), позволившей установить виды и степень выраженности агрессивных и враждебных реакций;

2. Уровень личностной зрелости обследованных осуществлен с помощью методики «Тест-опросник личностной зрелости» (Ю.З. Гильбух), с помощью которой был установлен уровень личностной зрелости и ее системообразующих

компонентов.

При обработке результатов был использован коэффициент корреляции Пирсона.

Основные результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования уровня агрессивности испытуемых представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты испытуемых по методике «Опросник уровня агрессивности»

№	Виды агрессивных и враждебных реакций	Уровень выраженности агрессивности					
		низкий		средний		высокий	
		исп.	%	исп.	%	исп.	%
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Физическая агрессия	16	32	12	25	21	43
2	Косвенная агрессия	5	10	9	18	35	72
3	Раздражение	6	13	9	18	34	69
4	Негативизм	18	37	21	43	10	20
5	Обида	9	18	18	37	22	45
6	Подозрительность	10	20	12	25	27	55
7	Вербальная агрессия	7	15	9	18	33	67
8	Чувство вины	7	15	12	24	30	61

Как видно из табл. 1, высокий уровень агрессивности испытуемых связан с косвенной агрессией, раздражением и вербальной агрессией (72, 69 и 67% испытуемых соответственно), средний составили чувство вины, подозрительность, обида и физическая агрессия (61, 55, 45 и 43% испытуемых), умеренным или наименее выраженным – негативизм (20%). В низком уровне выраженности агрессивных и враждебных реакций также были выделены три степени выраженности: высокая, средняя, умеренная. Высокую составили негативизм и физическая агрессия (37% и 32% испытуемых соответственно), среднюю – подозрительность, обида, вербальная и чувство вины (20%, 18%, 15%, 15 %) и умеренную, т. е. наименее выраженную – косвенная агрессия (10% испытуемых). Иными словами, испытуемых с низким уровнем агрессивности характеризует негативизм и физическая агрессия. У испытуемых с высоким уровнем агрессивности эти виды агрессивных реакций не являются «доминантными», «их место занимают» косвенная агрессия и раздражение. Распределение результатов низкого и среднего уровня выраженности сходные: наиболее выраженные результаты связаны с негативизмом (37 и 43% соответственно), для высокого уровня агрессивности это не характерно (20%).

Таким образом, выраженность агрессивных и враждебных реакций подростков на разных уровнях (высокий, средний и низкий) различается: высокий уровень агрессии в данной выборке связан с преобладанием косвенной агрессии, раздражения и вербальной агрессии; средний связан прежде всего с негативизмом и обидой; низкий с негативизмом и физической агрессией. Негативизм как агрессивная форма поведения проявляется наиболее часто в низком и среднем уровне выраженности агрессии. Поскольку речь идет о подростках, это означает, что негативизм к учителям и/или родителям связан с низким и средним уровнем выраженности агрессии.

Гендерный анализ полученных результатов представлен в табл. 2.

Таблица 2.

Гендерный анализ результатов по методике «Опросник уровня агрессивности»

№	Виды агрессивных и враждебных реакций	Результаты испытуемых (μ)	
		Юноши	Девушки
1	Физическая агрессия	4,8	4,2
2	Косвенная агрессия	4,5	7,5
3	Раздражение	4,3	7,1
4	Негативизм	2,2	3,4
5	Обида	3,1	4,9
6	Подозрительность	3,6	5,1
7	Вербальная агрессия	7,6	6,3
8	Чувство вины	4,4	5,3

Как видно из табл. 2, девушки демонстрируют более высокую степень выраженности агрессивности и враждебности по всем видам реакций, наиболее высокими оказались косвенная агрессия, раздражение и вербальная агрессия (7,5; 7,1; 6,3 соответственно). Они более враждебны, чем юноши (обида, подозрительность 4,9 и 5,1 соответственно). Установлено, что эта особенность сохраняется у женщин на более поздних этапах онтогенеза [6]. Юноши, в отличие от девушек, более склонны к физической и вербальной агрессии.

Результаты испытуемых: общий индекс агрессивности и индекс враждебности (далее ОИА и ИВ) представлены по методике Басса-Дарки.

Таблица 3.

Результаты испытуемых: общий индекс агрессивности и индекс враждебности

Индексы	Уровень выраженности агрессивности					
	низкий		средний		высокий	
	исп.	%	исп.	%	исп.	%
Агрессивность	28	57	7	14	14	29
Враждебность	37	76	12	24	-	-

Как видно из табл. 3, высокая агрессивность выявлена у 29% испытуемых, для большинства характерна низкая агрессивность и средний уровень выраженности выявлен у 14%. В целом группу характеризует низкая враждебность 76% (37 испытуемых), средний уровень установлен у 24% (12 испытуемых), высокий уровень не выявлен. ОИА и ИВ у обследованных девушек в двое выше, чем у юношей.

В группе в целом преобладает низкий уровень выраженности ОИА и ИВ. Имеются различия в среднем уровне выраженности индексов у юношей и девушек. Средний уровень выраженности ИВ численно превалирует над соответствующим показателем ОИА. Анализ структурных различий склонности к агрессии в обеих выборках показал, что наибольшее влияние на агрессию осуществляется через параметр враждебности как устойчивой негативной системе оценок, применяемой к социальному окружению. У девушек этот параметр статистически выше: агрессивность и враждебность девушек значительно превышает аналогичные результаты юношей: 12,7 и 8,3 балла у девушек и 6,4 и 3,7

балла у юношей. Средний балл ОИА девушек вдвое выше, чем у юношей, а ИВ юношей составляет 44% от результатов девушек.

Результаты испытуемых по методике «Тест-опросник личностной зрелости» Ю.З. Гильбух представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Результаты испытуемых по методике «Тест-опросник личностной зрелости»

№	Показатели личностной зрелости	Уровень выраженности							
		низкий		средний		высокий		юноши	девушки
		исп.	%	исп.	%	исп.	%		
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Личностная зрелость	30	61	18	37	1	2	28,9	20,6
2	Мотивация достижений	13	27	12	24	24	49	13,4	12,4
3	Отношение к своему Я	40	82	9	18	-	-	7,4	4
4	Чувство гражданского долга	23	47	5	10	21	43	14,2	9
5	Жизненная установка	28	57	17	35	4	8	11,2	7,9
6	Способность к психол. близости	20	41	5	10	24	49	5,5	10,4

Как видно из табл. 4, у 61% испытуемых выявлен низкий уровень личностной зрелости, у 37% - средний, высокий уровень выявлен у одного испытуемого. Уровень личностной зрелости юношей выше, чем у девушек (столбцы 9 и 10): у юношей средний уровень личностной зрелости (28,9 балла), у девушек - 20,6 балла, что составляет 71%.

Высокий уровень выраженности показателей личностной зрелости в терминах Ю.З. Гильбух характерен для «мотивации достижений» и «способности к психологической близости с другими людьми». Однако у большинства испытуемых выявлена низкая выраженность «отношения к своему «Я»», «чувства гражданского долга», «жизненной установки», которые конкретизируют полученные низкие результаты личностной зрелости: низкая заинтересованность в общественной жизни.

В ходе гендерного анализа полученных результатов было установлено, что для юношей характерна высокая выраженность мотивации достижений, жизненная установка и чувство гражданского долга; у девушек преобладает высокая выраженность отношения к своему «Я» и способность к психологической близости с другими людьми. Иными словами, количественная и качественная оценка аспектов личностной зрелости юношей и девушек различается.

Личностная зрелость, на основе которой подросток формирует представление о себе и мире, определяет регуляцию агрессивного поведения. Контроль девушками собственной агрессии осуществляется преимущественно как склонность к враждебности как устойчивой негативной системе оценок окружения, что характеризует их поведение как более агрессивное, чем поведение юношей.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью критерия Пирсона. Коэффициент корреляции (r) равен -0.720. Связь между исследуемыми признаками - обратная, теснота (сила) связи по шкале Чеддока высокая.

Выводы

1. Результаты исследования подтвердили выдвинутую гипотезу о наличии взаимосвязи между агрессивностью и личностной зрелостью подростков, обнаружена значимая обратная связь между агрессивностью и личностной зрелостью подростков;

2. Распределение результатов по выявленным видам агрессивных и враждебных реакций у подростков разное. Высокий уровень агрессивности связан с высокой косвенной, вербальной агрессией и раздражением, средний – с негативизмом и обидой, низкий – с негативизмом и физической агрессией;

3. Негативизм более выражен у подростков со средним и низким уровнем агрессивности.

4. Выявлены гендерные различия в структуре личностной зрелости, видов агрессивных реакций подростков и уровне их выраженности. Агрессивность и враждебность девушек достоверно выше юношей. Низкая личностная зрелость определяет недостаточность саморегуляции подростками агрессивного поведения

ЛИТЕРАТУРА

1. Бандура А. Подростковая агрессия. М.: Дар, 1999. 153 с.
2. Воюшина Е.А. Подходы к определению критериев зрелости личности // Актуальные вопросы современной психологии : мат=лы IV Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2017 г.). Краснодар : Новация, 2017. С. 11-14.
3. Горбунова О.В. К проблеме определения понятия «зрелость личности» // Вектор науки ТГУ. 2014. № 2. С. 88–91.
4. Дерманова И.Б. Отношение к себе в связи с характеристиками личностной зрелости подростка // Психологическая наука и образование. 2012. № 4. С. 50-60.
5. Дерманова И.Б., Манукян В.Р. Личностная зрелость: к определению психологического содержания // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. 2010. Вып. 4. С. 68-73.
6. Ениколопов С.Н., Кузнецова Ю.М., Чудова Н.В. Агрессия в обыденной жизни. М.: Политическая энциклопедия, 2014. 494 с.
7. Краснов В.В., Курбатова Т.Н., Наследов А.Д. Влияние когнитивной сложности на функции самоконтроля / Успехи современной науки и образования. 2017. № 2 (Т. 6). С.73-76.
8. Монахова А.Ю. Психолог и семья: активные методы взаимодействия. Ярославль: Академия развития холдинг, 2004. 159 с.
9. Полякова И.В. Психологические особенности коррекции тревожности и агрессивности младших школьников // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 2. С. 58-65.
10. Полякова И.В. Психологические особенности развития в юношеском возрасте: точность восприятия и чувство неполноценности // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2019. Т. 7. № 4 (27). URL:: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=409> (дата обращения: 14.11.2021 г.).
11. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология. СПб.: Питер, 2007. 480с.
12. Русалов В.М. Зрелость: эмоциональная, нравственная, личностная, интеллектуальная, социальная, биологическая. Единая или множественная характеристика // Феномен и категория зрелости в психологии. М., 2007. С. 13–28.
13. Сергиенко Е.А. Зрелость: молярный или модулярный подход? // Феномен и категория зрелости в психологии. М., 2007. С. 13–28.

REFERECES

1. Bandura A. Podrostkovaja agressija. M.: Dar, 1999. 153 s.
2. Vojushina E.A. Podhody k opredeleniju kriteriev zrelosti lichnosti // Aktual'nye voprosy sovremennoj psihologii : mat=ly IV Mezhdunar. nauch. konf. (g. Krasnodar, fevral' 2017 g.). Krasnodar : Novacija, 2017. S. 11-14.
3. Gorbunova O.V. K probleme opredelenija ponjatija «zrelost' lichnosti» // Vektor nauki TGU. 2014. № 2. S. 88–91.
4. Dermanova I.B. Otnoshenie k sebe v svjazi s harakteristikami lichnostnoj zrelosti podrostka // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2012. № 4. S. 50-60.
5. Dermanova I.B., Manukjan V.R. Lichnostnaja zrelost': k opredeleniju psihologicheskogo sodержaniya // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. 2010. Vyp. 4. S. 68-73.
6. Enikolopov S.N., Kuznecova Ju.M., Chudova N.V. Agressija v obydennoj zhizni. M.: Politicheskaja jenciklopedija, 2014. 494 s.
7. Krasnov V.V., Kurbatova T.N., Nasledov A.D. Vlijanie kognitivnoj slozhnosti na funkcii samokontrolja / Uspehi sovremennoj nauki i obrazovanija. 2017. № 2 (T. 6). S.73-76.
8. Monahova A.Ju. Psiholog i sem'ja: aktivnye metody vzaimodejstvija. Jaroslavl': Akademija razvitija holding, 2004. 159 s.
9. Poljakova I.V. Psihologicheskie osobennosti korrekcii trevozhnosti i agressivnosti mladshih shkol'nikov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2021 (21). № 2. S. 58-65.
10. Poljakova I.V. Psihologicheskie osobennosti razvitija v junosheskom vozraste: tochnost' vosprijatija i chuvstvo nepolnocennosti // Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie: setevoj zhurn. 2019. T. 7. № 4 (27). URL:: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=409> (data obrashhenija:14.11.2021 g.).
11. Rean A.A., Kolominskij Ja.L. Social'naja pedagogicheskaja psihologija. SPb.: Piter, 2007. 480s.
12. Rusalov V.M. Zrelost': jemocional'naja, npravstvennaja, lichnostnaja, intellektual'naja, social'naja, biologicheskaja. Edinaja ili mnozhestvennaja harakteristika // Fenomen i kategorija zrelosti v psihologii. M., 2007. S. 13–28.
13. Sergienko E.A. Zrelost': moljarnyj ili moduljarnyj podhod? // Fenomen i kategorija zrelosti v psihologii. M., 2007. S. 13–28.
14. Borodina N.V. The Psychological-Pedagogical Fundamentals of the Aggressive Behavior of Teenagers // European Journal of Contemporary Education, 2014, Vol.(8), № 2. P. 103-111.

I.V. Polyakova

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN AGGRESSIVENESS AND PERSONAL MATURITY OF ADOLESCENTS Smolensk State University (Smolensk).

Summary. The article examines the psychological features of the relationship between aggressiveness and personal maturity of older adolescents. The results of diagnostics of the level of aggressiveness, hostility and personal maturity are presented. A high inverse relationship between aggressiveness and personal maturity of adolescents has been revealed. Structural and gender differences in the levels of expression of personal maturity, aggressiveness and hostility of adolescents have been established.

Keywords: aggression, aggressiveness, hostile reactions, personality, personal maturity, mental health.

МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХИ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет (Владивосток).

Резюме. В статье представлены результаты исследования, направленного на сравнение страхов, связанных с медицинской сферой, у дошкольников и младших школьников. Полученные результаты указывают на то, что группа медицинских страхов, по отношению к другим видам страха, в группе дошкольников встречается несколько чаще, чем в группе младших школьников. Также выявлено, что у младших школьников значимо больше выражены страхи операций, лечь в больницу и клизм, чем у дошкольников.

Ключевые слова: медицинские страхи, детские страхи, дошкольники, младшие школьники.

Актуальность. Актуальность данной темы связана, в первую очередь, с ростом заболеваемости среди детей в возрасте 0-14 лет в период с 2000 по 2019 год. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, число заболеваемости по основным классам болезней на 100 000 детей возросло с 146235,6 до 172455,0, при этом наибольшие изменения наблюдаются по группе заболеваний органов дыхания. Рост заболеваемости способствовал более частому посещению детьми врачей и медицинских учреждений в целом. По данным исследования, посвященного анализу посещаемости педиатров в РФ за период 2007-2016 гг., темп прироста общего числа посещений педиатров был положительным, в Дальневосточном федеральном округе прирост составил 16,7% [4].

Обеспокоенности современного человека за свое здоровье и здоровье своих родственников, в том числе и детей, несомненно, оказывает влияние на сферу страхов детей. Так, по результатам опроса «Всероссийского центра изучения общественного мнения», проведенного 5 октября 2020 г. среди 1600 представителей взрослого населения, 74% россиян опасаются заражения COVID-19 себя и своих близких, при этом 15% испытывают сильные опасения [1]. По данным опроса негосударственной исследовательской организации «Левада-Центр»² от 2 октября 2019 г. более половины (61%) опрошенных граждан России больше всего опасаются болезни своих детей и близких [6]. Рост опасений родителей мог повлечь распространенность страха заболеть и у детей, так как страхи, непроизвольно внушенные со стороны окружающих взрослых, встречаются у детей наиболее часто [3].

Актуальность данного исследования также связана с серьезностью последствий медицинских страхов и сопутствующей тревоги для комфортной жизни и деятельности человека, его здоровья, связанного с течением лечебного процесса, а также психического состояния [10, 13, 14]. Однако стоит отметить, что некоторое повышение тревожности с проявлением вегетативных реакций, наоборот, влечет за собой формирование склонности проявлять заботу к своему здо-

²Признан иностранным агентом.

ровью, позитивное отношение к здоровью и здоровому образу жизни [11].

Цель исследования: описать особенности содержания и выраженности медицинских страхов у детей дошкольного и младшего школьного возраста в связи с их опытом взаимодействия с медицинской сферой и общим уровнем тревожности.

Методы исследования: организационный сравнительный метод; эмпирические методы, такие как вербально-коммуникативные методы: Авторская анкета для родителей; психодиагностические методы: Шкала явной тревожности для детей (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale – CMAS) в адаптации А.М. Прихожан [7], Тест тревожности (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки), Опросник «Страхи у детей» (А.И. Захаров) [3], Авторский опросник медицинских страхов с использованием шкалы страхов «The Koala fear questionnaire» (Р. Muris et al.) [12]; а также количественные и качественные методы обработки данных.

Выборка исследования. В исследовании приняло участие 56 детей в возрасте от 4 до 11 лет, которые были разделены на 2 подгруппы:

1 подгруппа включает 26 человек дошкольного возраста, посещающих МДОУ Детский сад № 67 г. Комсомольск-на-Амуре, из них 9 четырехлетних, 8 пятилетних, 8 шестилетних и один семилетний, мальчиков и девочек поровну.

2 подгруппа включает 30 детей младшего школьного возраста, обучающихся в МБОУ Лицей № 1 г. Комсомольск-на-Амуре, из них 6 семилетних, 7 восьмилетних, 8 девятилетних, 7 десятилетних и 2 одиннадцатилетних, мальчиков и девочек поровну.

В основе разделения на подгруппы лежит возрастная периодизация Д.Б. Эльконина.

Результаты исследования. С помощью «Авторской анкеты для родителей» были выявлены особенности двух выделенных подгрупп относительно их опыта взаимодействия с медицинской сферой. По полученным данным можно сделать следующие выводы:

1) в группе дошкольников чаще встречаются дети, болеющие более 5 раз в год, а в группе школьников – дети, болеющие 3-4 раза в год. Можно заключить, что дети из первой группы болеют несколько чаще;

2) дети в группе школьников имеют больший опыт госпитализаций;

3) дети в группе школьников чаще проходят профилактические осмотры;

4) дети из группы школьников чаще встречались с оперативными вмешательствами;

5) дети из группы школьников наиболее часто лежали в больнице с заболеваниями дыхательной системы, а также часто встречались с заболеваниями опорно-двигательной системы. А дети из группы дошкольников наиболее часто были госпитализированы в связи с кишечными инфекциями и с ЛОР-заболеваниями;

6) дети из группы школьников чаще встречались с такими медицинскими процедурами, как уколы, забор крови из пальца, забор крови из вены, капельницы, перевязки. Дети из обеих подгрупп никогда не сталкивались с такой процедурой, как клизмы.

По результатам методик «Шкала явной тревожности для детей» в адапта-

ции А.М. Прихожан, «Тест тревожности» Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки было выявлено, что в группе младших школьников чаще встречаются исследуемые, чей уровень тревожности находится явно выше нормы (9 исследуемых из 30), чем в группе дошкольников (2 исследуемых из 26).

По данным опросника медицинских страхов (рис. 1) было выявлено, что для дошкольников наиболее характерным является страх уколов, что также находило подтверждение в исследовании В.П. Гудонис, И.В. Вачкова [2], а также страхи операций, боли и заразиться. Наименее характерными являются страхи принимать лекарства и сдавать кровь. Для школьников наиболее характерны, по сравнению с другими страхами, также страх операций и страх лечь в больницу, наименее характерны страх медосмотров и также страх принимать лекарства.



Рисунок 1. Выраженность медицинских страхов у дошкольников и младших школьников

Факт того, что страх операций стоит на первом месте по выраженности среди всех медицинских страхов в обеих группах, может быть связан с его наибольшим риском причинения физического ущерба, что коррелирует с нормативными данными [3], демонстрирующими наибольшую встречаемость страха причинения физического ущерба у дошкольников и младших школьников.

Сравнительный анализ данных проводился по методикам «Страхи у детей» (А.И. Захаров), «Авторский опросник медицинских страхов» с использованием шкалы страхов «The Koala fear questionnaire» (P. Muris et al.).

Статистическая обработка данных по методике «Страхи у детей» проводилась с помощью углового преобразования Фишера и показала существование значимых различий по частоте встречаемости страхов между двумя группами

(табл. 1). В группе дошкольников, по сравнению с группой младших школьников, наиболее часто встречаются страхи заболеть, сказочных персонажей и крови. В группе младших школьников значимо чаще встречаются страхи умереть, смерти близких и войны. Также наблюдается тенденция к большей выраженности страха открытых пространств у дошкольников и страхов нападения и опоздания в группе младших школьников.

Таблица 1.

Результаты статистической обработки данных методики «Страхи у детей» с использованием углового преобразования Фишера у дошкольников и младших школьников

Страхи	Частота встречаемости		Доля		Значение ф-критерия Фишера
	Дошколь-ники №=26	Школьни-ки №=30	Дошкольни-ки №=26	Школьни-ки №=30	
Нападения	17	26	0,65	0,87	1,905*
Заболеть	15	6	0,58	0,2	2,978**
Умереть	16	28	0,62	0,93	3,044**
Смерти близких	16	30	0,62	1	4,993**
Сказочных персонажей	12	1	0,46	0,03	4,205**
Опоздать	5	13	0,19	0,43	1,975*
Войны	12	25	0,46	0,83	3,011**
Больших помещений	10	4	0,38	0,13	2,203*
Крови	10	3	0,38	0,1	2,592**

Примечание: р – уровень значимости; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Наблюдаемые различия могут быть связаны с большим социальным взаимодействием у исследуемых группы младших школьников и меньшей встречаемостью социально опосредованных страхов в группе дошкольников, что является характерным для детей данных возрастных групп. Также большая встречаемость страха умереть и смерти близких у школьников может быть связана с повышенной тревожностью в данной группе, связанной с опасениями за свою жизнь и жизнь родителей, что является актуальным в данный период времени, а большая встречаемость страха заболеть среди дошкольников может быть проявлением страха умереть в невротической форме [3].

Важно отметить, что в целом группа медицинских страхов (крови, заболеть) по отношению к другим видам страха в группе дошкольников встречается несколько чаще, чем в группе младших школьников. Представленные данные соотносятся с недавними исследованиями В.Г. Колягиной [5], Г.У. Сатеновой, Р.Ш. Сабировой [8], С.В. Чернобровкиной, В.В. Гусаровой [9].

Статистическая обработка данных по опроснику медицинских страхов, представленных в табл. 2, проводилась в программе SPSS.20 по U-критерию Манна-Уитни, вследствие чего было выявлено, что выраженность медицинских страхов у детей дошкольного возраста отличается от выраженности медицинских страхов у детей младшего школьного возраста. Были выявлены значимые отличия по шкалам: «операций» ($p \leq 0,01$), «лечь в больницу» ($p \leq 0,01$), «клизм» ($p \leq 0,05$). Следовательно, можно сделать вывод о том, что выраженность страхов операций, лечь в больницу и клизм больше в группе школьников.

Таблица 2.

Результаты статистической обработки данных методики «Опросник медицинских страхов» с использованием U-критерия Манна-Уитни у дошкольников и младших школьников

Сравниваемые медицинские страхи	Объемы сравниваемых выборок ДШ/Ш	Статистика U Манна-Уитни	Асимпт. знч. (двухсторонняя)
Операций	26/30	219	0,001**
Лечь в больницу	26/30	234	0,006**
Клизм	26/30	276	0,040*

Примечание: p – уровень значимости; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Важно подчеркнуть, что несмотря на то, что страх операций среди всех медицинских страхов стоит на первом месте как в группе дошкольников, так и в группе школьников, у школьников он является значительно более выраженным. Данные отличия по показателям «операций» и «лечь в больницу» могут быть связаны с большим опытом взаимодействия с данными медицинскими ситуациями у младших школьников, что подтверждается результатами анкеты. А также отличия по показателю «клизм» могут быть связаны с большей информированностью младших школьников в области медицинских процедур, так как дети из группы дошкольников и дети из группы младших школьников не имели опыт прохождения данной процедуры, что подтверждается данными анкеты.

Выводы.

1. Среди детей дошкольного возраста, имеющих небольшой опыт взаимодействия с медицинской сферой, наиболее выраженными являются страхи уколов, операций, боли и заразиться. Страх таких ситуаций, как сдача крови, прохождение медосмотров и прием лекарств, выражен у них в наименьшей степени.

2. Среди детей в возрасте от 7 до 11 лет, имеющими более богатый опыт взаимодействия с медицинской сферой, наиболее выраженными являются страхи операций, госпитализации и капельниц. В наименьшей степени у них выражены страхи сдачи крови, прохождения медосмотров и вида крови.

3. У младших школьников значимо чаще проявляются такие медицинские страхи, как страх операций, лечь в больницу и клизм, чем у дошкольников. Полученные различия могут быть связаны с более частым взаимодействием с медицинской сферой у детей младшего школьного возраста, чем у дошкольников, а также их боМесто для формулы.льшей информированностью относительно назначения медицинских процедур.

4. Полученные данные указывают на то, что медицинские страхи, как и другие виды страхов, могут носить навязанный характер и быть спровоцированными окружающими. Это указывает на необходимость более полного информирования детей о содержании медицинских процедур, их последствий и болезненности их проведения без проявления эмоционально-оценочного отношения к ним.

Также полученные данные могут указывать на неуспешность адаптации детей в условиях стационара, что в дальнейшем влечет за собой появление страхов, связанных с госпитализацией, и демонстрирует необходимость оказания психологической поддержки в связи с необходимостью лечь в больницу.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВЦИОМ сообщил о страхе перед коронавирусом у трех четвертей россиян // Международная информационная группа «Интерфакс». 2020. 6 окт.

2. Гудонис В.П., Вачков И.В. Страхи современных старших дошкольников и их родителей // СДО. 2019. №4 (94). С. 36-45.

3. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. Серия «Психология ребенка». СПб.: «Издательство СОЮЗ», 2000. 448 с.

4. Иванова М.А., Люцко В.В., Кудрина В.Г. Анализ посещаемости врачей-педиатров участковых в Российской Федерации за период 2007-2016 гг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. №11-12. С. 42-60

5. Колягина В.Г. Психология страхов дошкольников: монография. М.: Прометей, 2016. 40 с.

6. Кузнецова Е., Дергачев В. Социологи назвали главные страхи россиян // РБК. 2019. 29 окт. 1 с.

7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Моск. психолого-соц. ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК». 2000. 304 с.

8. Сабирова Р.Ш., Сатенова Г.У. Изучение особенностей страхов и тревоги у детей дошкольного возраста // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 6-3. С. 582-586.

9. Чернобровкина С.В., Гусарова В.В. Воображение как фактор проявления тревожности и страхов дошкольников // Вестник Омского университета. Серия: Психология. 2016. № 2. С. 42-52.

10. Шельшакова Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение детей дошкольного возраста, находящихся на лечении в условиях госпитализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2019. № 10. С. 107-110.

11. Штроо В.А., Волкова Е.Е. Взаимосвязь тревоги и отношения к здоровью в ходе адаптации подростка к лечебному учреждению // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2015. № 5. С. 427-432.

REFERENCE

1. VCIOM soobshhil o straxe pered koronavirusom u treh chetvertej rossijan // Mezhdunarodnaja informacionnaja gruppa «Interfaks». 2020. 6 okt.

2. Gudonis V.P., Vachkov I.V. Strahi sovremennyh starshih doshkol'nikov i ih roditelej // SDO. 2019. №4 (94). S. 36-45.

3. Zaharov A.I. Dnevnye i nochnye strahi u detej. Serija «Psihologija rebenka».

SPb.: «Izdatel'stvo SOJuZ», 2000. 448 s.

4. Ivanova M.A., Ljucko V.V., Kudrina V.G. Analiz poseshhaemosti vrachej-pediatrov uchastkovykh v Rossijskoj Federacii za period 2007-2016 gg // Problemy standartizacii v zdravooohranenii. 2018. №11-12. S. 42-60

5. Koljagina V.G. Psihologija strahov doshkol'nikov: monografija. M.: Prometej, 2016. 40 c.

6. Kuznecova E., Dergachev V. Sociologi nazvali glavnye strahi rossijan // RBK. 2019. 29 okt. 1 s.

7. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov: psihologicheskaja priroda i vozrastnaja dinamika. M.: Mosk. psihologo-soc. in-t; Voronezh: Izd-vo NPO «MODJeK». 2000. 304 c.

8. Sabirova R.Sh., Satenova G.U. Izuchenie osobennostej strahov i trevogi u detej doshkol'nogo vozrasta // Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2016. № 6-3. S. 582-586.

9. Chernobrovkina S.V., Gusarova V.V. Voobrazhenie kak faktor projavlenija trevozhnosti i strahov doshkol'nikov // Vestnik Omskogo universiteta. Serija: Psihologija. 2016. № 2. S. 42-52.

