

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2022(22), №3

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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. 2022

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

В.В. Грачев

ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
(КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КОМБИНДНАЯ ПАТОЛОГИЯ, ДИНАМИКА, ИСХОДЫ)... 4

О.А. Суетина, Н.Е. Кравченко

ПСИХОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ..... 13

В.С. Собкин, А.В. Федотова

К ВОПРОСУ О ФОРМАХ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОТЕСТНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ.... 22

И.А. Горьковая, А.В. Микляева

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОДРОСТКОВ С ПРОТИВОПРАВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ РОССИЙСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ
ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ: СРАВНИТЕЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ..... 35

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

С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОГО
ПРИЕМА..... 44

В.А. Яковлев, И.Г. Соколова

ПСИХОТЕРАПИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ – ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ
И РАЗВИТИЮ ЦЕННОСТНЫХ УСТАНОВОК И МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ
И САМОРЕАЛИЗАЦИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА..... 53

Н.Н. Архангельская

ГОТОВНОСТЬ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ САМООПРЕДЕЛЕНИЮ ПОДРОСТКОВ
С ОПЫТОМ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА..... 62

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

В.М. Башина

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АУТИЗМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 70

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И.А. Симоненко, К.Б. Сулейманов

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ РЕГУЛЯЦИИ
ПОВЕДЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО
СПЕКТРА..... 79

В.М. Ганузин, Б.Д. Борохов

ПОСТДИДАКТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД ПРОБЛЕМОЙ..... 85

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

М.Ю. Городнова

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПОИСКИ ЕЕ РЕШЕНИЯ..... 90

А.А. Пичиков, Ю.В. Попов, Р.В. Гребенщикова

СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
И НАРУШЕНИЙ ОБРАЗА ТЕЛА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 102

А.В. Коткова, О.В. Баландина, Ж.В. Альбицкая, У.А. Насонова, О.М. Силантьева

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).... 114

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

К 95-ЛЕТНЕЙ ГОДОВЩИНЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЕРЫ МИХАЙЛОВНЫ БАШИНОЙ..... 122

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 125

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

V.V. Grachev

BING EATING DISORDER IN ADOLESCENT GIRLS (CLINICAL MANIFESTATIONS,
COMORBID PATHOLOGY, DYNAMICS, OUTCOMES)..... 4

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

PSYCHOGENIC PAIN SYNDROME IN PEDIATRIC ONCOLOGY..... 13

V.S. Sobkin, A.V. Fedotova

ON THE FORMS OF ADOLESCENTS' PROTEST ACTIVITY 22

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva

COPING-STRATEGIES OF ADOLESCENTS WITH ILLEGAL BEHAVIOR IN TERMS
OF TRANSFORMATION OF RUSSIAN SOCIAL REALITY: COMPARATIVE HISTORICAL
ANALYSIS..... 35

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

S.O. Kuznetsova, S.E. Strogova

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE FRAMEWORK OF OUTPATIENT
ADMISSION..... 44

V.A. Yakovlev, I.G. Sokolova

PSYCHOTHERAPY AND EDUCATION IS AN INTEGRATIVE APPROACH
TO THE CORRECTION AND DEVELOPMENT OF VALUE ATTITUDES AND MOTIVES
OF BEHAVIOR AND SELF-REALIZATION IN ADOLESCENT STUDENTS..... 53

N.N. Arhangelskaia

READINESS FOR PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION IN ADOLESCENCES
WITH THE EXPERIENCE OF SCHOOL [MALADJUSTMENT](#) IN NEUROPSYCHIATRIC
REHABILITATION DAY HOSPITAL 62

ARCHIVE OF CHILD PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, SOCIAL AND CORRECTIONAL PEDAGOGY

V.M. Bashina

CURRENT STATE OF AUTISM IN CHILDREN..... 70

SHORT COMMUNICATIONS

I.A. Simonenko, K.B. Suleymanov

EFFECTIVENESS OF THE PROGRAM FOR THE DEVELOPMENT OF BEHAVIOR
REGULATION IN PRESCHOOLERS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS..... 79

V.M. Ganuzin¹, B.D. Borokhov²

POSTDIDACTIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS:
REFLECTIONS ON THE PROBLEM..... 85

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHATERIALS

M.Yu. Gorodnova

NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS
WITH HIV INFECTION: THE RELEVANCE OF THE PROBLEM AND THE SEARCH
FOR ITS SOLUTION..... 90

A.A. Pichikov, Yu.V. Popov, R.V. Grebenshchikova

STRATEGIES FOR PREVENTION OF EATING DISORDERS AND BODY IMAGE
DISTURBANCES IN ADOLESCENCE..... 102

A.V. Kotkova, O.V. Balandina, Zh.V. Albitskaya, U.A. Nasonova, O.M. Silantieva

METHODS OF DIAGNOSIS OF SPEECH DISORDERS IN CHILDREN
(LITERATURE REVIEW)..... 114

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 125

В.В. Грачев

**ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ У ДЕВУШЕК
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,
КОМРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ, ДИНАМИКА, ИСХОДЫ)**

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва).

Резюме. Последнее десятилетие из гетерогенной группы атипичных расстройств пищевого поведения (РПП) выделены новые диагностические категории. Одним из таких относительно недавно выделенных РПП, диагностические критерии которого впервые включены в последнюю: 11-ю редакцию МКБ является Binge eating disorder или приступообразное переедание (BED). Целью настоящей работы явился анализ клинических проявлений, динамики и исходов BED у девушек подросткового возраста, а также уточнение взаимосвязей BED с иными РПП и коморбидной психической патологией.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, атипичная нервная анорексия, атипичная нервная булимия, приступообразное переедание, компульсивное переедание, патологическое переедание, подростки

Введение. Расстройства пищевого поведения (РПП) остаются актуальной проблемой детской и подростковой психиатрии, а высокая и продолжающая нарастать их распространенность позволяет рассматривать РПП не только как медицинскую, но как медикосоциальную проблему. РПП представляют собой два основных и взаимосвязанных патологических состояния: нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), а также значительное число атипичных и особых форм, заметно превышающих по распространенности типичные НА и НБ. Данные эпидемиологических, клинических и катамнестических исследований указывают на отсутствие прямой непосредственной связи типичных НА и НБ с атипичными РПП (АРПП), что позволяет ставить вопрос о возможности выделения самостоятельных диагностических категорий из этой гетерогенной группы.

Последнее десятилетие из группы АРПП выделены новые формы, часть которых уже включена в международные систематики психической патологии, что должно привести к улучшению понимания сущности РПП, повышению качества их диагностики и более дифференцированным терапевтическим подходам.

Одним из таких относительно недавно выделенных РПП, диагностические критерии которого были впервые четко прописаны в 5-й редакции DSM, является Binge eating disorder (BED). В МКБ Binge eating disorder впервые включено в ее последнюю: 11-ю редакцию. Перевод на русский язык этого расстройства не как компульсивного или патологического переедания, а как именно приступообразного, представляется наиболее удачным и отвечающим содержанию и духу соответствующих диагностических категорий DSM-5 и МКБ-11, где основным диагностическим критерием является наличие приступов поглощения значительных количеств

пищи с потерей контроля за количеством съеденного, а в уточнениях подчеркивается неполная ясность этиологии и патологических механизмов [4]. Следует также отметить, что как компульсивное можно рассматривать и переедание регулярно принимаемыми небольшими количествами пищи. Также достаточно сложно определить, что такое в нашем российском культуральном контексте непатологическое переедание, которое должно противопоставляться патологическому.

Главным отличием BED от НБ является отсутствие устойчивого компенсаторного/очистительного поведения, т. е. действий, направленных на противодействие набору веса в результате перееданий (самоиндуцированных рвот, употребления слабительных и мочегонных препаратов, интенсивных физических упражнений, продолжительных ограничений приема пищи). По данным исследований, проведенных преимущественно на взрослых контингентах больных, BED, в отличие от НБ, часто приводит к выраженному ожирению.

Эпидемиологические исследования выборок подростков и молодых взрослых в западных странах указывают на значительную, постепенно увеличивающуюся в течение всей 2-й декады жизни и достигающую показателей 2-4% к 18-20 годам распространенность BED [5, 10, 12]. Авторы отмечают, что в последнее десятилетие начало BED все чаще приходится на младший и средний подростковый возраст [5, 10, 11].

В России диагноз BED в настоящее время ставится крайне редко, особенно в подростковом возрасте, что приводит к тому, что многие больные остаются без должного внимания психиатров, психотерапевтов и психологов. В то же время многочисленные исследования зарубежных коллег показали значимое негативное влияние BED на социальную сферу больных: у подростков снижаются качество жизни и уровень социальной адаптации, затрудняется формирование социальной компетентности [5, 7, 10]. BED сопровождается значительной представленностью коморбидной психической патологии, наиболее характерной считается коморбидность с аффективными и тревожными расстройствами, не менее чем у $\frac{1}{4}$ больных выявляются психические нарушения, связанные с приемом психоактивных веществ, а примерно в 10% за рубежом ставится диагноз коморбидного СДВГ [8]. Значительно чаще, чем в общей популяции, отмечаются несуицидальные самоповреждения и суицидальные тенденции: суицидальные попытки у 15-30%, а суицидальные идеи и планы более чем у 50% девушек с BED [6, 9, 10]. Симптоматика и течение как собственно BED, так и коморбидной им соматической и психической патологии у больных подросткового возраста остаются недостаточно исследованными [5, 10], а в России исследования, посвященные этой актуальной проблеме, практически отсутствуют.

Целью настоящей работы являлся анализ клинических проявлений, динамики и исходов BED у девушек подросткового возраста, а также уточнение взаимосвязей BED с иными РПП и коморбидной психической патологией.

Материал и методы. В исследование были включены больные подросткового возраста женского пола с РПП, консультировавшиеся на кафедре детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО, у которых в течение всего периода наблюдения или на определенных этапах динамики состояние полностью отвечало критериям BED DSM-5 [4] (последние использовались в исследовании).

довании, так как являются более строгими в сравнении с критериями МКБ-11). Для включения в исследование приступы переедания у больных должны были иметь место не менее 1 раза в неделю в течение, по крайней мере, 3 месяцев.

Исключались больные с первичной эндокринной патологией, умственной отсталостью, генетической синдромальной патологией и расстройствами шизофренического спектра (выявленными как на момент включения в исследование, так и в ходе катамнестического наблюдения).

Общее количество больных составило 59 человек, возраст на момент первичного обращения на кафедру варьировал от 12,4 до 18,9 лет (средний возраст $15,8 \pm 1,7$ года), а на момент манифестации BED — от 12,1 до 18,5 лет (средний возраст $15,1 \pm 1,7$ года).

Включенные в исследование больные были обследованы повторно в течение 3-10 лет после первой консультации, средний срок катамнестического прослеживания составил $4,8 \pm 2,2$ года.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat [1].

Результаты. Приступы переедания представляли собой эпизоды гиперфагии во время которых больные ели быстрее, чем обычно, и поглощали большее, чем обычно, количество пищи, продолжая временами есть до состояния физического дискомфорта, при этом аномальный аппетит не снижался даже после приема больших объемов пищи. Больные всегда ели в одиночестве и бывали смущены, если другие заставляли их за этим занятием.

После эпизода переедания подростки испытывали сильные негативные эмоции: сниженное настроение и мучительные чувства стыда и вины, при этом негативный аффект не изживался и длительно сохранялся, влияя на самооценку, поведение и социальную адаптацию. При частых перееданиях негативный аффект даже «накапливался», аккумулировался, способствуя формированию устойчивой гипотимии.

Характерным симптомом BED являлась также потеря контроля количества съедаемого, представляющая собой неспособность воздерживаться от еды или перестать есть после начала приема пищи. Некоторые больные описывали во время эпизода переедания состояния, близкие к легкому психогенному сужению сознания. При этом нарушения контроля и сознания, связанные с перееданием, были неглубоки, например, они могли во время приступа как бы не замечать звонящий телефон, но немедленно обрывали переедание, если кто-нибудь неожиданно заходил в комнату. Нередко переедание планировалось, подготовлялось заранее и с нетерпением ожидалось, но всегда лица с BED стыдились своих проблем с питанием и всячески пытались их скрыть.

Продолжительность приступа BED обычно не превышала двух часов, но при этом эпизод необязательно был непрерывным. Девушка-подросток могла начать перекус вне дома: в кафе, или приобретя еду в магазине, а затем продолжать есть по возвращении домой, если обстановка благоприятствовала этому (например, отсутствовали родители). Непрерывное перекусывание в течение дня небольшими количествами пищи мы (в соответствии с критериями DSM-5 и МКБ-11) не рассматривали как проявление BED.

Анализ клинических проявлений, динамики и коморбидных расстройств позволил выделить четыре основные группы больных.

У 11 (22,9%) больных, составивших **первую группу**, BED было начальным и стержневым проявлением РПП. Возраст манифестации BED в этих случаях варьировал от 12,1 до 18,1 лет (средний возраст составил $15,6 \pm 2,2$ года). Эпизоды BED в 1-й группе возникали в коморбидной взаимосвязи с затяжной или хронической гипотимией, имевшей различную нозологическую принадлежность: у 5 (45,5%) больных отмечалось рекуррентное депрессивное расстройство с затяжными униполярными депрессиями, манифестировавшими в подростковом возрасте по эндореактивным механизмам, у 3 (27,3%) — затяжные биполярные депрессии, у 3 (27,3%) — дистимия с эпизодами двойных депрессий. Дистимия была обусловлена сочетанием конституционального фактора в виде предрасположенности к невротическим реакциям с преобладанием в клинической картине гипотимии (сложный невропатически-тимопатический психопатологический диатез, по Ю.С. Шевченко [3]) и длительно действующих часто комплексных психотравмирующих факторов. С момента манифестации гипотимических состояний до развития эпизода BED проходило от 3,5 до 14 месяцев.

При дистимии, легких и среднетяжелых депрессиях интенсивность BED положительно коррелировала с выраженностью гипотимии, учащение приступов переживания сопровождало аутохтонные и психогенно спровоцированные углубления негативного аффекта. В то же время не было обнаружено ни одного случая BED у больных с тяжелыми депрессиями.

В семейном анамнезе 7 (63,6%) больных у родственников 1-2-й степени родства была выявлена аффективная патология, а у 2 (18,2%) — РПП спектра НА. Преморбидная личность больных 1-й группы, характеризовалась сложной структурой и определялась истерическими радикалами, которые в 7 (63,6%) случаях сочетались с выраженными в той или иной степени чертами тревожной мнительности, в 4 (36,4%) — с шизоидными радикалами. У всех (100%) больных с детского возраста отмечались черты невропатического или смешанного тимопатически-невропатического психопатологического диатеза (по Ю.С. Шевченко [3]), а выраженность личностных радикалов позволяла думать о явной акцентуации характера (по А.Е. Личко [2]).

Индекс массы тела (ИМТ) большинства (10 - 90,9%) больных находился в пределах нормальных возрастных значений, не превышая показатель 85 перцентили, значения выше которой рассматриваются у подростков как избыточная масса тела. Таким образом, ни у одной больной, несмотря на обильные переживания, не отмечалось не только ожирения, но и избыточной массы тела. Только у 1 (9,1%) больной с ранней манифестацией BED и значительной выраженностью истеротревожно-мнительных личностных черт отмечались признаки ожирения.

При катamnестическом прослеживании для больных 1-й группы оказалась характерна трансформация BED в иные формы РПП: в 3-х (27,3%) случаях в АНА, а в 5-и (45,5%) — в НБ. Причем во всех 8 (72,7%) случаях после периода АРПП и НБ имела место обратная трансформация в BED, которое оставалось в 1-й группе осевым синдромом.

Эта группа отличалась относительно благоприятной клинико-социальной

динамикой: в течение 3–4 лет катamnестического наблюдения полная, устойчивая ремиссия РПП и высокая социальная адаптация имели место у 7 (63,6%) больных. Ремиссия РПП наблюдалась на фоне ослабления или ремиссии депрессивных состояний или дистимии.

Из остальных включенных в исследование 48 больных у 37 (77,1%) BED развивалось в ходе динамики различных РПП, в большинстве, 35 случаев, как конечная форма «пищевой» патологии, в 5 случаях непосредственно предшествующая формированию ремиссии. В 3 случаях BED являлось этапом клинической динамики с последующей дальнейшей трансформацией в иные РПП.

Из указанных 48 больных у 17 (35,4%), составивших **вторую группу**, BED приходило на смену НА 12 (70,6%) случаях — рестриктивного подтипа, а в 5 (29,4%) — подтипа с перееданиями и очистительным поведением). Возраст манифестации BED варьировал от 12,3 до 18,8 лет (средний возраст составил $16,6 \pm 1,8$ года).

У всех больных 2-й группы BED появлялись в периоде смягчения симптоматики НА и восстановления массы тела: в 12 (70,6%) случаях имела место полная ремиссия НА, симптоматика BED как бы замещала симптоматику НА. В 5 (29,4%) случаях симптоматика НА сглаживалась, но сохранялась, трансформируясь в атипичную, при этом симптоматика BED и АНА наблюдались сочетано.