10. Shel'shakova N.N. Psihologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie detej doshkol'nogo vozrasta, nahodjashhihsja na lechenii v uslovijah gospitalizacii // Obshhestvo: sociologija, psihologija, pedagogika. 2019. № 10. S. 107-110.

11. Shtroo V.A., Volkova E.E. Vzaimosvjaz' trevogi i otnoshenija k zdorov'ju v hode adaptacii podrostka k lechebnomu uchrezhdeniju // Lichnost' v jekstremal'nyh uslovijah i krizisnyh situacijah zhiznedejatel'nosti. 2015. № 5. S. 427-432.

12. Muris, P., Meesters, C., Mayer, B., Bogie, N., Luijten, M., Geebelen, E., et al. The Koala fear questionnaire: A standardized self-report scale for assessing fears and fearfulness in pre-school and primary school children. Behavior Research and Therapy. 2003. № 41, p. 597-617.

13. Peters M.L., Sommer M., de Rijke J.M., Kessels F., Heineman E., Patijn J., Marcus M.A., Vlaeyen J.W., van Kleef M. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. Ann Surg. 2007 Mar; № 245 (3). p. 487-94.

14. Rennick, J., Johnston, C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, J. Children's psychological response after critical illness and exposure to invasive technology. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2002. № 23 (3), p. 133-144.

N.A. Dovgaya, A.E. Malykh

CHILDREN'S MEDICAL FEARS

Pacific State Medical University (Vladivostok).

Summary. The article presents the results of a research aimed at comparing medical fears of preschoolers and of primary school students. The results prove that the group of medical fears, in relation to other types of fear, occurs in the group of preschoolers a little more often than in the group of junior schoolchildren. It was also revealed that junior schoolchildren have significantly more expressed fears of operations, going to the hospital and enemas than preschoolers.

Keywords: medical fears, children's fears, preschoolers, junior schoolchildren.

**ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ
ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного изучения двух групп несовершеннолетних, наблюдавшихся в связи с хроническими психическими болезнями. Первая группа – признававшиеся в детстве инвалидами (135 больных), вторая – не являвшиеся в детстве инвалидами (221 больной). Уточнены факторы риска формирования ранней инвалидности вследствие психических заболеваний: пол (мужской для расстройств шизофренического спектра, женский для органической психической патологии), семейная отягощенность, сезон рождения (весна/осень), органические вредности в анамнезе, раннее начало, тяжесть психопатологических расстройств, низкие показатели IQ.

Ключевые слова: инвалидность, психические болезни, дети, подростки, факторы риска.

Введение. Проблема профилактики инвалидности вследствие психических расстройств обсуждается специалистами перманентно. Каждое научное поколение, переоценивая предыдущие сведения, критически оценивает накопленные знания и открывает новые пути помощи больным с тяжёлыми хроническими заболеваниями. Анализируя научные базы данных и поисковые системы, можно отметить экспоненциальный рост числа публикаций по таким запросам, как: инвалидность, психическая инвалидность, детская психическая инвалидность («disability», «mental disability», «child mental disability»). Стоит отметить, однако, что как в зарубежной, так и в отечественной литературе вопросам ранней инвалидности уделяется значительно меньше внимания. К примеру, поисковая система PubMed по запросу «mental disability» за 2019 г. находит 3082 источника, за 2020 г. – 3390, за 2021 г. – 3551; тогда как по запросу «child mental disability» за 2019 г. обнаруживается 845 публикаций, за 2021 г. – 1010, за 2021 г. – 1008. Отечественная база данных eLIBRARY по запросу «психическая инвалидность» отыскивает 1218 источников, по запросу «детская психическая инвалидность» – 473 публикации.

Проблема ранней инвалидности, как правило, обсуждается специалистами, работающими с детско-подростковыми контингентами. Вместе с тем научными исследованиями показано, что прогноз детской психиатрической инвалидности неблагоприятен [3, 4], большинство детей-инвалидов остается нетрудоспособным по достижении совершеннолетия, а бывшие дети-инвалиды переходят в разряд взрослых инвалидов с детства [1, 2, 5]. Очевидно, что проблема ранней инвалидности тем или иным образом затрагивает весьма широкий круг специалистов, работающих в этой области, и анализироваться она должна весьма внимательно и подробно.

В отделе по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ вопросы ранней инвалидности изучаются с момента образования отдела в 1998 г. В данном сообщении изложены результаты длительного проспективно-

катамнестического наблюдения когорты пациентов, наблюдавшихся амбулаторно, в условиях психоневрологического диспансера (ПНД). На данной когорте при сравнении двух групп заболевших =инвалиды и неинвалиды= проведён анализ факторов риска ранней инвалидности.

Цель: выявление факторов риска ранней инвалидности в ходе проспективно-катамнестического наблюдения за пациентами с рано начавшимися хроническими психическими расстройствами.

Материал. Проспективно-катамнестически наблюдалась когорта пациентов 1990-1992 гг. рождения, заболевших психическими расстройствами в детстве и подростковом возрасте. Группа наблюдения формировалась невыборочно, в неё включались все обратившиеся до совершеннолетия за психиатрической помощью в ПНД. Всего в группе наблюдения оказалось 1203 человека: м. 914 (76%), ж. 289 (24%). После первичного обращения к психиатру (в возрасте от 2 до 17 лет 11 мес., средний возраст первичного обращения - $M \pm \sigma$: $9,39 \pm 3,66$ лет), больные прослеживались до достижения совершеннолетия (1-й – проспективный этап). Катамнез проводился дважды: в возрасте 23-25 лет (2-й этап) – 1095 человек, м. 839 (77%), ж. 256 (23%) и в возрасте 30-32 лет (3-й этап). Поскольку повторное катамнестическое обследование на момент написания статьи продолжается, в данном сообщении речь идёт о результатах, полученных при проведении двух первых этапов запланированной работы.

Нозологическое распределение всех взятых под наблюдение больных: из 1203 пациентов 43,3% (521 человек) наблюдались в связи с органическими психическими расстройствами (далее – ОНР); 17% (205) – с умственной отсталостью (УО); 12,8% (154) – с расстройствами шизофренического спектра (РШС); 7,8% (94) – с расстройствами личности; 7,6% (91) – с невротическими расстройствами; 6,8% (82) – с нарушениями поведения и эмоций в детском возрасте; 4,7% (56) – с иными психическими расстройствами.

Таблица 1.

Нозологическое распределение больных двух групп (человек)

Диагноз по МКБ-10*	1-я группа (дети-инвалиды)			2-я группа (дети с хроническими психическими болезнями без инвалидности)			Итого		χ^2 (пороговое значение 3,841)
	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	М	Ж	
F0	21	11	10	58	48	10	59	20	7,5**
F2	49	40	9	93	62	31	102	40	3,5
F7	65	40	25	70	46	24	86	49	0,25
Всего	135	91	44	221	156	65	247	109	0,39
Итого							356		

*F0 - органические психические расстройства; F2- шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; F7- умственная отсталость.

** - различия между полами значимы при $p=0,05$.

На 2-м (катамнестическом) этапе работы из общей когорты взятых под наблюдение 1203 человек были отобраны группы, далее подвергнутые сравнению:

1-я – лица, признанные в детстве детьми-инвалидами: 135 человек; 2-я – лица, в детстве наблюдавшиеся диспансерно по поводу хронических психических болезней, не признававшиеся в детстве инвалидами: 221 человек. Группа сравнения (2-я) формировалась из больных тех же нозологических единиц, что и дети-инвалиды; что было предпринято для изучения факторов и обстоятельств, повлиявших на формирование ограничений жизнедеятельности у пациентов основной группы. Нозологическое распределение больных из групп сравнения приведено в табл. 1. В первой группе основной причиной инвалидности оказалась УО: 65 человек (48,1% всех детей-инвалидов), на втором месте – РШС: 49 больных (36,3%), на третьем – органические психические расстройства, включая эпилепсию – 21 (15,6%).

Методы: клинико-психопатологический, психометрический, клинико-катамнестический, статистический. Степень тяжести клинической картины оценивалась по шкале CGI-S; уровень интеллектуальных нарушений – методиками Векслера, Равена. Статистическая значимость различий определялась критерием сопряжения Пирсона (χ^2), наличие корреляций определялось линейным коэффициентом корреляции Пирсона (r-Пирсона). Данные в таблицах и тексте представлены в виде среднего значения (М) и среднеквадратического отклонения (σ). Использовался порог уровня статистической значимости: $p=0,05$.

Результаты. Сравнение гендерных соотношений среди больных первой и второй групп показало, что статистически значимая зависимость частоты оформления инвалидности от пола обнаружилось только среди пациентов с ОНР. Мальчики чаще наблюдались по поводу ОНР, но инвалидов среди них было относительно немного, в то время как половина девочек, наблюдавшихся с хроническими ОНР, становились инвалидами на протяжении детского возраста. Противоположные соотношения обнаружались и среди пациентов с РШС: наблюдавшиеся психиатром мальчики с РШС чаще признавались инвалидами, чем девочки; однако выявленная разница не достигала статистической значимости. Среди больных с УО, как и среди инвалидов в целом, зависимости частоты инвалидизации от пола больных не обнаружилось.

Средний возраст к началу заболевания и его среднеквадратическое отклонение представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Средний возраст к началу заболевания, средний возраст первичного обращения (М $\pm\sigma$)

Диагноз по МКБ-10	1-я группа			2-я группа		
	Количество больных	Средний возраст к началу заболевания	Средний возраст первичного обращения	Количество больных	Средний возраст к началу заболевания	Средний возраст первичного обращения
F0	21	2,3 $\pm$ 4,0	6,53 $\pm$ 3,4	58	2,5 $\pm$ 4,9	7,82 $\pm$ 3,2
F2	49	6,2 $\pm$ 5,9	6,57 $\pm$ 3,4	93	9,8 $\pm$ 5,3	11,75 $\pm$ 4,1
F7	65	2,5 $\pm$ 1,8	5,16 $\pm$ 3,1	70	3,6 $\pm$ 2,9	7,41 $\pm$ 2,8
Всего	135	4,1 $\pm$ 4,0	5,9 $\pm$ 3,3	221	7,7 $\pm$ 5,1	9,3 $\pm$ 4,0

Инвалиды вследствие психических расстройств, как показала ретроспективная оценка, в целом раньше заболевали (или, в случае УО, их расстройства обнаруживались родителями раньше) и раньше обращались за психиатрической помощью.

Инвалиды и неинвалиды вследствие ОНР заболевали в схожем возрасте, по-видимому, вследствие того, что в 66% случаев, генезом ОНР в общей когорте являлись ранние органические поражения головного мозга вследствие перинатальной патологии. Первичное обращение к психиатру значительно запаздывало (хотя у инвалидов это происходило около года раньше, чем у неинвалидов); до обращения за психиатрической помощью пациенты наблюдались неврологами.

У пациентов с РШС наблюдался самый большой разброс средних показателей начала болезни (относительно пациентов с ОНР и УО), так как в данном сплошном невыборочном исследовании в анализируемую когорту включались все заболевшие РШС до совершеннолетия, а это происходило на протяжении всего детства и в подростковом возрасте. Инвалиды вследствие РШС в среднем раньше заболевали и раньше обращались за психиатрической помощью.

Пациенты–инвалиды вследствие УО в среднем раньше на 1 год обнаруживали признаки психического расстройства, и обращались за психиатрической помощью в среднем раньше на 2 года, нежели пациенты 2-й группы; что могло быть объяснено большей выраженностью интеллектуальной недостаточности у пациентов 1-й группы – лиц с диагнозами F71, F72, F73 среди них оказалось 77%, во второй группе – только 3%: два пациента, которым диагноз умеренной УО был поставлен уже во взрослом возрасте, в детстве они наблюдались по поводу лёгкой УО и не имели инвалидности. Выраженные формы УО (F71, F72, F73) проявлялись раньше и заметнее для родителей, что побуждало последних раньше прибегать к психиатрической помощи.

Анализ ассоциаций тяжести состояния на момент развёрнутой картины болезни и в момент катамнеза, выявил более сильную статистически значимую прямую корреляционную связь в группе инвалидов (r -Пирсона) $r_{\text{эмп.}}=0,70689$ (для сравнения, в группе неинвалидов r -Пирсона $r_{\text{эмп.}}=0,59895$), при $r_{0,05}=0,27871$. Т. е., чем тяжелее психическое расстройство протекало на этапе развёрнутой клинической картины, тем выраженнее оказывалась тяжесть расстройств, регистрируемая в периоде катамнеза.

Средние показатели уровня интеллекта на момент первичного обращения в группе инвалидов были ниже, чем в группе неинвалидов, $M \pm \sigma$ 57,77 $\pm$ 26,66 и 66,60 $\pm$ 12,86 соответственно.

Наследственная отягощённость по психическим болезням (изучалась наследственная отягощённость психическими расстройствами у родственников до 4-й степени родства) в группе детей-инвалидов обнаруживалась у 68% (у 57% лиц с УО, у 62% лиц с ОНР, у 85% лиц с РШС); в группе неинвалидов – у 53% (у 46% лиц с УО, у 34% лиц с ОНР, у 79% лиц с РШС); $\chi^2=4,7$ (различия достоверны).

При сравнении группы инвалидов с неинвалидами было выявлено, что пациенты, рождённые весной и осенью имели бóльшую вероятность стать инвалидами в детстве, в то время как рождённые зимой и летом – меньшую.

Ранние органические вредности (патологично протекавшая беременность у матерей наших больных, сопровождавшаяся гипоксией, внутриутробным инфицированием, анемией; патология родов – асфиксия плода, преждевременное рождение, родовые травмы; ранние постнатальные вредности, перенесённые в возрасте до 3-х лет жизни: черепно-мозговые травмы, операции под наркозом, инфекции с нейротоксическим течением) выявлялись в анамнезе подавляющего количества инвалидов – у 77% (у 72% лиц с УО, у 84% лиц с ОПР, у 74% лиц с РШС); у неинвалидов – в 54% (у 56% лиц с УО, у 78% лиц с ОПР, у 58% лиц с РШС); $\chi^2 = 11,7$ (различия достоверны).

Выводы. Фактор пола можно рассматривать в качестве рискованного для ранней инвалидности лишь в некоторых отдельных случаях: так, мужской пол является фактором риска при диагностике у больного в периоде детско-подросткового возраста расстройств шизофренического спектра. Женский пол можно отнести к факторам риска инвалидизации, при обнаружении у пациенток органической психической болезни: процент инвалидизации девочек, амбулаторно обратившихся к психиатру, в нашем контингенте был значительно выше, чем мальчиков. По-видимому, обращающиеся в ПНД девочки страдали менее благоприятными формами расстройств. Мальчики, страдавшие менее тяжёлыми формами ОПР, значительно преобладали в нашем контингенте, сформированном на базе ПНД, что, возможно, было продиктовано спецификой работы амбулаторной службы, решающей вопросы призыва в армию. Повышенная заболеваемость ОПР мальчиков могла быть обусловлена повышенной уязвимостью мужских плодов к экзогенным воздействиям в силу генетически заложенных особенностей, а также более высокой чувствительностью в интранатальном периоде плодов мужского пола к органическим вредностям: мальчики, как правило, рождались с большими антропометрическими показателями, чем девочки.

Более раннее начало болезни или более раннее проявление психических расстройств, по полученным данным, относились к факторам риска ранней инвалидности, факторами риска, кроме того, были: наличие семейной отягощённости по психическим заболеваниям; осенний и весенний сезоны рождения; более выраженная тяжесть расстройств, обнаруживаемая в момент развёрнутой клинической картины; низкие показатели интеллекта на момент первичного обращения к психиатру; наличие в анамнезе больных ранних органических вредностей. Ввиду перечисленного стоит отметить, что профилактика ранней инвалидности невозможна без участия специалистов, включённых в помощь детям раннего возраста: акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров; что, в свою очередь, ставит вопрос о психообразовании широкого круга специалистов в отношении начальных проявлений психических расстройств и факторов риска ранней психической инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазаева Н.А., Шмакова О.П., Андреева О.О. Катамнез детской шизофрении (клинический и социальный аспекты) // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 2012, Т. 112, № 7. С. 20-27.

REFERENCES

1. Mazaeva N.A., Shmakova O.P., Andreeva O.O. Katamnez detskoj shizofrenii

(klinicheskij i social'nyj aspekty) // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova, 2012, T. 112, № 7. S. 20-27.

2. Camfield C.S., Camfield P.R. Long-term social outcomes for children with epilepsy // *Epilepsia*, 2007, 48, p. 3-5.

3. Merikukka M., Ristikari T., Tuulio-Henriksson A., Gissler M., Laaksonen M. Childhood determinants for early psychiatric disability pension: A 10-year follow-up study of the 1987 Finnish Birth Cohort // *The International journal of social psychiatry*, 2018, 64(8), p.715-725.

4. Remschmidt H., Theisen F. Early-onset schizophrenia // *Neuropsychobiology*, 2012, 66(1), p. 63-9.

5. Shmakova O.P. Clinical dynamics of mental retardation and social adaptation of patients as they age // *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 2018, V. 48, № 2, p. 225-232.

O.P. Shmakova

**RISK FACTORS FOR EARLY DISABILITY
DUE TO MENTAL DISORDERS**

FSBSI «Mental Health Research Center» (Moscow).

Summary. The article presents the results of a comparative study of two groups of minors observed in connection with chronic mental illness. The first group included those who were recognized as disabled in childhood (135 patients), the second group was those who were not disabled in childhood (221 patients). The risk factors for the formation of early disability due to mental illness were clarified: gender (male for schizophrenia spectrum disorders, female for organic mental pathology), family history, birth season (spring/autumn), history of organic hazards, early onset, severity of psychopathological disorders, low rates I.Q.

Keywords: disability, mental illness, children, adolescents, risk factors.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ,
ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

**Национальный исследовательский Нижегородский государственный
университет им. Н.И. Лобачевского (г. Арзамас Нижегородской обл.).**

Резюме. В статье поднимается проблема психологического благополучия семей и детей, столкнувшихся с тяжелейшими последствиями эпидемической ситуации. Приводится определение психологического благополучия человека, близкого по значению к термину психологическое здоровье. Выделяются проблемы современных детей, обусловленные дисфункциональными семейными отношениями. Приводятся результаты экспериментального исследования психологического благополучия детей из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Ключевые слова: психологическое благополучие, семья, оказавшаяся в трудной жизненной ситуации, виктимное поведение, тревожность, психологическая незащищенность.

На протяжении всей жизни человеку нужна семья. Семья – источник поддержки, защиты, знаний об окружающем мире. Без поддержки близких и любимых людей человек становится одиноким и оторванным от общества. Дж.Боулби (2003), А.Я.Варга (2001), В.Сатир (1992), В.Н.Дружинин (2008) в своих работах описывали семью как «живой организм» [1-3, 7], а человеческие взаимоотношения считали «строительным материалом» здорового развития [1]. Дж.Боулби писал: «С момента нашего появления на свет и до момента смерти близкие и заботливые отношения выступают в роли фундамента успешной человеческой адаптации» [1].

Однако, идеальная семья, где в основе отношений только равенство, взаимопомощь, сотрудничество, где нет никаких конфликтов и проблем, на сегодняшний день представляется нам сказочным раем [3]. В определенные периоды жизни любая семья может оказаться в *трудной жизненной ситуации*, объективно нарушающей жизнедеятельность ее членов, будь то болезнь, одиночество, инвалидность, малообеспеченность, безработица, сиротство, отсутствие определенного места жительства, конфликты, жестокое обращение и т. д. [8]

В 2020-21 гг. каждая семья на планете столкнулась с тяжелейшими последствиями пандемии, такими как социальная изоляция, ограничение физической активности, удаленная профессиональная деятельность, дистанционное обучение, а также снижение доходов, потеря работы, тяжелая болезнь, смерть близких. Преодолевая необычные трудности, люди переживали сложные эмоции от недоверия и отрицания до страха и бессилия. Психологическое благополучие каждого члена семьи подверглось испытаниям и во многом стало зависеть от того, насколько семейная система способна принять и поддержать неповторимую индивидуальность человека с его темпераментом, интересами, мыслями, чувствами и потребностями [7].

Психологическое благополучие, близкое по значению к термину психологическое здоровье [4], определяется нами в данной статье как реализация человеком своего предназначения, способность развиваться, достигать все большего самопонимания, зрелости и эффективности. Элементами психологического благополучия, согласно М.Селигману (2013), являются положительные эмоции, удовлетворенность жизнью, позитивные отношения и позитивные достижения [9].

Психологическое благополучие ребенка, прежде всего, предполагает его эмоциональное благополучие и удовлетворенность семейными взаимоотношениями, в которых он развивается [11]. В.Сатир писала: «Ребенок, делающий первые шаги в новом для него мире, слабее своих родителей и очень болезненно реагирует на то, что другие его считают слабым. Особенно, если родители не знают, как дать ребенку понять, что они уважают его чувства, желания и мнение» [7].

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у детей, которые страдают от недостаточного общения с взрослыми и их враждебного отношения к ним, а также у детей, которые растут в условиях семейного разлада, гораздо чаще отмечаются нарушения психического здоровья [4].

Основными признаками дисфункциональных отношений, по И.А. Слободчикову, являются [10]:

формальный тип отношений (безразличие, пренебрежение детскими нуждами, безнадзорность);

симбиотический тип отношений (подавление взросления, инфантилизация, инвалидизация);

растлевающий тип отношений (потакание и вседозволенность, вовлечение в пагубность);

травмирующий тип отношений (бесцеремонность, притеснение, домогательство и насилие).

Нарушенные детско-родительские взаимоотношения порождают у ребенка низкую самооценку, негативные переживания, и, как следствие, защитное поведение [7, 11]. Наблюдая за развитием растущего человека, характером его поступков, направленностью его мотивов, можно выделить типичные отклонения в его развитии [10]:

1) нереализованность (педагогическая запущенность), бесперспективность («выученная беспомощность»);

2) опустошенность («экзистенциальный голод», сдвиг в умонастроении и поведении ребенка от естественной детской романтичности к противоестественной расчетливости и скептицизму, «синдром Кая»);

3) безродность («атомизированность», моральная незрелость или моральная распушенность), «мауглизация» (нарушения самоидентификации и зооморфное поведение), ценностная дезориентированность (аморальный настрой и деструктивные установки), психотравмирующие переживания.

Перечисленные выше психологические проблемы в развитии современных детей, а также трудности семейных взаимоотношений, осложненные неблагоприятными факторами эпидемической ситуации, подтверждают актуальность более детального изучения психологического благополучия детей из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Экспериментальное исследование по изучению психологического благополучия детей из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, мы проводили в октябре 2021 г. в группах дневного пребывания ГБУ «Центр социально-психологической помощи семье и детям г.Арзамаса». В исследовании принимало участие 54 ребенка младшего школьного возраста (28 мальчиков и 24 девочки). Все испытуемые из малообеспеченных, неполных и/или многодетных семей (табл. 1).

Таблица 1.

Характеристики выборки исследования

Статус семьи, оказавшейся в ТЖС	Распространенность	Количество детей
Малообеспеченная семья	100%	54
Многодетная семья	8%	4
Приемная семья	-	-
Неполная семья (развод родителей)	25%	13
Неполная семья, одинокая мать (ОМ)	6%	3
Семья с потерей кормильца (СПК)	4%	2
Всего:	100%	54

Возраст детей от 7 до 11 лет (средний возраст $9,6 \pm 2,2$ лет). Интеллектуальное развитие испытуемых соответствовало среднему уровню. Дети посещали группы дневного пребывания социального центра, где им предоставлялось питание, проводились коррекционно-развивающие и досуговые мероприятия.

Цель исследования – изучить эмоциональные проявления (агрессивность, тревожность) и степень удовлетворенности семейными взаимоотношениями младших школьников из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Методики исследования:

- 1) Оценка детской агрессии (О.Н. Истратова, 2010) [6];
- 2) Шкала личностной тревожности (А.М. Прихожан, 1983) [5];
- 3) Оценка психологической незащищенности детей «Незаконченные предложения» (Е.Н Волкова, 2008) [5].

Обратимся к **результатам** экспериментального исследования.

1. Оценка детской агрессии. В результате диагностики испытуемые были распределены по уровням агрессивности (высокий, средний, низкий) и выраженности видов агрессивных действий.

Как можно видеть на рис. 1, высокий уровень агрессии наблюдается у 17% (9 испытуемых), средний уровень – у 23% (12 испытуемых), низкий уровень – у 60% (31 испытуемого).

Дети с высоким уровнем агрессии (17%) быстро раздражались, могли ударить, обязательно давали сдачи, если их кто-то заденет, нарушали установленные правила, поступали наперекор (на зло), повышали голос, выражали угрозу жестами, угрожали кулаком, замахивались на других и т. д.

Дети со средним уровнем (23%) испытывали агрессию в незначительной степени, которая обеспечивала им оптимальную адаптацию в среде сверстников.

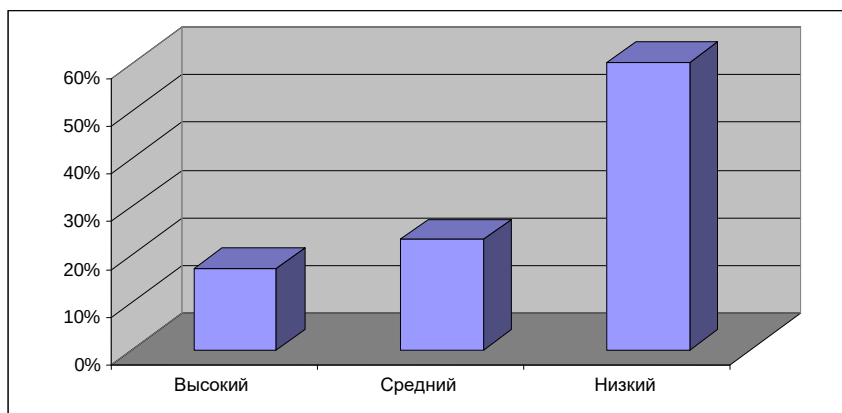


Рисунок 1. Распределение испытуемых по уровням агрессии.

Детей с низким уровнем агрессии было подавляющее большинство (60%). Они во всем соглашались с другими, в конфликтной ситуации всю вину за случившееся брали на себя, соглашались исполнять все просьбы и приказания, огорчались при неудачах и из-за мелочей, сожалели о своих поступках, всегда были вежливы с другими людьми, даже с теми, которые им не нравились, не умели сердиться.

Категории и степень выраженности агрессивных тенденций у детей представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Выраженность видов агрессивных действий.

Виды агрессивных действий	Степень выраженности в выборке	Количество
Виктимное поведение	60 %	31
Вербальная агрессия	37 %	19
Косвенная агрессия	11 %	6
Физическая агрессия	14 %	7
Раздражительность	3 %	2

Как можно видеть в табл. 2, *виктимное* поведение наблюдается у 60% (31 испытуемого), вербальная агрессия – у 37% (19 испытуемых), косвенная агрессия – у 11% (6 испытуемых), физическая агрессия – у 14% (7 испытуемых), раздражительность – у 3% (2 испытуемых).

Подавляющее большинство испытуемых (60%) демонстрировали выраженное *виктимное поведение*. Таких детей отличала предрасположенность к жертвенности в определенных ситуациях, обусловленной значительной выраженностью ряда личностных свойств. К таким свойствам относятся пассивность, неумение и нежелание отстаивать собственную позицию, брать на себя ответственность, установка на подчинение, неосмотрительность, легкомыслие, наивность, недостаток опыта, низкая самооценка, чувство вины и т. д.

Значительная часть испытуемых (37%) склонна проявлять *вербальную аг-*

рессию. Такие дети часто спорили, кричали в ответ, ругались, угрожали (но угрозы не приводили к исполнению), дразнили других детей, обращались к другим командным, требовательным тоном и т. д.

2. Оценка детской тревожности. В результате оценки тревожности нами были выделены группы детей со средним, высоким и низким уровнем тревожности, а также обозначены области действительности, вызывающие тревогу.

3.

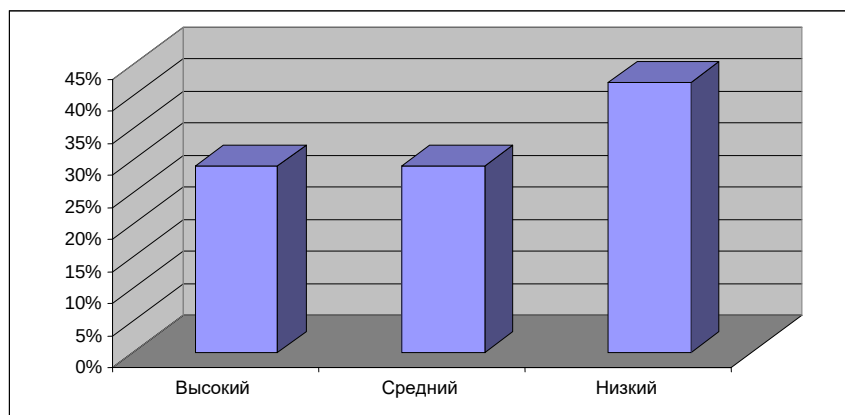


Рисунок 2. Распределение испытуемых по уровням тревожности.

Как можно видеть на рис. 2, высокий уровень тревожности наблюдается у 29% (15 испытуемых); средний уровень – у 29% (15 испытуемых); низкий уровень – у 42% (22 испытуемых).

Дети с высоким уровнем тревожности (29%) чаще других боялись получить плохую отметку, избегали контакта с учителем, испытывали тревогу в школе, трудности общения со сверстниками, страх перед наказанием родителями, быть в центре внимания, участия в новых мероприятиях, боялись незнакомых людей, страшных снов и т. д.

Дети со средним уровнем (29%) испытывали тревогу в незначительной степени, которая обеспечивала им оптимальную адаптацию в среде сверстников.

Дети с низким уровнем тревожности (42%) были склонны не замечать фрустрирующих воздействий, у них отсутствовали предупредительные мобилизирующие реакции, быстрая перестройка своих действий. Такие дети отличались инфантильностью и беспечностью, они не замечали изменения в ситуации и поэтому отличались неадекватностью и инертностью поведения. Часто оказывались беспомощными, не реагировали на замечания старших, не учились на ошибках и повторяли действия, которые уже приводили к конфликтам и неприятностям.

Области действительности, вызывающие тревогу, а также степень выраженности характерной тревожности показаны в табл. 3.

Как можно видеть в табл. 3, высокий уровень *школьной тревожности* обнаружен у 14% (7 испытуемых). Такие дети боялись отвечать у доски, разговаривать с директором школы, испытывали тревогу, когда учитель смотрел по

журналу, кого спросить, боялись писать контрольную работу, выполнять тест по какому-нибудь предмету, встречать родителей с родительского собрания, не понимали объяснений учителя, терялись, когда на уроке учитель неожиданно задавал им вопрос и т. д.

Таблица 3.

Тревожные области и степень выраженности

Тревожные области	Степень выраженности в выборке	Количество
Школьная тревожность	14%	7
Самооценочная тревожность	17%	9
Межличностная тревожность	11%	6
Магическая тревожность	11%	6

Дети с высоким уровнем *самооценочной тревожности* (17%) испытывали страх перед участием в соревнованиях, конкурсах, олимпиадах. Боялись сравнивать себя с другими, пугались, когда их критиковали, в чем-то упрекали, когда у них что-то не получалось, когда им грозил неуспех, провал, думали о том, что не смогут ничего добиться в будущем, не верили в свои способности, когда их оценивали и когда брались за новое дело.

Дети с *межличностной тревожностью* (11%) боялись оказаться среди незнакомых ребят, терялись, когда на них кто-то смотрел, (наблюдал во время работы, решения задачи), когда на них не обращали внимания, когда слышали смех за своей спиной, когда к ним подходил кто-то другой, боялись выступать перед зрителями.

Дети с *магической тревожностью* (11%) боялись видеть плохие сны, слышать заклятия, смотреть на людей, похожих на магов, колдунов, слышать предсказания о космических катастрофах, слышать, что какой-то человек «напускает порчу» на других, засыпать в темной комнате, думать о том, что их могут «сглазить», слушать страшные истории, говорить об эпидемии, думать о призраках, других страшных, «потусторонних» существах.

4. Оценка психологической незащищенности детей. В результате методики «Незаконченные предложения» мы выявили удовлетворенность испытуемых безопасностью окружающей среды, условиями проживания и семейными взаимоотношениями. Интерпретация полученных результатов проводилась методом контент-анализа.

Проблемы психологической незащищенности детей обозначены в табл. 4.

Как можно видеть в табл. 4, социальные страхи обнаружены у 58% (30 испытуемых), семейные проблемы – у 88% (46 испытуемых), семейное насилие – у 37% (19 испытуемых), фрустрированные потребности – у 35% (18 испытуемых).

Социальные страхи (33%) детей выражались в боязни плохих отметок, контрольных, ВПР, уроков физкультуры, «когда ругают», «ремня», темноты, собак, змей, пауков, незнакомых людей, непредсказуемых ситуаций, коронавируса, холода, пожаров, одиночества, смерти.

Семейные проблемы (88%) детей предполагали ссоры между родителями, крики и угрозы, курение и алкоголизм родителей, нежелание видеть родителей дома, непринятие отчима, одиночество, скуку, отсутствие братьев и сестер, кре-

диты родителей, истерики, потребность в еде, конфликты с родственниками, невозможность собираться вместе всей семьей.

Таблица 4.

Проблемы психологической незащищенности детей

Проблемы детей	Степень выраженности в вы- борке	Количество
Социальные страхи	32%	17
Семейные проблемы	88%	46
Семейное насилие	37%	19
Фрустрированные потребности	35%	18

Семейное насилие (37%) выражалось в оскорблениях, упреках, навешивании ярлыков («дебил», «игроман», «псих», «весь в отца»), физических наказаниях, недостатке семейного общения, завышенных требованиях родителей, загруженности уроками. Эмоциональная реакция детей - недовольство своим положением в семье, нежелание жить.

Фрустрированные потребности (35%) детей - в любви, уважении, признании, еде и безопасности. Приемлемое наказание, по мнению детей, это лишение телефона, сладкого, прогулок, телевизора. Большинство детей хотело, чтобы родители объясняли ребенку, в чем его ошибка, или не наказывали совсем.

Выводы по результатам экспериментального исследования психологического благополучия детей из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации:

1. Подавляющее большинство испытуемых показало низкий уровень агрессии (60%), а также выраженное виктимное поведение (60%). Таких детей характеризует предрасположенность к жертвенности в определенных ситуациях, пассивность, неумение и нежелание отстаивать собственную позицию, брать на себя ответственность, установка на подчинение, неосмотрительность, легкомыслие, наивность, недостаток опыта, низкая самооценка, чувство вины.

2. 37% испытуемых проявляли вербальную агрессию. Часто спорили, кричали в ответ, ругались, угрожали (но угрозы не приводили к исполнению), дразнили других детей, обращались к другим командным, требовательным тоном и т. д.

3. Значительная часть (42%) испытуемых показала низкий уровень тревожности. Такие дети склонны не замечать фрустрирующих воздействий, у них отсутствовали предупредительные мобилизирующие реакции, быстрая перестройка своих действий. Инфантильные, беспечные дети, не замечающие изменения в ситуации, и поэтому отличались неадекватностью и инертностью поведения. Они оказывались беспомощными, часто не реагировали на замечания старших, не учились на ошибках и повторяли действия, которые уже приводили к конфликтам и неприятностям.

4. Психологическая незащищенность испытуемых сопровождалась наличием страхов (33%) контрольных, ВПР, уроков, плохих отметок, одиночества, непредсказуемых ситуаций, каронавирусной инфекции, незнакомых людей, «когда ругают», ремня.

Неудовлетворенность семейными взаимоотношениями испытуемых (88%) обусловлена одиночеством, скукой, отсутствием братьев и сестер, ссорами между родителями, криками, угрозами, истериками, курением и алкоголизмом родителей, непринятием отчима, кредитами, нехваткой еды, конфликтами с родственниками и физическими наказаниями.

Полученные результаты исследования могут быть использованы педагогами и психологами социальных учреждений с целью разработки научнообоснованных программ помощи детям из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боулби Д. Привязанность / Общ.ред. и вступ. ст. Г.В. Бурменской; Пер. с англ. Н.Г. Григорьевой и Г.В. Бурменской. М.: Гардарики, 2003. 447 с.
2. Варга А.Я. Системная психотерапия супружеских пар / науч. ред. и сост. А.Я. Варга. М.: Когито-Центр, 2012. 340 с.
3. Дружинин В.Н. Психология семьи. СПб.: Питер, 2006. 176 с.
4. Дубровина И.В. Психологическое благополучие школьников в системе современного образования: учебное пособие. СПб.: Нестор-История, 2016. 180 с.
5. Интернет-ресурс: <http://cdk.admsurgut.ru/win/download/942/> (Дата обр.: 27.10.2021_).
6. Истратова О.Н. Диагностика и коррекция поведения у детей дошкольного возраста: дисс. канд. психол. наук. Таганрог, 1998. 182 с.
7. Сатир В. Как строить себя и свою семью [Пер. с англ.]. М.: Педагогика-пресс, 1992. 190 с.
8. Сафонова Л.В. Содержание и методы психосоциальной работы. М.: Академия, 2006. 224 с.
9. Селигман М., Е. Меженич, С. Филина. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия; пер.с англ. М.: Манн, Иванов и Фебер, 2013. 440 с.
10. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91-105.
11. Шутова Н.В. Интегрированное психическое развитие проблемных детей старшего дошкольного возраста средствами музыкального воздействия: дисс. докт. психол. наук: Нижний Новгород, 2009. 423 с.

REFERENCES

1. Boulbi D. Privjazannost' / Obshh.red. i vstup. st. G V. Burmenskoj; Per. s angl. N.G. Grigor'evoj i G.V. Burmenskoj. M.: Gardariki, 2003. 447 s.
2. Varga A.Ja. Sistemnaja psihoterapija supruzheskih par / nauch. red. i sost. A.Ja. Varga. M.: Kogito-Centr, 2012. 340 s.
3. Druzhinin V.N. Psihologija sem'i. SPb.: Piter, 2006. 176 s.
4. Dubrovina I.V. Psihologicheskoe blagopoluchie shkol'nikov v sisteme sovremennogo obrazovanija: uchebnoe posobie. SPb.: Nestor-Istorija, 2016. 180 s.
5. Internet-resurs: <http://cdk.admsurgut.ru/win/download/942/> (Data obr.: 27.10.2021_).
6. Istratova O.N. Diagnostika i korrekciya povedenija u detej doshkol'nogo vozrasta: diss. kand. psihol. nauk. Taganrog, 1998. 182 s.

-
7. Satir V. Kak stroit' sebja i svoju sem'ju [Per. s angl.]. M.: Pedagogika-press, 1992. 190 s.
 8. Safonova L.V. Soderzhanie i metody psihosocial'noj raboty. M.: Akademiya, 2006. 224 s.
 9. Seligman M., E. Mezhenich, S. Filina. Put' k процветанию. Novoe ponimanie schast'ja i blagopoluchija; per.s angl. M.: Mann, Ivanov i Feber, 2013. 440 s.
 10. Slobodchikov V.I., Shuvalov A.V. Antropologicheskij podhod k resheniju problemy psihologicheskogo zdorov'ja detej // Voprosy psihologii. 2001. № 4. S. 91-105.
 11. Shutova N.V. Integrirovannoe psihicheskoe razvitie problemnyh detej starshego doskol'nogo vozrasta sredstvami muzykal'nogo vozdejstviya: diss. dokt. psihol. nauk: Nizhnij Novgorod, 2009. 423 s.

T.Yu. Kudryashova

**EXPERIMENTAL STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING
OF CHILDREN FROM FAMILIES IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS**

**National Research Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod
(Arzamas city, Nizhny Novgorod region).**

Summary. The article raises the problem of the psychological well-being of families and children faced with the most severe consequences of the epidemic situation. The definition of psychological well-being of a person close in meaning to the term psychological health is given. The problems of modern children caused by dysfunctional family relationships are highlighted. The results of an experimental study of the psychological well-being of children from families in difficult life situations are presented.

Keywords: psychological well-being, family in a difficult life situation, victim behavior, anxiety, psychological insecurity.

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

**И.П. Киреева, Э.Л. Казанцева, И.К. Руднева
СМЕШАННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ,
ТИПОЛОГИЯ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА**

**Ассоциация детских психиатров и психологов, ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова (Москва).**

Резюме. Авторы анализируют состояние проблемы в историческом, диагностическом и психопатологическом аспектах и представляют результаты собственного исследования. Его целью являлось изучение структуры и динамики смешанных аффективных расстройств у детей и подростков: уточнения критериев диагностики, разработки психопатологической типологии, дифференцированной терапии. Выявлено 3 типа смешанных аффективных нарушений: с определенным суточным ритмом, с лабильным аффектом и лаврированный тип смешанных аффективных нарушений.

Ключевые слова: смешанные аффективные расстройства, биполярное аффективное расстройство, атипичные аффективные нарушения, тревога, эмоциональная лабильность, дети, подростки, нормотимики, рисперидон, луразидон.

Для верного понимания современного состояния проблемы смешанных аффективных расстройств необходимо коснуться исторических аспектов. В 1554 г. были обнаружены рукописи II века нашей эры греческого врача Аретей из Каппадокии (римской провинции на территории современной Турции), излагавшего учение Архигена, уроженца Сирии, чьи писания были утеряны. В текстах Аретея впервые была описана «бесчисленность» симптомов при меланхолии и мании, их «смешение», что расценивается как первое в истории психиатрии указание на смешанное аффективное расстройство [10, 29].

Научное описание смешанных состояний началось в 19 веке. Одним из первых был профессор Лейпцигского университета Иоганн Кристиан Август Хайнрот. В своем учебнике «Расстройства психической жизни» (1818) он выделил категорию смешанных состояний экзальтации и слабости (гипоастении) и в ней - категории смешанных («Mischung») расстройств настроения (animi morbi complicati) и «смешанных расстройств волевых усилий» (morbi voluntatis mixti), в которых речь, очевидно, идет о смешанных аффективных и шизоаффективных расстройствах в соответствии с современными определениями [31]. Профессор Гентского университета в Нидерландах (совр. Бельгия) Гислен в своей книге «Трактат о френопатиях или новая система психических расстройств» (1838) описал категорию смешанных состояний, названную им «соединения болезней». К этой категории он отнес «угрюмую депрессию», «угрюмую экзальтацию» и «депрессию с экзальтацией и глупостью», в которую также включил «депрессию с тревогой» [21, 30, 34].

Настоящим автором того, что мы сегодня называем смешанными состоя-

ниями, является Эмиль Крепелин. Он обобщил и классифицировал предыдущие представления, в том числе и идеи своего ученика Вильгельма Вейгандта, который упоминал о многих типах смешанных состояний, но описал только три «...маниакальный ступор... возбужденная депрессия ... и непродуктивная мания» [35, 36]. В 1913 г/ Kraepelin описал все 6 типов смешанных состояний [16]. По мнению Крепелина, первые три типа смешанных состояний основаны на трех фундаментальных симптомах мании: полете идей, эйфории, гиперактивности. Депрессивная или тревожная мания может возникнуть, если присутствуют два из трех основных симптомов мании, а именно полет идей и гиперактивность, но эйфория сменяется депрессивным настроением. Возбужденная или ажитированная депрессия может возникнуть, если кроме того симптом полета мыслей сменяется торможением мыслей и только гиперактивность остается маниакальным симптомом. Мания с бедностью мыслей возникает, если бедность мыслей связана с маниакальным симптомом эйфории и, возможно, с гиперактивностью.

Следующие три типа смешанных состояний основаны на трех фундаментальных симптомах депрессии: «торможение мысли», «депрессивное настроение», «слабость воли». Маниакальный ступор возникает, когда депрессивное настроение сменяется «эйфорией», но депрессивные мысли и отсутствие воли, или абulia, сохраняются. Депрессия с полетом идей возникает, когда бедность мыслей сменяется полетом идей, а два других основных симптома депрессии (депрессивное настроение и абulia) сохраняются. Заторможенная мания возникает тогда, когда помимо полета идей депрессивное настроение сменяется эйфорией. Крепелин отделил тормозную манию от маниакального ступора, потому что полет идей отсутствует в маниакальном ступоре, но присутствует в заторможенной мании.

Концепция Крепелина не была поддержана другими учеными, и исследования смешанных аффективных расстройств практически прекратились.

Однако, в «Валдайских» лекциях 1962-1969 гг., по которым учились многие поколения отечественных психиатров, А.В. Снежневский описывал смешанные состояния, возникающие тогда, когда 3 ингредиента классических проявлений аффективных расстройств взаимно заменяются [25].

Возрождение интереса к смешанным аффективным расстройствам пришлось на рубеж 20-21 веков. Многие исследователи обратили внимание на то, что на фоне успешной психофармакотерапии выявляются группы пациентов с аффективными расстройствами, резистентными к традиционной терапии и требующими терапии сочетанием антидепрессантов и нейролептиков [15, 33].

Клинические варианты смешанных состояний у взрослых исследовала О.О. Сосюкало (1988), которая помимо типичных смешанных состояний описала смешанные мании (дисфориоподобная, ипохондрическая, астеническая) и альтернирующие смешанные состояния. А.С. Аведисова, Р.В. Воробьев. (2014) разработали типологию смешанных состояний с применением психометрических шкал в клинике биполярного аффективного расстройства у взрослых. Г.И. Копейко (2011) выявил, что в юношеском возрасте преимущественно формируются альтернирующие и атипичные смешанные состояния. Важность изучения смешанных аффективных расстройств обуславливается их склонностью к затяжному течению, высокой суицидальной опасностью [1, 3, 5, 15, 24], сопряженностью с вегетососуди-

стыми дисфункциями, риском обострения соматической патологии [13].

У детей вплоть до недавнего времени аффективные расстройства считались редкими, трудно отличными от свойственной детскому возрасту физиологической лабильности аффекта [12, 22, 27]. По настоящее время аффективные расстройства у детей недостаточно изучены и часто просматриваются врачами [6, 7, 8, 9, 14]. Это подтверждается и нашими собственными наблюдениям и особенно касается смешанных аффективных расстройств [11]. По данным В.Н. Колягина и Е.П.Черниговой (2019) первый эпизод биполярного расстройства 33% больных переживает до 15 лет и половина из них не получает лечения более 5-10 лет последующих лет. Н.М. Иовчук [8, с. 15] пишет о «множестве наблюдений, ... когда ребенка с очевидным биполярным течением в течение многих лет лечат только антидепрессантами, в худшем случае – ноотропами, витаминами, биодобавками». Коморбидные диагнозы (расстройства поведения, фобии, нарушения психологического развития) еще более затрудняют диагностику.

Причинами недостаточного выявления аффективных расстройств у детей является не только то, что их подробное рассмотрение в учебных программах по подготовке психиатров появилось лишь в последние десятилетия, но также и то, что аффективные нарушения, свойственные детскому возрасту, носят преимущественно стертый, атипичный характер, в них присутствуют или выходят на первый план двигательные, поведенческие, сенестоипохондрические, тревожно-фобические расстройства. К недостаточной диагностике также ведет загруженность врачей работой с документацией, в том числе с электронной, тогда как выявление стертых аффективных расстройств требует целенаправленного опроса и, следовательно, значительного времени с возможностью обследовать больного не перед экраном монитора.

В МКБ-10 [18, 19] смешанные состояния в самостоятельные группы не выделяются. Смешанный эпизод определяется как характеризующийся либо смешанием, либо быстрой альтернативой маниакальных, гипоманиакальных или депрессивных симптомов (F38.0 - смешанный аффективный эпизод; F31.6- биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный; F06.33 смешанное расстройство органической природы). В отечественной психиатрии БАР редко диагностируется до 15 лет., и смешанные расстройства кодируются в других рубриках, позволяющих выставить ребенку реабилитационный диагноз, который потом может быть пересмотрен, например, в рубриках F34.0 (циклотимия), F40 (тревожно-фобические расстройства), F41 (другие тревожные расстройства), F43.22 (смешанная тревожная и депрессивная реакция), F92 (смешанные расстройства поведения и эмоций), F93 (эмоциональные расстройства специфичные для детского возраста).

В МКБ-11 описание смешанных эпизодов совпадает с МКБ-10. В отличие от МКБ-10, в МКБ-11 аффективные эпизоды расцениваются не как самостоятельные состояния, а в качестве основания для постановки диагноза, подгруппа МКБ-10, состоящая из стойких расстройств настроения (дистимия и циклотимия), в МКБ-11 была удалена [20].

Цель исследования - определение клинических особенностей и синдромальной типологии смешанных аффективных расстройств у детей и подростков

для улучшения качества диагностической и лечебно-реабилитационной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: невыборочное клинико-психопатологическое исследование 50 детей в возрасте от 3 до 15 лет (30 м.; 20 д.) с впервые диагностированными стертыми смешанными аффективными синдромами. Обследованные были консультированы в НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой. До направления на консультацию все больные длительно (более года) наблюдались и без достаточного эффекта лечились психиатрами диспансера и/или стационара с разнообразными диагнозами (наиболее часто - с диагнозами тикоидных, гиперкинетических, аутистических, личностных и астенических расстройств), получали нейролептики (седативные и т. н. «корректоры поведения»), ноотропы, гомеопатические и фитопрепараты, атомоксетин и направлялись на консультацию в связи с нарастающей дизадаптацией (нарушения поведения, обучения с отказом от посещения детских учреждений, школы).

Результаты и их обсуждение. Выявлено 3 типа смешанных аффективных нарушений.

Для нарушений с **определенным суточным ритмом** характерны определенный суточный ритм (чаще «типичный» ритм «совы», иногда инвертированный - «жаворонка») как эмоциональных, так и соматовегетативных расстройств, нарушений аппетита, сна, работоспособности, поведения. При «типичном» суточном ритме пониженное настроение (тоскливость, скука, подавленность с долгим пробуждением и невозможностью заставить себя что-то делать, отсутствием аппетита выявляется в утренние часы, «злое» настроение с аутоагрессией и/или гетероагрессией чаще наблюдается в дневные часы, веселое с «гиперактивностью», двигательным возбуждением и нарушением засыпания - вечером. Фобии, рассматриваемые многими авторами как смешанный аффект, чаще представлены имеющими определенный суточный ритм пароксизмами, когда ведущим клиническим проявлением становится страх (темноты, одиночества, смерти, сумасшествия, катастрофы). Приведенный ниже случай мальчика Т. иллюстрирует смешанные аффективные расстройства с типичными суточными и сезонными ритмами эмоциональных, соматических, поведенческих нарушений и нарушений умственной работоспособности по типу «астенической несостоятельности» [23], а также иллюстрирует запоздалую диагностику аффективных расстройств.

Мальчик Т., 11 лет, госпитализирован в психиатрический стационар после 5 лет безуспешного амбулаторного лечения (тиоридазин, ноотропы) с диагнозами астенических, гиперкинетических расстройств, нарастающей социально-учебной дизадаптацией (утрата контактов, перевод на надомное обучение). Поступил с жалобами на снижение успеваемости, несобранность, раздражительность, плохие отношения со сверстниками (обижаясь на них, прячется, кричит).

При осмотре выглядит неопрятно, мимика невыразительная, зрительный контакт мимолетный, на вопросы отвечает тихо, с задержкой. Отмечает, что часто бывает вспыльчив, испытывает «разрушительный инстинкт», имея ввиду мысли о порче чего-то. Чтобы избавиться от них старается думать о чем-то другом. «Злой» чаще в середине дня. Настроение часто, «больше двух лет», снижено с безраздостью, скукой, особенно в первой половине

дня. В эти периоды обдумывал план самоубийства («ножом в сердце»), наносил себе острыми предметами неглубокие насечки в предплечья. Рассказывая о настроении и планах самоубийства, оживился, отметил, что его «никогда об этом не спрашивали». Учится «трудно», не может сосредоточиться, не усваивает читаемое. В завтрак аппетита нет. Во второй половине дня настроение, аппетит, работоспособность улучшаются, «вечером добрый», долго засыпает («не хочется спать»), утром встает с трудом. Огорчен, что является предметом насмешек в школе. Больше обижается в осенне-зимний период, в летние каникулы на те же самые прозвища не обиделся бы.

Смешанным аффективным расстройствам с **лабильным аффектом** характерны быстрые аутохтонные и реактивные смены аффективных полюсов без определенного суточного ритма. Этот вариант напоминает описанные у взрослых «альтернирующие» смешанные состояния [26], состояния «с ультрациркадной цикличностью», или «с явлениями эмоциональной гиперреактивности» [1]. Например, ребенок необычно веселый, возбужденный, говорливый, с «глупым» или сексуально провокационным поведением, имитирующим поведение взрослых, беспричинно, или же при упоминании о необходимости готовиться к контрольной работе, начинает причитать, рыдать, кусает себя или близких, а затем также внезапно успокаивается, и подобные перепады наблюдаются по несколько раз за день.

Ларвированный тип, характеризуется преобладанием одного аффекта, тогда как противоположный полюс остается практически незамеченным, ларвированным, проявляясь очень короткими, близкими к пароксизмам состояниями (например, напряженности, капризного недовольства после ночного или дневного сна, короткими эпизодами вялости, скуки на фоне приподнятого аффекта, или внезапным возрастанием общительности на фоне субдепрессии). Фобии, традиционно рассматриваемые как смешанный аффект, чаще представлены имеющими определенный суточный ритм пароксизмами, когда ведущим клиническим проявлением становится страх (темноты, одиночества, смерти, сумасшествия, катастрофы).

От чего зависит своевременное успешное выявление аффективных расстройств у детей? Здесь нельзя не согласиться с С.Ю. Циркиным в том, что «принятие диагностического решения зачастую слишком зависит от целостного, если угодно, интуитивного, впечатления о больном, который «выглядит» как относящийся к той или иной диагностической группе» [28, с. 284]. Успех в выявлении аффективных расстройств определяется настойчивым целенаправленным расспросом родных и, главное, самого ребенка относительно базисных симптомов: «первичных негативных феноменов» аффективных симптомокомплексов, снижения способности испытывать радость (ангедония) или снижения способности испытывать неприятные эмоции (алюпией), сопровождающихся «вторичными позитивными феноменами» аффективных расстройств: скукой, грустью, «бесстрашием», веселостью, гневом, злостью [28]. С.Ю. Циркин допускает, что одновременное сосуществование негативных составляющих маниакального и депрессивного аффектов (алюпии и ангедонии) позволяет понимать эмоциональное обеднение при шизоидии как «разновидность аффективного нарушения» [28, с. 203]. Тогда возможность смешанных состояний также

объясняется тем, что первичные базисные феномены сочетаются одновременно.

Подчеркнем, что опрос даже маленького ребенка важно проводить в отсутствии родителей, а также то, что выявление смешанных аффективных нарушений невозможно без целенаправленного опроса. Целенаправленный опрос включает и ретроспективный, для уточнения сезонных и суточных ритмов не только собственно эмоциональных, но и поведенческих, соматовегетативных расстройств, колебаний умственной работоспособности. Резкие изменения аппетита и веса или нарушения сна могут быть единственными признаком аффективного расстройства.

Сложность лечения детей со смешанными аффективными расстройствами состоит в том, что необходимы частые осмотры ребенка психиатром для смены терапии при первых признаках нарастания нарушений противоположного полюса.

Препаратами выбора являются: нормотимики (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, ламотриджин), комбинации антидепрессантов и нейролептиков, например, сертралина и рисперидона, который Американская академия детской и подростковой психиатрии (Academy of Child and Adolescent Psychiatry) рассматривает как препарат второй линии «после двух неудачных курсов лечения нормотимиками» при биполярном расстройстве детского возраста [цит. по 4, с. 58]. Перспективным в терапии смешанных аффективных расстройств у детей является новый атипичный нейролептик луразидон [2, 17]. Быстрого устранения тревоги можно добиться с помощью препаратов с противотревожным действием (антигистаминные, бензодиазепины, седативные антидепрессанты).

Выводы.

I. В детском возрасте смешанные аффективные нарушения имеют стертый, атипичный и полиморфный характер, длительно не диагностируются, сопровождаются школьной и социальной дезадаптацией.

II. Выявлено 3 типа смешанных аффективных нарушений: с определенным суточным ритмом, с лабильным аффектом и ларвированный тип смешанных аффективных нарушений.

III. Успешное выявление смешанных аффективных расстройств у детей, скрытых за нарушениями поведения, умственной работоспособности и соматовегетативными расстройствами требует тщательного целенаправленного опроса (включая ретроспективный опрос) как родителей, так и самого ребенка.

IV. В ремиссии аффективных нарушений необходима профилактическая терапия нормотимиками, при необходимости - в сочетании с нейролептиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Воробьев Р.В. Типология смешанных депрессивных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2014. Т.114, № 1 С.16-25.

2. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Эффективность и безопасность антипсихотика III поколения луразидона (Латуда) при шизофрении и биполярных депрессиях (обзор литературы с комментариями) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2019. № 4 С. 20-33.

3. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.

4. Бурдаков А.Н., Фесенко Ю.А. Рисперидон и атипичные нейролептики в детской и подростковой практике: проблемы и перспективы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2009 (9) № 1. С.53-68.

5. Воробьев Р.В. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве // Российский психиатрический журнал. 2014. № 1. С. 33-40.

6. Голубева Н.И. Особенности депрессий у детей раннего возраста // Психиатрия. 2007. № 5. С.71-83.

7. Горюнов А.В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 23 с.

8. Иовчук Н.М. Биполярные аффективные расстройства в детском возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013 (13). № 1. С.15-24.

9. Иовчук Н.М. Биполярные аффективные расстройства в детском возрасте. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013 (13). № 2. С. 86-95.

10. Каннабих Ю. История психиатрии. Репринтное издание. М.: Центр творческого развития МГП ВОС, 1994. 528 с.

11. Казанцева Э.Л. Фобические расстройства у детей и подростков (условия развития, клинико-динамические закономерности и прогноз): дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 225 с.

12. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста : Рук. для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 558 с.

13. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.

14. Колягин В.Н., Чернигова Е.П. Неправильная диагностика у подростков других расстройств вместо биполярного (причины; клинические случаи) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. № 3. С. 46-54.

15. Копейко Г.И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте (исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология) // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2011. № 10. С. 4-11.

16. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. 493 с.

17. Луразидон. ГРЛС. Инструкция по применению лекарственного препарата Латуда. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?outingGuid=6cac21e4-772f-4943-9234-036aef3ec4f1&t= (дата обращения 10.01.2022).

18. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: «Оверлайд», 1994. 304 с.

19. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная организация здравоохранения. Женева. - Отпечатано в России, СПб. 208 с.

20. Международная классификация болезней (11 пересмотр). Психические и поведенческие расстройства. URL: <http://psyandneuro.ru/stati/icd-11-disorder-grouping/>; (дата обращения 7.01.2022).

21. Осколкова С.Н. Идеи Жозефа Гислена в развитии психиатрии. Научный

обзор // Российский психиатрический журнал. 2018. № 3 . С. 74-79.

22. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности клиники и терапии расстройств аффективного спектра в детском и подростковом возрасте // Психиатрия: национальное руководство / под.ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнамова -2-е издание, перераб. и доп.. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. С.805-822.

23. Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. Вып. 11. С.1674-1680.

24. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М: Медицинское информационное агенство, 2003. 432 с.

25. Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. М.: МЕДпрессинформ, 2001. 208 с.

26. Сосюкало О.О. Смешанные аффективные состояния при эндогенных аффективных психозах / клиническая типология, динамика и прогностическое значение: автореф. дис ... канд. мед. наук. М., 1988. 22 с.

27. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз, 1955. 458 с.

28. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: Издательство БИНОМ, 2012. 287 с.

REFERENCES

1.Avedisova A.S., Vorob'ev R.V. Tipologija smeshannyh depressivnyh sostojanij v klinike bipoljarnogo affektivnogo rasstrojstva // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. 2014. T.114, № 1 S.16-25.

2.Bekker R.A., Bykov Ju.V. Jefferektivnost' i bezopasnost' antipsihotika III pokolenija lurazidona (Latuda) pri shizofrenii i bipoljarnyh depressijah (obzor literatury s kommentarijami) // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. 2019. № 4 S. 20-33.

3. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo. Diagnostika i terapija / Pod red. S.N. Mosolova. М.: MEDpress-inform, 2008. 384 s.

4. Burdakov A.N., . Fesenko Ju.A. Risperidon i atipichnye nejroleptiki v detskoj i podrozktovoj praktike: problemy i perspektivy // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrozktkov. 2009 (9) № 1.S.53-68.

5. Vorob'ev R.V. Klinicheskaja tipologija smeshannyh maniakal'nyh sostojanij pri bipoljarnom affektivnom rasstrojstve // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2014. № 1. S. 33-40.

6. Golubeva N.I. Osobennosti depressij u detej rannego vozrasta // Psihiatrija. 2007. № 5. S.71-83.

7. Gorjunov A.V. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti pervyh depressivnyh jepizodov u podrozktkov: Avtoref. dis ... kand. med. nauk. М., 2002. 23 s.

8.Iovchuk N.M. Bipoljarnye affektivnye rasstrojstva v detskom vozraste // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrozktkov. 2013 (13). № 1. S.15-24.

9.Iovchuk N.M. Bipoljarnye affektivnye rasstrojstva v detskom vozraste. Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrozktkov. 2013 (13). № 2. S. 86-95.

10. Kannabih Ju. Istorija psihiatrii. Reprintnoe izdanie. М.: Centr tvorcheskogo razvitija MGP VOS, 1994. 528 s.

11. Kazanceva Je.L. Fobicheskie rasstrojstva u detej i podrozktkov (uslovija

razvitiya, kliniko-dinamicheskie zakonomernosti i prognoz): dis. ... kand. med. nauk. M., 2003. 225 s.

12. Kovalev V.V. Psihijatrija detskogo vozrasta : Ruk. dlja vrachej. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Medicina, 1995. 558 s.

13. Krasnov V.N. Rasstrojstva affektivnogo spektra. M.: Prakticheskaja medicina, 2011. 432 s.

14. Koljagin V.N., Chernigova E.P. Nepravil'naja diagnostika u podrostkov drugih rasstrojstv vmesto bipoljarnogo (prichiny; klinicheskie sluchai) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019. № 3. S. 46-54.

15. Kopejko G.I. Smeshannye affektivnye sostojaniya v junosheskom vozraste (istoricheskiy aspekt, sovremennoe sostojanie problemy, psihopatologiya) // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S.Korsakova. 2011. № 10. S. 4-11.

16. Krepelin Je. Vvedenie v psihiatricheskuju kliniku. M.: BINOM. Laboratorija znaniy, 2004. 493 s.

17. Lurazidon. GRLS. Instrukcija po primeneniju lekarstvennogo preparata Latuda. URL: [https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?outingGuid=6cac21e4-772f-4943-9234-036aef3ec4f1&t=\(data obrashhenija 10.01.2022\)](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?outingGuid=6cac21e4-772f-4943-9234-036aef3ec4f1&t=(data obrashhenija 10.01.2022)).

18. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10 peresmotr). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazaniya po diagnostike / Pod red. Ju.L. Nullera, S.Ju. Cirкина. SPb.: «Overlajd», 1994. 304 s.

19. MKB-10. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii. Vsemirnaja organizacija zdavoohranenija. Zheneva. - Otechatano v Rossii, SPb. 208 s.

20. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (11 peresmotr). Psihicheskije i povedencheskie rasstrojstva. URL: <http://psyandneuro.ru/stati/icd-11-disorder-grouping/>: (data obrashhenija 7.01.2022).

21. Oskolkova S.N. Idei Zhozefa Gislana v razvitii psihiatrii. Nauchnyy obzor // Rossijskiy psihiatricheskij zhurnal. 2018. № 3 . S. 74-79.

22. Popov Ju.V., Pichikov A.A. Osobennosti kliniki i terapii rasstrojstv affektivnogo spektra v detskom i podrostkovom vozraste // Psihijatrija: nacional'noe rukovodstvo / pod.red. Ju.A. Aleksandrovskogo, N.G. Neznanova -2-e izdanie, pererab. i dop.. M.: GJeOTAR-Media, 2020. S.805-822.

23. Severnyj A.A. Kliniko-psihopatologicheskij analiz tak nazyvaemoj junosheskoj astenicheskoy nesostojatel'nosti // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S Korsakova. 1985. Vyp. 11. S.1674-1680.

24. Smulevich A.B. Depressii pri somaticheskikh i psihicheskikh zabolevaniyah. M: Medicinskoe informacionnoe agenstvo, 2003. 432 s.

25. Snezhnevskij A.V. Obshhaja psihopatologiya: Kurs lekcij. M.: MEDpressinform, 2001. 208 s.

26. Sosjukalo O.O. Smeshannye affektivnye sostojaniya pri jendogennyh affektivnyh psihozah / klinicheskaja tipologija, dinamika i prognosticheskoe znachenie: avtoref. dis ... kand. med. nauk. M., 1988. 22 s.

27. Suhareva G.E. Klinicheskie lekci po psihiatrii detskogo vozrasta. T. 1. M.: Medgiz, 1955. 458 s.

28. Cirkin S.Ju. Analiticheskaja psihopatologija. M.: Izdatel'stvo BINOM, 2012.

287 s.

29. Aretaeus Of Cappadocia. URL: <https://www.britannica.com/biography/Aretaeus-of-Cappadocia> (дата обращения 7.01.2022).

30. Guislain, J.. Abhandlung u'ber die Phrenopathien oder neues System der Seelenstörungen. -1838.- Stuttgart: L. F. Rieger. 232 p. URL: <https://archive.org/details/HerderAbhSprache1772/page/n227/mode/2up> (дата обращения 08.01.2022).

31. Heinroth Johann Christian August. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens or Seelenstörungen und Ihrer Behandlung. - Leipzig; 309. URL: <https://play.google.com/books/reader?id=tQUgsdaqR84C&hl=ru&pg=GBS.PA28> (дата обращения 7.01.2022).

32. Lectures on clinical psychiatry authorized translation from the second German edition 3rd English ed. by Emil Kraepelin URL: https://openlibrary.org/authors/OL358511A/Emil_Kraepelin (дата обращения 7.01.2022).

33. Marneros A. Origin and development of concepts of bipolar mixed states// Journal of Affective Disorders. - December 2001. Volume 67, Issues 1–3. P. 229-240.

34. Marneros, A., Goodwin, F. Bipolar disorders beyond major depression and euphoric mania. // A. Marneros & F. Goodwin (Eds.).- Bipolar Disorders: Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms. 2005. Cambridge University Press. P. 1-44.

35. Weygandt W. Über die mischzustände des manisch-depressiven irreseins: ein beitrage zur klinischen psychiatrie mit vier abbildungen und einer lithograph. - 1899.- München: Lehmann. 78 p. URL: <https://archive.org/details/b21989709/page/n3/mode/2up> (дата обращения 08.01.2022).

36. Salvatore P, Baldessarini RJ, Centorrino F, Egli S, Albert M, Gerhard A, Maggini C. Weygandt's On the Mixed States of Manic-Depressive Insanity: a translation and commentary on its significance in the evolution of the concept of bipolar disorder//Harv Rev Psychiatry. 2002. Sep-Oct; 10 (5) P. 255-275.

I.P. Kireeva, E.L., Kazantseva, I.K. Rudneva

MIXED AFFECTIVE DISORDERS

IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: DIFFICULTIES

IN DIAGNOSIS, TYPOLOGY, TREATMENT, PREVENTION

Association of Child Psychiatrists and Psychologists, Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow).

Summary. The authors analyze the state of the problem in historical, diagnostic and psychopathological aspects and presented the results of their own research. Its purpose was to study the structure and dynamics of mixed affective disorders in children and adolescents: to clarify diagnostic criteria, develop psychopathological typology, and differentiate therapy. We identified 3 types of mixed affective disorders: with a definite diurnal rhythm, with labile affect, and a larvised type of mixed affective disorders.

Keywords: mixed affective disorder, bipolar affective disorder, atypical affective disorder, anxiety, emotional lability, children, adolescents, normotimics, risperidone, lurasidone/

**ДИАГНОСТИКА И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ
И С ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ
ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
(Киров).**

Резюме. В статье представлен опыт практической реализации (2019-2020) программы психопрофилактики и медико-психосоциальной помощи подросткам группы риска по развитию психических расстройств и с донозологическими психическими состояниями (ДПС) в г. Кирове, организованной на основе межведомственного взаимодействия. Были использованы данные профилактических осмотров и мониторингирования психического здоровья подростков в школах с использованием психодиагностического скрининг-анкетирования. Описаны этапы реализации программы, диагностика, маршрутизация, профилактическая и медико-психосоциальная помощь подросткам, имеющим ДПС.

Ключевые слова: подростки, донозологические психические состояния, психопрофилактика, медико-психосоциальная помощь.

Введение. В последние годы в РФ получают поддержку и активно реализуются национальные проекты в области профилактики заболеваний детского населения. Особое значение придается охране психического здоровья несовершеннолетних. В данном направлении реализуется Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», в котором установлены возрастные периоды профилактических осмотров психиатром. Особое внимание в Приказе уделено проведению ежегодных профосмотров психиатром несовершеннолетних 14-17 лет, что связано с высокой заболеваемостью и распространенностью психических расстройств (ПР) в подростковом возрасте, при этом преобладают пограничные психические расстройства (ППР) невротического, психосоматического, патохарактерологического спектра, зачастую, сочетающиеся с нарушениями поведения [6, 13]. Однако ранняя диагностика ППР осуществляется редко, поэтому большинство подростков обращается за специализированной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью с явными симптомами ПР и признаками социальной дизадаптации [8, 12, 13].

Понятие донозологических психических состояний (ДПС), описанное в концепциях «предболезни» С.Б. Семичева (1987), «пограничных и донозологических состояний» В.Я. Семке (1999, 2001), «биопсихосоциальной модели заболеваний пограничного спектра» Ю.А. Александровского (2000), характеризуется особой структурно-уровневой организацией психики с готовностью психофизиологических, психологических и социальных подструктур личности к развитию болезни [1, 7, 9, 10, 11].

В отечественной детско-подростковой психиатрии предрасположенность к развитию ПР у детей была отражена в теориях психического дизонтогенеза, акцентуаций характера А.Е. Личко (1985, 1999), психопатологического диатеза

(Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2008) [4, 5, 14, 15].

Понятие ДПС у детей определяется как стойкое дисфункциональное психическое состояние непроецессуального характера, при котором невозможно диагностировать какое-либо из известных заболеваний ввиду отсутствия необходимых клинических составляющих.

Основная профилактическая работа с подростками должна быть направлена именно на превенцию развития ПР, т. е. на выявление лиц с риском развития психических расстройств и диагностику ДПС для оказания своевременной медико-психосоциальной помощи. Необходимо привлекать к преемственной психопрофилактике не только медицинские учреждения, но и смежные ведомства, осуществляющие психосоциальную работу с подростками (образовательные, молодежные досуговые, социальные организации и др.) [12].

В настоящее время в РФ не существует единой модели межведомственной преемственной психопрофилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам группы риска (ГР) и с ДПС, что зачастую обусловлено ограниченными ресурсами регионального финансирования и в связи с этим отсутствием возможности организации новых структур, несмотря на явную социальную востребованность. Поэтому следует предпринимать меры в реорганизации существующих ресурсов учреждений, оказывающих медицинские и психосоциальные услуги несовершеннолетним на основе межведомственных взаимодействий.

В связи с вышесказанным необходимо совершенствовать систему выявления подростков ГР и с ДПС, разрабатывать систему эффективной психопрофилактической и медико-психосоциальной помощи данному контингенту на основе принципов доступности и преемственного межведомственного взаимодействия.

Цель – описание алгоритма диагностики и медико-психологической помощи подросткам ГР по психическим расстройствам и с ДПС на основе межведомственного взаимодействия.

Материалы и методы. Использовались материалы консультативного приема врача психиатра/психотерапевта КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр» (ДДЦ), результаты профилактических медицинских осмотров с использованием программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) для выявления ГР по ПР у подростков [2, 3].

Проведено сплошное обследование в процессе профилактических психиатрических осмотров (2019-2021 г.г.) с использованием ПСА 4769 учащихся 8-10 классов общеобразовательных школ г. Кирова. После ПСА была выделена ГР – 830 подростков (17,4%), набравших повышенные баллы при субъективном оценивании своего психологического состояния, средний возраст $15,60 \pm 0,44$ лет, соотношение мальчиков и девочек 1:1,4.

Критерии включения в исследование: добровольное личное согласие на психиатрическое и психодиагностическое обследование с 15 лет или законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет. В исследование не включались лица, не давшие добровольное согласие.

Использовались методы:

1. Клинический (анамнестический, клинико-психопатологический). При проведении клинико-психопатологического обследования учитывались диагно-

стические критерии систематизации психических и поведенческих расстройств, представленные в МКБ-10.

2. Экспериментально-психологический метод, включавший: ПСА для выявления ГР по психическим расстройствам у подростков (М.В. Злоказова, Семакина Н.В., 2017); «Опросник на выявление депрессии» М. Ковач (валидизирован А.Б. Холмогоровой и соавт., 2011); «Опросник суицидального риска» (модифицирован Т.Н., Разуваевой, 2012); «Дневник социально-психологического наблюдения за учащимся» для выявления отклоняющегося поведения (М.В. Злоказова, Н.В. Семакина, 2019).

ПСА разработано сотрудниками кафедры психиатрии им. профессора В.И. Багаева Кировского государственного медицинского университета М.В. Злоказовой и Н.В. Семакиной (2017). Вопросы анкеты составлялись на основании опросников Ч.Д. Спилбергера для выявления тревожности у подростков, депрессии М. Ковач (CDI), астении Е.М. Сметс (MFI-20). В анкету включены группы вопросов, направленные на выявление тревожности (10 вопросов); депрессии (27 вопросов для диагностики негативного настроения, ангедонии, межличностных проблем, негативной самооценки, школьной неэффективности); астении (8 вопросов); взаимоотношений с родителями (4 вопроса). При оценке результатов ПСА признаки депрессии диагностируются при наличии 16 баллов и более, тревожности – 18 баллов и более, астении – 21 балла и более.

Для обработки результатов ПСА коллективом кафедры систем автоматизации управления Вятского государственного университета под руководством Ю.В. Ланских (2018) создана компьютерная программа, позволяющая провести быстрый анализ данных и оформить персональное заключение для каждого респондента [2, 3].

3. Статистическая обработка проводилась в программе Excel (2017) с использованием описательной статистики.

Результаты. Для улучшения диагностики и повышения качества психолого-психиатрической помощи подростковому населению в 2019 г. создана и реализуется на практике программа «Мониторирования психического здоровья подростков, психопрофилактики, медико-психосоциальной помощи на основе межведомственного взаимодействия в г. Кирове» (Программа), включенная в план работы Департамента образования г. Кирова на 2021-2024 гг. В Программе сделан акцент на организацию профилактической и медико-психологической помощи подросткам с ДПС в образовательных организациях и педиатрических поликлиниках ДДЦ.

Принципиально новым аспектом реализуемой Программы, является то, что результаты ПСА являются первым этапом профилактических осмотров (профосмотров) и используются на втором этапе психиатрами ДДЦ, что позволяет обратить более пристальное внимание на подростков ГР.

В соответствии с принятым «Порядком проведения ПСА среди несовершеннолетних 15-17 лет и работы по профилактике психических нарушений в г. Кирове» (Постановление Городской Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 19.12.2019 г. и 13.08.2020 г.) с 2019 г. в общеобразовательных школах города ежегодно проводится ПСА, по результатам которого выделяются учащиеся ГР.

Все подростки ГР (830 чел.) были обследованы школьными психологами с использованием опросников на выявление депрессии (М. Ковач) и суицидального риска (Т.Н. Разуваева). Лица с симптомами тревоги, депрессии, девиациями поведения – 141 чел. (16,9%), выявленные при дополнительной психодиагностике и психологическом консультировании школьными психологами, были направлены на дальнейшее обследование к медицинскому психологу и психиатру ДДЦ, по результатам которого, в зависимости от выраженности патопсихологических нарушений, определялась маршрутизация.

В школах за подростками ГР с кратковременными ситуационными психогенными реакциями, имеющим субклинические признаки тревоги и депрессии, выявленные по субъективным оценкам при проведении ПСА, было организовано динамическое наблюдение педагогами и школьными психологами. В дневниках социально-психологического наблюдения за учащимся отмечалось психологическое состояние, поведение, успеваемость и социальная адаптация, при необходимости, оказывалась психологическая помощь.

За период реализации Программы в процессе профосмотров (4769 чел.) с использованием ПСА психиатрами было выявлено 154 подростка (3,2%) с признаками ПР (что выше в 2,1 раза показателя выявляемости ПР в 2018 г. без использования ПСА), из которых большая часть – 143 чел. (86,4%), были направлены на обследование к медицинскому психологу и психиатру в детские поликлиники ДДЦ; на обследование и лечение в КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» («ЦППЗ им. академика В.М. Бехтерева») было направлено 11 чел. (7,1%) с признаками аутоагрессивного поведения и явными ПР.

Для улучшения диагностики ПР в рамках реализуемой Программы были проведены образовательные семинары и конференции для школьных психологов, социальных работников, психиатров и психотерапевтов детских поликлиник ДДЦ. Активно проводилась психообразовательная работа с родителями и педагогами на общегородских он-лайн собраниях, направленная на выявление первых признаков ПР и отклоняющегося поведения у подростков, обоснование необходимости своевременной консультации у психолога, психотерапевта или психиатра с предоставлением информации о службах, в которых можно получить медико-психологическую помощь. Особое внимание уделялось возможности первичного консультирования у медицинского психолога и психиатра в условиях педиатрических поликлиник ДДЦ, что способствовало дестигматизации и значительно улучшило обращаемость за помощью.

За период реализация Программы в сравнении с 2018 г. удалось повысить обращаемость подростков за медико-психологической помощью к психиатрам ДДЦ в 12,1 раза (2018 – 11 чел., 2019 – 43 чел., 2020 – 133 чел.). Увеличилось количество обращений по направлениям психиатров с профосмотров в 4,2 раза (2019 – 13 чел., 2020 – 54 чел.) и школьных психологов - в 4,8 раза (2019 – 5 чел., 2020 – 24 чел.).

Из ГР на консультацию к психиатру ДДЦ обратилось 84 подростка (10,1%), среди них признаки ДПС при клиническом обследовании психиатром ДДЦ были диагностированы у 75 чел. (9,0%) (рис. 1), такие как: астенический

синдром (повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, поверхностный сон) – 34 чел. (45,3%); тревожный синдром (кратковременные психогенные ситуационные состояния волнения, тревоги и/или напряжения, акцентуации характера по психастеническому типу) – 21 чел. (28,0%); дистимический синдром (кратковременные менее 2 недель беспричинные состояния гипотимии, не превышающие уровень легкой депрессии по тесту М. Ковач) – 15 чел. (20,0%); патохарактерологические реакции (ситуационно обусловленное оппозиционно вызывающее поведение дома и в школе у подростков с истероидными, неустойчивыми и др. акцентуациями) – 5 чел. (6,7%). ПР с признаками социальной дезадаптации были выявлены у 9 чел. (10,7%), депрессивное расстройство (F92.0) – 5 чел. (5,9%); расстройство поведения (F92.0) – 3 чел. (3,6%); острое полиморфное психотическое расстройство (F23.0) – 1 чел. (1,2%). Все они были направлены на консультацию в ЦППЗ им. академика В.М. Бехтерева для оказания квалифицированной специализированной психотерапевтической и психиатрической помощи.

В дальнейшем с подростками, имеющими ДПС, для стабилизации психологического состояния проводилась психолого-психотерапевтическая работа в ДДЦ (психологическое консультирование, семейное консультирование, обучение приемам саморегуляции и релаксации, овладение навыками уверенного поведения, бесконфликтного общения и др.). После курса психологической коррекции, включавшего 5-6 консультаций, выдавались рекомендации для школьных психологов, которые продолжали динамическое наблюдение за психологическим состоянием и социальным функционированием в процессе обучения. В дальнейшем у подростков с ДПС, прошедших курс психологической помощи, отмечалась стабилизация психологического состояния и социального функционирования.

Организация психолого-психотерапевтической помощи подросткам с ДПС в условиях ДДЦ имеет ряд существенных преимуществ:

1. Территориальная приближенность к населению, т. к. кабинеты медицинских психологов и психиатров/психотерапевтов расположены в детских поликлиниках, входящих в структуру ДДЦ.

2. Снижение стигматизирующего барьера перед обращением за психолого-психотерапевтической помощью.

3. Имеется преемственность в наблюдении подростков после психиатрических профилактических осмотров со специалистами ДДЦ для диагностики психопатологических состояний (обследование медицинскими психологами и психиатрами) с целью определения дальнейшей маршрутизации.

4. В качестве обратной связи медицинский психолог ДДЦ имеет возможность передать через родителей или подростка рекомендации для школьных психологов о дальнейшем психосоциальном сопровождении для снижения риска дезадаптации.

5. Направление подростков с явными ПР к специалистам ЦППЗ им. академика В.М. Бехтерева для оказания квалифицированной специализированной психотерапевтической и психиатрической помощи.

6. Возможность медико-психологической помощи и социальной поддерж-

ки семьям с дисгармоничными взаимоотношениями с детьми-подростками.

Представленный на рис. 2, алгоритм медико-психологической помощи подросткам позволяет выявлять подростков ГР и с ДПС, проводить первичную диагностику в общеобразовательных школах и медицинских учреждениях педиатрического профиля в условиях ДДЦ на основе межведомственного взаимодействия и преемственности с последующей маршрутизацией и оказанием адресной помощи в зависимости от психического состояния.



Рисунок 1. Алгоритм медико-психологической помощи подросткам с донозологическими психическими состояниями.

Заключение. Таким образом, межведомственное взаимодействие общеобразовательных школ и медицинских учреждений педиатрического профиля в организации профилактической и медико-психологической помощи подросткам ГР и с ДПС способствует повышению качества диагностики, преемственной профилактической, психокоррекционной и социальной помощи, своевременному выявлению ПР и направлению в специализированное учреждение, оказывающее квалифицированную специализированную психотерапевтическую и психиатрическую помощь. Обращение подростков за первичной психологической и психотерапевтической помощью в педиатрическое учреждение ДДЦ позволяет улучшить ее доступность, снизить стигматизацию, обеспечить персонализированный подход и дальнейшую маршрутизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. 552 с.
2. Злоказова М.В., Семакина Н.В. О результатах скрининг-анкетирования подростков при проведении профилактических психиатрических осмотров для выявления пограничных психических расстройств // Медицинский альманах. 2018. № 5 (56). С. 174-176.
3. Злоказова М.В., Семакина Н.В., Ланских Ю.В., Наумкина Е.С. Сравнительный анализ результатов профилактических психиатрических осмотров и скрининг-анкетирования подростков // Вятский медицинский вестник. Изд.: Кировский государственный медицинский университет (Киров), 2019. № 4 (64). С. 48-51.
4. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. СПб. : СпецЛит, 2018. 286 с.
5. Личко А.Е. Акцентуации характера как почва, формирующая начальные этапы реактивных состояний и дальнейшее их течение // Мат-лы Всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М. 1980. Т. 1. С. 221-224.
6. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал, 2019. № 4. С. 4-15.
7. Положий Б.С., Посвянская А.Д. Социокультуральные и клинические характеристики больных с пограничными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2001. № 3. С. 61-65.
8. Семенова Н.В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал, 2012. № 2 (25). С. 25-29.
9. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. М.: Медицина, 1987. 181 с.
10. Семке В.Я., Судаков В.Н., Швецов И.П. «Факторы риска», предболезнь и пограничные психические расстройства. В кн.: «Факторы риска» при неврологических и психических заболеваниях, Томск, 1988. С. 111-113.
11. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. Томск: Изд-во ун-та, 1990. 208 с.

12. Шевченко Ю.С. Северный А.А., Иовчук Н.М. Актуальные проблемы современной организации психиатрической помощи детям в России // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2006 (6). № 2. С. 23-32.

13. Филиппова Е.А. Школьная дезадаптация и факторы риска пограничных психических расстройств среди учащихся средних и старших классов массовых школ // Социальная и клиническая психиатрия, 2010. № 3 (20). С. 50-53.

14. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза и ее истоки // Независимый психиатрический журнал, 1998. № 4. С. 5-9.

15. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П. и соавт. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). СПб.: Гиппократ+, 2008. 128 с.

REFERENCES

1. Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva: Rukovodstvo dlja vrachej. 5-e izd., pererab. i dop. Moskva : GJeOTAR-Media, 2021. 552 s.

2. Zlokazova M.V., Semakina N.V. O rezul'tatah skringing-anketirovanija podrostkov pri provedenii profilakticheskikh psihiatricheskikh osmotrov dlja vyjavlenija pogranichnyh psichicheskih rasstrojstv // Medicinskij al'manah. 2018. № 5 (56). S. 174-176.

3. Zlokazova M.V., Semakina N.V., Lanskih Ju.V., Naumkina E.S. Sravnitel'nyj analiz rezul'tatov profilakticheskikh psihiatricheskikh osmotrov i skringing-anketirovanija podrostkov // Vjatskij medicinskij vestnik. Izd.: Kirovskij gosudarstvennyj medicinskij universitet (Kirov), 2019. № 4 (64). S. 48-51.

4. Karavaeva T.A., Kocjubinskij A.P. Holisticheskaja diagnostika pogranichnyh psichicheskih rasstrojstv. SPb. : SpecLit, 2018. 286 s.

5. Lichko A.E. Akcentuacii haraktera kak pochva, formirujushhaja nachal'nye jetapy reaktivnyh sostojanij i dal'nejshee ih techenie // Mat-ly Vserossijskogo s#ezda nevropatologov i psihiatrov, M. 1980. T. 1. S. 221-224.

6. Makushkin E.V., Demcheva N.K. Dinamika i sravnitel'nyj analiz detskoj i podrostkovojoj zaboлеваemosti psichicheskimi rasstrojstvami v Rossijskoj Federacii v 2000-2018 godah // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal, 2019. № 4. S. 4-15.

7. Polozhij B.S., Posvjanskaja A.D. Sociokul'tural'nye i klinicheskie harakteristiki bol'nyh s pogranichnymi rasstrojstvami // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii, 2001. № 3. S. 61-65.

8. Semenova N.V. Mnogourovnevaja model' organizacii medicinskoj pomoshhi licam s psichicheskimi rasstrojstvami // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal, 2012. № 2 (25). S. 25-29.

9. Semichov S.B. Predbolezennnye psichicheskie rasstrojstva. M.: Medicina, 1987. 181 s.

10. Semke V.Ja., Sudakov V.N., Shvecov I.P. «Faktory riska», predbolezni' i pogranichnye psichicheskie rasstrojstva. V kn.: «Faktory riska» pri nevrologicheskikh i psichicheskikh zabolevanijah, Tomsk, 1988. S. 111-113.

11. Semke V.Ja., Polozhij B.S. Pogranichnye sostojanija i psichicheskoe zdorov'e. Tomsk: Izd-vo un-ta, 1990. 208 s.

12. Shevchenko Ju.S. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Aktual'nye problemy sovremennoj organizacii psihiatricheskoj pomoshhi detjam v Rossii // Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2006 (6). № 2. S. 23-32.

13. Filippova E.A. Shkol'naja dezadaptacija i faktory riska pograničnyh psihicheskikh rasstrojstv sredi uchashhihsja srednih i starshih klassov massovyh shkol // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija, 2010. № 3 (20). S. 50-53.