У 8 (47,0%) больных 2-й группы BED развивались в коморбидной взаимосвязи с гипотимическими состояниями в рамках биполярного аффективного расстройства II-го типа (БАРИ), у 2 (11,8%) — хроническими расстройствами настроения по типу дистимии, а у 7 (41,2%) — психогенными депрессивными реакциями, обусловленными личностной уязвимостью к воздействию психогенных факторов, и сочетались с соответствующими конституциональными девиациями формирования личности, включая невропатический/тимопатический-невропатический психопатологический диатез (по Ю.С. Шевченко [3]).

Преморбидная личность больных 2-й группы, характеризовалась сложной структурой: у 8 (47,0%) наблюдалось сочетание истерических и тревожно-мнительных черт, у 7 (41,2%) — истерических и шизоидных, а у 2 (11,8%) — истеропограничные личностные особенности. У всех больных клинические проявления личностных особенностей соответствовали явной акцентуации характера (по А.Е. Личко [2]).

В семейном анамнезе 4 (23,5%) больных у родственников 1-2-й степени родства была выявлена аффективная патология (все больные с коморбидным БАРИ), а у других 3 (17,6%) больных — АРПП спектра НА.

Как и в 1-й группе индекс массы тела (ИМТ) большинства больных находился в пределах нормальных возрастных значений (не превышал показатель 85 перцентили). Только в 2 случаях катamnестическое прослеживание выявило превышение 85 перцентили: в периоде становления взрослости у 2 больных отмечалось легкое ожирение.

Клинико-социальные исходы в этой группе были менее благоприятны чем в 1-й. По данным катamnестического исследования, устойчивая ремиссия BED и коморбидная аффективная патология (во всех случаях ремиссий БАРИ) была выявлена у 3 (17,6%) больных. У 7 (54,5%) больных была выявлена низкая социальная

адаптация: не учились, не имели постоянной работы или работали эпизодически, а работа не соответствовала их способностям и амбициям, в 2 (11,8%) случаях было выявлено регулярное употребление психоактивных веществ (ПАВ).

В **третьей группе**, включавшей 11 (22,9%) из 48 больных, развитию BED предшествовал продолжительный (от 3,4 до 6,2 лет) период НБ, в этом случае BED являлось проявлением трансформации булимической симптоматики с редукцией компонента компенсаторного/очистительного поведения и снижением частоты приступов. Возраст манифестации BED варьировал от 15,7 до 18,5 лет (средний возраст составил $17,9 \pm 1,4$ года).

У 6 (54,5%) больных НБ и последующее BED развивались в коморбидной взаимосвязи с БАРП, а у 5 (36,5%) — с психогенными, нередко затяжными, депрессивными реакциями, обусловленными личностной уязвимостью к воздействию психогенных факторов, и сочетались с соответствующими девиациями формирования личности.

В семейном анамнезе у родственников 1-2-й степени родства 5 (45,5%) больных выявлены униполярная и биполярные аффективная патология, у 4 (36,3%) личностные девиации с преобладанием в структуре импульсивности, эмоциональной и психической неустойчивости. РПП в семейном анамнезе выявлено не было.

Преморбидная личность 6 (54,5%) больных характеризовалась сочетанием черт, характерных для пограничного типа с истероидными радикалами, а у 5 (45,5%) — истерических радикалов и черт тревожной мнительности.

Ожирения не было выявлено ни у одной больной, но у 3 (27,3%) обнаружены были признаки избыточной массы тела.

Клинико-социальные исходы в этой группе больных также были менее благоприятными, чем в 1-й: только в 1 случае в периоде катамнестического наблюдения можно было говорить о становлении ремиссии (приступов переедания не было около 6 месяцев). Отличительной чертой BED в этой группе оказалось то, что они сохранялись и после сглаживания коморбидных аффективных расстройств и проявлялись как реакция на стресс или усиление гипотимии при симптоматических ремиссиях.

Низкая социальная адаптация была выявлена у 5 (45,5%) больных, у 1 (9,1%) — регулярное употребление ПАВ. В этой группе больных дизадаптация¹ в наибольшей степени проявилась в сферах семейной жизни и неформальной коммуникации: 7 (63,6%) больных чувствовали себя одиночками, не имели подруг, или

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: Психиатрический энциклопедический словарь. К. МАУП 2003. Стоименов Й.А.; 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**»).

круг общения был крайне ограничен, романтические отношения отсутствовали. Несмотря на то что у одной из девушек, достигшей взрослости, были муж и ребенок, семейная жизнь являлась для нее источником постоянного дистресса.

Четвертую группу составили 7 (14,6%) из 48 больных, у которых BED развивалось в ходе клинической динамики АНА. Возраст манифестации BED в этой группе варьировал от 15,6 до 18,9 лет (средний возраст составил $17,2 \pm 1,3$ года).

У всех больных и после того, как на первый план в картине РПП выходило BED, сохранялась сглаженная атипичная, а в некоторых случаях субклиническая анорексическая симптоматика, проявляющаяся устойчивым недовольством своей фигурой и телом, а также непродолжительными попытками ограничения количества пищи, не связанными непосредственно с приступами переедания.

У всех 7 больных BED развились в коморбидной взаимосвязи с психогенными/эндореактивными депрессивными реакциями и атипичными депрессивными состояниями, связанными с конституциональной уязвимостью. Неудивительно, что у всех больных выявлялись значимые, отражающиеся на социальном функционировании девиации развития личности, позволяющие предполагать формирующееся расстройство личности: в 4 (57,1%) случаях пограничное, в 2 (28,6%) — смешанное: истерошизоидное и в 1 (14,3%) — зависимое.

В семейном анамнезе у родственников 1-2-й степени родства 2 больных прослеживались РПП анорексического спектра, у 3 психогенные депрессивные реакции и состояния, а у 3 — достигающие уровня расстройства личности личностные аномалии.

Динамика BED была наиболее неблагоприятной из всех групп: в течение периода катамнестического наблюдения не было выявлено ни одного случая становления ремиссии. Неблагоприятная динамика была характерна и для личностных девиаций, ни в одном случае не отмечалось явлений депсихопатизации или устойчивых компенсаций патологических личностных свойств. Больных этой группы отличал также низкий уровень социальной адаптации: 5 нигде не учились и не имели постоянной работы, в 2 случаях было выявлено регулярное употребление ПАВ.

Обсуждение. Исследование показало, что BED нередко встречается в подростковом возрасте: в обследованной нами выборке девочек-подростков, страдающих РПП, эта форма была выявлена в 12% случаев.

Трансформации BED в иные формы РПП и особенно обратные трансформации указывают на его связь со всей группой РПП, общность предрасполагающих факторов и механизмов их развития. На близость наследственных генетических механизмов указывает и высокая представленность лиц с различными РПП среди родственников 1-2-й степени родства девушек-подростков, страдающих BED.

В отличие того, что описывается у взрослых больных BED, для которых характерно такое осложнение этой пищевой патологии, как ожирение, в нашей подростковой выборке не только ожирение, но и избыточная масса тела были выявлены лишь у очень небольшого числа больных. Возможно, это связано, с одной стороны с интенсивностью обменных процессов у подростков, а с другой с тем, что питание старших подростков и даже лиц, находящихся в периоде становления взрослости, все еще находится под контролем родителей, которые часто ог-

раничивают продолжительность приступов и объем доступных продуктов.

Обращает на себя внимание отчетливо прослеживающаяся взаимосвязь BED с гипотимическими состояниями, что проявлялось высокой частотой случаев коморбидности с различными формами эндогенной, психогенной и эндо-реактивной депрессии, положительными корреляциями интенсивности эпизодов переживания и выраженности негативного аффекта, а также высоким уровнем наследственной отягощенности аффективной патологией.

Манифестация BED приводит к углублению негативного аффекта, а расстройства настроения, коморбидные BED, часто принимают затяжной или даже хронический характер. По-видимому, BED является предиктором, а возможно, одним из факторов, определяющих такой тип течения гипотимических состояний у девушек подросткового возраста.

Негативный аффект явился наиболее распространенным провоцирующим фактором эпизодов переживания. Другими значимыми триггерами являлись различные стрессоры, фрустрация и скука. Неэффективность используемых больными копинг-стратегий и психологических защит подтверждается их низким уровнем социальной адаптации.

Иной характерной для BED коморбидной патологией оказались личностные девиации, нередко достигающие уровня формирующегося расстройства личности и проявляющиеся такими характерологическими радикалами, как демонстративность, эмоциональная и психическая неустойчивость, нестабильность самооценки, низкая толерантность к фрустрации, слабость волевого самоконтроля, импульсивность, тревожная мнительность, уязвимость к действию психогенных факторов.

В соответствии с ведущими механизмом развития приступов переживания, особенностями клинических проявлений, динамики и исходов нами выделены два подварианта BED: 1-й с ведущей ролью гипотимии в формировании этого РПП, 2-й с ведущей ролью реактивно-личностной патологии.

В представленном материале остались незатронуты такие важные темы, как психофармакотерапия и психотерапия BED, а также влияние различных терапевтических подходов на исходы этого РПП. Автор рассчитывает представить собственные данные и данные других исследователей в следующей публикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдышев И.П. Программное обеспечение анализа данных AtteStat. Руководство пользователя. 16.02.15; 2015. https://www.academia.edu/36295922/AtteStat_Manual (ссылка активна на 17.08.2022).

2. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.

3. Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Природа и проявления психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013 (13). № 1. С.5-14.

REFERECES

1. Rukovodstvo pol'zovatelya. 16.02.15; 2015. https://www.academia.edu/36295922/AtteStat_Manual (ssy`lka aktivna na 17.08.2022).

2. Lichko A.E. Podrostkovaya psikhatriya. 2-e izd. L.: Mediczina, 1985. 416 s.

3. Shevchenko Yu.S., Bazdy`rev E.I. Priroda i proyavleniya

psikhopatologicheskogo diateza (e`volyucionno-biologicheskij vzglyad) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2013 (13). # 1. S.5-14.

4.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. 991 p.

5.Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2019. Vol. 28 № 4. P. 549-555. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.003.

6.Conti C., Lanzara R., Scipioni M., et al. The Relationship between Binge Eating Disorder and Suicidality: A Systematic Review // Front Psychol. 2017. - Vol. 8. P. 2125. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02125.

7.Guerdjikova A.I., Mori N., Casuto L.S., et al. Update on Binge Eating Disorder // Med Clin North Am. 2019. Vol. 103. № 4. P. 669-680. doi: 10.1016/j.mcna.2019.02.003.

8.Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015. Vol. 24. № 1. P. 177-196. doi: 10.1016/j.chc.2014.08.003.

9.Forrest L.N., Zuromski K.L., Dodd D.R., et al. Suicidality in adolescents and adults with binge-eating disorder: Results from the national comorbidity survey replication and adolescent supplement // Int J Eat Disord. 2017. Vol. 50. № 1. P. 40-49. doi: 10.1002/eat.22582.

10.Marzilli E., Cerniglia L., Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies // Adolesc Health Med Ther. 2018. Vol. 5. № 9. P. 17-30. doi: 10.2147/AHMT.S148050.

11.Smink F.R., van Hoeken D., Oldehinkel A.J., et al. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents // Int J Eat Disord. 2014. Vol. 47. № 6. P. 610-619. doi: 10.1002/eat.22316.

12.Sonneville K.R., Grilo C.M., Richmond T.K., et al. Prospective association between overvaluation of weight and binge eating among overweight adolescent girls // J Adolesc Health. 2015. Vol. 56. № 1. P. 25-29. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.017.

V.V. Grachev

BING EATING DISORDER IN ADOLESCENT GIRLS (CLINICAL MANIFESTATIONS, COMORBID PATHOLOGY, DYNAMICS, OUTCOMES)

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. In the last decade, new diagnostic categories have emerged from the heterogeneous group of atypical eating disorders (ED). One of these relatively recently identified EDs, the diagnostic criteria for which was first included in the latest: ICD 11th edition, is Binge eating disorder (BED). The aim of this work was to analyze the clinical manifestations, dynamics and outcomes of BED in adolescent girls, as well as to clarify the relationship of BED with other ED and comorbid mental pathology.

Keywords: eating disorders, atypical anorexia nervosa, atypical bulimia nervosa, binge eating disorder, adolescents.

**ПСИХОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ
ФГБНУ Научный центр психического здоровья (Москва).**

Резюме. В статье описывается психогенный болевой синдром, имеющий место в онкопедиатрической практике и развивающийся у детей с особой эмоционально-характерологической структурой.

Ключевые слова: психоонкология, онкопедиатрия, психопатологические синдромы, психогенная боль, дети и подростки.

Введение. Успешная реализация современных технологий лечения несовершеннолетних с онкологическими заболеваниями позволила значительно улучшить общую и безрецидивную выживаемость детей и подростков с данной патологией. Например, при остром лимфобластном лейкозе, который является одним из наиболее часто встречающихся в онкопедиатрической практике, составляя около четверти всех злокачественных заболеваний в возрастном интервале от 0 до 18 лет, используются такие современные протоколы полихимиотерапии, при которых удается достичь общей выживаемости до 95% [13]. В то же время, несмотря на заметные успехи, в детской онкологии остается нерешенным целый ряд задач, связанных с курацией маленьких пациентов. По данным некоторых авторов [1, 3, 7, 14, 16], к одной из подобных актуальных проблем относится боль, наблюдающаяся более чем у половины получающих противоопухолевую терапию [7]. Несмотря на наличие современных методов обезболивания, к сожалению, не всегда удается полностью устранить боль и предупредить ее негативные последствия.

Существенным является суждение о типе болевого расстройства. Как правило, в клинической практике болевые синдромы делят на ноцицептивные, нейропатические и дисфункциональные (в том числе психогенные) [6]. И если для диагностики и лечения ноцицептивной и нейропатической боли в онкологии существуют четкие алгоритмы и рекомендации [5, 6, 10, 12], то ведение онкологических пациентов с психогенной болью представляет значительные трудности для клиницистов ввиду отсутствия единой ее классификации и мнений относительно необходимой терапии [4, 10, 13]. Тем более нередко преобладающие при онкологической патологии нейропатические и ноцицептивные боли, как показывает клиническая реальность, могут осложняться психогенным болевым компонентом, т. е. носить смешанный характер [4]. Боль – сложный психофизиологический феномен, который, согласно биопсихосоциальной концепции, рассматривается как результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов, удельный вес которых на разных стадиях заболевания может изменяться [5].

Согласно определению ВОЗ, психогенная боль связана с наличием эмоционального конфликта или психологических проблем, являющихся главной причиной возникновения боли, но алгический синдром может манифестировать и вне связи со стрессом, а эмоциональное напряжение способно увеличивать и пролонгировать болевое ощущение [5, 17]. Считается, что психогенная боль

возникает не вследствие органических или повреждающих факторов, а в связи с нейродинамическими и функциональными нарушениями в головном мозге [6]. L. Lim [18] выделяет следующие диагностические критерии для верификации психогенной боли: 1) нет четкого начала, боль плохо локализована, 2) интенсивность боли связана с настроением больных, 3) боль не купируется обезболивающими средствами, но значительно облегчается при приеме антидепрессантов и седативных препаратов, 4) боль не беспокоит пациента во время сна, 5) боль может сочетаться с невротическими расстройствами или расстройствами личности. В работах А.Б. Смулевича и представителей его школы [15] в качестве признаков, указывающих на возможный психогенный характер боли, отмечаются: полиморфизм проявлений, мигрирующий характер, отсутствие четкой проекции по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям, выраженность невротических (прежде всего конверсионных) расстройств. Другие исследователи, изучающие болевой синдром [5], подчеркивают, что диагноз психогенной боли чаще всего является «диагнозом исключения», т. к., несмотря на некоторые характеристики, возможно, указывающие на психогенное происхождение алгического состояния, конкретного алгоритма (как при ноцицептивной и нейропатической боли) в верификации этого синдрома не существует.

В онкопедиатрии для исключения чисто соматического происхождения боли обычно проводят многочисленные обследования, назначают разнообразные комбинации обезболивающих средств, что объясняется настороженностью детских онкологов относительно любых жалоб страдающего ребенка. Вместе с тем онкопедиатры остаются недостаточно информированными относительно психогенных болевых синдромов, а юные пациенты зачастую попадают к психиатру или психотерапевту в последнюю очередь. К тому же следует иметь в виду, что дети по-другому, по сравнению со взрослыми, оценивают и переживают боль, не всегда способны четко ее описывать и выражать, далеко не всегда сразу удается выявить соматический компонент боли, но это не значит, что его не существует, а происхождение боли исключительно психогенное. Важно помнить, что ошибки в квалификации боли могут приводить к неверному обезболиванию как при недооценке, так и при преувеличении роли вклада психоэмоционального компонента в болевое восприятие [9]. Можно утверждать, что психогенный болевой синдром оказывает влияние не только на качество жизни больных, но и на процесс лечения, а значит – на течение и исход основного заболевания, поэтому его изучение представляется актуальным.