14. Cirkin S.Ju. Konceptija psihopatologicheskogo diateza i ee istoki // Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal, 1998. № 4. S. 5-9.

15. Shejnina N.S., Kocjubinskij A.P. i soavt. Psihopatologicheskij diatez (predvestniki psihicheskikh zabolevanij). SPb.: Gippokrat+, 2008. 128 s.

M.V Zlokazova, N.V Semakina

**DIAGNOSTICS AND MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE
TO ADOLESCENTS WITH PRE-PAINFUL MENTAL CONDITIONS
AND THE RISK OF MENTAL DISORDERS**

Kirov State Medical University (Kirov).

Summary. The article presents the experience of practical implementation (2019-2020) of the program of psychological prevention, medical and psychosocial assistance to adolescents with prenosological mental conditions in the city of Kirov, organized on the basis of interdepartmental interaction. The data of preventive examinations and monitoring of the mental health of adolescents in schools using psychological diagnostic screening questionnaires were used. The stages of the program implementation, diagnostics, routing, preventive and medico-psychosocial assistance to adolescents with prenosological mental conditions are described.

Keywords: adolescents, pre-painful mental states, psychological prevention, medical and psychosocial care.

**ТЕРАПИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ АГРЕССИИ В СЕМЬЯХ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**
ФГБОУ «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва)

Резюме. В статье приводится опыт работы по психологическому сопровождению семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра в сочетании с нарушениями физического развития (90 семей). Рассматриваются причины родительской агрессии, направленной на ребенка, и пути ее преодоления. Выявлено три типа родительской агрессии: агрессия как способ «воспитания» ребенка; как реакция на негативную оценку поведения ребенка окружающими; как следствие фрустрации собственных потребностей. Для каждого типа определены ключевые направления и методики, направленные на устранение причин агрессии, проиллюстрированные на материале трех клинических случаев.

Ключевые слова: родительская агрессия, ребенок с нарушениями развития, психологическое сопровождение.

Известно, что в детско-родительских отношениях существует как любовь, так и гнев, поскольку родительское отношение – комплекс разнообразных чувств по отношению к ребёнку [1]. Проблема управления родителями своим гневом, направленным на ребенка, может быть актуальна для любой семьи. Последствия вспышек агрессии негативны для любого ребенка: даже если он в силу своего состояния (например, тяжелой умственной отсталости) не осознает случившееся в полной мере, он испытывает боль, когда его ударили, и страх, когда на него кричат.

Жизненная ситуация семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, определяет особо высокий риск возникновения широкого спектра психологических проблем [5]. Согласно современной системной семейной теории изменения в жизни любого члена семьи отражаются как на каждом участнике семейной системы, так и на семье в целом [8]. В комплексе психологических проблем, которые испытывает семья ребенка с нарушениями развития, проблемы родителей занимают особое место. Многими исследователями показано, что рождение и воспитание ребенка с нарушениями являются мощными психотравмирующими факторами для его родителей. Узнавание диагноза ребенка вызывает у родителей шок и личностную дезинтеграцию, ухудшается их психоэмоциональное состояние, нарушаются семейные отношения [2, 4]. В тех случаях, когда ребенок нуждается в особом уходе (например, при тяжелых психофизических нарушениях), один из родителей обычно вынужден полностью прервать ранее осуществлявшуюся профессиональную и социальную самореализацию [5].

Ранее нами под руководством А.Л.Венгера было предпринято исследование, целью которого являлась разработка методов психологической помощи семье ребенка с тяжелыми психофизическими нарушениями, ориентированной на родителей в не меньшей степени, чем на ребенка [7]. В исследовании приняли участие семьи, которые воспитывали детей с крайне тяжелой сочетанной патологией, нуждающихся в экстраординарном уходе. Проведенное исследование показало, что ро-

дители ребенка с тяжелыми нарушениями (особенно матери) часто испытывают выраженное чувство вины, стыда, переживание горя различной интенсивности. Трудная жизненная ситуация, которой является воспитание ребенка с тяжелыми нарушениями развития, часто приводит родителей, особенно матерей, к нарушению режима сна и бодрствования, психофизической астении. Подобные состояния могут создавать повышенный риск спонтанных проявлений агрессии [9].

Для самих родителей вопрос агрессии, направленной на собственного ребенка, выступает как особо деликатный. В беседе с психологом родители поднимали эту тему не сразу, а лишь после создания устойчивых доверительных отношений. Никто из них не хотел причинить вред своему и без того больному ребенку, но в какой-то момент некоторые теряли способность самоконтроля. Многие родители говорили, что после вспышки агрессии испытывают сильное чувство вины, злости на себя, что усугубляет их и без того подавленное эмоциональное состояние.

При оказании психологической помощи семьям детей с более легкими нарушениями также наблюдались случаи родительской агрессии, направленной на ребенка. Иногда такие вспышки происходили на глазах у психолога, в ожидании консультации или даже во время консультирования. Иногда агрессивное поведение родителей по отношению к ребенку можно было определить по косвенным признакам: например, «забытые» дети приобретают привычку отшатыраться, когда взрослый рядом с ними взмахивает рукой.

В настоящей статье представлен опыт работы по психологическому сопровождению семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, отягощенными нарушениями физического развития (в большинстве случаев – заболеваниями опорно-двигательного аппарата). Был проведен анализ наиболее характерных типов родительской агрессии. Для каждого из них были подобраны адекватные ему методики коррекции. Психологическое сопровождение осуществлялось в рамках курса реабилитации в детском психоневрологическом реабилитационном центре «Огонек» в 2018-2019гг. (всего 90 семей, возраст детей 2-17 лет).

На возникновение спонтанного или систематического гнева по отношению к ребенку влияют многие факторы, в первую очередь личностные и индивидуальные характеристики родителей [6]. Вместе с тем, имеются общие для них трудности, связанные со спецификой состояния ребенка: выраженными поведенческими проблемами, нарушением взаимодействия ребенка с окружающими в целом и с родителями в частности [3].

Нами было выделено три наиболее часто встречающихся типа родительской агрессии: агрессия как способ «воспитания» ребенка, агрессия как реакция на негативную оценку поведения ребенка окружающими и агрессия как следствие фрустрации собственных потребностей родителей.

Опишем выделенные типы, а также подобранные и примененные коррекционные методики.

Родительская агрессия как способ «воспитания» ребенка. Это случаи, когда агрессивное поведение родителей (чаще отцов) по отношению к ребенку носило систематический характер и применялось целенаправленно, в качестве воспитательной меры. Родители часто объясняли непослушание и необычное поведение ребенка избалованностью, обвиняя в «неправильном» стиле воспита-

ния другого взрослого члена семьи (обычно мать или бабушку). Такой тип проявления родительской агрессии отличался осознанностью, родители не испытывали после проявлений агрессии чувства вины. В этих случаях у родителей не было сформировано принятие состояния ребенка, что определяло основную задачу психологического сопровождения.

Пример 1. Мальчик, 10 лет, диагноз: атипичный аутизм, умственная отсталость легкой степени, сколиоз 1 степени. Обучается в третьем классе коррекционной школы VIII вида (для детей с умственной отсталостью). Воспитывается в полной семье (мать, отец, бабушка). На консультацию ребенка привел отец, 37 лет, образование высшее техническое.

Из-за аутистического поведения первое впечатление, которое производил ребенок, позволяло заподозрить тяжелую степень умственной отсталости. Он мычал, выкрикивал неречевые звуки, катался по полу. Однако дальнейшее обследование показало, что мальчик владеет речью (аграмматичной, с использованием речевых штампов) и хорошо социализирован (обслуживает себя, приучен работать за столом, у него сформирован навык сотрудничества).

Мальчик отказывался заходить в незнакомое помещение, отец завел его силой (буквально втолкнул в кабинет). Вбежав в кабинет, ребенок лег на спину, забросил ноги за голову, начал раскачиваться, монотонно «гудеть», грыз свои руки. Отец, не глядя на психолога, кричал на ребенка, требовал встать, замахивался на него, пытался поднять силой.

В этой ситуации прежде всего требовалось успокоить отца. Вступив с ним в контакт (прикоснувшись к нему, заговорив спокойным, уверенным голосом), психолог переключила внимание отца с ребенка на себя. Затем усадила отца на стул, объяснила состояние ребенка, попросила дать мальчику возможность немного побыть в комфортной для него позе, чтобы привыкнуть к незнакомому помещению.

Следующей задачей стало успокоить ребенка. Мальчик отказывался от игрушек, отбивался руками, если к нему приближались, отказывался встать с пола. Предоставленный сам себе, продолжал лежать на полу, однако начал осматривать помещение. Психолог спросила у отца, чем ребенок любит заниматься дома. Выяснилось, что он приучен сидеть за столом и выполнять письменные задания. Предположив, что эта деятельность будет расценена мальчиком как безопасная, психолог организовала для него рабочее место. Увидев привычную для себя рабочую зону, мальчик по собственной инициативе переместился туда. Получив привычные предметы (бумагу и карандаши), он занялся рисованием. Далее стал возможным диалог с отцом.

В беседе отец высказал свое убеждение в том, что сыну не хватает строгости в воспитании. По его словам, мать и бабушка слишком избаловали ребенка, разрешая ему кричать, валяться на полу, кусать себе руки. Выяснилось, что, не смотря на 10-летний возраст ребенка, отец ранее не вникал в особенности его состояния: он занимался финансированием семьи, а вопросами развития мальчика занималась мать. Однако теперь, в связи с болезнью матери, отец стал чаще взаимодействовать с ребенком и решил использовать стиль воспитания, названный им «строгим». Фактически «строгость» выражалась в грубых криках, обращенных к ребенку, и подзатыльниках при нежелательном поведении. Как

позднее рассказал сам отец, он испытывал при наказании ребенка сильный гнев и мог «увлечься» подзатыльниками, бил сына и по лицу. Чувства вины после «наказания» ребенка он не испытывал, напротив, говорил, что «мало бьет».

Коррекция позиции отца стала возможна на следующих встречах, в процессе психологического сопровождения. Проводилась просветительская работа: было рассказано о специфике расстройств аутистического спектра в целом; детально – о состоянии сына. Рассматривались примеры. Были использованы отрывки фильма «Антон тут рядом», диалоги с форума интернет-сообщества родителей детей с РАС «Контакт». С разрешения отца была использована видеосъемка его взаимодействия с сыном с дальнейшим совместным просмотром и анализом поведения обоих.

Для формирования новых способов взаимодействия, как и при работе с другими такими семьями, использовались задания, ориентированные на совместную деятельность родителя и ребенка. Так, предлагалось совместное создание коллажа: было предложено выбрать из журналов наиболее понравившиеся картинки и наклеить их на лист ватмана таким образом, чтобы получилась общая картина. Эта работа развеселила и эмоционально сблизила обоих. Использовались подвижные игры: игра в мяч (отец и сын поочередно стремились забить мяч в ворота), игра в дартс. Такие игры помогали снять физическое и эмоциональное напряжение.

В процессе занятий психолог подробно обсуждала с отцом поведенческие особенности мальчика, давала подробные пояснения того, с чем связано его поведение и действия. Повышалась эмпатия отца: ему предлагалось представить, что чувствует ребенок, поставить себя на его место в ситуации наказания.

Также рассматривались способы отреагирования отцом вспышек гнева: он решил повесить дома боксерскую грушу для битья. Этот способ оказался хорош и для дальнейшего формирования совместной деятельности с ребенком: отец стал обучать его бить по груше. Дополнительный плюс данного обучения состоял в том, что и для ребенка это стало способом снятия эмоционального напряжения.

Курс реабилитации продолжался в течение 4 недель и включал 20 встреч с психологом. За это время позиция отца значительно смягчилась, он стал спокойнее реагировать на поведение сына, во время занятий с психологом агрессию по отношению к ребенку он больше не проявлял. С его слов, он и дома отказался от прежних способов «воспитания».

Как показано в примере 1, в подобных случаях основной упор делается на принятие родителями состояния ребенка, повышение эмпатии родителей по отношению к нему. Для обучения способам общения с ребенком в занятия включаются совместные игры, доступные ребенку (с мячом, воздушными шарами, песком), в ходе которых внимание родителей фиксируют на проявлениях эмоций ребенка (мимике, голосовых реакциях, стремлении пододвинуться или оттолкнуть от себя предмет, движениях руки и глаз). Используются игровые и арт-терапевтические методики, совместная продуктивная деятельность, видеосъемка с последующим совместным просмотром и анализом отснятого материала. Большое внимание уделяется просветительской деятельности (повышению компетенции родителей в вопросах понимания состояния ребенка), поиску адекватных способов взаимодействия родителей и ребенка.

Указанные методики помогают родителям осознать причины поведения ребенка и изменить свое отношение к нему с требовательного на понимающее.

Родительская агрессия как реакция на негативную оценку поведения ребенка окружающими. В этих случаях родители, боясь осуждения окружающих, в ответ на неадекватное поведение ребенка (крики, стереотипные движения) начинали проявлять грубость по отношению к нему (кричать, хватать за руки, толкать, дергать). Такое поведение можно было увидеть в очереди на прием к психологу. Во время приема никаких признаков агрессии у таких родителей не было. Свою агрессию по отношению к ребенку они объясняли чувством стыда за его поведение, желанием показать окружающим, что они не при чем. Такие родители осознавали трудности ребенка, хорошо понимали специфику его диагноза, но не умели адекватно реагировать на осуждение со стороны окружающих (даже если такого осуждения фактически не было, а они лишь предвосхищали его).

Пример 2. Мальчик, 6 лет, диагноз: атипичный аутизм, задержка психического развития, нарушение осанки. Дошкольное учреждение не посещает, воспитывается дома. Семья неполная (мать, бабушка; с отцом в разводе, практически не общаются). Матери 30 лет, до рождения ребенка работала менеджером в туристической фирме. В настоящее время не работает, осуществляет уход за ребенком; источник финансирования – пенсия по инвалидности ребенка.

Мальчик во время ожидания приема визжал, проявлял высокую аутоагрессию (кусал свою руку, бил себя по голове). Мать некоторое время разговаривала с ним тихо, пытаясь успокоить, а затем начала кричать на него и бить по рукам.

Во время консультации она сказала, что боится, как бы ее ребенок не навредил окружающим. Однако психолог обратила ее внимание, что мальчик скорее может навредить себе, поскольку его агрессия направлена на него самого. В дальнейшей беседе мать призналась, что ей стыдно перед окружающими за поведение ребенка, она боится осуждения за его плохое воспитание. С этим был связан и отказ от посещения дошкольных учреждений.

В психологической помощи данной семье был сделан акцент на поиск адекватных способов взаимодействия с окружающими. С другой стороны, поскольку поведение ребенка носило яркий аутоагрессивный характер, не менее важно было определить способы снижения травматизации мальчика. Выяснилось, что аутоагрессия чаще всего возникает в незнакомых помещениях в период ожидания. В связи с этим его мать согласилась с необходимостью более четкого планирования времени, прибытия в незнакомое для ребенка место строго в назначенный час. В тех случаях, когда мальчику все же приходится проводить время в ожидании, решили заменять сидение в коридоре прогулкой на улице.

Поскольку реакция окружающих представлялась матери мальчика высоко значимой, было проведено ранжирование окружения на близкое, относительно близкое, относительно отдаленное, полностью отдаленное. Мать осознала, что для близкого круга объяснений не требуется, что это круг возможной помощи (то есть доступный ресурс). Для остальных была выработана разъяснительная стратегия, опережающая проблемное поведение ребенка, причем подробность разъяснения зависела от ситуации, глубины и длительности предстоящего взаимодействия. Например, на кассе в магазине можно предупредить, что маль-

чик страдает аутизмом, и попросить не пугаться возможных криков. Если же ребенок не выдерживает стояния в очереди, лучше объяснить людям проблему и попросить пропустить вперед. А в случае посещения образовательного учреждения следует подробно объяснить специалистам, которые будут взаимодействовать с мальчиком, особенности его реагирования на то или иное событие.

Для матери мальчика определение способов взаимодействия с окружающими было важной помощью, она увлеклась процессом, предлагала разные варианты ситуаций, которые ей хотелось обсудить. Для снижения ее тревожности психолог предложила обсудить максимальное количество возможных ситуаций и записать соответствующие варианты взаимодействия.

Внимание было уделено и эмоциональной поддержке матери, укреплению ее самооценки, поиску дополнительных внешних ресурсов. Она получала в качестве домашних заданий практическую реализацию стратегий, выработанных на сеансе с психологом. К окончанию курса реабилитации (18 занятий в течение 5 недель) она приобрела навык общения с посторонними, объясняя им поведение ребенка.

Этот пример хорош тем, что проблема взаимодействия с окружающими была выявлена и подробно проработана. Во многих других случаях родители не так охотно шли на контакт с психологом, что затрудняло определение индивидуальных стратегий поведения. Однако для каждого случая подходил универсальный вариант взаимодействия с окружающими: извинение перед ними за возможное беспокойство и объяснение состояния ребенка. Все родители были согласны с тем, что такое взаимодействие гораздо лучше, чем агрессия, направленная на ребенка.

Важнейшая методика при работе с данным типом родительской агрессии – это тренинг взаимодействия с окружающими. Необходима также эмоциональная поддержка родителей, повышение их уверенности в себе.

Родительская агрессия как следствие фрустрации их собственных потребностей. Такие родители обычно много делали для ребенка, были внимательны к его потребностям, подавляя свои интересы. Их взаимодействие с ребенком было адекватным, обычно наблюдался хороший детско-родительский контакт. О возникновении эпизодов агрессии они рассказывали после того, как между ними и психологом устанавливались доверительные отношения. Проблема такой агрессии оценивалась ими как значимая, поскольку для них было важно не навредить ребенку. Родители отмечали, что вспышки агрессии случались у них чаще всего при переутомлении или плохом самочувствии.

Обычно такие родители сами инициировали работу по коррекции их агрессии, что делало эту работу весьма эффективной. Важным направлением в этих случаях является также превентивная психологическая помощь, направленная на предупреждение проблемных эпизодов.

Пример 3. Девочка, 12 лет, диагноз: расстройство аутистического спектра, умеренная умственная отсталость, детский церебральный паралич (атоническо-астатическая форма). Семья полная (мать, отец, старшая сестра 18 лет). Основной уход осуществляет мать, она же привела ребенка на консультацию. Ей 38 лет, образование высшее, не работает. Выглядит астенично, под глазами темные круги. Ребенок с рождения находится в системе коррекционной помощи, получает систематически лечение в стационарах и реабилитационных центрах, посещает развиваю-

щие кружки, находится на надомном обучении. Девочка хорошо социализирована, частично себя обслуживает, может самостоятельно передвигаться.

На первой встрече с психологом мать много рассказывала о достижениях ребенка, перечисляла многочисленные учреждения, в которые она водит девочку на занятия. Отметив чрезмерную центрированность матери на проблемах ребенка, психолог предположила, что ее собственные интересы могут быть подавлены. Поэтому была предпринята попытка переориентировать беседу: мать попросили, пока психолог занимается с девочкой, выполнить рисунок на тему «Автопортрет». Рисунок был выполнен простым карандашом, хотя в распоряжении женщины был набор цветных карандашей, линии были нечеткие, нажим слабый. Похвалив рисунок за сходство (которое на самом деле отмечалось), психолог попросила в качестве домашнего задания «улучшить» его, раскрасив.

Женщина увлеклась «улучшением» своего автопортрета и на следующей встрече сама заговорила о своих проблемах: подавлении собственных интересов, потребности в профессиональной реализации. Выяснилось, что она уже несколько лет находится в подавленном эмоциональном состоянии (отмечается депрессивная симптоматика – слезливость, нарушение сна, снижение аппетита и сексуального влечения) и иногда «срывается» на ребенка (кричит, может ударить по лицу). После эпизодов агрессии по отношению к дочери мать испытывает сильное чувство вины, что усиливает депрессивную симптоматику.

В данном случае для устранения эпизодов агрессии, направленной на ребенка, необходимо было нормализовать психологическое состояние матери. Была определена необходимость повышения нервно-психического тонуса, работы со смысловой сферой, с временной перспективой. Необходимо было оптимизировать режим отдыха и питания, помочь в поиске возможностей самореализации и дополнительных ресурсов для реализации намеченного. Большое значение имела эмпатия психолога, эмоциональная поддержка матери. В работе были использованы арт-терапевтические методики, техники понимающей психотерапии (стимулировались рефлексия, прояснение переживаний).

К окончанию реабилитационного курса (20 встреч в течение 5 недель) состояние женщины заметно улучшилось, нормализовался сон. Она определила для себя планы, в которых отводилось место ее профессиональной реализации. С ее слов, эпизодов агрессии, направленной на ребенка, больше не отмечалось. Таким образом, родительскую агрессию по отношению к ребенку в данном случае удалось устранить, нормализовав состояние матери.

Таким образом, при работе с данным типом родительской агрессии необходимо найти ресурсы для улучшения их психоэмоционального состояния. Как показано в примере 3, зачастую приходится начинать с удовлетворения витальных потребностей родителей в нормальном питании и отдыхе. По мере восстановления физического тонуса становится возможным улучшение психоэмоционального состояния, для чего с успехом используются арт-терапевтические и релаксационные техники. Поиск средств для эмоционального расслабления осуществляется совместно психологом и родителем: определяются средства, наиболее эффективные именно для данного человека (музыка, ароматы, дыхательные техники, мышечная релаксация). Арт-терапевтические техники (мета-

форические карты, «Автопортрет» и т. д.) помогают родителю осознать истинные причины своей агрессии. Благодаря терапевтической беседе достигается признание родителями своего права на любые эмоции (в том числе и на гнев), осознание права на самореализацию и удовлетворение собственных потребностей; обсуждаются негативные последствия подавления гнева (неконтролируемые вспышки агрессии, соматоформные невроты и т. д.).

Заключение. Во всех выявленных случаях, независимо от типа родительской агрессии, использованные методики помогали родителям снизить испытываемый ими гнев и найти адекватные способы взаимодействия с ребенком. Наблюдения в ходе психологического сопровождения и отзывы родителей по окончании курса реабилитации показали, что применение подобранных методик было успешным.

В заключение подчеркнем, что проявление агрессии, направленной на ребенка, не расценивается нами как специфическое свойство родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития. Однако они более других нуждаются в специальной психологической поддержке, поскольку переживают трудную жизненную ситуацию. Постоянный мониторинг, направленный на своевременную нормализацию их психологического состояния, позволил бы во многих случаях предотвратить появление агрессии, направленной на ребенка. В настоящее время, к сожалению, взаимодействие семьи ребенка с нарушениями и психологических служб осуществляется от случая к случаю, что исключает возможность постоянного мониторинга и своевременного оказания психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когито-центр, 2017. 182 с.
2. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 3. С. 28-31.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2017. 288 с.
4. Сагдуллаев А.А. О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии // Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие: хрестоматия / Сост. И.В. Добряков, О.В. Заширинская. СПб.: Речь, 2007. С. 43–50
5. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети. М.: Теревинф, 2018. 368 с.
6. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: АСТ, 2017. 736 с.
7. Цапина С.Ю. Психологическая помощь семьям, воспитывающим детей раннего и дошкольного возраста с тяжелой психофизической патологией // Альманах Института коррекционной педагогики [Электронный ресурс]. - 2018. - № 35. - Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-35/psychological-assistance-to-families-raising-children-of-early-and-preschool-age-with-severe-mental-and-physical-pathology> (дата обращения 10.02.2022).
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2007. 352 с.

REFERENCES

1. Varga A.Ya. Vvedenie v sistemnyuyu semeinuyu psikhoterapiyu. Moscow: Kogito-tsentr Publ., 2017. 182 p.
2. Guslova M.N., Sture T.K. Psikhologicheskoe izuchenie materei, vospityvayushchikh detei-invalidov. Defektologiya, 2003, no 3, pp. 28–31.
3. Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichnyi rebenok. Puti pomoshchi. Moscow: Terevinf, 2017. 288 p.
4. Sagdullaev A.A. O problemakh otnoshenii v sem'yakh, imeyushchikh detei s otkloneniyami v razviti. In Dobryakov I.V., Zashchirinskaya O.V. (eds). Psikhologiya sem'i i bol'noi rebenok: uchebnoe posobie: khrestomatiya. St. Petersburg: Rech', 2007, pp. 43–50.
5. Seligman M., Darling R. Obychnye sem'i, osoby deti.. Moscow: Terevinf, 2018. 368 p.
6. Fromm E. Anatomiya chelovecheskoi destruktivnosti. Moscow: AST, 2017. 736 p.
7. Tsapina S.Yu. Psikhologicheskaya pomoshch' sem'yam, vospityvayushchim detei rannego i doskol'nogo vozrasta s tyazheloi psikhofizicheskoi patologiei [Elektronnyi resurs]. Al'manakh Instituta korraktsionnoi pedagogiki [Almanac of the Institute of Corrective Pedagogy], 2018, no 35. Available at: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-35/psychological-assistance-to-families-raising-children-of-early-and-preschool-age-with-severe-mental-and-physical-pathology> (Accessed: 10.02.2022).
8. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semeinyi diagnoz i semeinaya psikhoterapiya: Uchebnoe posobie dlya vrachei i psikhologov [Family Diagnosis and Family Psychotherapy: A Training Manual for Doctors and Psychologists]. St. Petersburg: Rech', 2007. 352 p.
9. Krizan Z., Hisler G. Sleepy anger: Restricted sleep amplifies angry feelings. Journal of Experimental Psychology, 2019. General, 148 (7), pp. 1239–1250.

S.Yu. Tsapina

THERAPY OF PARENTAL AGGRESSION IN FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article presents the experience of psychological support of families raising children with autism spectrum disorders in combination with physical disorders (90 families). The causes of parental aggression towards their child, and ways to overcome it are considered. The three types of parental aggression have been identified: aggression as a way to “educate” a child; as a reaction to a negative assessment of the behavior of the child by others; as a result of frustration of their own needs. For each type, key areas and methods of eliminating the causes of aggression have been identified, and illustrated on the material of three clinical cases.

Keywords: parental aggression, a child with disabilities, psychological support

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ПРИНЯТИЕМ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОЗИЦИИ МАТЕРИ С ОПЫТОМ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

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

Резюме. Разработка моделей и программ профилактики дизадаптивных форм взаимодействия матери с ребенком в настоящее время особенно актуальна. В статье приводится анализ случая психокоррекционной работы с матерью троих детей, в анамнезе которой есть перинатальные потери и опыт клинической депрессии. Основные результаты, достигнутые в процессе работы с психологом, можно обозначить как разрешение внутриличностного конфликта, проработку перинатальных потерь, освоение адаптивных моделей родительского поведения. Использование комплексного подхода в рамках психокоррекционной работы позволяет специалисту эффективно взаимодействовать с клиенткой, имеющей опыт перинатальных потерь, в условиях краткосрочной терапии.

Ключевые слова: перинатальные потери, психокоррекционная работа, принятие родительской позиции.

В современных подходах к работе с проблемами материнства особую актуальность приобретает разработка моделей и программ профилактики дизадаптивных форм взаимодействия матери и ребенка. Обязательным условием адекватного формирования родительской позиции матери является сформированность ценностной сферы женщины, отсутствие дисфункциональных установок, связанных с материнством. Также немаловажным является наличие психотравмирующих событий в анамнезе матери. [1] В настоящее время подобными событиями часто выступают сложности зачатия и вынашивания беременности, в том числе перинатальные потери. По сей день в нашей стране проблема проживания перинатальной потери является одной из серьезных медико-социально-психологических проблем. Специалисты признают важность влияния индивидуально-психологических факторов на способы совладания матери с ситуацией, а также на степень принятия родительской позиции матери, пережившей перинатальную потерю. [5, 7]

Описание случая. В центр поддержки материнства за психологической помощью обратилась клиентка И., женщина 36 лет с запросом проработки 4 перинатальных потерь в анамнезе. Ранее клиентка обращалась за психологической помощью во время послеродовой депрессии к психотерапевту, также наблюдалась у невролога. На момент обращения клиентка была в браке 15 лет, являлась матерью трех сыновей возраста 14 лет, 9 лет и 1 года.

Во время работы с клиенткой была проведена диагностика, целью которой было выявление особенностей эмоционального состояния клиентки, а также психологическое описание характеристик, касающихся темы материнства. В ходе психологической диагностики использовались следующие методики:

1. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии;

2. Диагностика ценностной направленности матери Е.И. Захаровой;
3. Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия Е.И.Захаровой;
4. Методика родительского сочинения (модификация А.А. Шведовской).

По результатам исследования, у клиентки была диагностирована послеродовая депрессия, в структуре ценностной направленности матери на первом месте выявлялись две ценности: ценность ребенка и ценность личных интересов, что в случае клиентки в дальнейшем позволило проработать тему конкурирующих ценностей и внутриличностного конфликта; блок поведенческих особенностей эмоционального взаимодействия характеризовался высоким уровнем, в то время как блок чувствительности и эмоционального принятия детей – низким уровнем.

Личностный профиль И. характеризовался высоким уровнем чувства вины, эмоциональной лабильностью, склонностью к тревожно-депрессивному реагированию.

Свой запрос клиентка сформулировала следующим образом: «Меня тяготят потери моих четырех беременностей. Ощущение, что я окружена мертвецами, через которых мне не видно своих собственных живых детей».

Со слов клиентки, эмоции, которые она испытывала к сыновьям, можно было охарактеризовать как «притупленные, будто в тумане», при этом названными эмоциями и чувствами были любовь, нежность, тревога, раздражение. В отношении дифференциации эмоций, испытываемых по поводу каждой из перинатальных потерь, клиентка неизбежно сталкивалась со сложностями, но в ходе дальнейшей беседы все же смогла назвать «горечь, обиду, вину, страх, ужас, боль, стыд».

План психокоррекционной работы был составлен следующим образом:

- 1) Психологическая диагностика;
- 2) Выявление терапевтических мишеней;
- 3) Проживание горя;
- 4) Отреагирование эмоций по отношению к перинатальным потерям;
- 5) Работа с конкурирующими ценностями и ценностной сферой.

В ходе психокоррекционной работы использовались следующие методы и инструменты:

9. Беседа, интервью;
10. Эмпатическое слушание;
11. Проективные методики («Я и мой ребенок», «Ассоциативный ромб», «Метафорические карты перинатальной тематики»).

Сеттинг был организован следующим образом:

- 1) Встречи проводились раз в неделю в течение 4,5 месяцев;
- 2) Длительность каждой сессии составляла 60 минут.

Этап 1. Психологическая диагностика

Как уже упоминалось выше, в ходе психологической диагностики использовались следующие методики:

1. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии;

2. Диагностика ценностной направленности матери (Е.И. Захарова);
3. Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (Е.И.Захарова);

4. Методика родительского сочинения (модификация А.А. Шведовской).

Результаты диагностического исследования.

•Эдинбургская шкала послеродовой депрессии:

По результатам исследования, у клиентки была диагностирована послеродовая депрессия.

•Диагностика ценностной направленности матери:

В структуре ценностной направленности матери на первом месте выявлялись две ценности: ценность ребенка и ценность личных интересов (по 6 баллов); ценность работы стояла на третьем месте (4 балла), ценность общения – на последнем (3 балла).

•Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия:

Блок чувствительность:

Способность воспринимать состояние ребенка – средний уровень

Понимание причин состояния – низкий уровень

Способность к сопереживанию – низкий уровень

Блок эмоционального принятия:

Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком - низкий уровень

Безусловное принятие – средний уровень

Отношение к себе как к родителю – низкий уровень

Преобладающий эмоциональный фон взаимодействия - низкий уровень

Блок поведенческих особенностей эмоционального взаимодействия:

Стремление к телесному контакту – высокий уровень

Оказание эмоциональной поддержки – средний уровень

Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия - средний уровень

Умение воздействовать на состояние ребенка – высокий уровень

•Методика родительского сочинения:

Образ себя как родителя можно охарактеризовать стремлением «быть идеальной матерью», высоким уровнем тревожности и чувством вины.

Образы троих сыновей в целом схожи. Клиентка характеризует детей как «покладистых, способных, самостоятельных, похожих на родителей». К образу младшего ребенка (1 год) клиентка дополнительно относит такие черты, как «прилипчивость, требовательность». О детях И.К. рассказывает неохотно. Образ отношений в семье характеризуется важностью соответствия детей ожиданиям матери.

Интересно, что клиентка на начальных этапах работы описывала восприятие своих детей следующим образом: «Я умом понимаю, что у меня трое сыновей, но при этом есть ощущение, как будто они – единое целое, как будто в них я вижу одного единственного ребенка. А я всегда так мечтала о многодетной семье». Из этой фразы видно, что клиентка совмещает образы троих разных детей в один, при этом отрицая соответствие реальности ее собственным ожи-

даниям: по факту, у нее многодетная семья, и одновременно восприятие клиенткой ее семьи не совпадает с реальным образом.

Этап 2. Выявление терапевтических мишеней

Этот этап психологической работы важен для построения тактики ведения клиентки. [11] Стоит отметить, что на данном этапе после установления контакта с клиенткой и создания доверительной атмосферы ей было рекомендовано также обратиться к психотерапевту для параллельной работы.

Основными терапевтическими мишенями для психокоррекционной работы с клиенткой выступали следующие:

- Состояние послеродовой депрессии;
- Внутриличностный конфликт;
- Конкурирующие ценности;
- Перинатальные потери;
- Низкая способность к рефлексии и заботе о себе;
- Подавленные чувства.

Этап 3: Проживание горя

Перинатальная потеря – это важное и всегда тяжелое событие, это утрата надежды на счастливое родительство, утрата роли родителя, утрата ожиданий и счастья, сломанные планы.

Перинатальные потери могут подразделяться на антенатальные, интранатальные, постнатальные и неонатальные, а в некоторых странах сюда же относятся и некурабельное бесплодие и даже смерть усыновленного младенца. [6] Темы, с которыми возможна психологическая работа с темой перинатальных потерь, это аборт, выкидыш, невынашивание беременности, внематочная беременность, антенатальная и интранатальная гибель пренейта, неудача при экстракорпоральном оплодотворении, гибель одного из плодов при многоплодной беременности, смерть новорожденного ребенка, бесплодие. Эти темы – всегда переживание горя. [2]

В современном обществе не принято расценивать перинатальную потерю так же, как и смерть уже рожденного ребенка, но при этом в реальности степень горя, испытываемого родителями, вполне соизмерима. [3, 8] Общий фактор, лежащий в основе психологических причин горя – это ощущение потери ценного, любимого, важного, значимого, и сила этого горя прямо пропорциональна степени привязанности к утерянному объекту. [12, 14] Ощущение горя в данном вопросе – это нормально, и это было важно донести до клиентки.

При работе с перинатальными потерями необходимо помнить о том, что клиентке нужно помочь прожить горе по поводу утраты. [4] У проживания горя есть несколько этапов:

- 1.Отрицание
- 2.Гнев
- 3.Компромисс
- 4.Депрессия
- 5.Принятие

Все эти этапы И. предстояло пройти, чтобы успешно двигаться дальше. Для этого клиентке нужно было суметь поделиться своими чувствами, попро-

бовать избавиться от чувства вины, простить себя и проститься с потерянными детьми. Изначально у И. общий комплекс реагирования на горе можно было условно разделить на работу с поведенческими реакциями, эмоциональными реакциями, интеллектуальными реакциями.

При помощи беседы, интервью и эмпатического слушания клиентка смогла пройти через все этапы горевания.

Этап 4. Отреагирование эмоций по отношению к перинатальным потерям

Методика «Ассоциативный ромб» И.В. Добрякова позволила выявить у клиентки связь ее отношения к перинатальным потерям с недоверием к своему телу. В процессе проведения методики также выявились следующие ассоциации: «боль», «предательство». На данном этапе следовал процесс проработки психотравмирующих событий с помощью элементов эмоционально-телесной терапии. [15] Этот метод успешно используется в работе со случаями перинатальных потерь уже долгое время [10]. Изначально клиентка описывала телесные ощущения своего горя как «удушающие, сдавливающие горло и вызывающие приступ тошноты». В процессе работы ощущения клиентки трансформировались: она смогла «расположить» их в области живота, но тошнота продолжала присутствовать. После словесного описания своих ощущений, подбора образов, которые были ответами клиентки на вопрос: «Могли бы Вы представить свои ощущения, в том числе тошноту, в образе предметов: неодушевленных или одушевленных?», клиентка описывала свои ощущения как «горе, вырвавшееся наружу... и облегчение».

Следующей ступенью данного этапа работы была проработка самих перинатальных потерь. Стоит отметить, что в случае каждой из четырех перинатальных потерь пол ребенка уже был известен, и в каждом из случаев это были девочки. Физиологических причин врачи при этом не называли. Сама клиентка склонялась к тому, что причины могли быть «в голове», со слов И. Соответственно, перед специалистом в данном контексте стояла задача выявления и осознания дисфункциональных установок, а при наличии таковых – их трансформация в функциональные. [13]

Работа с установками И. позволила выявить ее негативный опыт проживания первой перинатальной потери. Она произошла, когда первому ребенку клиентки было около полутора лет. Мать клиентки выразила поддержку некорректным образом, усугубив проживание травмы. Как выразилась сама клиентка: «Мама тогда сказала, что и слава богу, у тебя сын еще маленький! Куда там второго ребенка, да еще и девочку? Тебе с мальчишками только будет хорошо справляться, с ними проще!»

Работа с дисфункциональными установками проводилась с помощью метафорических карт перинатальной тематики, и в конце данного этапа работы клиентка описывала свое состояние как «легкость и светлую тоску».

Этап 5. Работа с конкурирующими потребностями и ценностной сферой

Диагностика ценностной направленности матери позволила выявить у клиентки конфликтующие ценности: ценность ребенка и ценность личных интересов. Таким образом, задачей данного этапа работы являлось разрешение внут-

риличностного конфликта. Сам конфликт клиентка выражала так: «Я хочу быть хорошей мамой, и при этом я хочу быть собой. Кажется, что это невозможно. Я боюсь раствориться в детях, поэтому отгораживаюсь от них».

Рисуночный метод «Я и мой ребенок» Г.Г.Филипповой, предложенный клиентке на данном этапе работы, наглядно показывает ее желание «заботиться о детях, не растворяясь в них»: саму себя клиентка изобразила в виде птицы, а детей – в виде котят. Из рисунка также видно, что старший сын помогает в заботе о самом младшем ребенке, и что все трое детей близки друг к другу, в то время как сама клиентка не позволяет себе сблизиться с детьми из страха «раствориться в материнской заботе».



Рисунок 1. Рисуночный метод «Я и мой ребенок» (И., этап 5 психокоррекционной работы)

Психокоррекционная работа на данном этапе также проводилась с использованием метафорических карт перинатальной тематики. В процессе работы клиентке удалось найти баланс между вариантами самовыражения и сохранением своего «Я» и вкладом в развитие детей.

По окончании данного этапа клиентка с воодушевлением и удовольствием описывала свое взаимодействие с детьми, четко разграничивала разницу в их характерах и способах адаптации к реальности.

Обсуждение. Представленный анализ случая рассматривается в статье в качестве личного варианта психокоррекционной работы с перенесенными

перинатальными потерями. Проживание горя и отношение к родительству у матерей, столкнувшихся с перинатальными потерями, специфичны, так как требуют особого подхода в психологической работе. [16] В описании клиентского случая представлены следующие общие характеристики эмоциональной сферы матери, перенесшей перинатальную потерю: сложности с принятием родительской позиции, внутриличностные конфликты, подавленные переживания, дисфункциональные установки в отношении материнства. [9]

Решение внутриличностного конфликта, а также перевод неосознаваемых переживаний в область сознания клиентки происходило в ходе терапевтических бесед с использованием вспомогательных инструментов. Совместное обсуждение с И. ее истории, анамнеза, психотравмирующих событий и переживаний позволило клиентке проработать перинатальные потери и сформировать адекватный образ материнства, скорректировать установки в области темы родительства. Одним из важнейших результатов психокоррекционной работы являлось осознание клиенткой внутриличностного конфликта и поиск способов выражения негативных переживаний относительно психотравмирующих воздействий (в том числе матери клиентки). В ходе работы с психологом и в результате самостоятельного осмысления ситуации клиентка пришла к выводу, что в будущем хотела бы проработать отношения с собственной матерью и решить вопросы сепарации от нее.

Ретроспективно был проведен анализ значимых событий в жизни клиентки, что позволило проработать проблему, связанную с невозможностью для И. выражения подавленных переживаний и эмоций. В ходе психологической работы клиентке удалось отреагировать свои чувства относительно травмирующих событий. Чаще всего в случае клиентки, сложность в вербальном выражении переживаемых чувств возникала вследствие страха быть непринятой членами своей семьи. Сдерживание отрицательных эмоций и чувств приводило к отстраненности от членов семьи клиентки, чувству подавленности и угнетенности.

Наиболее значимые результаты психокоррекционной работы были сформулированы клиенткой так:

- «Я начала чувствовать вкус материнства»;
- «Отношения с детьми заиграли какими-то новыми красками»;
- «Я получаю удовольствие от маленьких ежедневных забот, с удовольствием выполняю работу по дому»;
- «Я научилась разрешать себе заниматься своими хобби, читать или даже спать днем, когда чувствую усталость»;
- «Теперь я действительно вижу, какие разные мои дети и как это здорово»;
- «Я нашла место внутри себя для моих нерожденных дочек... и теперь я действительно чувствую себя мамой в многодетной семье, как и мечтала».

Говоря об объективных критериях оценки состояния клиентки после проведения психокоррекционной работы, можно остановиться на обсуждении результатов тех же методик, что предъявлялись клиентке в самом начале работы.

Результаты диагностического исследования на конечном этапе психокоррекционной работы:

- Эдинбургская шкала послеродовой депрессии:

По результатам исследования, у клиентки не диагностировалась депрессия.

•Диагностика ценностной направленности матери:

В структуре ценностной направленности матери были небольшие изменения, говорящие о признаках разрешения внутриличностного конфликта: ценность ребенка (7 баллов) занимала первое место в иерархии ценностей клиентки; ценность личных интересов (5 баллов) была на втором месте; ценность работы стояла на третьем месте (4 балла); ценность общения – на последнем (3 балла).

•Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия:

Блок чувствительности — выявлены изменения в лучшую сторону (повысились способности понимания причин состояния ребенка и способности к сопереживанию):

Способность воспринимать состояние ребенка – средний уровень;

Понимание причин состояния – средний уровень;

Способность к сопереживанию – высокий уровень.

Блок эмоционального принятия - выявлены изменения в лучшую сторону (чувства, возникающие у матери от взаимодействия с ребенком, отношение к себе как к родителю и преобладающий эмоциональный фон теперь характеризовались средним уровнем, что позволяет сделать вывод о стабильности состояния клиентки):

Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком - средний уровень;

Безусловное принятие – средний уровень;

Отношение к себе как к родителю – средний уровень;

Преобладающий эмоциональный фон взаимодействия - средний уровень;

Блок поведенческих особенностей эмоционального взаимодействия — остался неизменным по сравнению с начальным этапом:

Стремление к телесному контакту – высокий уровень;

Оказание эмоциональной поддержки – средний уровень;

Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия - средний уровень;

Умение воздействовать на состояние ребенка – высокий уровень.

•Методика родительского сочинения:

Образ себя как родителя можно охарактеризовать стремлением «быть идеальной матерью», высоким уровнем тревожности и чувством вины.

Образы троих сыновей, стали различаться. Клиентка характеризует детей как и прежде как «покладистых, способных, самостоятельных, похожих на родителей», но при этом добавляет каждому из детей характерные лишь для этого ребенка качества, такие как «усердие», «любопытство», «требовательность», «сообразительность». О детях И. рассказывает с энтузиазмом.

Стоит отметить, что клиентка на конечном этапе работы описывала восприятие своих детей следующим образом: «Наконец-то я стала получать удовольствие от общения с детьми, от общения с каждым из них. Меня больше не тяготит совместное пребывание с ними, с каждым из сыновей у меня есть общие интересы». Из этой фразы видно, что клиентка больше не совмещает обра-

зы троих разных детей в один.

Выводы. Комплексный подход в психокоррекционной работе с женщинами, столкнувшимися с ситуацией перинатальной потери, позволяет взаимодействовать с каждой из психотерапевтических мишеней на определенном этапе работы. Таким образом, психолог в силах помочь клиентке пройти через все этапы горевания, интроецировать опыт психотравмирующей ситуации и выстроить адекватные модели взаимодействия с личным опытом материнства через принятие родительской позиции. Подобная работа позволяет:

- улучшить способности к вербализации своих переживаний;
- принять ситуацию;
- повысить уровень доверия к собственному телу, проработать сложности, связанные с психологическими границами;
- освоить адаптивные стратегии преодоления жизненных препятствий в личном опыте материнства;
- актуализировать ресурс клиентки.

В процессе работы с приведенным выше клиентским случаем удалось составить диагностически верную гипотезу, план психокоррекционной работы и достичь комфортного состояния матери, обратившейся за психологической помощью, причем это подтверждалось как результатами повторной диагностики, так и субъективными переживаниями клиентки: в результатах можно заметить стабильные улучшения ситуации взаимодействия клиентки с детьми, позитивные изменения в оценке ее эмоционального состояния.

Что же касается общих выводов по психокоррекционной работе с проживанием перинатальных потерь, то они будут следующими:

1. В случае перенесенной перинатальной потери матери сложно адаптироваться к ситуации, не прорабатывая ее со специалистом;
2. Вследствие этого крайне вероятно возникновение проблем в структуре родительской позиции матери по отношению к ранее рожденным в семье детям, как и к детям, которые будут рождены позднее;
3. Выявление ресурсов матери является одной из важнейших задач, стоящих перед специалистом, в процессе работы с опытом перинатальных потерь;
4. Крайне важна психодиагностическая работа, как на начальном, так и на конечном этапе психокоррекционной работы.
5. Также является целесообразным в случае наличия признаков клинической депрессии рекомендовать клиентке обратиться к психотерапевту для параллельной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2015. С. 157-159
2. Добряков И.В., Фаерберг Л.М. Оказание помощи при перинатальных утратах. Методическое пособие. Издание 2-е. СПб.: Медиа Глобус: Семейный информационный центр, 2018. С. 8-9.
3. Мухамедова Е.В. Переживание горя при перинатальных потерях и потерях своих фантазий относительно реанимированных детей. // Секция 3. Перинатальная психология - Сборник тезисов «Психологические проблемы современной семьи». — С. 401-402. URL:

Портал психологических изданий PsyJournals.ru —
http://psyjournals.ru/psy_family/issue/77707.shtml

4. Чицова М.А. Содержание и структура психологического консультирования в ситуации перинатальных потерь. // Секция 3. Перинатальная психология - Сборник тезисов «Психологические проблемы современной семьи». — С. 431-432. URL: Портал психологических изданий PsyJournals.ru — http://psyjournals.ru/psy_family/issue/77707.shtml

5. Шлягина Е.И., Гольденберг Т.С. Анализ личностного потенциала родителей, перенесших потерю ребенка. // Секция 3. Перинатальная психология - Сборник тезисов «Психологические проблемы современной семьи». — С. 435-436. URL: Портал психологических изданий PsyJournals.ru — http://psyjournals.ru/psy_family/issue/77707.shtml

REFERENCES

1. Dobrjakov I.V. Perinatal'naja psihologija. SPb.:Piter, 2015. S. 157-159

2. Dobrjakov I.V., Faerberg L.M. Okazanie pomoshhi pri perinatal'nyh utratah. Metodicheskoe posobie. Izdanie 2-e. SPb.: Media Globus: Semejnnyj informacionnyj centr, 2018. S. 8-9.

3. Muhamedova E.V. Perezhivanie gorja pri perinatal'nyh poterjah i poterjah svoih fantazij otnositel'no reanimirovannyh detej. // Sekcija 3. Perinatal'naja psihologija - Sbornik tezisov «Psihologicheskie problemy sovremennoj sem'i». — С. 401-402. URL:

Portal psihologicheskikh izdanij PsyJournals.ru —
http://psyjournals.ru/psy_family/issue/77707.shtml

4. Chizhova M.A. Soderzhanie i struktura psihologicheskogo konsul'tirovanija v situacii perinatal'nyh poter'. // Sekcija 3. Perinatal'naja psihologija - Sbornik tezisov «Psihologicheskie problemy sovremennoj sem'i». С. 431-432. URL: Portal psihologicheskikh izdanij PsyJournals.ru — http://psyjournals.ru/psy_family/issue/77707.shtml

5. Шлягина Е.И., Гольденберг Т.С. Анализ личностного потенциала родителей, перенесших потерю ребенка. // Секция 3. Перинатальная психология - Сборник тезисов «Психологические проблемы современной семьи». — С. 435-436. URL: Portal psihologicheskikh izdanij PsyJournals.ru

6. Callister L.C.: Perinatal Loss: A Family Perspective // The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing: July-September 2006 - Volume 20 - Issue 3. Pp. 227-234

7. Dewart G.: Perinatal Loss // AJN The American Journal of Nursing: November 2015 - Volume 115 – Issue. Pp. 11 - 12

8. Lamb J.M.: SHARE. In Rando T (ed): Parental Loss of a Child. Champaign, IL, Research Press, 1986. Pp. 497, 501.

9. Lasker J., Toedter L. Predicting outcomes after pregnancy loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale // Illness Crisis Loss 8:350, 2000. Pp. 14-21

10. Maturri L., Mauri M., Ferrero M. E., Lavezzi A. M.: Unexpected Perinatal Loss versus Sids-a Common Neuropathologic Entity. // The Open Neurology Journal. May 2008. Pp.45-50. URL: openneurologyjournal.com/VOLUME/2/PAGE/45/FULLTEXT/

11. Moulder C.: Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 1994, 12 (1): Pp. 65-67

12. O'Leary J.: Subsequent pregnancy: healing to attach after perinatal loss [BMC Pregnancy and Childbirth](#) volume 15, Article number: A15, 2015. Pp. 17-23
13. O'Leary J., Warland J.: Untold Stories of Infant Loss: The Importance of Contact with the Baby for Bereaved Parents // *Journal of Family Nursing*. 2013, 19 (3): Pp. 1-24
14. Peppers L., Knapp R.: *Motherhood and Mourning: Perinatal Death*. New York, Praeger, 1980. Pp. 81-83
15. Stone L.R.: Pregnancy losses. In Lemcke D, Pattison J (eds): *Primary Care of Women*. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1995. Pp. 531-539
16. Thomson P.: "Down will come baby": Prenatal stress, primitive defences and gestational dysregulation // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2007, 8 (3): Pp. 85-113

Y.M. Akinkina

PSYCHOTHEURAPIC WORK WITH ACCEPTANCE OF PARENTAL POSITION OF A MOTHER

WITH EXPERIENCE OF PERINATAL LOSS: CASE ANALYSES

Moscow State Psycho-Pedagogical University (Moscow).

Summary. Nowadays creating models and programs of prevention of maladaptive forms of mother-child interaction is a very actual process. In this article you can find an analyses of a real case of psychotherapeutic work with a mother of three children, who has a perinatal loss in her anamnesis. Also this client has a experience of clinical depression. Critical results of the work with a psychologist can be determined as a permission of an intrapersonal conflict, developmental work with perinatal losses, practice of new adaptive models of mother-child interaction. Psychological work with a client with perinatal losses can be determined as productive and effective due to complex approach in a process of psychotherapeutic work in conditions of a short-term therapy.

Keywords: perinatal loss, psychocorrectional work, short-term psychotherapy, acceptance of parental position

**В.С. Собкин, Д.В. Адамчук, Е.А. Калашникова, Ю.О. Коломиец,
Т.А. Лыкова, А.В. Федотова**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ТАБАКОКУРЕНИЕ, УПОТРЕБЛЕНИЕ
АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ)
СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОСНОВНОЙ И СТАРШЕЙ ШКОЛЫ³
ФГБНУ «Институт управления образованием Российской академии образо-
вания» (Москва)**

Резюме. Представлены методические рекомендации, разработанные на основе результатов анонимного анкетного опроса, проведенного среди учащихся 7-11 классов общеобразовательных школ 17 субъектов РФ в 2020-2021 гг. Всего в исследовании приняли участие 40 575 человек. Охарактеризованы распространенность и мотивация аддиктивного поведения подростков, описана специфика отношений подростков, склонных к аддиктивному поведению, с учителями и родителями, роль школьной психологической службы и дополнительного образования в профилактических мерах. Рекомендации адресованы сотрудникам органов управления образованием, руководителям образовательных организаций, учителям, школьным психологам, социальным работникам.

Ключевые слова. девиантное поведение, методические рекомендации, профилактика, табакокурение, употребление ПАВ, употребление алкоголя, употребление наркотиков.

В настоящее время в Российской Федерации разработан и действует ряд федеральных нормативно-правовых документов (концепции, стратегии, планы мероприятий), утвержденных Указами Президента России, Распоряжениями Правительства России и другими федеральными органами исполнительной власти, которые определяют цели и задачи ведомств и организаций, а также регламентируют их деятельность по противодействию потреблению и распространению психоактивных веществ (ПАВ), профилактике табакокурения, алкоголизма и наркомании в Российской Федерации.

В профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних предполагается использовать социальные, психологические, педагогические, медицинские технологии. Специальное внимание уделено формированию культуры здорового и безопасного образа жизни у обучающихся и воспитанников образовательных организаций, формированию единого профилактического пространства в образовательной среде. Кроме того, деятельность образовательных организаций и социальных служб должна быть направлена на вовлечение несовершеннолетних в просоциальную деятельность и содержательные виды досуга.

Настоящие рекомендации основаны на материалах анонимного анкетного

³Данные рекомендации были представлены в Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей Министерства просвещения Российской Федерации.

опроса, проведенного среди учащихся 7-11 классов общеобразовательных школ 17 субъектов РФ в 2020-2021 гг. Всего в исследовании приняли участие 40 575 человек. Более подробно результаты исследования представлены в публикациях авторов [1-6].

1. Девиации: распространенность и мотивация

Табакокурение. Следует отметить, что табакокурение как традиционная форма девиантного поведения в подростковой средепостепенно утрачивает свою актуальность. Так, по данным опросов школьников 2002 и 2010 гг. на вопрос «Курите ли вы?» утвердительно отвечали, соответственно, 23,7% и 22,9% респондентов. В 2020/21 г. на свою приобщенность к табакокурению указывают в среднем лишь 9,3% подростков.

С возрастом доля подростков, отмечающих свою приобщенность к курению, последовательно увеличивается: с 4,9% среди семиклассников до 11,9% среди девятиклассников и до 13,6% у учащихся 11-го класса.

Исследование мотивации приобщения подростков к табакокурению показывает, что доминирующими являются мотивы, связанные с психоэмоциональной регуляцией, гедонистический мотив, а также мотивация, фиксирующая зависимость. Отдельно выделяется комплекс «социальных» мотивов: каждый пятый подросток мотивирует свою склонность к курению тем, что «курят друзья», а каждый десятый — тем, что «курение облегчает общение со сверстниками».

При этом с возрастом существенно меняется мотивация курения: снижается значимость таких мотивов, как желание «выглядеть старше своего возраста» и протест против запретов, уступая место мотивации, касающейся регуляции психологического состояния («помогает снять стресс»). Характерно, что от 8-го к 10-му классу возрастает доля подростков, указывающих на мотив «втянулся, не могу бросить». Это позволяет сделать вывод о том, что этап окончания основной и начала старшей школы является тем «сенситивным периодом», на который приходится формирование привычки к табакокурению у подростков, а следовательно, именно в этом возрасте профилактические мероприятия должны быть особенно актуальны.

Сопоставление мнений учащихся об отношении микросоциального окружения свидетельствует о том, что удержание нормативного поведения в отношении подросткового табакокурения происходит в основном в семье, где реакции родителей оказываются гораздо более значимыми, чем педагогическое воздействие со стороны учителей.

Наиболее распространенными причинами отказа от приобщения к табакокурению являются «отсутствие такой потребности» и «вред для здоровья». Здесь выявлены гендерные различия: если для девочек более существенными мотивами являются «отсутствие потребности», уверенность, что курение «не доставит удовольствия», страх, что курение может «испортить внешность и фигуру», то мальчики значимо чаще указывают на «плохие примеры», «курение не принято среди друзей».

Употребление алкоголя. Материалы исследования показывают, что 16,5% учащихся «время от времени» употребляют спиртные напитки. Показательно, что среди девочек доля употребляющих алкоголь значимо больше, чем среди

мальчиков, соответственно: 18,3% у девочек; 13,2% у мальчиков.

Возрастная динамика свидетельствует о последовательном росте потребления алкогольных напитков: если среди семиклассников алкоголь употребляют лишь единицы (6,1%), то среди девятиклассников уже каждый пятый подросток (18,6%), а к окончанию школы – каждый третий опрошенный (32,9%). Наиболее популярными напитками у подростков являются пиво и вино, причем именно в увеличении употребления пива и вина заключается возрастная динамика.

Выявлено, что наиболее значимыми мотивами употребления алкоголя для подростков являются «снятие напряжения (стресса)» и «получение удовольствия», также в числе значимых причин можно отметить комплекс социальных мотивов, аналогичный выделенному при анализе мотивации табакокурения: «употребляют алкоголь мои друзья», «алкоголь облегчает мое общение со сверстниками». Девочки чаще отмечают мотивы, связанные с саморегуляцией («снятие напряжения, стресса», «уход от реальности»), а мальчики в большей степени сориентированы на проявление социально-статусных мотивов («облегчает общение со сверстниками», «употребление алкоголя престижно», «не хочу, чтобы думали, что мне слабо»). Заметим, что эти гендерные особенности характерны и для мотивации табакокурения.

Наиболее выраженная возрастная динамика мотивации происходит на рубеже 7-го и 9-го классов и касается подчеркивания чувства взрослости семиклассниками, которое в более старших возрастах оказывается уже не столь актуальным, уступая место мотиву, связанному с саморегуляцией («снятие напряжения, стресса»).

Лидирующие позиции в рейтинге причин отказа от употребления спиртных напитков у подростков занимают мотивы, связанные с отсутствием потребности, вредом для здоровья, негативными примерами. Проявляется и характерная гендерная специфика: девочки чаще отмечают «вред алкоголя для здоровья», «отсутствие удовольствия от его употребления» и опасения «испортить внешность и фигуру», тогда как мальчики чаще указывают на страх развития алкогольной зависимости и отсутствие финансовых возможностей. Аналогично мотивации отказа от табакокурения возрастная динамика заключается в заметном увеличении доли подростков, мотивирующих отказ от употребления алкогольных напитков «отсутствием потребности».