Целью данной статьи явилось стремление обобщить клинический опыт наблюдения и диагностики психогенного болевого синдрома у детей и подростков с впервые выявленными онкологическими и онкогематологическими заболеваниями в процессе противоопухолевого лечения.

Материал и методы. В НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», отделениях онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в период с 2020 г. по 2022 г. были обследованы 53 пациента в возрасте от 10 до 18 лет, стационарированных по поводу онкогематологических заболеваний (лейкозов, лимфом) и солидных опухолей различной локализации с жалобами на разнообразные боли и направленные он-

копедиатрами (при обязательном согласии родителей или опекунов) на консультацию психиатра. Лечащие врачи давали подобную рекомендацию после проведения расширенного обследования (для исключения прогрессирования основного заболевания и осложнений лечения) в связи с отсутствием к моменту осмотра узким специалистом клинически понятных и объяснимых соматических предпосылок боли и незначительного терапевтического эффекта от применения стандартного обезболивания. В работе использовались клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации, сведений, полученных от родителей, врачей, медперсонала. Для оценки степени выраженности боли использовались субъективные характеристики интенсивности боли: «легкая», «умеренная», «сильная», в некоторых случаях у подростков применялась числовая ранговая шкала (ЧРШ) — зачеркивание цифр от 0 до 10 (числу 0 соответствовал дескриптор «боли нет», числу 10 — «самая сильная боль, какую только можно себе представить»).

Результаты и их обсуждение. Как оказалось, из 53 детей и подростков у 17 характер боли был смешанным, т. е. ноцицептивный и нейропатический элементы сочетались с психогенным компонентом в структуре болевого синдрома, однако психогенная составляющая к моменту направления на консультацию психиатра доминировала в клинической картине алгического состояния. Из них у 10 пациентов имели место боли в животе, возникновение которых было связано с развитием мукозита вследствие химиотерапии (ХТ), но явления которого уже были минимальными или купированы, однако неумещающаяся интенсивность боли и нарушения пищевого поведения не могли быть объяснены исключительно поражением слизистой ЖКТ. У 7 больных выявлялись признаки нейропатии вследствие ХТ, но степень выраженности нейропатического синдрома и так называемое «болевое поведение» (отказ от попыток ходить или стоять, нежелание двигаться из-за болей и делать гимнастику даже лежа в постели), с точки зрения неврологов и онкологов, не соответствовали объективным данным о глубине поражения. Таким образом, психологические факторы у этих 17 больных не являлись причиной, запускающей боль (что типично для истинно психогенного алгического синдрома), но несомненно участвовали в ее сохранении, а собственно болевой синдром относился к смешанному типу.

4 больных с жалобами на утренние головные боли и рвоту (3 чел.), боли в животе и тошноту, связанную с приемом пищи (1 чел.), при осмотре психиатром (расспросе о характере болевых ощущений и отношении к ним, анализе особенностей сотрудничества с врачами и персоналом) не отвечали критериям соответствия психогенному болевому расстройству. При дальнейшем углубленном обследовании у них были выявлены данные за прогрессирование основного заболевания (нейролейкемия с повышением внутричерепного давления у 3 больных) и тяжелое осложнение химиотерапевтического лечения (нейтропенический энтероколит — у 1 больной); эти клинические проявления в момент направления к психиатру не имели инструментально (МРТ, результаты люмбальной пункции, верхняя эндоскопия) подтвержденного соматического субстрата, объясняющего болевой синдром. В последних случаях именно в процес-

се беседы и консультации психиатра был исключен психогенный генезис болевых ощущений и дана рекомендация дальнейшего углубленного обследования.

Описанная в статье группа была сформирована из числа тех пациентов (32 чел.), которые отвечали критериям психогенного болевого расстройства (эмоциональные и психогенные факторы являлись причиной, запускающей боль и поддерживающей ее персистенцию), у них после обследования не выявлялась соматическая и неврологическая патология, объясняющая происхождение в данном конкретном случае болевого синдрома. В группе этих больных преобладали лица женского пола (24 из 32), что совпадает с данными литературы [2, 11]. Возраст варьировал в интервале 12-17 лет, средний возраст подростков составил 14,5 лет. В анамнезе большинства обследованных имелись указания на особенности эмоциональных реакций – впечатлительность, обостренное восприятие боли с раннего детского возраста, мнительность, подверженность тревогам и страхам, внимательное отношение к своему здоровью. Наряду с этим в семейной истории почти у половины пациентов отмечались ситуации хронических тяжелых заболеваний среди родных, страдания одного из членов семьи от стойкого болевого синдрома, свидетелями чего являлись наши подростки. Реакции и поведение матерей больных с самого начала заболевания отличались отсутствием рассудочности, экспрессивностью, склонностью к бурному выражению эмоций, фиксированностью не на анализе динамики состояния и промежуточных результатах терапии, а на минимальных соматических проявлениях и чувствах подростка. Эмоциональное напряжение и свой страх матери зачастую демонстрировали в присутствии пациента, выражая свои опасения и громко обсуждая его состояние с родными по телефону, могли говорить о «безысходности положения», артикулировали свои страхи при больном во время разговора с врачами в палате.

До развития болевого синдрома подростки удовлетворительно адаптировались в условиях стационара, искали возможности отвлечься, переключиться, по возможности посещали больничную школу, легко шли на контакт с персоналом отделения и ровесниками.

Манифестация болевых ощущений происходила в среднем через один-два месяца после начала противоопухолевого лечения и всегда была связана с субъективно значимыми психогенными воздействиями, часто — информацией о случаях в отделении (смерть больного ровесника, развитие осложнений лечения у соседа по палате). Сам же факт наличия онкологического заболевания и необходимости продолжительного лечения подростками осознавался не сразу, лишь постепенно становясь доминирующим стрессовым событием, приводил к изменению эмоционального регистра, снижению настроения, развитию страхов и тревоги перед возможными осложнениями терапии, о которых они слышали от своих матерей и других пациентов. На фоне эмоционального напряжения, страхов за исход лечения и по мере накопления собственного негативного болевого опыта (операции, болезненные медицинские манипуляции, физические страдания, связанные с развитием осложнений полихимиотерапии) в дальнейшем происходило развертывание болевого синдрома. Разнообразные алгии в виде различных, часто неопределенных болезненных и неприятных ощущений в теле вначале были не-

продолжительными, ограничивались одним-двумя часами в день, но в дальнейшем эти болезненные феномены становились более выраженными, по словам пациентов, иногда «нестерпимыми», всегда имели связь с ситуацией, усиливаясь накануне ожидаемых негативных событий (обследования, начала нового блока химиотерапии) или из-за «плохих новостей». Чаще других встречались не имеющие четкой локализации боли в области груди, спины, живота или в нескольких местах одновременно. Реже отмечались алгии с проекцией по отношению к определенным анатомическим областям, в зоне которых когда-либо проводились (или планировались) медицинские манипуляции.

Во время осмотра все обследованные отмечали высокий уровень болевых ощущений – от «сильных» (15чел) и «очень сильных» (14чел), до «нестерпимых» (3чел). На высоте боли могли возникать психовегетативные проявления с подъемами артериального давления, тахикардией, тремором, учащенным мочеиспусканием, приступами тошноты, чувством «нехватки воздуха». Боль часто усиливалась в присутствии онкологов или родственников, проявляющих заинтересованность и сочувствие. Пациенты капризничали, требовали «принять меры», «ввести обезболивающее», раздражались при попытках успокоить, уговорить немного потерпеть. В разговоре с врачами для объяснения переживаний использовали разнообразные словесные характеристики боли (схватывающая, щемящая, свербящая, скручивающая), в некоторых случаях ощущения приближались к так называемым «телесным фантазиям» с характерными для них образным описанием боли («как будто проткнули ножом»), локализация боли была непостоянной. Отмечались утрированная пантомимика, гримасы, вздохи, вынужденное положение тела. Наряду с экспрессивным описанием болевых ощущений, обращали на себя внимание зависимость выраженности алгий от внешней обстановки и настроения подростка, а также частое несоответствие поведения больных представленным ими характеристикам боли: при успешном переключении внимания, либо вне ситуации осмотра они «забывали» о болевых ощущениях, охотно и быстро включались в другие темы, тянулись к общению со взрослыми, положительно реагировали похвалу.

Наряду с алгиями выявлялась симптоматика невротического и аффективного регистров в разных сочетаниях у одного и того же больного — депрессивная (у 87,5%), тревожная (у 83,3%) ипохондрическая (у 56%). Собственно алгические расстройства у этих подростков были квалифицированы как компонент в структуре полиморфного психогенного синдрома в рамках диагностической категории «расстройство адаптации» (МКБ-10. F 43.2): из них в четверти случаев (25%) отмечалась истеродемонстративная акцентуация характера, а у остальных (75%) тревожно-ипохондрические личностные черты, всех отличали чрезмерная впечатлительность, тревожность, внушаемость, выраженная эмоциональная лабильность и склонность к бурному аффективному реагированию. Выраженность характерологических особенностей не достигала уровня расстройства личности.

Оценивая динамику психалгий, можно было отметить, что наблюдающиеся в рамках полиморфного психогенного образования депрессивные симптомокомплексы оказывались нестойкими, без признаков эндогенной суточной ин-

версии аффекта. Расстройства настроения были неглубокими и выступали в виде плаксивости, обидчивости, капризности, подавленности, наиболее часто наблюдались тревожно-депрессивные и депрессивно-ипохондрические проявления без постоянной фиксации на негативных эмоциях. До появления болевых ощущений фабула тревожных опасений складывалась из общих категорий (страх «плохих новостей», тревожное ожидание «чего-то плохого») и напрямую не была связана с ситуацией болезни, переживания были непостоянными. Во время манифестации болевых ощущений до этого нестойкие тревожно-ипохондрические опасения учащались и выходили на первый план в переживаниях пациентов, усиливаясь от любой отрицательной информации — случаи смерти в отделении, плохие результаты анализов, сообщения о неудачных операциях, от рутинных внутрибольничных событий — предстоящих лечебных и диагностических процедурах. Тревожность, эмоциональный дистресс и болевые ощущения как бы «подпитывали» и «определяли» друг друга: наблюдалась чрезмерная фиксация на болевых и физиологических ощущениях, склонность трактовать их как признаки утяжеления соматического неблагополучия, к которому врачи относятся без должной внимательности. Подростки проявляли повышенный интерес к поиску возможных причин боли, искали информацию в интернете, перепроверяли данные, полученные от врачей. Эти переживания также могли поддерживаться эмоциональными реакциями ухаживающих близких и отстраненным поведением персонала. Развитие психалгического синдрома приводило к нарушению адаптации пациентов к больничным условиям: подростки нередко активно сопротивлялись осмотрам и манипуляциям, ссылаясь на боли, отказывались от необходимых медицинских процедур, не посещали учебные занятия, боялись выходить из палаты, требовали повышенного внимания ухаживающих взрослых. В то же время имела место зависимость алгий и общего самочувствия от господствующего эмоционального фона — при возникновении положительно окрашенных событий (домашний отпуск, приезд любимых родственников, общение с друзьями) наблюдалась кратковременная — на 2-3 дня — почти полная редукция тревожно-ипохондрических высказываний и исчезновение жалоб на боли, которые возобновлялись при возвращении в стационар.

Не останавливаясь подробно на вопросах курации подобных пациентов, отметим, что к ним нужен особый подход, использование психофармакопрепаратов обязательно должно сочетаться с нелекарственным психотерапевтическим воздействием: индивидуальными занятиями как с детьми, так и с ухаживающими взрослыми. (Вопросы дифференцированной терапии будут рассмотрены в другом сообщении).

Заключение и выводы. Хотя в онкологической практике болевое расстройство чаще всего «соматически» обусловлено и определяется ноцицептивным и нейропатическим механизмами развития, болевой синдром с преобладанием психалгии не является редкостью. В значительной части случаев боль при онкологической патологии относится к категории смешанных, т. е. структуру болевого синдрома может определять и соматический, и психогенный компоненты, но степень их участия различна. Зачастую значимость вклада психоген-

ной составляющей в структуру алгического состояния не понятна, что затрудняет решение вопроса о происхождении боли, отнесения ее к той или иной категории и назначения соответствующего лечения. В тех случаях, когда боль рассматривается онкопедиатрами исключительно как психогенная, степень переживания боли может ими недооцениваться, а болевые феномены воспринимаются как преувеличенные, «надуманные» и не соответствующие текущему онкологическому процессу. Когда же вклад психогенного компонента в структуру алгического синдрома не учитывается, а боль трактуется только как соматическая (ноцицептивная или нейропатическая), противоболевая терапия часто оказывается недостаточно эффективной, т. к. весьма действенные в подобной ситуации психотерапевтические методы могут не использоваться. Нередко именно психиатру приходится «угадывать», с каким типом болевого расстройства мы имеем дело. Тем более жалобы детей на болевые ощущения, даже если они кажутся необоснованными фантазиями, нельзя игнорировать, их все равно нужно лечить.

Как показывает наш клинический опыт, психогенная боль развивается у детей и подростков с «особой» эмоционально-личностной структурой – склонных к драматизации, с низкой толерантностью к болевым ощущениям, тревожных, пугливых, мнительных, внушаемых, нуждающихся в повышенном внимании окружающих взрослых. Таким образом, психогенный болевой синдром можно квалифицировать как наблюдающуюся в детско-подростковом возрасте нозогенную (психогенную) реакцию гипернозогностического типа [15].

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамчук Н.М., Сорокина Е.Ю. Болевой синдром у детей с гемобластомами. Современное состояние проблемы // Медицина неотложных состояний. 2018. № 5 (92). С. 66-70.
2. Александровский Ю.А., Яхно Н.Н., Аведисова А.С., Чахава К.О., Ершова Е.М., Протасенко Т.В., Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В. Дифференциально-диагностические особенности больных с хроническим болевым синдромом, (психиатрические, психологические и неврологические аспекты) // Российский психиатрический журнал. 2003, №1, С.9-16.
3. Вайнилович Е.Г., Горчакова А.Г., Бурыкин П.С. Принципы ведения детей с болевым синдромом // Здоровоохранение (Минск). 2015. № 6. С. 28-38.
4. Данилов А.Б., Исагулян Э.Д., Макашова Е.С. Психогенная боль // Ж. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 11. С. 103-108.
5. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б.. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 1. С. 30-36.
6. Данилов Ан. Б. Диагностика нейропатической боли // Manage pain. 2018., № 1. S. 49-51.
7. Каприн А.Д., Абузарова Г.Р., Невзорова Д.В., Алексеева Г.С., Гамеева Е.В., Геворков А.Р., Бычкова Н.М., Сарманаева Р.Р., Кузнецов С.В. Новые клинические рекомендации Всемирной организации здравоохранения по терапии онкологической боли у взрослых и подростков // Research and Practical Medicine Journal (Issled.prakt. med.) 2021; 8(2): 90-108.
8. Клипинина Н.В. Некоторые особенности восприятия и переживания бо-

ли детьми: взгляд психолога // Русский медицинский журнал. 2007. Спецвыпуск «Мать и дитя. Педиатрия». Т. 15, № 1. С. 3–7.

9. Клипинина Н.В. Психологические особенности и методы оценки боли у детей и подростков с жизнеугрожающими заболеваниями // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2019. № 1. С. 36-39.

10. Кораблина А.Д., Попенко Н.В. Особенности болевого синдрома у онкологических больных // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы VII Международной науч.-практ. конф. Красноярск, 2021. С. 367-372.

11. Кукушкин М.Л. Психогенные болевые синдромы // Боль. 2004. № 1. С. 2-6.

12. Лященко О.В. Болевой синдром при онкологических заболеваниях и способы борьбы с ним // Медицина неотложных состояний. 2019. № 3 (98). С. 169-172

13. Пшонкин А.В. и др. Хронический болевой синдром у онкологических паллиативных пациентов детского возраста в России // Педиатрия. 2019. Т. 98. № 1. С. 115-121.

14. Савва Н.Н., Биккулова Д.Ш., Кумирова Э.В., Масчан А.А., Невзорова Д.В., Пчелинцев М.В., Ульрих Г.Э. Клинические рекомендации. Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (часть 1) // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2017. Т. 4. № 2. С. 100-110.

15. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: Логос, 1992. С. 175.

16. Ульрих Г.Э. Лечение боли у детей с онкологическими заболеваниями // Хронические прогрессирующие заболевания у детей, требующие принятия медико-социальных решений. 2014. С. 169.

REFERENCES

1. Adamchuk N.M., Sorokina E.Yu. Bolevoj sindrom u detej s gemoblastozami. Sovremennoe sostoyanie problemy` // Mediczina neotlozhny`kh sostoyanij. 2018. # 5 (92). S. 66-70.

2. Aleksandrovskij Yu.A, Yakhno N.N., Avedisova A.S., Chakhava K.O., Ershova E.M., Protasenko T.V., Alekseev V.V., Podchufarova E.V. Differenczial`no-diagnosticheskie osobennosti bol`ny`kh s khronicheskim bolevy`m sindromom, (psikhiatricheskie, psikhologicheskie i nevrologicheskie aspekty`) // Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2003, #1, S.9-16.

3. Vajnilovich E.G., Gorchakova A.G., Bury`kin P.S. Principy` vedeniya detej s bolevy`m sindromom // Zdravookhranenie (Minsk). 2015. # 6. S. 28-38.

4. Danilov A.B., Isagulyan E`D., Makashova E.S. Psikhogennaya bol` // Zh. nevrolog. i psikhiatr. im. C. C. Korsakova. 2018. T. 118. # 11. S. 103-108.

5. Danilov A.B, Danilov A.I.B.. Biopsikhosocziokul`turnaya model` i khronicheskaya bol` // Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii. 2013. # 1. S. 30-36.

6. Danilov An. B. Diagnostika nejropaticheskoy boli // Manage pain. 2018., # 1. S. 49-51.

7. Kaprin A.D., Abuzarova G.R., Nevzorova D.V., Alekseeva G.S., Gameeva E.V., Gevorkov A.R., By`chkova N.M., Sarmanaeva R.R., Kuznecov S.V. Novy`e klinicheskie rekomendaczii Vsemirnoj organizaczii zdravookhraneniya po terapii onkologicheskoy boli u vzrosly`kh i podrostkov // Research and Practical Medicine

Journal (Issled.prakt. med.) 2021; 8(2): 90-108.

8. Klipinina N.V. Nekotory'e osobennosti vospriyatiya i perezhivaniya boli det'mi: vzglyad psikhologa // Russkij mediczinskij zhurnal. 2007. Speczvy`pusk «Mat` i ditya. Pediatriya». T. 15, # 1. S. 3–7.

9. Klipinina N.V. Psikhologicheskie osobennosti i metody` oczenki boli u detej i podrostkov s zhiznuegrozhayushimi zabolevaniyami // Pallium: palliativnaya i khospisnaya pomoshh`. 2019. # 1. S. 36-39.

10. Korablina A.D., Popenko N.V. Osobennosti boleвого sindroma u onkologicheskikh bol'ny`kh // Psikhologicheskoe zdorov'e cheloveka: zhiznenny`j resurs i zhiznenny`j potentsial: materialy` VII Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. Krasnoyarsk, 2021. S. 367-372.

11. Kukushkin M.L. Psikhogenny`e bolevy`e sindromy` // Bol`. 2004. # 1. S. 2-6.

12. Lyashhenko O.V. Bolevoj sindrom pri onkologicheskikh zabolevaniyakh i sposoby` bor`by` s nim // Mediczina neotlozhny`kh sostoyanij. 2019. # 3 (98). S. 169-172

13. Pshonkin A.V. i dr. Khronicheskij bolevoj sindrom u onkologicheskikh palliativny`kh paczientov detskogo vozrasta v Rossii // Pediatriya. 2019. T. 98. # 1. S. 115-121.

14. Savva N.N., Bikkulova D.Sh., Kumirova E`.V., Maschan A.A., Nevzorova D.V., Pchelinczev M.V., Ul`rikh G.E`. Klinicheskie rekomendaczii. Bolevoj sindrom u detej, nuzhdayushhikhsya v palliativnoj mediczinskoj pomoshhi (chast` 1) // Rossijskij zhurnal detskoj gematologii i onkologii. 2017. T. 4. # 2. S. 100-110.

15. Smulevich A.B. Ipokhondriya i somatoformny`e rasstrojstva. M.: Logos, 1992. S. 175.

16. Ul`rikh G.E`. Lechenie boli u detej s onkologicheskimi zabolevaniyami // Khronicheskie progressiruyushhie zabolevaniya u detej, trebuyushhie prinyatiya mediko-soczial`ny`kh reshenij. 2014. S. 169.

17. Chhabria A. Psychogenic pain disorder — differential diagnosis and treatment // Journal of the Association of Physicians of India. 2015;63(2 suppl):36-40

18. Lim L.E. Psychogenic pain // Singapore Medical Journal. 1994; 35:519-522.

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

PSYCHOGENIC PAIN SYNDROME IN PEDIATRIC ONCOLOGY

Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. The article describes a psychogenic pain syndrome that occurs in oncopediatric practice and develops in children with a special emotional and characterological structure.

Keywords: Psychooncology, pediatric oncology, psychopathological syndromes, psychogenic pain, children and adolescents.

К ВОПРОСУ О ФОРМАХ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОТЕСТНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ

ФГБНУ Институт управления образованием Российской академии образования (Москва).

Резюме. На материалах анонимного анкетного опроса 40 575 учащихся 7-11 классов общеобразовательных школ, проведенного в 17 регионах РФ в 2020-2021 гг., исследуется готовность современных подростков к проявлению гражданской позиции. Рассматривается широкий круг демографических, социально-стратификационных, поведенческих факторов, оказывающих влияние на склонность подростков к активным формам выражения протеста. Показано участие институтов семьи и школы, а также сетевой активности в формировании у подростка установок относительно различных форм протестного поведения.

Ключевые слова: подростковый возраст, социализация, выражение протеста, гражданская позиция, экстремизм, агрессия, девиантное поведение, социальные сети, социальный статус, гендерная специфика.

Статья посвящена вопросам, связанным с готовностью подростка к протестному поведению при выражении своей позиции по поводу политических проблем. Подчеркнем, что при формировании гражданской позиции особое значение имеет подростковый возраст. Именно этот период является одним из ключевых с точки зрения становления социальной идентичности и морально-нравственного развития личности. На этом возрастном этапе происходит расширение социальной среды, человек начинает самоопределяться в системе социальных и правовых отношений [1, 2, 5, 11, 12].

Именно сегодня тематика политического протеста в молодежной среде в рамках выражения гражданской позиции приобретает все большую актуальность. Крайне важным представляется вопрос формирования у подростка установок на тот или иной тип протестного поведения. В связи с этим необходим анализ тех форм выражения протеста, которые подростки считают приемлемыми для себя, в которых они могли бы принять участие в случае несогласия с текущей политической ситуацией: участие в массовых акциях, обращения к властям, в суд, СМИ, обсуждение в кругу близких. Отдельного внимания заслуживает вопрос о готовности подростков принять экстремистский способ действий как наиболее жесткую форму протеста против общества или отдельных проявлений существующего порядка [3, 4, 9, 10]. Особую значимость приобретает изучение факторов, обуславливающих склонность подростков к активным формам выражения протеста.

Настоящая статья затрагивает следующие сюжеты, касающиеся протестного поведения: гендерные и возрастные особенности; анализ влияния макротенденций (поколенческие различия и поселенческая специфика); влияние социально-стратификационного статуса семьи; роль школы как института социализации (учебная успешность, статус среди одноклассников); особенности влияния сетевого взаимодействия; влияние социально-психологического благополучия (жиз-

ненная успешность, склонность к девиациям). Особое внимание будет уделено влиянию на протестное поведение проявлений агрессии как в виртуальном пространстве (в социальных сетях), так и в реальности (школьный буллинг).

Статья основана на материалах эмпирического исследования, проведенного сотрудниками Центра социологии образования «ИУО РАО» в 2020-2021 гг. В ходе анонимного электронного опроса при помощи специально разработанной анкеты были получены данные от 40 575 учащихся 7-11 классов из школ, расположенных в региональных и районных центрах, малых городах и селах 17 субъектов Российской Федерации. При этом часть формулировок повторяла вопросы предыдущих анкет, что позволило сопоставить полученные данные настоящего опроса с результатами исследований Центра (Института) социологии образования, осуществленных в 1996, 2002, 2005 и 2010 гг. [6–8].

Ключевым для данной статьи является вопрос о наиболее приемлемой для учащихся форме выражения своего политического протеста. Ответы на него будут анализироваться нами относительно влияния широкого круга факторов: демографических, социально-стратификационных, поведенческих.

Все описанные в статье различия статистически значимы на уровне $p < 0.05$.

1. Готовность к выражению протеста: гендерные и возрастные особенности. Распределение ответов подростков о наиболее приемлемой для них форме выражения своего политического протеста приведено в табл. 1.

Таблица 1.

Допустимые формы выражения своего политического протеста среди мальчиков и девочек (%)

	Среднее	Мальчики	Девочки
Участие в митингах, забастовках	11,6	12,2	11,3
Гражданское неповиновение	3,1	4,6	2,0
Экстремистский путь	2,2	3,2	1,3
Обращение в суд	8,4	9,6	7,6
Обращение в средства массовой информации	6,3	7,2	5,8
Обращение к властям	6,6	8,0	5,7
Обсуждение с друзьями	31,9	27,7	35,5
Обсуждение в семье	26,0	20,8	29,9
«Ношу» протест в себе	10,8	9,2	11,9
Никогда не возникало желания протестовать	45,5	46,8	44,5

Из таблицы видно, что сегодня около половины подростков (45,5%) вообще не имеют желания протестовать. Помимо этого каждый десятый (10,8%) не склонен открыто выражать свое несогласие («ношу протест в себе»). Наиболее же приемлемой для себя формой выражения протеста подростки считают обсуждение политических проблем в кругу близких людей (друзья, семья). Таким образом, микросоциальная среда выступает основной сферой проявления подростком своего критического отношения к политическим вопросам. Подчеркнем, что это гораздо более характерно для девочек.

Следует заметить, что по сравнению с приватными формами выражения протеста (обсуждение в микросоциальной среде) использование институцио-

нальных форм выражения своего несогласия по политическим вопросам (обращение в суд, во властные органы, в СМИ) считают для себя возможным относительно немногие. Этот результат, с одной стороны, свидетельствует о недоверии подростка к эффективности подобных форм проявления политической активности, а с другой, – о важности воспитания политической культуры, приемлемых форм политического поведения у современной молодежи.

И наконец, следует обратить специальное внимание на открытые формы проявления протеста. Так, на свою готовность участвовать в массовых протестных акциях указал каждый девятый подросток (11,6%). Подобный факт включенности молодежи школьного возраста необходимо учитывать при проведении подобных мероприятий. Существенно реже подростки готовы участвовать в силовых протестных акциях (гражданское неповиновение, экстремистские действия). И доля готовых к подобным действиям среди мальчиков статистически выше, чем среди девочек.

Помимо гендерных различий, особый интерес представляет возрастная динамика ответов (см. рис. 1).

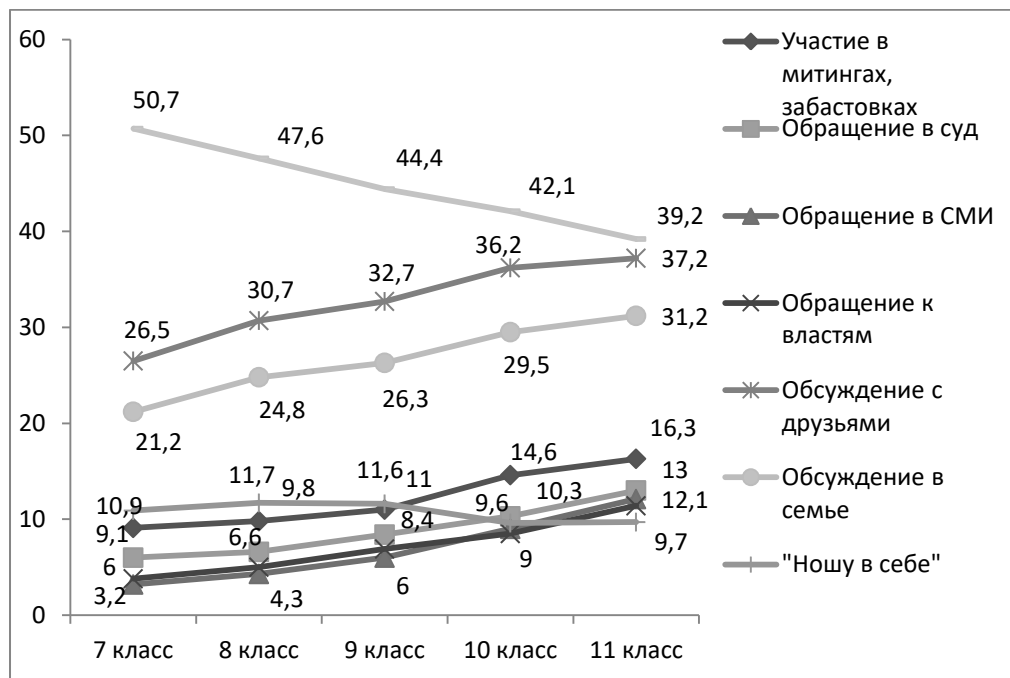


Рисунок 1. Возрастная динамика мнений подростков о допустимых формах выражения протеста (%).

Приведенные на рис. 1 данные свидетельствуют о выраженной тенденции снижения с возрастом среди подростков доли тех, кто не испытывает какого-либо желания к выражению политического протеста. В свою очередь, подобный факт может служить своеобразным индикатором политизации подростковой среды. Причем важно, что от младших к старшим классам возрастает не только

число подростков, склонных к критическому обсуждению политических проблем в своем микросоциальном окружении (в семье, с близкими друзьями), но и доля выражающих готовность участвовать как в массовых протестах, так и в других законодательно допустимых формах проявления политической активности (обращение в суд, в СМИ к властным структурам).

2. Готовность к выражению протеста: макротенденции. Здесь мы остановимся на двух моментах. Один из них связан с рассмотрением особенностей влияния поселенческой специфики на склонность подростков к проявлениям политического протеста; другой касается изменений в ответах подростков разных поколений о своем отношении к участию в политическом протесте.

Полученные материалы показывают, что поселенческий фактор играет достаточно заметную роль. Так, сельские школьники существенно чаще, по сравнению с теми, кто проживает в региональных центрах, указывают на то, что у них не возникало желания протестовать по поводу политических проблем (соответственно: 48,3% и 42,2%). В свою очередь, учащиеся из региональных центров более склонны к активному обсуждению политических вопросов в своем микросоциальном окружении как с друзьями (соответственно: 37,2% и 28,4%), так и в семье (соответственно: 30,1% и 22,9%). Добавим, что среди школьников из региональных центров заметно чаще, по сравнению с учащимися из других типов поселений (районные центры, малые города, села), обнаруживается склонность к участию в других формах протестного политического поведения – участие в митингах и забастовках, обращение в суд, к властям, в СМИ.

В принципе полученные данные свидетельствуют о том, что социально-политическая атмосфера жизни регионального центра существенно отличается от других типов поселений и оказывает заметное влияние на политическую социализацию подростков, активизируя формирование у них установок к протестному поведению.

Что касается межпоколенческих различий, то здесь, пожалуй, стоит отметить две отчетливо выраженных тенденции. Первая из них связана с последовательным увеличением доли тех подростков, у которых отсутствует само желание в какой-либо форме выражать свой политический протест. Доля таких по данным наших опросов в 1996 г. составляла 13,5%, в 2005 г. – 24,2%, в 2010 г. – 19,9%, в 2021 г. – 41,8%. Вторая касается явного снижения подростков, готовых проявлять свою протестную активность путем участия в массовых политических мероприятиях (митингах, забастовках) по сравнению с первым десятилетием двухтысячных. В 2005 г. их доля составляла 24,4%, в 2010 г. – 24,8%, а в 2021 г. – 13,6%. Приведенные данные свидетельствуют о явной зависимости отношения к протестным формам поведения в подростковой культуре от общего контекста проявлений протестной политической активности в стране.

3. Готовность к выражению протеста: социально-стратификационный статус семьи. Насколько зависит склонность подростка к проявлениям политического протеста от материального положения семьи и образовательного статуса родителей?

Результаты опроса показывают, что школьники из семей с низким уровнем дохода по сравнению с высокообеспеченными более склонны к участию в мас-

совых протестных мероприятиях (соответственно: 18,4% и 10,6%), гражданскому неповиновению (соответственно: 5,8% и 3,1%) и экстремистским действиям (соответственно: 5,3% и 2,3%). В свою очередь, с увеличением уровня дохода семьи растет и доля тех подростков, кто не испытывает желания протестовать: 34,8% среди низко обеспеченных, 43,9% среди среднеобеспеченных, 49,0% среди высокообеспеченных.

Проведенный анализ показал, что протестная активность связана и с образовательным уровнем семьи подростка. Так, учащиеся из семей с высшим образованием обоих родителей по сравнению с теми, чьи родители имеют среднее образование, более склонны к выражению протеста с помощью обращения в суд (соответственно: 9,8% и 7,2%), к властям (соответственно: 8,0% и 5,3%) или в СМИ (соответственно: 7,7% и 5,2%). Таким образом, высокий уровень образования родителей проявляется в ориентации подростков на выбор законодательно допустимых (не силовых) форм проявления протестной активности. Вместе с тем важно обратить внимание и на то, что подростки из семей с высоким образовательным статусом более склонны выражать свой политический протест в ситуациях микросоциального взаимодействия, обсуждая политические проблемы в семье (соответственно 29,2% и 23,3%) или с друзьями (соответственно 33,6% и 30,4%). Подростки же, родители которых получили среднее образование, чаще отмечают, что желания протестовать у них не возникает (соответственно 47,8% и 44,2%). Это позволяет сделать вывод о влиянии уровня образования семьи не только на политизированность подростка, но и о повышенной критичности микросоциального окружения подростков из высокообразованных страт (и родителей, и сверстников) относительно современных политических реалий.