Употребление наркотиков. На вопрос «Употребляете ли вы наркотики?» утвердительно ответили лишь единицы опрошенных школьников: доля таких ответов составляет 1,2%. При этом среди мальчиков доля употребляющих наркотики статистически значимо выше, чем среди девочек. Следует отметить, что ответы подростков существенно дифференцирует уровень материальной обеспеченности семьи. Среди школьников из низкообеспеченных семей употребляют наркотики 3,6%, а среди высокообеспеченных 1,1%.

Следует отметить, что больше половины среди тех, кто употребляет наркотики (54,7%), делает это систематически «раз в неделю и чаще». Почти каждый пятый из употребляющих наркотики (18,7%) делает это «один-два раза в месяц». Остальные подростки, приобщенные к употреблению наркотиков (26,7%), употребляют их «реже, чем раз в месяц».

Основные мотивы употребления подростками наркотиков – это «удовольствие», «уход от реальности», «облегчение общения с друзьями» и «снятие напряжения (стресса)». Исследование показало, что «социальная» мотивация («облегчает общение», «употребляют друзья», «это позволяет выглядеть старше») теряет свою актуальность на протяжении всего периода основной школы, однако к выпускному классу вновь становится значимой для подростков, употребляющих наркотики. Можно предположить, что групповое употребление наркотиков, формирующее некую социальную общность вокруг самого процесса, наиболее опасно с точки зрения развития зависимости и вовлечения в наркотизацию других подростков. Это позволяет сделать вывод о том, что старший школьный возраст является той зоной, на которую должны быть ориентированы профилактические меры.

2. Девиации: социокультурный контекст

Отношения с родителями и учителями. Сфера отношений подростков, склонных к табакокурению, употреблению алкоголя и наркотиков, со взрослыми (родителями и учителями) имеет ряд особенностей.

Для подростков, склонных к девиантному поведению, характерна меньшая, по сравнению с недевиантными, значимость родителей (соответственно, 30,9% и 42,0%) в качестве образцов для подражания. В то же время они более ориентированы на сверстников как на значимых других. Так, сверстников в качестве тех, «с кого хотели бы брать пример», указывают 24,5% среди девиантных подростков и 18,6% у нормативных. Помимо этого, среди подростков, склонных к девиантному поведению, больше тех, кто вообще фиксирует отсутствие образцов для подражания в своем ближайшем окружении.

В целом полученные данные указывают на напряженные отношения с родителями у подростков, склонных к аддикциям. Они чаще отмечают, что родители «не считаются с их мнением», используют авторитарные формы наказаний (грубость, крик, применение физической силы). В ответ на это подростки чаще игнорируют замечания родителей, пренебрегают ими и вступают в открытый конфликт.

Курящие и употребляющие алкоголь подростки значимо чаще воспринимают курение и употребление алкоголя как норму в семье. Так, две трети подростков, склонных к девиациям, фиксируют, что родители в их присутствии курят и часто употребляют алкоголь. При этом сами подростки, склонные к аддиктивному поведению, указывают, что никак не реагируют на подобное поведение родителей в их присутствии. Аналогичным оказывается и поведение родителей: в среднем родители каждого третьего подростка относятся терпимо или индифферентно к курению своего ребенка, употреблению им алкоголя и наркотиков.

И наконец, подростки, склонные к девиантному поведению, чаще отмечают авторитарное отношение со стороны учителей. При этом почти каждый пятый подросток фиксирует равнодушное отношение учителей к табакокурению, каждый третий – к употреблению алкоголя и каждый шестой – к употреблению наркотиков.

Отношение к образованию. Подросткам был предложен ряд вопросов, ха-

рактизирующих их отношение к школе и образованию: мотивация учебной деятельности, отношение к школе и школьным правилам, ценностно-целевые ориентации в отношении к школьному образованию, образовательные планы.

Среди подростков, употребляющих ПАВ, существенно ниже доля тех, кому нравится их школа, по сравнению с нормативными учащимися. При этом склонные к аддикциям подростки в несколько раз чаще указывают, что школа их «совершенно не устраивает» или «безразлична». В числе причин, по которым им не нравится школа, подростки, проявляющие склонность к различным видам аддикций, чаще указывают на не сложившиеся отношения родителей с учителями, завышенный уровень требований к успеваемости и поведению.

Подростки, склонные к аддикциям, в два раза реже по сравнению с нормативными подростками отмечают, что правила поведения в школе их в целом устраивают. При этом среди них в несколько раз больше тех, кого школьные правила совершенно не устраивают, и они их не выполняют.

Относительно причин посещения школы подростки, демонстрирующие склонность к употреблению различных ПАВ, заметно чаще отмечают варианты, связанные с внешней мотивацией – «заставляют родители», «получение аттестата». Не склонные же к девиантному поведению школьники чаще выбирают такие причины посещения школы, как «интерес к учебе», «желание получить полезные знания», «хорошие учителя».

При ответе на вопрос, который касается непосредственно мотивов учебной деятельности («причины, побуждающие учиться»), девиантные подростки демонстрируют большую ориентацию на получение одобрения взрослых и уважения сверстников, а также отмечают вообще отсутствие у себя желания учиться.

Также подростки, склонные к девиантному поведению, сориентированы на получение более низкого уровня образования. При этом они чаще отмечают целый ряд барьеров, препятствующих продолжению образования, которые касаются как учебной деятельности, так и социального положения семьи («отсутствие интереса к учебе», «низкий уровень знаний, полученных в школе», «незаинтересованность учителей в моем развитии», «необходимость материально обеспечивать себя и, по возможности, помогать родителям», «семья не может платить за мое обучение», «слабое здоровье»).

Добавим, что подростки с девиациями в меньшей степени включены и в систему дополнительного образования. При этом они предпочитают кружки и студии экологической, туристической направленности, военного и морского дела, мотоспорт. Девиантные подростки чаще отмечают статусный мотив получения дополнительного образования («это позволяет занять особое положение среди друзей и подруг»). Это свидетельствует об особой социально-компенсаторной роли дополнительного образования для подростков, склонных к аддиктивному поведению.

Источники информации. Анализ полученных результатов показал, что в целом структура значимых источников информации относительно вреда табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков является инвариантной. Наибольшее доверие у подростков вызывают сведения, получаемые из интернета, уроков и лекций, бесед с родителями. С возрастом увеличивается значимость

таких источников как интернет, уроки и лекции, книги и брошюры, беседы с друзьями, тогда как доверие к родителям снижается. Подчеркнем, что девиантные подростки более склонны доверять беседам с друзьями или вообще не испытывают доверия к перечисленным источникам.

Психологическая служба в школе. Проведенное исследование показало, что на наличие в школе психолога указывают 73,1% опрошенных. Остальные же либо «не знают» о психологической службе в школе (15,4%), либо фиксируют ее отсутствие (11,5%). Менее информированными оказываются подростки из низкообеспеченных семей, из неполных семей, школьники со слабой успеваемостью, с низким статусом среди одноклассников, подростки, склонные к курению, употреблению алкоголя, проявлениям физической агрессии, а также жертвы психического буллинга. Установлено, что жизненная позиция таких подростков отличается ситуативностью в планах, сомнением и пессимизмом в оценке будущих перспектив. Таким образом, это позволяет сделать вывод о том, что информированность о наличии психологической службы в школе оказывается заметно ниже именно среди тех подростков, кто в ней наиболее нуждается.

Анализ показал, что 65,0% учащихся не обращаются к школьному психологу, треть респондентов (33,0%) отметила, что обращаются к психологу в школе в «единичных случаях», регулярно же взаимодействуют с психологом только 2,0% школьников. Мотивы ситуативного обращения, как правило, связаны с личными взаимоотношениями, профессиональной ориентацией. Большинство из эпизодически обращающихся к школьному психологу – подростки из благополучных социальных страт, со средней и высокой успеваемостью. Среди тех, кто регулярно посещает школьного психолога, преобладают учащиеся склонные к аддиктивному поведению. Мотивы их обращения касаются учебной успешности, профессионального самоопределения, проблем в межличностных взаимоотношениях (с учителями, в семье и со сверстниками).

3. Рекомендации

Представленные рекомендации сгруппированы относительно двух направлений по совершенствованию системы профилактики аддиктивного поведения в подростковой среде. Первое связано с особенностями разработки профилактических программ и мероприятий. Второе – со спецификой организации учебно-воспитательного процесса.

1) Полученные результаты социологического опроса учащихся отчетливо показали влияние возрастных, гендерных и социально-стратификационных факторов на приобщение подростков к употреблению ПАВ. Поэтому при разработке программ психолого-педагогической коррекции и профилактики необходимо опираться на психологические закономерности возрастного развития, учитывая социокультурное своеобразие социальной ситуации. При этом исследование выявило как общие тенденции, влияющие на аддиктивное поведение, так и специфические особенности, характерных для отдельных видов девиаций: табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков.

В этой связи основными задачами программ, направленных на снижение распространенности *табакокурения* (в мотивации приобщения к которому важное значение имеет влияние средовых факторов), должны выступать: формирование

социально независимого поведения; увеличение значимости роли школы, в частности, авторитета педагогов в вопросах профилактической работы в этом направлении. В ходе разработки программ по профилактике табакокурения также следует учитывать гендерную специфику мотивации отказа от приобщения к табакокурению: при работе с девочками акцентировать внимание на вреде для внешности и здоровья, для мальчиков важно создание социальной среды сверстников, в которой преобладают негативные установки в отношении табакокурения.

Приоритетом программ, направленных на профилактику *алкоголизации* должно выступать формирование личностной позиции школьников, которая базируется на осознанном отказе от употребления алкоголя и отчетливом понимании ценности здорового образа жизни. Здесь важен специальный акцент именно на формировании волевого поведения. Учет гендерных особенностей при реализации профилактических программ предполагает развитие у девочек навыков совладающего поведения и преодоления трудных эмоциональных ситуаций без употребления алкоголя. Также особый акцент должен быть сделан на вреде употребления алкоголя для внешности. Программы, ориентированные на мальчиков, должны в большей степени быть направлены на формирование позитивных образцов социальной коммуникации: развитие навыков общения со сверстниками, проведение мероприятий по улучшению психологического климата в школьном коллективе, демонстрацию здорового образа жизни как варианта популярного и одобряемого референтной группой поведения. Специальное внимание должно быть уделено примерам последствий алкогольной зависимости.

Основными линиями эффективных стратегий в профилактике *наркотизации* могут выступать не только медицинские последствия приобщенности к употреблению наркотиков для здоровья, но и социальные аспекты, связанные с общей жизненной успешностью, поскольку по результатам проведенного исследования именно социально-экономические риски являются одним из основных страхов подростков в их отношении к будущему. Основное внимание в программах профилактики наркотизации также должно быть уделено вовлечению подростков в коллективную социально одобряемую деятельность, в рамках которой возможно их неформальное общение друг с другом и авторитетными взрослыми.

2) Анализ ответов учащихся об отношении микросоциального окружения (родителей, учителей и одноклассников) к табакокурению, употреблению алкоголя и наркотиков свидетельствует о том, что удержание нормативного поведения социальной средой происходит лишь на начальных этапах обучения в основной школе. С возрастом подростки все реже придерживаются стратегии *сокрытия* девиантных проявлений и параллельно отмечают рост «терпимого» или «равнодушного» отношения родителей и педагогов к девиациям. Закономерно, что при подобном отношении взрослых представителей ближайшего социального окружения подростка установки на удержание нормы запрета на девиацию не проявляются и в среде одноклассников.

В этой связи в организации профилактической работы крайне важно учитывать, что принятие девиантного поведения школьника как нормы (терпимое или равнодушное отношение к нему) во многом способствует распространению

сти табакокурения, алкоголизации и наркотизации подростковой среды. Следовательно, профилактические программы и методики психолого-педагогической коррекции аддиктивного поведения в подростковой среде должны быть направлены не только непосредственно на самого подростка, но и влиять на представителей его социального окружения, которые призваны выступать своеобразным камертоном, поддерживая и транслируя установки на нормативность поведения в отношении рассмотренных видов девиации.

В содержательном отношении работа с подростками по профилактике употребления ПАВ должна учитывать ориентацию склонных к аддикциям подростков на значимые для них личностные образцы: «принципиальные люди, не идущие на компромиссы», «романтики и энтузиасты», «люди, тонко чувствующие прекрасное». Помимо этого важно иметь в виду и особую значимость таких ценностей, как «самостоятельность и независимость», «духовная и физическая близость с любимым человеком», «творческая самореализация». Все это существенно усложняет организацию воспитательной работы, которая должна быть направлена на поддержку этих образцов и ценностей и, одновременно, демонстрацию успешных моделей их воплощения без применения ПАВ. Отдельной линией выступает задача деромантизации табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков.

Анализ специфики отношений родителей с детьми, склонными к аддиктивному поведению, выявил необходимость информирования родителей о взаимосвязи стиля внутрисемейных взаимоотношений и девиантного поведения подростка. Это требует существенного реформирования организации школьной работы с родителями: их информирование о психологических особенностях подросткового возраста, важности доверительных отношений с ребенком. При этом подобную работу следует начинать на этапе обучения ребенка в начальной школе.

При профилактике аддиктивного поведения важную роль играет позиция учителя в организации им как учебной, так и внеучебной деятельности. В этой связи представляется необходимой специальная психолого-педагогическая работа по коррекции уровня мотивации учебной деятельности девиантных подростков. При этом оценку и коррекцию учебной мотивации следует проводить со всеми обучающимися в начальной и основной школе. Учитывая, что учебная мотивация девиантных подростков существенно связана со значимостью одобрения со стороны сверстников, а также роль одноклассников как референтной группы при обсуждении образовательных планов, целесообразно реализовывать воспитательную работу по формированию групповых общих ценностей в школьном коллективе. При этом формируемые ценности должны быть связаны как со здоровым образом жизни в целом, так и иметь ориентацию на активное участие в социальной жизни, получение новых знаний, образование. Алгоритмы решения подобных задач должны быть включены в программы повышения квалификации для работников общего образования.

При организации профилактики употребления ПАВ следует также учитывать позитивную роль включенности подростка в систему дополнительного образования, которое предполагает развитие способностей и личностное самооп-

ределение школьника. Как правило, образовательный процесс строится на основе индивидуального подхода к каждому ребенку. В этой связи важное значение приобретает позиция педагога системы дополнительного образования как авторитетного взрослого. Поэтому особое внимание следует уделить повышению квалификации педагогов системы дополнительного образования по направлению профилактики аддиктивного поведения подростков.

Учитывая выявленный дефицит осведомленности учащихся о школьной психологической службе, следует акцентировать внимание на информировании всех участников образовательного процесса относительно функций психолога в школе. При этом программы профилактики и коррекции аддиктивного поведения, которые реализует школьный психолог, должны разворачиваться на всех этапах обучения. В этой связи необходима организация методической и консультативной поддержки школьного психолога при работе со сложными случаями девиаций.

И наконец, в целях профилактики аддиктивного поведения подростков представляется целесообразным реализовывать просветительскую деятельность в отношении здорового образа жизни, отказа от приобщения к табакокурению, употребления алкоголя и наркотиков путем привлечения популярных среди молодежи блогеров, ресурсов социальных сетей, молодежных СМИ. Необходимо организовывать информирование подростков о вреде табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков с привлечением работников профильных организаций (врачей, полиции и др.)

ЛИТЕРАТУРА

1.Собкин В.С., Адамчук Д.В. Девиантное поведение подростка: распространенность, мотивация и реакции социального окружения // Педагогика. 2021. Т. 85, №10. С. 24-37.

2.Собкин В.С., Калашникова Е.А. Коломиец Ю.О. Причины конфликтов подростков с учителями, родителями и одноклассниками: к вопросу о социальной ситуации развития. // Вопросы психологии. 2020. Т.66, № 5. С. 13-25.

3.Собкин В.С., Калашникова Е.А., Фальковская Л.П. Психологическая служба в школе: мнение современного подростка. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 69-77.

4.Собкин В.С., Лыкова Т.А. Распространенность татуировок среди учащихся общеобразовательных школ: социально-психологические аспекты // Психологическая наука и образование. 2021. Т. 26, № 5. С. 101-115

5.Федотова А.В. Современный подросток: выражение протеста и отношение к экстремизму // Психолого-педагогические исследования. 2021. Т. 13, № 2. С. 105-122.

6.Sobkin, V.S., Fedotova, A.V. Adolescents on Social Media: Aggression and Cyberbullying // Psychology in Russia: State of the Art. 2021. Vol.14 (4). Pp. 55-70.

REFERENCES

1.Sobkin V.S., Adamchuk D.V. Deviantnoe povedenie podrostka: rasprostranennost', motivatsiya i reaktsii sotsial'nogo okruzheniya // Pedagogika. 2021. T. 85, № 10. S. 24-37.

2.Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Kolomiets Yu.O. Prichiny konfliktov

podrostkov s uchitelyami, roditelyami i odnoklassnikami: k voprosu o sotsial'noi situatsii razvitiya. // Voprosy psikhologii. 2020. T.66, № 5. S. 13-25.

3.Sobkin V.S., Kalashnikova E.A., Fal'kovskaya L.P. Psikhologicheskaya sluzhba v shkole: mnenie sovremennogo podrostka. // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov. 2020 (20). № 4. S. 69-77.

4.Sobkin V.S., Lykova T.A. Rasprostranennost' tatuirovok sredi uchashchikhsya obshcheobrazovatel'nykh shkol: sotsial'no-psikhologicheskie aspekty // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2021. T. 26, № 5. C. 101-115

5.Fedotova A.V. Sovremenniy podrostok: vyrazhenie protesta i otnoshenie k ekstremizmu // Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya. 2021. T. 13, № 2. S. 105-122

6. Sobkin, V.S., Fedotova, A.V. Adolescents on Social Media: Aggression and Cyberbullying // Psychology in Russia: State of the Art. 2021. Vol.14(4). Pp. 55-70.

**V.S. Sobkin, D.V. Adamchuk, E.A. Kalashnikova, Yu.O. Kolomiets,
T.A. Lykova, A.V. Fedotova**

**METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS
FOR THE PREVENTION OF ADDICTIVE BEHAVIOR
(SMOKING, ALCOHOL AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES)
AMONG PRIMARY AND HIGH SCHOOL STUDENTS**

**Institute of Education Management, the Russian Academy of Education
(Moscow).**

Summary. Methodological recommendations developed on the basis of the results of an anonymous questionnaire survey conducted among students of grades 7-11 of secondary schools in 17 subjects of the Russian Federation in 2020-2021 are presented. A total of 40,575 people participated in the study. The prevalence and motivation of addictive behavior of adolescents are characterized, the specifics of the relationship of adolescents prone to addictive behavior with teachers and parents, the role of school psychological services and additional education in preventive measures are described. The recommendations are addressed to employees of educational authorities, heads of educational organizations, teachers, school psychologists, social workers.

Keywords. deviant behavior, methodological recommendations, prevention, smoking, use of surfactants, alcohol consumption, drug use.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ
ПУТЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ (ЭКО, ИКСИ И ДР.)****ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Резюме. В обзоре анализируются литературные источники по изучению физического и нервно-психического развития детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Изучается возможное влияние исходов применения метода зачатия на дальнейшее развитие ребенка. Рассматриваются исследования в области неблагоприятных исходов у детей, зачатых посредством ЭКО.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, бесплодие, когнитивное развитие ребенка, зачатого путем ЭКО.

Введение. На сегодняшний день в лечении бесплодия все чаще используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), среди которых лидирующее место занимает метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ). Родители, по разным причинам прибегают к процедуре искусственного оплодотворения. На первом месте стоит бесплодие, вызванное физиологическими особенностями у одного или двоих супругов, например: непроходимость или отсутствие маточных труб со стороны женщины и/или низкая подвижность сперматозоидов и др. [1, 2, 8, 8, 11, 22, 25, 27, 29].

В ряде стран (Бельгия, Израиль, Словения) выполнение процедуры ЭКО предусмотрено законом без веских на то оснований. По своему усмотрению супружеская пара или одинокая женщина может получить данную процедуру, воспользовавшись бесплатной квотой, предусмотренной государством. Медицинская страховка Канады предусматривает бесплатное использование трех попыток ВРТ, независимо от выбранного женщиной частного или государственного учреждения. В Германии, Швейцарии, Италии более жесткие требования к количеству выполненных процедур ВРТ. Законом данных стран регламентируется культивирование не более трех эмбрионов и выполнение не более трех попыток ЭКО [8,26].

В РФ не ограничено количество квот для пар, у которых в анамнезе установлен диагноз «бесплодие». Обязательное медицинское страхование (ОМС) полностью покрывает расходы по выполнению процедур ВРТ и сопровождение женщины во время беременности. Единственным ограничением является выполнение не более двух процедур ЭКО в год с целью профилактики нежелательных осложнений у женщины после гормональной терапии.

Цель настоящего обзора - выявить по литературным источникам онтогенетическое развитие детей, зачатых путем ЭКО, рассмотреть возможные варианты, влияющие на когнитивное развитие ребенка, зачатого путем ВРТ.

Проводился поиск и анализ научных публикаций по вопросам развития детей, зачатых путем ВРТ (особенности выполнения процедуры ЭКО и его влия-

ния на дальнейшее психомоторное развитие ребенка и др.). Для поиска литературных источников были использованы электронные базы Pubmed, Medline, Google Scholar, Elibrary и электронные ресурсы официальных сайтов.

Основная часть. Анализ зарубежных и отечественных литературных источников по когнитивному развитию детей, зачатых путем ЭКО, выявляет противоречивые данные. Состояние здоровья детей, рожденных искусственным путем, освещено недостаточно как за рубежом, так и в нашей стране. Во многом это связано с юридическими аспектами дальнейшего наблюдения за ребенком. Родители на свое усмотрение решают вопрос, указывать ли метод зачатия в медицинских документах ребенка. Гораздо чаще родители скрывают этот факт в образовательных учреждениях, что затрудняет лонгитюдное наблюдение педагогов, психологов и других специалистов психолого-педагогического профиля, за когнитивным развитием ребенка в естественных условиях. Большая часть исследований, проводимых с 90-х годов по настоящее время, описывает физическое и нервно-психическое развитие детей, зачатых путем ВРТ с медицинской позиции.

Целенаправленное исследование психомоторного развития детей ЭКО, было выполнено В.О.Бахтияровой в начале 90-х годов после внедрения методов ВРТ в Россию. Данная работа позволила сделать первые базовые выводы для последующих исследований и наблюдений. В ходе исследования были выявлены наиболее часто встречаемые отклонения в физическом развитии у детей, зачатых путем ЭКО, которые в последствии негативно влияют на нервно-психическое развитие ребенка [3]. Задержка внутриутробного развития, недоношенность, малый вес, асфиксия при рождении, неврологические изменения, врожденные пороки развития часто встречались у детей, зачатых с помощью новых репродуктивных технологий, но не удалось выявить прямую взаимосвязь метода зачатия с возникающими осложнениями во время или после беременности.

В исследованиях И.В. Никитиной в период с 2001 по 2003 гг. наблюдали за 163 детьми, зачатыми посредством ЭКО, и на основании различных методов исследований было доказано, что дети, рожденные с помощью ВРТ, относятся к категории высокого перинатального риска вследствие целого комплекса различных причин, что, в свою очередь, негативно сказывается на последующем психомоторном развитии ребенка [8].

В 2000-х годах В.О.Мансимова изучала особенности перинатального периода недоношенных детей, зачатых путем ВРТ. Сопоставление 78 недоношенных детей, зачатых с помощью ЭКО, и 153 недоношенных детей, зачатых естественным путем, показало, что в группе детей ЭКО в два раза чаще встречалось родоразрешение на 28-32 неделе гестации с сопутствующим синдромом дыхательных расстройств и морфофункциональной незрелостью. Также в группе детей ЭКО часто отмечалось дисгармоническое физическое развитие, до 6–8-месячного возраста наблюдалась темповая задержка психомоторного развития на фоне патологических соматических состояний [11].

На базе ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» в период с 2016 по 2018 гг. проводилось обследование детей с рождения до 11 лет, зачатых путем ВРТ в сравнении с естественно зачатыми детьми. Группа детей, рожденная в результате ВРТ, разделялась на возрастные подгруппы (до года, с 1 года до 3 лет, с 3

до 11 лет). Подгруппы детей, рожденных путем ВРТ, и детей, зачатых естественным путем, были сопоставимы по полу, гестационному возрасту, шкале Апгар, антропометрическим показателям при рождении. Отдельно проводилась оценка физиологических показателей у детей, рожденных при многоплодной беременности [6, 8, 13]. Проанализировав полученные данные, авторы не выявили значимых различий в психомоторном развитии детей, зачатых путем ВРТ от детей, зачатых естественным путем. Но важными особенностями, влияющими на дальнейшее физическое и когнитивное развитие ребенка, зачатого путем ВРТ, оказывается наличие многоплодной беременности, связанной с переносом нескольких эмбрионов. Доношенные дети после многоплодной беременности путем ВРТ по психомоторному развитию с рождения до 3 лет не отличаются от детей, родившихся от многоплодной беременности естественного зачатия [3, 8, 8, 8, 11].

По мнению И.В. Добрякова и коллег, проанализировавших отечественные и зарубежные работы по оценке развития детей ЭКО, существуют определенные проблемы, требующие решения в этой области, прежде всего, противоречивость данных относительно нормативного/нарушенного развития детей ЭКО по разным параметрам (соматическое и психическое здоровье), малое число или даже отсутствие лонгитюдных наблюдений, недостаточное внимание к супружеским отношениям в этих семьях и многое другое [5].

Исследования западных коллег по оценке неврологических нарушений у доношенных детей, зачатых путем ВРТ, не выявляют явных отличий от контроля детей, зачатых естественным путем, вплоть до достижения 18-летнего возраста [20, 21, 21, 23, 33]. Неврологическая оценка психомоторного развития детей ЭКО дает основание рассматривать критерии когнитивного и речевого развития ребенка наряду с естественно зачатыми детьми. По мнению многих зарубежных авторов (B. Källén, E.S. Keshishyan, M. Kuwayama, G. Vajta, Y. Lu, N. Wang) [26], методологические работы не выявляют повышение возможных рисков развития неврологических и психических нарушений среди детей, зачатых путем ВРТ.

Европейское исследование детей 8-10 лет, зачатых путем ВРТ (ЭКО/ИКСИ), с участием стран Дания, Бельгия, Швеция, Греция, Великобритания не показало различий по общему показателю IQ, вербальному и невербальному интеллекту, у детей после искусственного зачатия и контрольной группы естественно зачатых детей. Важно, что полученные результаты не зависели от страны, проводившей исследование, пола ребенка или образования родителей [8, 26, 30].

Изучение когнитивного и физического развития детей младше 8 лет, родившихся после ИКСИ, показало схожие результаты с контрольной группой [8]. Исследование, проводимое в Китае, с участием около 100 детей, рожденных после ИКСИ, и 165 детей в результате ЭКО в возрасте от 4 до 6 лет также не выявило значимых различий в физическом и интеллектуальном развитии между детьми, зачатыми с помощью ВРТ, и контролем.

М. Knoester и соавт. [8] провели психосоциальную оценку 179 детей, зачатых с помощью ЭКО и ИКСИ, возрастом 5–8 лет и выявили единичные психические нарушения аутистического спектра у детей в группе ВРТ по сравнению с контролем. Полученные данные не получили подтверждения в некоторых дру-

гих крупных исследованиях. Так, в Дании крупное восьмилетнее исследование риска развития психических нарушений у детей от 4 до 13 лет, зачатых с помощью ЭКО, не выявило повышенного риска развития психических патологий. Но было отмечено, что возраст матери, многоплодие, курение во время беременности, масса тела ребенка при рождении, могут являться относительным риском развития расстройств аутистического спектра при искусственном зачатии.

Авторы делают вывод об отсутствии значимого риска расстройств аутистического спектра у детей, родившихся после применения ЭКО, при несколько повышенном риске задержки развития, преимущественно при недоношенности в анамнезе. В израильском исследовании детей с расстройствами аутистического спектра было показано существенное превышение доли детей, зачатых с помощью ВРТ, в сравнении с популяционным риском естественного зачатия [33]. Исследования, проводимые в Германии на предмет врожденных пороков развития ребенка, показали высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии в группе детей, рожденных в результате ВРТ [8].

Обзор имеющихся публикаций за период 2000—2020 гг. позволил сделать следующие выводы: в ряде работ отмечается, что повышенный риск аутизма и синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей, зачатых путем ВРТ, с большей вероятностью связан с гинекологическими и акушерскими причинами, в частности с хроническими заболеваниями матери, возрастом матери на момент рождения ребенка, высоким уровнем недоношенности и низкой массой тела ребенка при рождении.

Таким образом, большинство российских и зарубежных исследований показывает, что дети, зачатые путем технологии ВРТ, могут иметь отклонения в состоянии физического развития, но не доказано, что их причиной является факт выполненной процедуры зачатия, а не факторы, отягощающие пренатальный и постнатальный период при этих процедурах (многоплодие, недоношенность, малый вес при рождении и др.). Анализируя полученные данные в ходе разных исследований, можно проследить возможные риски различных вариантов негативного влияния на психомоторное развитие ребенка зачатого искусственным путем [1, 3, 8, 11, 11, 13, 22, 25, 27], среди которых наиболее частым риском является многоплодная беременность, хронические заболевания матери, генетические заболевания.