4. Готовность к выражению протеста: школьный контекст. Школа является важным институтом социализации подростка. В этой связи рассмотрим следующие три аспекта, которые характеризуют социально-психологическое благополучие учащихся в стенах школы относительно их влияния на отношение подростков к протестным формам поведения: успешность в учебной деятельности, самооценка своего статуса в классе, занимаемая позиция в ситуациях школьной травли (буллинге).

Результаты опроса показали, что школьники с низкой успеваемостью по сравнению с высоко успевающими реже выбирают такие формы выражения политического протеста, как обращение в суд (соответственно 7,8% и 10,3%), к властям (соответственно 5,9% и 8,2%) и в СМИ (соответственно 5,6% и 8,2%). Помимо этого они реже склонны выражать свой протест, обсуждая политические проблемы как с друзьями (соответственно 27,6% и 37,4%), так и в семье (соответственно 21,4% и 31,8%). К этому следует добавить, что они чаще указывают на то, что у них не возникает желания протестовать (соответственно 47,7% и 42,1%). Следует обратить внимание на то, что эти тенденции, обнаруженные при сравнении ответов «троечников» и «отличников», совпадают с теми, которые были описаны выше при сравнении учащихся с низким и высоким образовательным статусом родителей. В этой связи можно сделать вывод о том, что педагогически подерживаемый процесс воспитания (протестные установки учащихся с высокой

успеваемостью) сориентирован на нормы политического поведения, более характерные для представителей высокообразованного слоя, – выражение политического протеста в законодательно допустимых не силовых формах.

Однако иначе обстоит дело в среде самих школьников. Так, сопоставление ответов учащихся с разной самооценкой своего статуса среди одноклассников позволяет выделить две характерных особенности. Первая состоит в том, что учащиеся с высокой («лидеры») и с низкой («одиночки») самооценкой своего статуса существенно отличаются от всех остальных своих одноклассников (со средней самооценкой) относительно установок по поводу протестного политического поведения. Причем между собой их мнения весьма схожи. И здесь проявляется вторая особенность – как те, так и другие более политизированы и более склонны к активным формам выражения политического протеста: «участию в митингах, забастовках», «выражению гражданского неповиновения», «экстремистским акциям». При этом характерно, и это вполне ожидаемо, что подростки с низким статусом («одиночки») менее склонны обсуждать свои протестные политические настроения как с одноклассниками, так и в семье. В этой связи можно думать, что само содержание их протестных настроений лежит вне общепринятых взглядов.

В связи со сказанным, особый интерес представляет рассмотрение склонности к выражению политического протеста среди подростков не просто с низким статусом, а именно среди тех, кто является *жертвами школьной травли* (буллинга). Эти данные приведены на рис. 2.

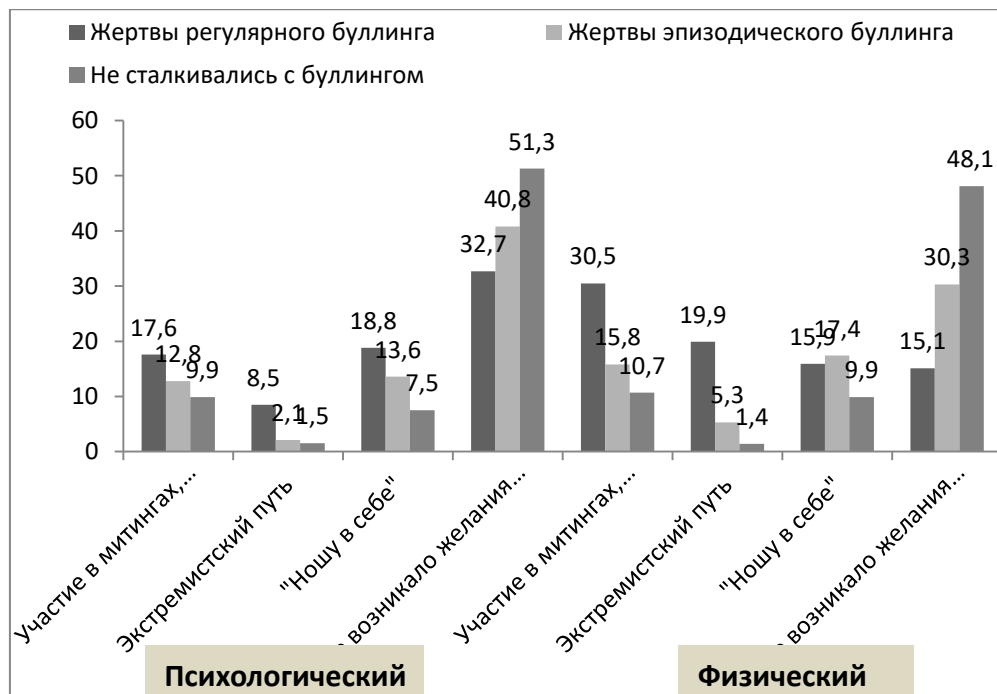


Рисунок 2. Готовность подростка к выражению протеста в зависимости от его опыта столкновения с буллингом (%).

Как видно из представленных на рис. 2 данных, учащиеся, имеющие негативный опыт столкновения со школьным буллингом («жертвы»), значительно чаще склонны к активным формам выражения протеста – участию в митингах, экстремистским действиям. При этом следует обратить внимание на два момента. Один из них связан с тем, что жертвы физического буллинга, по сравнению с жертвами психологической травли, существенно чаще склонны отмечать свою готовность к участию в активных формах проявления протеста. Вторым моментом (общим для тех и других) связан с тем, что к активным формам проявления протеста существенно чаще склонны подростки, которые *регулярно* подвергаются агрессии, по сравнению с теми, кто лишь эпизодически оказывается жертвами подобных действий со стороны одноклассников.

Оба отмеченных момента позволяют предложить две интерпретации. Одна из них связана с тем, что интенсивность и сила негативного воздействия со стороны ближайшего социального окружения формирует у подростка-жертвы готовность к активным «ответным» агрессивным реакциям. При этом реальные конфликты особым образом осмысливаются (идеологически прорабатываются) и переносятся в политическую плоскость. Заметим, что здесь осуществляется особый «выход» из реальной для школьника социально-психологической ситуации взаимодействия со сверстниками – своеобразная «защитная реакция». Другая возможная интерпретация связана, напротив, с «защитной коллективной реакцией»: подросток, открыто демонстрирующий свои резко негативные установки по отношению к политическим реалиям, подвергается остракизму со стороны школьного коллектива.

5. Готовность к выражению протеста: интенсивность сетевого взаимодействия. Сетевое общение является сегодня важной средой социализации современного подростка. Поэтому особый интерес представляет анализ готовности учащихся к проявлению различных форм протестного поведения в зависимости от их включенности в сетевое общение. В этой связи рассмотрим влияние следующих трех параметров: активность подростка в пользовании сетями, его отношение к сценам насилия в социальных сетях, особенность занимаемой им позиции в ситуациях сетевой агрессии.

Полученные результаты показывают, что те подростки, кто активно пользуется социальными сетями, существенно реже по сравнению с редко пользующимися отмечают отсутствие у себя желания выразить политический протест (соответственно: 40,3% и 50,9%). В этом отношении можно сделать вывод о том, что активные пользователи сетей не просто более политизированы, но среди них явно сильнее выражены и критические ориентации по отношению к современной политике.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что доминирующей для них формой выражения своего протеста является обсуждение проблем в микросоциальном окружении. Так, среди активных пользователей сетями доля предпочитающих высказывать протестную точку зрения среди друзей составляет 35,8%, а среди редко пользующихся – 20,6%; при общении с родителями, соответственно: 27,1% и 17,8%. В принципе подобный результат ожидаем, поскольку отражает особую значимость общения для подростков, активно пользующихся социаль-

ными сетями. Информация, которую они получают в сети, активно используется ими и в межличностном общении. В этом отношении, их условно можно рассматривать и как своеобразных «информационных лидеров» в подростковой среде. Причем здесь следует обратить внимание и на то, что активные пользователи сетей чаще склонны к выражению протеста в форме участия в митингах, забастовках – 14,7%, (среди редко пользующихся сетями таких 8,8%). Этот момент также важен, поскольку свидетельствует о характерной для активных пользователей сетями особенности, связанной с проявлением публично выраженной социальной активности.

Вторым из отмеченных выше параметров сетевого общения является отношение подростков к сценам насилия в социальных сетях. Распределение ответов о склонности к разным формам проявления политического протеста среди учащихся с разным отношением к сценам насилия в сети приведено на рис. 3.

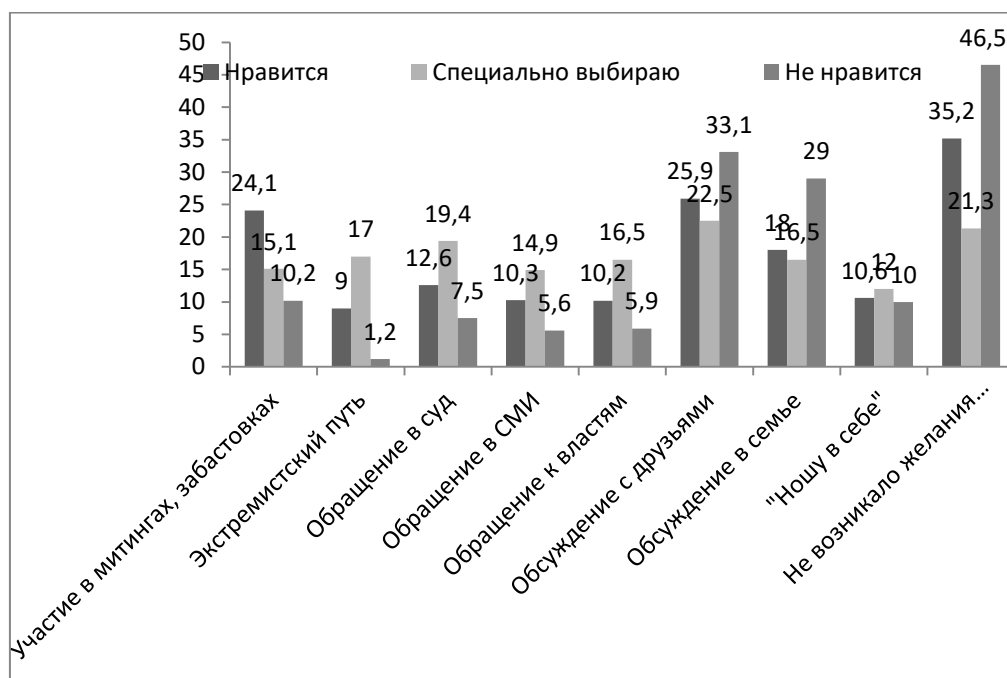


Рисунок 3. Протестные установки подростков в зависимости от их отношения к сценам насилия в социальных сетях (%).

На приведенном рисунке отчетливо видно, что среди подростков, которые «специально выбирают» в сетях сцены насилия, более чем в два раза ниже, по сравнению с теми, кому подобные сцены «не нравятся», доля тех, у кого «не возникало желания протестовать» (соответственно: 21,3% и 46,5%). Иными словами, стремление к специальному поиску сцен насилия в сети связано и с актуализацией протестных установок в сфере политики. Причем характерно, что это проявляется практически относительно всех социальных форм открытого проявления протеста (митинги, экстремистские действия, обращение к вла-

стям, в суд, в СМИ). Исключение составляют лишь ситуации микросоциального взаимодействия с родителями и друзьями: здесь доля склонных к политическому протесту выше среди тех, кому не нравятся сцены проявления насилия в сетях. В свою очередь, это позволяет сделать вывод о том, что само содержание и характер затрагиваемых подростком на межличностном уровне общения политических вопросов предполагает поиск менее радикальных, не силовых способов своего разрешения.

И, наконец, последний параметр касается занимаемой подростком позиции в ситуациях сетевой агрессии. Здесь результаты оказались весьма ожидаемы: те подростки, которые занимают позицию агрессора в ситуациях реального сетевого общения, явно предпочитают открытые социально активные формы политического протеста (митинги, экстремистские действия, обращения в суд, к властям, в СМИ). Иными словами, они ищут выход, «разрядку» своей агрессивности и в сфере политической реальности. Те же, кто занимает позицию «жертв» (или «свидетелей») в ситуациях сетевой агрессии склонны выражать свой протест в межличностной коммуникации (общение с друзьями, родителями). В этой связи можно предположить, что микросоциальная среда выполняет для них своеобразную «компенсаторную» функцию и относительно политических проблем.

Таким образом, в целом полученные материалы позволяют сделать вывод о роли сетевого общения как важном факторе политической социализации подростка. Причем пространство сетевого общения позволяет ему реализовать как установки, которые связаны с реализацией агрессивного поведения, так и компенсаторные, защитные механизмы. И здесь пространство реального межличностного общения играет крайне важную роль в самоопределении подростков относительно политических реалий.

6. Готовность к выражению протеста: социально-психологическое благополучие. Здесь мы кратко рассмотрим два сюжета, которые затрагивают аспекты, связанные с социальным самочувствием подростка и его установками относительно выражения политического протеста. Первый из них связан с эмоциональной оценкой успешности своих жизненных перспектив, второй, – со склонностью к девиантным формам поведения.

В ходе опроса учащимся предлагалось оценить успешность своих жизненных перспектив относительно трех параметров: «с уверенностью и оптимизмом смотрю в будущее», «сомневаюсь в своей жизненной успешности», «со страхом и пессимизмом жду завтрашнего дня». На рис. 4 приведены сравнительные данные ответов «оптимистов» и «пессимистов» относительно их готовности к выражению политического протеста в той или иной форме.

Приведенные данные показывают, что учащиеся, пессимистично оценивающие свои жизненные перспективы, существенно реже по сравнению с «оптимистами» указывают на то, что у них не возникало желания протестовать (соответственно: 34,7% и 50,2%). Причем характерно, и это отчетливо видно на рис. 4, что «пессимисты» выражают повышенную готовность к политическому протесту в совершенно различных формах (митинги и забастовки, экстремистские способы, обращения к властям, в суд, в СМИ, общение с друзьями). К этому стоит добавить, что практически каждый четвертый (22,0%) из пессимистически настро-

енных по поводу своего будущего школьников предпочитает не выражать свой протест, но «носит его в себе». Все это свидетельствует о том, что низкая самооценка своей будущей жизненной успешности явно влияет на формирование протестных политических установок учащихся. В свою очередь это говорит и о своеобразии политических ориентаций в подростковом возрасте, которые во многом определяются не столько оценкой реальной политической ситуации, сколько проекциями относительно своих возможностей в будущем.

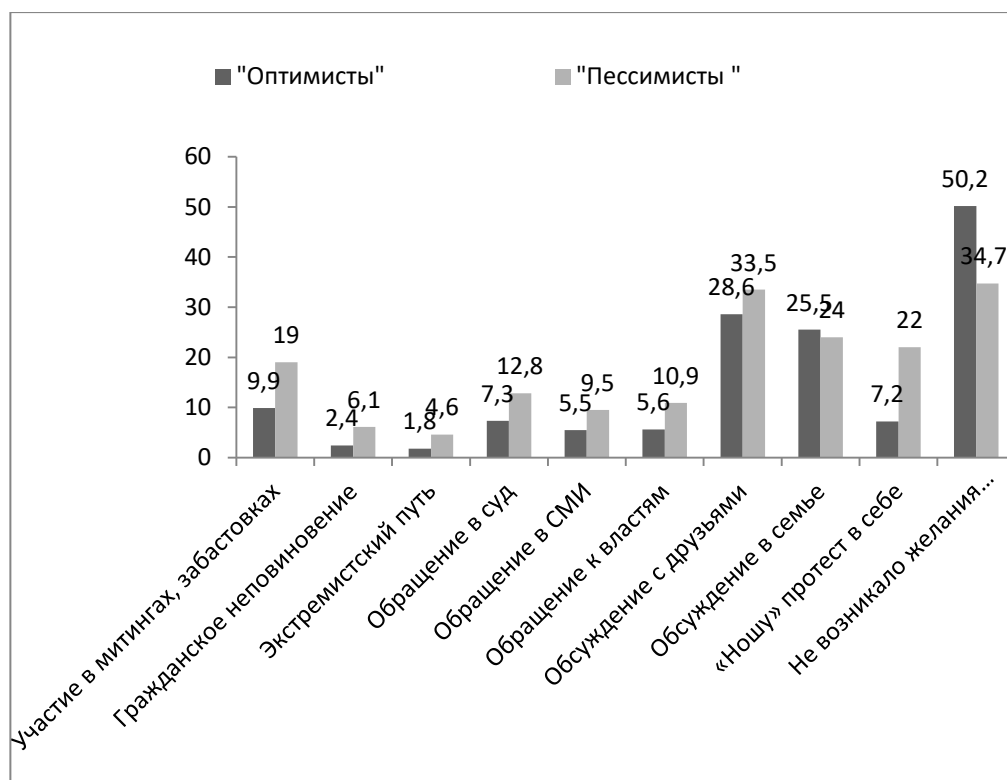


Рисунок 4. Допустимые формы выражения протеста в зависимости от оценки учащимися успешности своих будущих перспектив (%).

Данные, связанные со склонностью подростков к различным формам девиаций (курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков) и их готовностью к выражению протестной политической активности, приведены на рис. 5.

Как видно из рис. 5, подростки, демонстрирующие склонность к различным формам девиантного поведения, существенно чаще проявляют готовность к активному выражению политического протеста.

В целом приведенные в данном разделе данные свидетельствуют о том, что социально-психологическое благополучие, связанное как с негативными представлениями о своих жизненных перспективах, так и со склонностью к девиантным формам поведения, является важными факторами, определяющими формы протестной активности подростка.

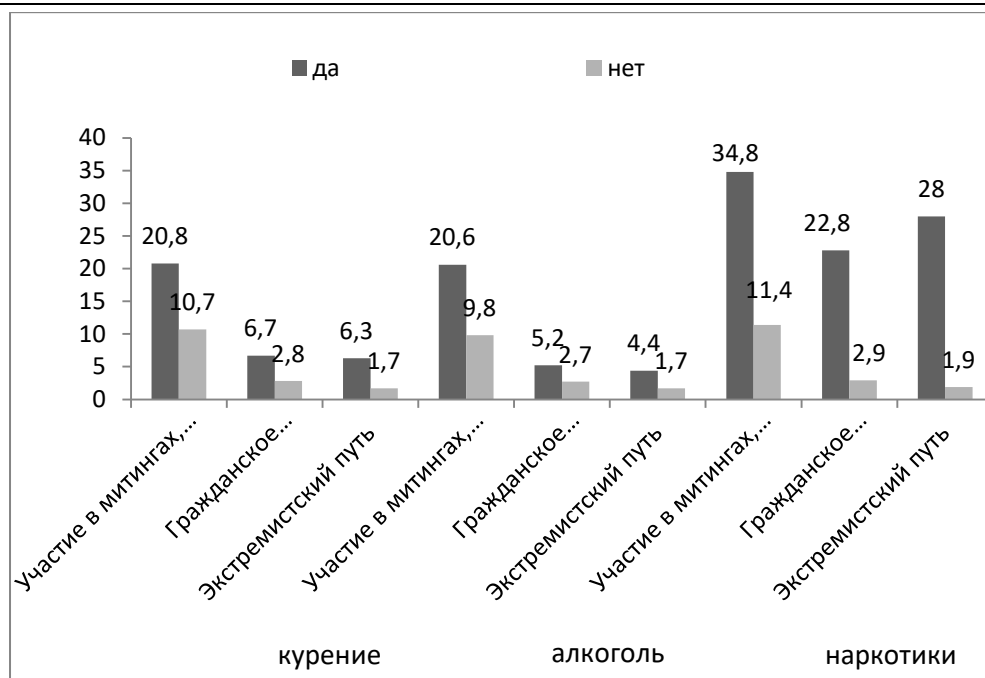


Рисунок 5. Готовность подростков к активным формам выражения протеста в зависимости от их склонности к девиантному поведению; «да» – подростки, склонные к девиации, «нет» – не склонные (%).

Основные выводы

1. Приведенные в статье данные свидетельствуют о том, что политические вопросы играют важную роль в социализации современных российских подростков. При этом с возрастом учащихся последовательно увеличивается доля тех, кто склонен к политическому протестному поведению.

2. Результаты опроса показали, что характер проблематизации политических вопросов и актуализация различных форм протестного поведения как существенно отличается среди подростков разных поколений, так и явно зависит от поселенческих особенностей. В этом отношении можно сделать вывод о том, что политизация подростковой субкультуры в существенной степени определяется общей политической ситуацией.

3. Исследование выявило своеобразное влияние институтов семьи и школы на формирование установок подростков к проявлению разных форм протестной политической активности относительно ориентаций на публичное выражение протеста и обсуждения политических проблем в микросоциальном окружении.

4. Анализ полученных данных позволил уточнить своеобразное влияние сетевого общения как особого пространства публичной активности подростков на особенности проявления ими протестных установок. При этом пространство сетевого общения позволяет реализовать как установки, связанные с реализацией агрессивного поведения, так и компенсаторные, защитные механизмы.

5. Приведенные в статье данные свидетельствуют о том, что протестная политическая активность подростков тесно связана с их эмоциональными оцен-

ками относительно успешности своих жизненных перспектив. В этой связи можно сделать вывод о том, что современная политическая реальность оценивается ими именно с точки зрения возможностей самореализации в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1968. 340 с.

2. Выготский Л.С. Педология подростка. // Л.С. Выготский. Собрание сочинений в 6 т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. С. 5–242.

3. Зубок Ю.А., Чупров В.И. Молодежный экстремизм: сущность и особенности проявления // Социологические исследования. 2008. № 5. С. 37–47.

4. Кирсанов А.И., Давыдов Д.Г., Завальский А.В., Скрибцова Н.А. Характеристика экстремизма в молодежной среде и его профилактика в образовательной организации (по результатам экспертного опроса) [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Kirsanov_Davydov_Zavalskij_Skrib.phtml (дата обращения: 22.07.2022)

5. Кон И.С. Психология юношеского возраста: Проблемы формирования личности. Учеб. пос. М.: Просвещение, 1979. 175 с.

6. Собкин В.С., Ваганова М.В. Политические ориентации подростков и проблема толерантности // Проблемы толерантности в подростковой субкультуре. Труды по социологии образования. Т. VIII. Вып. XIII. / Под ред. В.С. Собкина. М: Центр социологии образования РАО, 2003. С. 9-38.

7. Собкин В.С., Мкртычян А.А. Роль социокультурных факторов в формировании отношения к экстремизму среди школьников Москвы и Риги // Национальный психологический журнал. 2013. № 2. С. 32–40.

8. Собкин В.С. Старшеклассник в мире политики. Эмпирическое исследование. М.: ЦСО РАО, 1997. 318 с.

9. Собкин В.С., Федотова А.В. Отношение учащихся школ и студентов вузов к экстремизму // Толерантность в подростковой и молодежной среде. Труды по социологии образования. Т. IX. Вып. XVI. / Под ред. В.С. Собкина. М: Центр социологии образования РАО, 2004. С. 92–114.

10. Федотова А.В. Современный подросток: выражение протеста и отношение к экстремизму [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2021. Том 13. № 2. С. 105–122. doi:10.17759/psyedu.2021130207

11. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды / Под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. М.: Педагогика, 1989. 560 с.

12. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: Пер. с англ.; общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. М.: Изд. группа «Прогресс», 1996. 344 с.

REFERENCES

1. Anan`ev B.G. Chelovek kak predmet poznaniya. L.: Izdatel`stvo Leningradskogo universiteta, 1968. 340 s.

2. Vy`gotskij L.S. Pedologiya podrostka. // L.S. Vy`gotskij. Sbranie sochinenij v 6 t. T. 4. Detskaya psikhologiya / Pod red. D.B. E`l`konina. M.: Pedagogika, 1984. S. 5–242.

3. Zubok Yu.A., Chuprov V.I. Molodezhny`j e`kstremizm: sushhnost` i osobennosti proyavleniya // *Socziologicheskie issledovaniya*. 2008. # 5. S. 37–47.
4. Kirsanov A.I., Davy`dov D.G., Zaval`skij A.V., Skribczova N.A. Kharakteristika e`kstremizma v molodezhnoj srede i ego profilaktika v obrazovatel`noj organizaczii (po rezul`tatam e`kspertnogo oprosa) [E`lektronny`j resurs] // *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru*. 2014. #1. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Kirsanov_Davydov_Zavalskij_Skrib.phtml (data obrashheniya: 22.07.2022)
5. Kon I.S. Psikhologiya yunosheskogo vozrasta: Problemy` formirovaniya lichnosti. Ucheb. pos. M.: Prosveshhenie, 1979. 175 s.
6. Sobkin V.S., Vaganova M.V. Politicheskie orientaczii podrostkov i problema tolerantnosti // *Problemy` tolerantnosti v podrostkovoju subkul`ture. Trudy` po socziologii obrazovaniya*. T. VIII. Vy`p. XIII. / Pod red. V.S. Sobkina. M: Czentr socziologii obrazovaniya RAO, 2003. S. 9-38.
7. Sobkin V.S., Mkrty`chyan A.A. Rol` socziokul`turny`kh faktorov v formirovanii otnosheniya k e`kstremizmu sredi shkol`nikov Moskvyy` i Rigi // *Naczional`ny`j psikhologicheskij zhurnal*. 2013. # 2. S. 32–40.
8. Sobkin V.S. Starsheklassnik v mire politiki. E`mpiricheskoe issledovanie. M.: CzSO RAO, 1997. 318 s.
9. Sobkin V.S., Fedotova A.V. Otnoshenie uchashhikhshya shkol i studentov vuzov k e`kstremizmu // *Tolerantnost` v podrostkovoju i molodezhnoj srede. Trudy` po socziologii obrazovaniya*. T. IX. Vy`p. XVI. / Pod red. V.S. Sobkina. M: Czentr socziologii obrazovaniya RAO, 2004. S. 92–114.
10. Fedotova A.V. Sovremenny`j podrostok: vy`razhenie protesta i otnoshenie k e`kstremizmu [E`lektronny`j resurs] // *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya*. 2021. Tom 13. # 2. S. 105–122. doi:10.17759/psyedu.2021130207
11. E`l`konin D.B. Izbranny`e psikhologicheskie trudy` / Pod red. V.V. Davy`dova, V.P. Zinchenko. M.: Pedagogika, 1989. 560 s.
12. E`rikson E`. Identichnost`: yunost` i krizis: Per. s angl.; obshh. red. i predisl. A.V. Tolsty`kh. M.: Izd. gruppа «Progress», 1996. 344 s.

V.S. Sobkin, A.V. Fedotova

ON THE FORMS OF ADOLESCENTS' PROTEST ACTIVITY

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

Summary. The paper relies on the results of anonymous questionnaire survey of 40 575 students of grades 7-11, which was conducted in 2020-2021 in schools located in 17 regions of Russian Federation. The study deals with modern teenagers' willingness to demonstrate their civil attitude. It explores a wide range of demographic, socio-stratification, and behavioral factors that influence the adolescents' eagerness to be involved into active forms of protest. The authors accentuate the roles of the institutions of family and school, as well as social network activity in the formation of adolescents' attitudes towards various forms of protest behavior.

Keywords. Adolescence, socialization, protest demonstration, civil attitude, extremism, aggression, deviant behavior, social media, social status, gender specifics.

И.А. Горьковая, А.В. Микляева

**КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПОДРОСТКОВ С ПРОТИВОПРАВНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ
РОССИЙСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ:
СРАВНИТЕЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ²**

**ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, ФГБОУ ВО Российский государственный педа-
гогический университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье представлен сравнительно-исторический анализ копинг-стратегий, которым отдавали предпочтение подростки с устойчивым противоправным поведением в течение последних 25 лет. Результаты обследования 277 подростков мужского пола 14–17 лет (174 подростка с устойчивым противоправным поведением, 105 подростков с условно нормативным поведением), проведенного в 1996, 2004 и 2020 гг. с помощью Методики диагностики копинг-механизмов Э. Хейма, свидетельствуют о том, что в течение этого времени наблюдается тенденция к усилению адаптивности копинг-стратегий подростков с устойчивым противоправным поведением, которая аналогична изменениям, зафиксированным в группе сравнения.

Ключевые слова: копинг-механизмы, копинг-стратегия, подростки, устойчивое противоправное поведение, условно нормативное поведение, сравнительно-историческое исследование.

Введение. Исследования, в которых изучается роль копинг-механизмов в становлении делинквентности, в том числе в формировании склонности к противоправному поведению, осуществляются на протяжении нескольких последних десятилетий и показывают, что отсутствие адаптивных копинг-стратегий является значимым и надежным предиктором делинквентного поведения [4, 7, 10, 17]. Показано, что различия в копинг-механизмах между делинквентами и их сверстниками с условно нормативным поведением не проявляются ярко в детском возрасте, становясь наиболее заметными к подростковому возрасту [28], что говорит о постепенном формировании неадаптивных копинг-стратегий в процессе становления делинквентной личности. По мнению некоторых исследователей, именно отсутствие адаптивных копинг-механизмов может способствовать возникновению делинквентного поведения, которое используется в качестве средства решения возникающих проблем, которые не удается решить просоциальными способами; тем самым делинквентность позволяет подросткам минимизировать негативные последствия стресса и является адаптивной реакцией на воздействия среды, в пространстве которой происходит становление их личности [13, 18, 19]. Эта точка зрения поддерживается данными о том, что степень неадаптивности совладающего поведения прямо связана с выраженностью поведенческих нарушений [3, 5], а также результатами формирующих экспериментов, демонстри-

²Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00437.

рующими, что обучение подростков-правонарушителей адаптивным стратегиям совладания с трудностями способствует формированию у них просоциальных моделей поведения и тем самым является важным инструментом профилактики и коррекции подростковой делинквентности [26]. Подростковый возраст является одним из сенситивных периодов для формирования и закрепления репертуара копинг-стратегий личности [1], поэтому задача изучения копинг-стратегий подростков-делинквентов обладает большой научной и практической актуальностью.

В литературе имеются сведения о том, что подростки-правонарушители чаще, чем их сверстники с условно нормативным поведением, используют избегающее совладание [2, 8, 12, 23, 27]. Представлены данные о том, что в когнитивной сфере у подростков с девиантным поведением преобладает копинг-стратегия «смирение», в эмоциональной сфере – «оптимизм», в поведенческой сфере – «отвлечение» [14]. Помимо этого показано, что подростки-делинквенты чаще, чем их сверстники с условно нормативным поведением, выбирают копинг-стратегии конфронтационного типа, реализация которых сопряжена с проявлениями агрессии [7, 12] и выплеском негативных эмоций [15].

В то же время ряд исследований позволяет отметить, что взаимосвязи между копинг-механизмами и степенью нормативности/делинквентности поведения в подростковом возрасте не являются линейными. Так, например, установлено, что помимо различий в предпочитаемых копинг-стратегиях, связанных с предпочтением избегающего копинг-поведения подростками-делинквентами, между ними и их сверстниками с условно нормативным поведением отмечаются сходства в предпочтении ряда адаптивных копинг-стратегий, таких как решение проблем и поиск поддержки [27]. Установлено, что стратегии совладания не опосредуют прямо связь между правонарушениями и характеристиками социальной среды и жизненного опыта подростков [20]. В свою очередь, дифференциация копинг-стратегий на адаптивные и неадаптивные не всегда позволяет точно предсказать связь копинг-механизмов и нормативности поведения: так, например, для подростков-жертв дискриминации по общинному признаку избегающее совладание является фактором защиты, снижающим риск делинквентности, в то время как проблемно- и эмоционально-ориентированные копинги не выполняют этих функций [24]. Кроме того, эта связь может быть опосредована полом подростков и различаться для мальчиков и девочек [21, 24], что, по всей вероятности, объясняется гендерной специфичностью копинг-поведения, в том числе у подростков-делинквентов [6]. В совокупности эти данные позволяют предположить, что в становление копинг-механизмов подростков с противоправным поведением вносит весомый вклад социальный контекст, в котором разворачивается становление их личности.

Одним из наиболее распространенных методов изучения вклада социального контекста в становление психики и личности, позволяющим выявить универсальные и специфичные для конкретных условий развития характеристики психологических феноменов, является сравнительно-исторический метод, который широко применяется в социальных науках [11], в том числе для исследования проблематики, связанной с противоправным поведением [20]. Возможности сравнительно-исторического метода позволяют предполагать, что с его помощью можно полнее понять специфику копинг-механизмов подростков-

делинквентов на материале анализа трансформаций копинг-поведения таких подростков в период глобальных социальных изменений, которые происходили в России в последние десятилетия. В связи с этим в статье представлены результаты сравнительно-исторического исследования, направленного на выявление и анализ копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с устойчивым противоправным поведением в течение последних 25 лет – с 1996 по 2020 гг.