Данных о когнитивном развитии ребенка, зачатого путем ВРТ, относительно малочисленны. Это во многом связано с юридическими аспектами данного вопроса. Родитель на свое собственное усмотрение может указывать факт искусственного зачатия ребенка, и в большинстве случаев, родитель принимает решение не афишировать в медицинской документации ребенка наличие выполненной процедуры и особенностей ее выполнения (ЭКО или ИКСИ, количество попыток и т. д.). Поэтому, лонгитюдных исследований когнитивного и речевого развития детей, зачатых с помощью технологий ВРТ, очень мало.

В исследовании Е.В. Соловьевой были выявлены особенности раннего развития детей (возрастом от 12 до 36 месяцев), зачатых с помощью ЭКО в сравнении с зачатыми естественным путем. Основную группу составили 135 детей, зачатых путем ЭКО, в сравнении с группой 135 детей, зачатыми спонтанно [18].

Все обследованные дети были от одноплодной беременности, доношенные, без неонатальных осложнений. В результате полученных данных познавательного развития детей ЭКО по сравнению с детьми естественного зачатия наблюдалось снижение познавательной деятельности на всем протяжении раннего возраста в группе детей ЭКО. Также в группе детей искусственного зачатия чаще встречались интеллектуальные нарушения, но ближе к трехлетнему возрасту показатели когнитивного развития у данной группы детей улучшались.

О.С Орлова в соавторстве с В.А. Печениной обнаружили, что у большинства обследуемых ими детей-близнецов возрастом от 3 до 7 лет, зачатых путем ВРТ (n=30), выявляются различные виды речевых расстройств от легкой степени выраженности до тяжелой [14].

Нервно-психическое развитие детей, зачатых путем ВРТ, изучалось R. Porta-Ribera [30, 32] с использованием шкалы Bayley, обследованы 17 детей ЭКО и 40 детей после применения ИКСИ в возрасте 2 лет. По данным шкал нервно-психическое развитие детей, зачатых путем ВРТ, не отличается от нервно-психического развития естественно зачатых детей контрольной группы. Схожие данные по когнитивному развитию детей ЭКО представлены в работах С. Carson и соавт. [8], в которых физическое и психическое развитие детей ЭКО с рождения и до трехлетнего возраста не отличается от спонтанно зачатых сверстников.

В Великобритании проводилось исследование когнитивного развития детей в возрасте от 2 лет и 6 месяцев до 17 лет и 11 месяцев и оценивалось с помощью британских шкал способностей (BAS II), которые представляют собой набор из двенадцати основных субтестов когнитивных способностей и учебных достижений, подходящих для детей, с надежной валидностью и надежностью повторного тестирования [25]. Авторы рассматривали стандартизированные результаты субтеста BAS II, измеряющие вербальные способности. Субтесты BAS II были разработаны для оценки вербальных способностей с учетом возраста и сопоставимы с течением времени [35]. Полученные результаты дали очень неоднозначные и часто противоречивые результаты относительно того, имеют ли дети, зачатые с помощью ВРТ (ЭКО/ИКСИ), более низкие, аналогичные или лучшие когнитивные результаты по сравнению с детьми контрольной группы. Дети, зачатые путем ВРТ, представляют собой особую выборку, и они подвергаются более высокому риску неблагоприятных последствий для здоровья при рождении, которые могут сказываться на когнитивном развитии.

В крупном Шведском исследовании большой выборки детей было обследовано 6953 ребенка, родившихся после ИКСИ, и 11 713 детей, родившихся после ЭКО, чтобы выяснить, были ли какие-либо различия в успеваемости в школе между двумя этими группами [2628]. Основной вывод заключался в том, что дети, родившиеся после ИКСИ, имели одинаковую успеваемость в школе по сравнению с детьми, родившимися после ЭКО. Кроме того, в этом исследовании сравнивалась школьная успеваемость детей, родившихся после ВРТ, с детьми, родившимися вследствие спонтанного зачатия. Были обнаружены некоторые вариации незначительного отставания в вербальном и невербальном интеллекте в группе детей ВРТ в начальной школе (возраст от 6 до 10 лет), но по мере взросления к 9 классу видимых различий между группами спонтанно зача-

тых и вследствие применения технологий ВРТ различий не было.

Отдельным вектором проводимых исследований на предмет влияния на развитие ребенка ЭКО является изучение материнского здоровья и отношений матери и ребенка [16]. В исследованиях А.В. Силаевой изучается воздействие психологических состояний матери, таких как низкая стрессоустойчивость, повышенная тревожность, которые негативно воздействуют на вынашивание беременности и могут быть связаны с осложнениями во время родов. В исследование вошло 100 детей, зачатых путем ЭКО, и 175 детей контрольной группы зачатых естественным путем. В группу матерей, использовавших метод оплодотворения ЭКО, вошли 174 женщины, и 334 женщины составили контрольную группу спонтанно наступившей беременности. Анализируя полученные данные по матерям, авторы выделили два типа женщин, прибегающих к ЭКО, на «условно благополучный в отношении психологического здоровья» и «риск нарушений психологического здоровья». Группа «условного благополучия в отношении психологического здоровья» характеризовалась выраженной пренатальной привязанностью к плоду, теплыми эмоциональными отношениями с супругом. В группе «риска нарушений психологического здоровья» эмоциональное состояние матери характеризовалось общей тревожностью, неудовлетворенностью состоянием собственного здоровья, враждебностью к отцу ребенка. Сопоставление детей группы ЭКО и детей группы естественного зачатия выявило следующее: в группе детей ЭКО, если их матери из группы «риска нарушений психологического здоровья» встречался более низкий показатель по антропометрическим данным (вес, рост, срок гестации, шкала Апгар) в отличие от детей ЭКО в группе женщин «условного благополучия в отношении психологического здоровья». По результатам лонгитюдного исследования детей раннего возраста, зачатых с помощью ЭКО, по сравнению с контрольной группой спонтанно зачатых детей установлено, что физическое и психическое развитие детей ЭКО соответствует нормативным показателям и различий в сравнении с показателями в контрольной группы нет.

В исследованиях Т.В. Василенко и М.Е. Воробьевой анализируются условия качественного раннего взаимодействия матери и ребенка с точки зрения профилактики нарушений развития ребенка [4]. В исследовании приняли участие 40 матерей возрастом от 18 до 27 лет, ожидавших первого ребенка и обследуемых в лонгитюде: в III триместре беременности; в первый, третий и шестой месяц после рождения ребенка. В процессе исследования было выявлено, что у матерей с адекватным стилем готовности к материнству реже встречаются инфекционные заболевания и кишечные колики по сравнению с игнорирующим и тревожным стилем взаимодействия матери и ребенка.

Заключение. На сегодняшний день исследования, представленные в обзоре, показали многочисленные повышенные риски для здоровья у детей, зачатых с помощью технологий ВРТ. Но нет однозначного ответа, означает ли это, что технологии ВРТ сама по себе является причиной изменения нервно-психического здоровья детей или другие факторы риска, такие как возраст родителей, хронические заболевания и др. ответственны за увеличение риска? Сами методы ВРТ также, по-видимому, влияют на риски для здоровья. Остается

неясным, имеют ли эпигенетические модификации, связанные с ВРТ, причинное значение или задействованы другие факторы?

Резюме большинства исследований – многообразные отдаленные исходы когнитивного здоровья детей, рожденных после ВРТ, существенно не отличаются от детей естественного зачатия. Исследования продолжаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атласов В.О. Особенности родоразрешения и состояния новорожденных у женщин после ЭКО // Журнал акушерства и женских болезней. 2004. Т.52 (1). С.37-41.

2. Барашнев, Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001. 640 с..

3. Бахтиярова В.О. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственной инсеминации // Дисс. к.м.н. М., 1993.

4. Василенко Т.Д., Воробьева М.Е. Качество взаимодействия матери и ребенка как фактор формирования здоровья // Журнал педиатр. 2016. Т VII. № 1, С.151-155.

5. Добряков И.В. и др. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). №. 4. С. 122-131.

6. Дороничева Д.А., Стулева Н.С. Основные вехи истории экстракорпорального оплодотворения // Акушерство, гинекология и репродукция. 2020. 14 (2). С. 246–251.

7. Евсюкова И.И. Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Проблемы репродукции. 2005. № 2. С. 49-52.

8. Зюзикова З.С., Волеводз Н.Н., Шестакова М.В., Дедов И.И. Особенности физического развития детей, рожденных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. // Проблемы эндокринологии. 2019. Т. 65. № 3. С. 148-154.

9. Кешишян Е.С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. № 5. С.15-25

10. Ланцбург М.Е., Соловьева Е.В. Особенности познавательного развития детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения // Мат-лы II Национального конгресса «Дискуссионные вопросы современного акушерства» и обучающего преоконгресс-курса XI Всемирного конгресса по перинатальной медицине // Журнал акушерства и женских болезней. Том LXI. Спецвыпуск. СПб: Издательство Н-Л, 2013. С.40.

11. Мансимова В.О. Современное состояние проблемы здоровья детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Педиатрическая фармакология. 2011. 8 (2). С.27-31

12. Мельник Л.А., Иова А.С., Щугарева Л.М. Состояние здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Педиатрия. 2017 Т.96. № 1. С.110-116.

13. Мурзаханова А.Ф., Ослопов В.Н., Хазова Е.В. Состояние здоровья де-

тей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения: вероятные риски и возможные осложнения // Практическая медицина. 2020. 18 (3), С.43-50.

14. Орлова О.С., Печенина В.А. Особенности речевого развития детей-близнецов, родившихся в результате вспомогательных репродуктивных технологий. // Специальное образование. 2014. № 4. С. 50–54.

15. Плаксина А.Н. Клинические, медико-социальные и организационные основы комплексной оценки здоровья, формирования прогноза и разработки методов реабилитации у детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий / Автореф. дисс... д.м.н. М., 2021.

16. Плаксина А.Н., Ковтун О.П., Аверьянов О.Ю., Кожевникова О.В., Синотова С.Л., Лимановская О.В., Макутина В.А. Оценка здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, по данным региональных информационных медицинских систем // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 8, № 3. С. 18-25.

17. Силаева А.В. Здоровье матери как фактор психического развития и здоровья детей, рожденных посредством экстракорпорального оплодотворения / Автореф.дис... к.пс.н, Томск. 24 с..

18. Соловьева Е.В. Психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и их взаимодействие с матерями / Автореферат дис... к.пс.н. М., 2016.27 с.

REFERENCES

1. Atlasov V.O. Osobennosti rodorazresheniya i sostojaniya novorozhdennyh u zhenshin posle JeKO // Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej. 2004. T.52 (1). S.37-41.

2. Barashnev, Ju.I. Perinatal'naja nevrologija. M.: Triada-H, 2001. 640 s..

3. Bahtijarova V.O. Sostojanie zdorov'ja detej, rodivshisja v rezul'tate jektrakorporal'nogo oplodotvorenija i iskusstvennoj inseminacii // Diss. k. m. n. M., 1993.

4. Vasilenko T.D., Vorob'eva M.E. Kachestvo vzaimodejstviya materi i rebenka kak faktor formirovaniya zdorov'ja // Zhurnal pediatri. 2016. T VII. № 1, S.151-155.

5. Dobrjakov I.V. i dr. Psihicheskoe i somaticheskoe razvitie detej, zachatyh s pomoshh'ju jektrakorporal'nogo oplodotvorenija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2019 (19). №. 4. S. 122-131.

6. Doronicheva D.A., Stuleva N.S. Osnovnye vehi istorii jektrakorporal'nogo oplodotvorenija // Akusherstvo, ginekologija i reprodukcija. 2020. 14 (2). S. 246–251.

7. Evsjukova I.I. Masljanjuk N.A. Sostojanie novorozhdennyh i ih dal'nejshee razvitie pri mnogoplodnoj beremennosti posle jektrakorporal'nogo oplodotvorenija // Problemy reprodukcii. 2005. № 2. S. 49-52.

8. Zjuzikova Z.S., Volevodz N.N., Shestakova M.V., Dedov I.I. Osobennosti fizicheskogo razvitija detej, rozhdennyh v rezul'tate primeneniya vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij. // Problemy jendokrinologii. 2019. T. 65. № 3. S. 148-154.

9. Keshishjan E.S., Caregorodcev A.D., Ziborova M.I. Sostojanie zdorov'ja i razvitie detej, rozhdennyh posle jektrakorporal'nogo oplodotvorenija // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2014. № 5. S.15-25

10. Lancburg M.E., Solov'eva E.V. Osobennosti poznavatel'nogo razvitija detej

rannego vozrasta, zachatyh posredstvom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Matly II Nacional'nogo kongressa «Diskussionnye voprosy sovremennogo akusherstva» i obuchajushhego prekongress-kursa HI Vsemirnogo kongressa po perinatal'noj medicine // Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej. Tom LXI. Specvypusk. SPb: Izdatel'stvo N-L, 2013. S.40.

11. Mansimova V.O. Sovremennoe sostojanie problemy zdorov'ja detej, rozhdennyh v rezul'tate vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Pediatričeskaja farmakologija. 2011. 8 (2). C.27-31

12. Mel'nik L.A., Iova A.S., Shhugareva L.M. Sostojanie zdorov'ja detej, rozhdennyh pri pomoshhi vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Pediatrija. 2017 T.96. № 1. S.110-116.

13. Murzahanova A.F., Oslopov V.N., Hazova E.V. Sostojanie zdorov'ja detej, rozhdennyh posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija: verojatnye riski i vozmozhnye oslozhenija // Praktičeskaja medicina. 2020. 18 (3), S.43-50.

14. Orlova O.S., Pechenina V.A. Osobennosti rečevogo razvitija detej-bliznecov, rodivshihsja v rezul'tate vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij. // Special'noe obrazovanie. 2014. № 4. S. 50–54.

15. Plaksina A.N. Kliničeskie, mediko-social'nye i organizacionnye osnovy kompleksnoj ocenki zdorov'ja, formirovanija prognoza i razrabotki metodov reabilitacii u detej, zachatyh pri pomoshhi vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij / Avtoref. diss... d.m.n. M., 2021.

16. Plaksina A.N., Kovtun O.P., Aver'janov O.Ju., Kozhevnikova O.V., Sinotova S.L., Limanovskaja O.V., Makutina V.A. Ocenka zdorov'ja detej, rozhdennyh pri pomoshhi vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij, po dannym regional'nyh informacionnyh medicinskih sistem // Neonatologija: novosti, mnenija, obuchenie. 2020. T. 8, № 3. S. 18-25.

17. Silaeva A.V. Zdorov'e materi kak faktor psihicheskogo razvitija i zdorov'ja detej, rozhdennyh posredstvom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija / Avtoref.dis... k.ps.n, Tomsk. 24 s..

18. Solov'eva E.V. Psihicheskoe razvitie detej rannego vozrasta, zachatyh posredstvom jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija, i ih vzaimodejstvie s materjami / Avtoreferat dis... k.ps.n. M., 2016.27 s.

19. Barbuscia A. Mills Cognitive development in children up to age 11 years born after ART—a longitudinal cohort study / Hum Reprod. 2017 Jul; 32(7): 1482–1488. Published online 2017 May 24. doi: 10.1093/humrep/dex102.

20. Bonduelle M, Joris H, Hofmans K, Liebaers I, Van Steirteghem A. Mental development of 201 ICSI children at 2 years of age. Lancet 1998;351(9115): 1553.

21. Cederblad M, Friberg B, Ploman F, Sjoberg NO, Stjernqvist K, Zackrisson E. Intelligence and behaviour in children born after in-vitro fertilization treatment. Human Reproduction 1996;11(9):2052-2057.

22. Davies M.J., Moore V.M., Willson K.J. et al. Reproductive technologies and the risk of birth defects. N Engl J Med 2012; 366: 19: 1803—1813.

23. Gibson FL, Ungerer JA, Leslie GI, Saunders DM, Tennant CC. Development, behaviour and temperament: A prospective study of infants conceived through in-vitro fertilization. Human Reproduction 1998;13(6):1727-1732.

24. Hahn, C. (2001). Review: Psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 525-538.
25. Hansen M., Bower C., Milne E. et al. Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects-a systematic review. *Hum Reprod* 2005; 20: 2: 328—338.
26. Källén B., Finnström O., Nygren K.G. et al. In vitro fertilization in Sweden: child morbidity including cancer risk. *Fertil Steril* 2005; 84: 3: 605—610.
27. Lu Y., Wang N. et al. Long-term followup of children conceived through assisted reproductive technology. *J Zhejiang Univ Sci B* 2013; 14: 5: 359—371.
28. Norrman E., Petzold M., Bergh C., Wennerholm U. School performance in children born after ICSI/ *Hum Reprod* 2020 Feb 29;35(2):340-354. doi: 10.1093/humrep/dez281.
29. Olivennes F, Fanchin R, Ledee N, Righini C, Kadoch IJ, Frydman R. Perinatal outcome and developmental studies on children born after IVF. *Human Reproduction Update* 2002;8(2):117-128.
30. Reefhuis J., Honein M.A., Schieve L.A. et al. Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States. The National Birth Defects Prevention Study. *Hum Reprod* 2009; 24: 360—366.
31. Rimm A.A., Katayama A.C., Diaz M. et al. A meta-analysis of the impact of IVF and ICSI on major malformations after adjusting for the effect of subfertility. *J Assist Reprod Genet* 2011; 28: 8: 699—705.
32. Romundstad L.B., Romundstad P.R., Sunde A. et al. Effects of technology or maternal factors on perinatal outcome after assisted fertilisation: a population-based cohort study. *Lancet* 2008; 372: 737—743.
33. Sandin S., Nygren K.G. Iliadou A. et al. Autism and mental retardation among offspring born after in vitro fertilization. *JAMA* 2013; 310: 1: 75—84.
34. Wen J., Jiang J., Ding C. et al. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2012; 97: 6: 1331—1337.
35. Wolff M., Haaf T. In Vitro Fertilization Technology and Child Health/ *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Jan 17; 117(3), P.23-30. doi: 10.3238/arztebl.2020.0023.

K.L. Surkova, N.V. Zvereva

NEURODEVELOPMENT OF CHILDREN CONCEIVED WITH THE HELP OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES (IVF, ICSI, ETC.)

FSBSI MHRC (Moscow)

Summary. The review analyzes the literature on the study of the physical and neuropsychic development of children conceived with the help of assisted reproductive technologies (ART). The possible influence of the results of the method of conception on the further development of the child is being studied. Reviewed studies in the field of adverse outcomes in children conceived through IVF..

Keywords: assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, infertility, cognitive development of a child conceived by IVF.

**ПРИМЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОЙ
МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО
СИНДРОМА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье описана новая диагностическая методика тревожно-фобического синдрома в раннем детском возрасте и её использование в аспекте дифференциального диагноза. Предложенная методика охватывает все проявления (индикаторы) страха, начиная с младенческого возраста, когда эмоциональная сфера еще недостаточно сформирована. Ее использование может широко применяться в работе педиатров, детских неврологов, психологов и психиатров с целью своевременной диагностики и проведения лечебно – профилактических и коррекционных мероприятий.

Ключевые слова: ранний детский возраст, страхи, тревожно - фобический синдром.

Диагностика психопатологии в раннем возрасте затруднена в силу её недостаточной изученности и отсутствия объективных методик обследования, в частности эмоциональной сферы.

Стандартные психологические методы диагностики тревоги и страхов, предложенные А. Захаровым [7], И.Б. Дермановой [6], подразумевают достаточную зрелость эмоциональной и познавательной сферы, поэтому могут быть использованы для детей старше 3-4 лет. К числу факторов, усложняющих своевременную диагностику фобического синдрома в детском возрасте, по мнению Головиной А.Г. [4], принадлежит полиморфизм его клинических проявлений.

На основании многолетних наблюдений за детьми от 0 до 4 лет в условиях дома ребёнка г. Мытищи Московской обл., детского психоневрологического санатория № 66 г. Москвы, опираясь на описания страхов, представленные в исследованиях А. Валлона [1], Г.К. Ушакова [10.], А.И. Захарова [7], В.В. Ковалёва [9], Боулби [11], нами были описаны эмоциональные реакции, расцениваемые как страх – так называемые индикаторы страха, и прослежена их зависимость от возраста ребёнка (табл. 1).

Все признаки страхов в раннем возрасте были сгруппированы на двух уровнях – психическом (эмоциональном и поведенческом) и соматическом (вегетативном и мышечном). Включен перечень ситуаций, наиболее часто вызывающих страх, была составлена диагностическая таблица (табл. II).

Таблица 1.

Проявления (индикаторы) страха в раннем детском возрасте.

	вздра- гива- ние	нару- шение мышеч- но го то- нуса	ми- ми- ка ис- пу- га	кр ик пл ач	сома- то- ве- гета- тив- ные реак- ции	реак- ции отка- за, со- про- тив ление	двига- тель- ное беспо- койст- во или замира- ние	избе- гаю- щее пове- де- ние, сте- реоти- пии, ри- туалы	нару- шен- ия речи	обо- рони- тель- ные дей- ствия, агрес- сия, ауто- агрес- сия
1-4 мес.										
5-6 мес.										
7-12 мес.										
стар- ше 1 г.										

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

Допустимое количество страхов зависит от условной возрастной нормы: в возрасте 2 лет и младше - 1-2 страха, старше 2 лет – 2-3 страха. Качественный анализ показывает адекватность содержания страха, соответствие его возрастной норме, влияние страха на поведение.

Таблица 2.

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

Пример 1.

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

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

На ЭЭГ эпилептиформной активности не выявлено. Эпилептологом сделано заключение: псевдоэпилептический приступ психогенного генеза.

Учитывая, что данное состояние имеет все признаки патологического страха (неадекватность, высокую интенсивность, влияние на поведение, сопровождается аутоагрессией и последующим мутизмом), мы расценили его как проявление форпост синдрома в виде аффективно-галлюцинаторных приступов. Ребенку были назначены курсами фенибут, атаракс с незначительной положительной динамикой. И только назначение перфеназина в минимальной возрастной дозе привело к редукции данного состояния.

Из анамнеза известно, что мальчик находится в доме ребёнка с 1 месяца жизни. Родился от нормально протекавших беременности и родов у матери 18 лет. Женщина не в браке, закончила коррекционную школу, нигде не работает, проживает со своей бабушкой. После родов была заторможена, не кормила и не ухаживала за ребёнком, несмотря на нормальное соматическое состояние, не могла освоить навыков ухода за ребёнком. В дальнейшем выяснилось, что женщина стоит на учёте в психоневрологическом диспансере с диагнозом: Умственная отсталость лёгкой степени. Учитывая этот факт, а также социальную ситуацию матери, органами опеки и попечительства было рекомендовано временное пребывание младенца в доме ребёнка.

До одного года психомоторное развитие ребёнка протекало по возрасту. Был беспокой, криклив, не мог долго находиться в одиночестве, сосал палец. К полутора годам была фразовая речь и соответствующие возрасту навыки самообслуживания. После перенесённого в лёгкой форме ОРВИ появились выше описываемые состояния. На этом фоне была отмечена ретардация речевого развития, общая астенизация и потеря массы тела вследствие нарушения вскармливания.

После проведённого курса лечения перфеназином (4 мг) в дозе 1/6 таблетки один раз в день в течение двух месяцев поведение ребенка нормализовалось, была отмечена положительная динамика психического и физического развития.

Пример 2.

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

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

Психопатологическая диагностика выявила наличие у девочки тревожно-депрессивного расстройства на фоне отвергающего поведения матери и страх незнакомых людей, имеющий все выше перечисленные патологические признаки. Был назначен азафен (25мг) 1/4таблетки с последующей игротерапией и семейной психотерапией. Состояние и поведение девочки значительно улучшились. Однако в последующие годы наблюдения психическое развитие девочки шло по шизоидному типу. К началу обучения в школе отмечались элементы когнитивного дефицита в виде рассеянности внимания, трудности концентрации и механического запоминания на фоне нормального интеллекта.

Таким образом, можно предположить, что выявленный с помощью, предложенной нами методики диагностики тревожно-фобический синдром у девочки 2 лет был или форпостом, или дебютом процессуального заболевания. Своевременно оказанная помощь, возможно, предотвратила развитие острой психотической симптоматики и грубого дефекта в дальнейшем.

Приведенные примеры показывают диагностическую и прогностическую значимость страхов у детей в раннем детском возрасте.

Не менее важной является своевременная диагностика тревоги у детей раннего возраста. Тревога – самостоятельный психопатологический феномен, который, по-нашему мнению, является фоновым расстройством для возникновения страхов. В отличие от страха она лишена конкретного содержания и является проявлением диффузной внутренней напряженности и беспокойства.

Тревога может отмечаться уже в первые месяцы жизни. Первичными признаками тревоги являются настороженность, характерная мимика, двигательное беспокойство, мышечный гипертонус, скованность позы [11]. Соматовегетативное сопровождение указанных нарушений проявляется в виде функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (срыгивания, рвоты, икоты, спастических запоров, мерицизма, кишечных колик), нарушений дыхательной функции (апноэ, ларингоспазмы).

На основании вышеперечисленных признаков мы составили опросник для родителей, позволяющий диагностировать тревожное состояние у детей от 0 до 3 лет:

Часто ли Ваш ребёнок да/нет

- 1) плачет
- 2) срыгивает
- 3) бывает скован в движении
- 4) страдает от кишечных колик
- 5) имеет задержку стула более 1 дня
- 6) болеет простудными заболеваниями
- 7) много ест, не испытывая чувство насыщения
- 8) отказывается от еды
- 9) бывает агрессивен
- 10) совершает навязчивые (защитные) действия?

Если из десяти предложенных вопросов в трех-пяти из них будут получены подтверждающие ответы, ребенок находится в зоне повышенного риска по развитию ранней психопатологии в рамках тревожных расстройств и нуждается в консультации невролога, при положительных ответах свыше пяти – психиатра.

Разработанная методика выявления тревожно-фобического синдрома позволяет решать следующую задачу нашего исследования – описать клиническую типологию страхов и их динамику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валлон А. Психическое развитие ребенка. СПб.: Питер, 2001. 208 с.
2. Волкова О.М. Синдром страхов в раннем детском возрасте (обзор литературы). Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016 (16). № 3. С. 120-128.
3. Волкова О.М. Козловская Г.В. Методические подходы к диагностике и клинические особенности тревожно-фобических расстройств в раннем детском возрасте // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. «Клинико- биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков» М., 2018. С. 114-115.
4. Головина А.Г. Фобии в детско-подростковом возрасте // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2009. № 10. С. 75-82.
5. Головина А.Г. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у подростков с фобическими расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 4. С. 58-61.
6. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 171 с.
7. Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей? М.: Педагогика, 1986. 109 с.
8. Изард К.Е. Психология эмоций / пер. с англ. СПб.: Питер, 2001. 464 с.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 558 с.
10. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 392 с..
11. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с.

REFERENCES

1. Vallon A. Psihicheskoe razvitie rebenka. SPb.: Piter, 2001. 208 s.
2. Volkova O.M. Sindrom strahov v rannem detskom vozraste (obzor liteatury). Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016 (16). № 3. S. 120-128.

3. Volkova O.M. Kozlovskaja G.V. Metodicheskie podhody k diagnostike i klinicheskie osobennosti trevozhno-fobicheskikh rasstrojstv v rannem detskom vozraste // Mat-ly Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. «Kliniko- biologicheskie, psihologicheskie i social'nye aspekty psihicheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov» M., 2018. S. 114-115.

4. Golovina A.G. Fobii v detsko-podrostkovom vozraste // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. 2009. № 10. S. 75-82.

5. Golovina A.G. Nekotorye aspekty psihosomaticeskikh sootnoshenij u podrostkov s fobicheskimi rasstrojstvami // Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine. 2011. № 4. S. 58-61.

6. Dermanova I.B. Diagnostika jemocional'no-nravstvennogo razvitiya. SPb.: Rech', 2002. 171 s.

7. Zaharov A.I. Kak preodolet' strahi u detej? M.: Pedagogika, 1986. 109 s.

8. Izard K.E. Psihologija jemocij / per. s angl. SPb.: Pitkr, 2001. 464 s.

9. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. M.: Medicina, 1995. 558 s.

10. Ushakov G.K. Detskaja psihiatrija. M.: Medicina, 1973. 392 s..

11. Boulbi Dzh. Privjazannost'. M.: Gardariki, 2003. 477s.

O.M. Volkova

**EXAMPLES OF THE PRACTICAL USE OF A NEW TECHNIQUE
FOR DIAGNOSING ANXIETY-PHOBIC SYNDROME IN EARLY CHILDHOOD
FSBI «Scientific Center of Mental Health» (Moscow).**

Summary. The article describes a new diagnostic technique of anxiety-phobic syndrome in early childhood and its use in the aspect of differential diagnosis. The proposed methodology covers all manifestations (indicators) of fear, starting from infancy, when the emotional sphere is not yet sufficiently formed. Its use can be widely used in the work of pediatricians, pediatric neurologists, psychologists and psychiatrists for the purpose of timely diagnosis and carrying out preventive and remedial measures.

Keywords: early childhood, fears, anxiety - phobic syndrome.

**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 20.03.2022 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