Материалы и методы. Обследование подростков осуществлялось с помощью Методики диагностики копинг-механизмов Э. Хейма в 1996, 2004 и 2020 гг. На разных этапах исследования в нем принимали участие 277 подростков мужского пола в возрасте 14–17 лет, из них 174 подростка с устойчивым противоправным поведением, имеющие неоднократный опыт нарушения закона, установленного в судебном порядке, обучающиеся в специализированном образовательном учреждении закрытого типа (в 1996 г. – 59 чел., в 2004 г. – 52 чел., в 2020 г. – 63 чел.), и 105 подростков с условно нормативным поведением, не имеющих опыта нарушения закона, установленного в судебном порядке (группа сравнения, в 2004 г. – 44 чел., в 2020 г. – 59 чел.; в 1996 г. обследование подростков группы сравнения не проводилось). Для статистической обработки результатов исследования применялся программный пакет Statistica10.0, с помощью которого рассчитывались описательные статистики ($M \pm S$), а также осуществлялся дисперсионный (F) анализ.

Результаты. Данные, представленные в табл. 1, свидетельствуют о том, что для подростков, принявших участие в исследовании в 2004 и 2020 гг., в целом характерны более адаптивные копинг-стратегии, чем для их сверстников, обследованных в 1996 г., причем наиболее ощутимый вклад в эти изменения вносят поведенческие копинг-стратегии, адаптивность которых за последние 25 лет существенно достоверно увеличилась, тогда как показатели предпочтения адаптивных копинг-стратегий когнитивного порядка демонстрируют противоречивую динамику, возрастая к 2004 г. и снижаясь к 2020 г.

Таблица 1.

Предпочтение адаптивных (А), условно адаптивных (УА) и неадаптивных (НА) копинг-стратегий подростками с устойчивым противоправным поведением в исследованиях 1996, 2004 и 2020 гг. (** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$)

Копинг-стратегии	Год обследования			F
	1996	2004	2020	
Когнитивные А	0,25±0,44	0,52±0,50	0,30±0,46	6,43**
Когнитивные УА	0,12±0,33	0,17±0,38	0,19±0,40	1,28
Когнитивные НА	0,63±0,49	0,29±0,46	0,49±0,50	16,35***
Эмоциональные А	0,47±0,50	0,56±0,50	0,65±0,48	1,93
Эмоциональные УА	0,05±0,22	0,08±0,27	0,10±0,30	1,18
Эмоциональные НА	0,49±0,50	0,35±0,48	0,24±0,43	2,79
Поведенческие А	0,05±0,22	0,27±0,45	0,38±0,49	11,85***
Поведенческие УА	0,68±0,47	0,50±0,50	0,44±0,50	5,95**
Поведенческие НА	0,27±0,45	0,21±0,41	0,16±0,37	1,11
Сумма А	0,78±0,79	1,35±0,86	1,33±0,82	12,19***
Сумма УА	0,85±0,64	0,75±0,76	0,73±0,75	1,68
Сумма НА	1,39±0,87	0,85±0,78	0,89±0,86	12,26**

Тем не менее показатели предпочтения адаптивных копинг-стратегий подростков с устойчивым противоправным поведением достоверно ниже, чем аналогичные показатели, полученные при обследовании их сверстников в обследованиях 2004 и 2020 гг. (для показателя адаптивных когнитивных копинг-стратегий $F=17,49$ при $p<0,001$; для показателя адаптивных поведенческих копинг-стратегий $F=4,97$ при $p<0,05$; для суммарного показателя адаптивных копинг-стратегий $F=8,27$ при $p<0,01$), несмотря на то что увеличение суммарного показателя предпочтения адаптивных копинг-стратегий, как и показателя адаптивных поведенческих копинг-стратегий, в рассматриваемый отрезок времени является универсальной тенденцией, проявляющейся как в группе подростков с устойчивым противоправным поведением, так и среди их сверстников с условно нормативным поведением ($F=11,85$ при $p<0,001$ и $F=12,19$ при $p<0,001$ соответственно). Показатель предпочтения адаптивных эмоциональных копинг-стратегий не продемонстрировал достоверных различий между подгруппами подростков с устойчивым противоправным и условно нормативным поведением, а также не изменялся существенно в обследованиях, проведенных в разные годы.

Качественный анализ копинг-стратегий, предпочитаемых подростками (см. рис. 1-3), позволил отметить, что рост показателя адаптивных поведенческих копинг-стратегий обеспечивается, в первую очередь, снижением распространенности условно адаптивной копинг-стратегии «компенсация» и неадаптивной стратегии «активное избегание» в пользу адаптивных стратегий «обращение» и «сотрудничество», а также условно адаптивной стратегии «конструктивная активность». Среди когнитивных копинг-стратегий фиксируется увеличение распространенности адаптивных стратегий «проблемный анализ» и «установка собственной ценности», а также условно адаптивной стратегии «придача смысла» на фоне существенного сокращения неадаптивной стратегии «диссимуляция». Эмоциональные копинг-стратегии также претерпели качественные изменения, связанные с последовательным снижением неадаптивной стратегии «агрессивность» на фоне роста показателей предпочтения адаптивной стратегии «оптимизм» и одновременного снижения показателей конструктивной стратегии «протест».

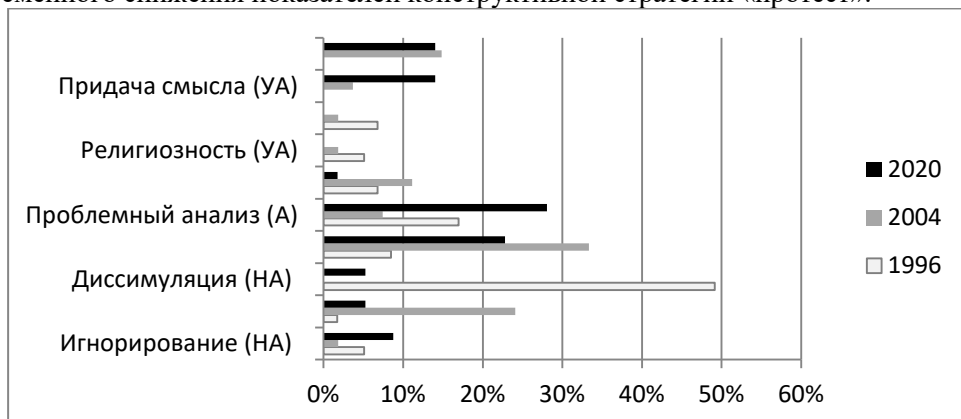


Рисунок 1. Предпочтение адаптивных (А), условно адаптивных (УА) и неадаптивных (НА) когнитивных копинг-стратегий подростками с устойчивым противоправным поведением в 1996, 2004 и 2020 гг.

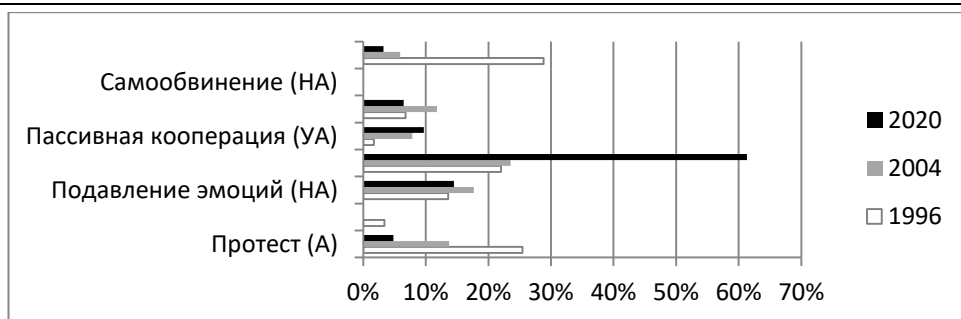


Рисунок 2. Предпочтение адаптивных (А), условно адаптивных (УА) и неадаптивных (НА) эмоциональных копинг-стратегий подростками с устойчивым противоправным поведением в 1996, 2004 и 2020 гг.

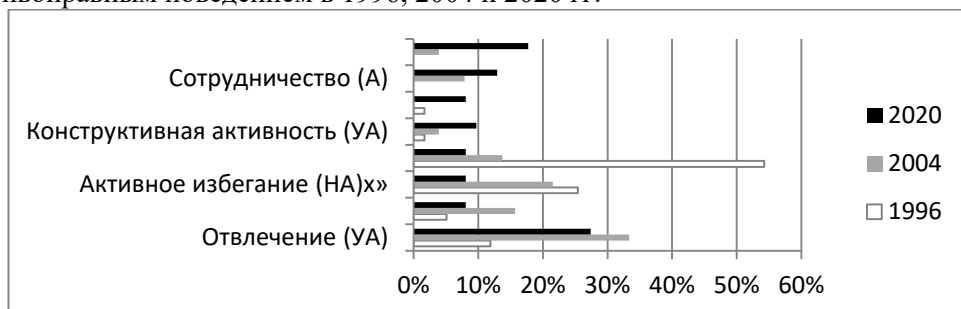


Рисунок 3. Предпочтение адаптивных (А), условно адаптивных (УА) и неадаптивных (НА) поведенческих копинг-стратегий подростками с устойчивым противоправным поведением в 1996, 2004 и 2020 гг.

Сравнение данных, полученных в обследовании подростков с устойчивым противоправным поведением, с результатами их сверстников из группы сравнения показало, что рост предпочтения «проблемного анализа», «установки собственной ценности», «оптимизм» и «сотрудничество» характерен также и для подростков с условно нормативным поведением (15,9% в 2004 г. против 36,4% в 2020 г., 4,5% против 18,2%, 31,2% против 52,5%, 15,9% против 29,5% соответственно) и является универсальной для обеих групп тенденцией, в то время как сокращение распространенности неадаптивных стратегий «агрессивность» и «диссимуляция», а также условно адаптивной стратегии «компенсация» характерны только для выборок подростков с устойчивым противоправным поведением (в группе сравнения – 2,3% в 2004 г., нет в 2020 г.; нет в 2004 г., 4,0% в 2020 г. соответственно).

Возвращаясь к анализу данных, представленных в табл. 1, отметим, что эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии подростков с устойчивым противоправным поведением, обследованных в 2004 и 2020 гг., характеризуются более выраженной адаптивностью, по сравнению с обследованием 1996 г., тогда как когнитивные копинг-стратегии наиболее адаптивны в обследовании 2004 г., в то время как к 2020 г. их адаптивность снижается. В выборках подростков с условно нормативным поведением все виды копинг-стратегий демонстрируют положительную динамику адаптивности в период между обследованиями 2004 и 2020 гг.. Различия в изменении показателя адаптивности когни-

тивных копинг-стратегий под влиянием взаимодействия факторов «группа подростков» и «год обследования» достоверны ($F=4,49$ при $p<0,05$).

Обсуждение результатов. Наше исследование показало, что в течение последних 25 лет среди подростков наблюдается тенденция к последовательному усилению адаптивности предпочитаемых ими копинг-стратегий прежде всего в сфере поведенческих копингов, что в одинаковой степени характерно как для подростков с устойчивым противоправным поведением, так и для их сверстников, не имеющих опыта совершения правонарушений. Несмотря на то, что показатели предпочтения адаптивных копинг-стратегий в выборке подростков с устойчивым противоправным поведением достоверно ниже, чем аналогичные показатели, полученные при обследовании их сверстников с условно нормативным поведением, в обследованиях 2004 г. и 2020 г. показатели предпочтения адаптивных копинг-стратегий в выборке подростков-правонарушителей выше, чем неадаптивных, что говорит о росте адаптивности копинг-механизмов в сравнении с обследованием 1996 г. Таким образом, наше исследование подтверждает имеющиеся в литературе данные о меньшей адаптивности копинг-поведения подростков-делинквентов в сравнении с их сверстниками [2, 8, 12, 22], однако демонстрирует положительные тенденции, свидетельствующие о сокращении различий в предпочитаемых копингах между этими группами подростков.

Основные изменения обнаружены в сфере поведенческих копингов, адаптивность которых возрастает наиболее очевидно и в выборке подростков с устойчивым противоправным поведением, и в группе сравнения, что говорит о более конструктивных поведенческих стратегиях совладания с трудностями у современных подростков в сравнении с подростками конца XX века и, вероятно, является отражением фиксируемого сегодня повышения психологической грамотности населения, связанной с повышением доступности информации психологического содержания [4]. В сфере эмоциональных копингов не зафиксировано роста адаптивности предпочитаемых стратегий, однако обнаруживается выраженный переход от предпочитаемых в конце XX века стратегии «протест» к стратегии «оптимизм», что, судя по всему, является отражением своеобразной «моды на позитивное мышление» [9] и отмечается в обеих группах – и среди подростков-делинквентов, и среди их сверстников с условно нормативным поведением. Когнитивные копинги продемонстрировали противоречивую динамику, что, возможно, определяется более низким, в сравнении со сверстниками, уровнем рефлексивности подростков-правонарушителей [16], а также зачастую более низким образовательным уровнем, что отмечалось и другими исследователями [27].

В сравнении с 1996 г. к настоящему времени наблюдается существенное сокращение неадаптивных копинг-стратегий, отмечаемых в исследованиях в качестве типичных для подростков-делинквентов [2, 7, 8, 12, 23, 27], в частности, активного избегания, агрессивности и диссимуляции, а также условно адаптивной стратегии «компенсация» в пользу адаптивных стратегий проблемного анализа, установки собственной ценности, оптимизма и сотрудничества. Сокращение распространенности отмеченных выше неадаптивных и условно адаптивных копинг-стратегий характерно только для подростков-делинквентов, тогда как рост предпочтения перечисленных копингов адаптивного характера является универсальным для обеих групп результатом, что корреспондирует с отмеченной выше тенденцией к усилению адаптивности копинг-стратегий под-

рошков независимо от наличия или отсутствия у них опыта совершения правонарушений.

Таким образом, наше исследование позволило установить, что в течение последних 25 лет отмечается рост адаптивности копинг-поведения подростков с устойчивым противоправным поведением, который является отражением общей тенденции к усилению адаптивности копинг-механизмов подростков. Однако необходимо отметить, что исследование, в рамках которого получен этот результат, имело несколько ограничений. Так, в частности, в исследовании принимали участие только подростки мужского пола, что не позволило учесть гендерный контекст, который, возможно, внес бы в описанную картину существенные уточнения [6, 22, 25]; использовался подход к диагностике копинг-стратегий, предложенный Э. Хеймом, который не в полной мере сопоставим с подходами, используемыми в других исследованиях; положительная динамика в выборке подростков-правонарушителей может отражать не только изменения закономерностей становления их личности, но и повышение эффективности коррекционно-профилактических мер, реализуемых на разных уровнях работы с данным контингентом; не были проанализированы данные о копинг-поведении подростков с условно-нормативным поведением за 1996 г. (в силу их отсутствия), что не позволяет построить сравнительную картину в полном объеме. В связи с этим представляются необходимыми дальнейшие сравнительно-исторические исследования копинг-поведения подростков-делинквентов. Отдельного внимания заслуживает интерпретация подростками-правонарушителями содержания предпочитаемых ими копинг-стратегий, которая, вероятно, может отличаться от их понимания подростками группы сравнения в силу различий в образовательном и общекультурном уровне [27].

Выводы. Сравнительно-исторический анализ позволил зафиксировать универсальную для групп подростков-правонарушителей и их сверстников с условно нормативным поведением тенденцию к усилению адаптивности копинг-стратегий, которая наиболее ярко проявляется в сфере поведенческих копингов. В период с 1996 по 2020 гг. последовательно возрастает предпочтение подростками обеих групп адаптивных копинг-стратегий «проблемный анализ», «оптимизм», «сотрудничество» и «установка собственной ценности»; помимо этого, в группе подростков с устойчивым противоправным поведением снижаются показатели предпочтения неадаптивных и условно адаптивных копинг-стратегий «агрессивность», «диссимуляция» и «компенсация». Полученные результаты необходимо учитывать при организации работы по профилактике и коррекции противоправного поведения в подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Ю.А. Роль личностных особенностей подростков в формировании копинг-стратегий // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021 (21). № 1. С. 47-53.
2. Бирюкова Г.М., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Особенности копинг-стратегий у подростков с противоправным поведением // Юридическая мысль. 2012. № 1 (69). С. 113-117.
3. Киселева О.В. Влияние личностных особенностей на выбор копинг-стратегий у подростков с нарушениями и без нарушений поведения // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2007. Т. 9. № 29. С. 152-154.

-
4. Козлова Н.С. Специфика лиц, проявляющих интерес к научно-популярным статьям по психологии в сети Интернет // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. 2014. № 47. С. 227-231.
 5. Колиева Р.Р. Анализ копинг-стратегий подростков склонных к девиантному поведению // *Проблемы современной науки и образования*. 2014. № 3 (21). С. 129-132.
 6. Корзун С.А. Совладающее поведение девиантных подростков // *Адукацыя і выхаванне*. 2009. № 3. С. 70-74.
 7. Куприянчук Е.В., Шутарева И.М. Особенности совладающего поведения подростков с девиантным поведением // *Страховские чтения*. 2018. № 26. С. 149-152.
 8. Кушка М.Г. Деструктивные копинг-ресурсы как фактор риска девиантного поведения подростков // *Проблемы современного педагогического образования*. 2018. № 58-1. С. 129-132.
 9. Леонтьев Д.А. Позитивная психология – повестка дня нового столетия // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2012. Т. 9. № 4. С. 36-58.
 10. Максименкова Л.И., Гучкова Т.Н. Специфика механизмов психологической защиты и копинг-стратегий у девиантных подростков // *Мир науки. Педагогика и психология*. 2020. Т. 8. № 2. С. 68.
 11. Моргачева Е.Н. Сравнительно-исторический метод: обзор подходов к классификации в общественных науках // *Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование»*. 2016. № 2 (4). С. 102-114.
 12. Савоничева К.Г., Авраменко Н.Н. Особенности выбора копинг-стратегий у подростков с девиантным поведением, стоящих на учете в детской комнате полиции // *Вестник Калужского университета. Серия 1. Психологические науки. Педагогические науки*. 2019. Том 2. № 2. С. 46-56.
 13. Уласень Т.В. Динамика выбираемых копинг-стратегий у подростков-воспитанников учреждений социальной защиты в ходе психокоррекции // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2021 (21). № 3. С. 53-63.
 14. Учаева А.А., Захарова А.Н., Дулина Г.С. Исследование взаимосвязи копинг-стратегий и акцентуаций характера у девиантных подростков // *Проблемы современного педагогического образования*. 2017. № 56-9. С. 349-356.
 15. Черенева Е.А., Ермакова Л.В. Копинг-стратегии подростков с аддиктивной и делинквентной формой девиантного поведения. Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2016. 212 с.
 16. Чернова Е.О. Рефлексивные особенности членов подростково-молодежных уличных криминальных группировок // *Санкт-Петербургский образовательный вестник*. 2018. № 11-12 (27-28). С. 37-39.
 17. Bartek S.E., Krebs D.L., Taylor M.C. Coping, defending and the relations between moral judgement and moral behaviour in prostitutes and other female juvenile delinquents // *Journal of Abnormal Psychology*. 1993. Vol. 102 (1). Pp. 66-73. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.66>
 18. Brezina T. Delinquent problem-solving: An interpretive framework for criminological theory and research // *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 2000. Vol. 37. Pp. 3-30.
 19. Brezina T. Adapting to strain: an examination of delinquent coping responses // *Criminology*. 1996. Vol. 34. Pp. 39-60. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1996.tb01194.x>
 20. Dariotis J.K., Chen F.R. Stress coping strategies as mediators: toward a bet-
-

ter understanding of sexual, substance, and delinquent behavior-related risk-taking among transition-aged youth // *Deviant Behavior*. 2022. Vol. 43 (4). Pp. 397-414. <https://doi.org/10.1080/01639625.2020.1796210>

21. Deflem M. Comparative historical analysis in criminology and criminal justice // *The Routledge Handbook of Qualitative Criminology* / edited by H. Copes and J.M. Miller. 2015. London: Routledge, pp. 63-73.

22. DiClemente C.M., Richards M.H. Community violence in early adolescence: assessing coping strategies for reducing delinquency and aggression // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2022. Vol. 51 (2). Pp. 155-169. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1650365>

23. Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E. Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders // *Addictive Behaviors*. 2004. Vol. 29 (5). Pp. 1001-1008. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.050>

24. Gresham B., Orihuela C.A., Mrug S. Moderating effects of coping style on externalizing behaviors and substance use in urban adolescents exposed to community violence // *International Journal of Developmental Science*. 2021. Vol. 15 (3-4). Pp. 61-73. <https://doi.org/10.3233/DEV-210306>

25. Kort-Butler L.A. Coping styles and sex differences in depressive symptoms and delinquent behavior // *Journal of Youth and Adolescence*. 2009. Vol. 38. Pp. 122-136. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9291-x>

26. Nicolaescu E.P. Perspectives on coping mechanisms in adolescent teenagers // *Romanian Journal Of Psychological Studies*. 2021. Vol. 9. Pp. 84-94.

27. Ruchkin V.V., Eisemann M., Hägglöf B. Coping styles in delinquent adolescents and controls: the role of personality and parental rearing // *Journal of Youth and Adolescence*. 1999. Vol. 28. Pp. 705-717. <https://doi.org/10.1023/A:1021639617667>

28. Vassallo S., Smart D., Sanson A., Dussuyer I., McKendry B., Toumbourou J. Patterns and precursors of adolescent antisocial behaviour (First report). 2002 Report commissioned by Crime Prevention Victoria [Online]. URL: <https://www.researchgate.net/publication/255613993> Patterns and precursors of teenage antisocial behaviour (accessed: 01.08.2022).

I.A. Gorkovaya, A.V. Miklyaeva

COPING-STRATEGIES OF ADOLESCENTS WITH ILLEGAL BEHAVIOR IN TERMS OF TRANSFORMATION OF RUSSIAN SOCIAL REALITY: COMPARATIVE HISTORICAL ANALYSIS

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Herzen State Pedagogical University of Russia (St. Petersburg).

Summary. The article presents the comparative historical analysis of coping strategies that have been preferred by adolescents with persistent illegal behavior over the past 25 years. The survey included 277 male adolescents aged 14-17 (174 adolescents with persistent illegal behavior, 105 adolescents with conditionally normative behavior). It was conducted in 1996, 2004 and 2020 with the use of the Diagnostic Technique of coping mechanisms (E. Heim). The results show that during this time there is a tendency to increase the adaptability of coping strategies of adolescents with persistent illegal behavior, which is similar to the changes in the comparison group.

Keywords: coping mechanisms, coping strategy, adolescents, persistent illegal behavior, conditionally normative behavior, comparative historical research.

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

С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА
ФГБНУ Научный центр психического здоровья (Москва).**

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования, посвященного анализу и обобщению особенностей психологической помощи в рамках амбулаторного приема с детьми и подростками. Выборку исследования составили 133 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 5 до 17 лет. Использованы методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования. Было выявлено, что амбулаторный прием в большинстве обращений реализует диагностическую деятельность. В группе пациентов детского возраста выше потребность в психологической диагностике, а в группе подростков – в терапевтической и консультационной деятельности.

Ключевые слова: подростки, детский возраст, психическая патология, психологическая помощь, амбулаторный прием.

Введение. В современных клинических и психологических работах отмечается возрастающая роль клинических психологов в лечебно-реабилитационном процессе [2, 6, 7]. Б.Д. Карвасарский в своем учебнике по клинической психологии указывает на роль и значение клинической психологии на всех этапах профилактики, лечения и реабилитации больных различных нозологий и возрастов [7]. Следует отметить, что включение клинических психологов в бригады специалистов, которые оказывают психиатрическую и психотерапевтическую помощь, способствует своевременной и всесторонней диагностике и лечению больных. Успешная деятельность любой медицинской организации, нацеленная на повышение удовлетворенности потребителя, невозможна без использования современных методов и технологий управления качеством. Среди них ведущее значение имеют социально-психологические методы на основе системного подхода и инноваций.

В настоящее время клиницисты, организаторы здравоохранения и руководители лечебно-профилактических учреждений активно подчеркивают необходимость создания психиатрической, психотерапевтической и психологической службы в общесоматических амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждениях. В работе В.Н. Прокудина с соавт. показано исследование эффективности помощи пациентам с использованием комбинированного психотерапевтического и психофармакологического способа лечения. Авторы представляют пятилетний опыт оказания психотерапевтической и психиатрической помощи больным московской многопрофильной больницы скорой помощи № 36 с разнообразными психическими расстройствами специалистами кабинета [9]. Ими было выявлено, что организация помощи по модели «взаимодействие-прикрепление» повысила качество оказания специализированной медицин-

ской помощи больным с психическими расстройствами, способствовала более полной психосоциальной реабилитации и улучшила качество жизни пациентов.

В последние годы отмечается рост числа психотерапевтических кабинетов и введение должностей клинических психологов в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля и многопрофильных больницах, который реализует стратегию приближения к населению психологической и психотерапевтической помощи, охране психического здоровья. В связи с тенденцией дестигматизации психических заболеваний и ростом потребности решения психологических проблем среди населения все больше людей обращаются за психологической помощью. Одними из заказчиков психологической помощи являются подростки. Так, все больше подростков озвучивают свои проблемы и необходимость консультации с психологом или психотерапевтом.

В связи с этим амбулаторный прием является достаточно удобным как для пациента, так и для государственной системы здравоохранения вариантом оказания психологической помощи. В настоящее время именно такой вид помощи актуален для большинства заболеваний, не требующих слишком серьезного терапевтического или специализированного вмешательства. Можно отметить, что абсолютное большинство заболеваний, которые не вызывают тяжелых нарушений деятельности организма пациента, не приводят к выраженной социальной дезадаптации и опасности для самого пациента, лечится именно в амбулаторном режиме. Стационарный же вариант оказания помощи предназначен для более сложных ситуаций, для проведения специализированных лечебных мероприятий или при наличии состояний, непосредственно угрожающих жизни и здоровью как самого пациента, так и окружающих его людей [7]. Стационарное лечение показано прежде всего для пациентов с тяжелыми и хроническими формами неврозов, осложненными органической патологией центральной нервной системы и соматическими заболеваниями, а также для больных, социальное окружение которых является источником постоянного эмоционального стресса и декомпенсации. Кроме этого в условиях развивающейся психотерапевтической службы для многих пациентов, проживающих вне крупных городов и в сельской местности, амбулаторная помощь остается недоступной. Повышение доступности и качества амбулаторной медицинской помощи является одним из приоритетных направлений реформирования здравоохранения.

У амбулаторного режима оказания медицинской помощи выделяется ряд плюсов. Во-первых, пациенту не нужно постоянно находиться в учреждении здравоохранения. Во-вторых, данный вариант психологической и психотерапевтической помощи позволяет пациенту не отрываться от его бытовых и трудовых обязанностей, сохранять имеющийся уровень социальной адаптации и социальное взаимодействие. В-третьих, технологии психологической или психотерапевтической работы можно сразу внедрять в реальную жизнь пациента, воздействовать на его систему отношений. В-четвертых, при амбулаторном варианте помощи отсутствуют явления госпитализма, особенно вероятных при затяжных неврозах, которые возникают из-за адаптивного характера клинических проявлений и имеющихся у больных тенденций к ограничительному поведению [3, 7]. В-пятых, для государственного здравоохранения такой вариант

оказания помощи является наиболее экономически выгодным. И наконец, доступность и приближенность амбулаторного режима к населению. Именно благодаря всем этим преимуществам, амбулаторный режим с каждым годом стараются использовать все чаще для лечения пациентов.

Следует отметить, что у амбулаторного режима помощи населению есть и определенные недостатки. Основными среди них являются следующие: нет постоянного присмотра за пациентом со стороны медицинского персонала, возможны нарушения амбулаторного режима, частые несоблюдения пациентом рекомендаций. Кроме этого остаются проблемы в клинической практике с организацией логистики по направлению к специалисту на амбулаторный прием, с формированием бригад специалистов, распределению функционала [1, 5, 12].

Психотерапевтическое воздействие на пациента имеет ряд особенностей: во-первых, непосредственное общение пациента и психотерапевта обеспечивают лечебный эффект, во-вторых, психотерапия предполагает определенный период встреч, в-третьих, наилучшие результаты психотерапевтического вмешательства достигаются через изменения в системе межличностных отношений пациента. Все это требует определенного времени и может быть реализовано именно в амбулаторных условиях [4]. В клинико-психологических работах представлен опыт применения и эффективность различных направлений психотерапии при оказании психологической помощи пациентам в рамках амбулаторного приема [8 11].

Амбулаторная помощь может быть реализована в нескольких формах. В условиях этапной формы организации психологической или психотерапевтической службы амбулаторная помощь осуществляется в психотерапевтических кабинетах лечебно-профилактических учреждений различного профиля. Полустационарные отделения являются еще одной формой организации амбулаторной помощи населению. Данные психотерапевтические отделения организуются при территориальных психотерапевтических центрах, психоневрологических диспансерах и центрах психического здоровья. Следует отметить, что амбулаторная помощь также на сегодняшний день осуществляется негосударственными психологическими центрами и лечебно-диагностическими учреждениями вне территориального принципа, а также в кабинетах частнопрактикующих психологов и психотерапевтов.

Кроме этого в современной психологической практике амбулаторная помощь пациентам осуществляется вне рамок медицинской модели психотерапии. В последнее время данный вариант помощи получает широкое развитие в психологических консультативных центрах, социально-педагогических учреждениях, кризисных центрах и психологических службах исправительно-трудовых учреждений вне рамок здравоохранения [7, 11]. В данном случае амбулаторная помощь обеспечивается психологическими, психолого-педагогическими и социально-психологическими методами. Например, реализуются задачи по социально-психологической адаптации, коррекции семейно-супружеских отношений и др. [9].

Существующие варианты амбулаторной помощи предполагают широкий охват пациентов различных нозологий, социальных категорий и возраста. Для каждой категории пациентов будут реализовываться свои специфические задачи амбулаторной помощи. В связи с особенностями задач помощи и спецификой возраста пациентов и сама организация амбулаторного режима будет различной. Так, на-

пример, амбулаторная помощь детям раннего возраста представляет собой медико-психологическую коррекцию в рамках работы кабинетов детских клинических психологов в муниципальных поликлиниках [12]. Помощь же пациентам подросткового возраста в последнее время приобретает очертания самостоятельной службы. В связи с чем в структуре муниципальных поликлиник, территориальных психоневрологических диспансеров, региональных психотерапевтических центров организуются психотерапевтические кабинеты по работе с подростками, возникают в различных городах страны специализированные подростковые центры.

Таким образом, несмотря на существование большого количества клинико-психологических, клинических и экспериментальных работ, посвященных психологической и психотерапевтической помощи в рамках амбулаторного приема в лечении детей и подростков с психическими расстройствами и аномалиями развития, данная проблема сохраняет свою актуальность в практическом и теоретическом аспекте до сих пор.

Цель данного исследования - изучение особенностей психологической помощи (специфика проблем и направлений работы) в рамках амбулаторного приема детей и подростков.

В соответствии с целью исследования нами были определены следующие **задачи работы**:

1. Обзор теоретических и эмпирических работ по проблеме организации амбулаторного приема при лечении детей и подростков с психическими расстройствами.
2. Разработка методического комплекса, составление батареи психологических методик, релевантных запросам пациентов и специфике амбулаторного приема с учетом возраста и психического статуса пациентов.
3. Выявление основных проблем (запроса), с которыми приходят пациенты на амбулаторный прием в детском и подростковом возрасте.
4. Сравнение запроса и направлений психологической и психотерапевтической работы в рамках амбулаторного приема в группе пациентов детского возраста и в группе подростков.

Материалы и методы исследования. В данной статье представлены результаты пятилетнего опыта оказания психологической помощи в рамках амбулаторного приема (2017-2022). В данном исследовании анализируются и обобщаются результаты 133 амбулаторных приемов, которые проводились на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Выборку исследования составили 133 пациента мужского и женского пола в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст 10,7 лет, стандартное отклонение 4,14), обратившихся в детское амбулаторное отделение на базе ФГБНУ НЦПЗ. Для сравнения специфики запроса и направлений психологической работы в группах детей и подростков вся выборка была разделена на 2 группы. Первую группу составил 71 пациент детского возраста от 5 до 10 лет (средний возраст 7,2 лет, стандартное отклонение 1,5), во вторую группу вошли 62 пациента подросткового возраста от 12 до 17 лет (средний возраст 14,7, стандартное отклонение 1,8) (выделение возрастных границ подросткового возраста осуществлялось на основании классификации Д.Б.Эльконина) [13]. Данные группы были уравнены по полу и социальному статусу.

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

Основные этапы психологической работы в рамках амбулаторного приема: 1) сбор анамнеза, в рамках которого исследовались общая характеристика заболевания, внутренняя картина болезни, характер влияния болезни на жизнь, социальная поддержка пациента, способность пациента к вербализации собственных чувств и эмоций, самопонимание, мотивация к лечению; 2) уточнение, формулирование запроса родителей пациента и/или самого пациента; 3) диагностика с применением батареи методик («Заучивание 10 слов», «Парные ассоциации», «Пиктограмма», «Пересечение классов», «Фигуры Липера», «Малая предметная классификация», «Конструирование объектов», «Тест Струпа», «Таблицы Шульте», «методика Дембо-Рубинштейн», «Рисунок себя», «Рисунок несуществующего животного», «Сравнение понятий», «тест Векслера» и др.) [10] или консультирование; 4) оценка предварительного результата; 5) написание заключения по результатам диагностики или консультации (например, в патопсихологическом заключении отражаются: биографические данные, поведения больного на приеме, особенности эмоционально-волевой сферы, работа с заданиями, работоспособность, внимание, память, мышление, личностные особенности, резюме); 6) составление рекомендаций по результатам психологической работы.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью статистического пакета Statistica for Windows, версия 6.0. Для оценки значимости межгрупповых различий использовались критерии Манна-Уитни.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования нами были получены следующие данные. Для всей совокупности испытуемых в рамках амбулаторного приема были выделены следующие направления психологической работы: консультативная деятельность – 25% от всей работы, диагностическая деятельность (патопсихологическая диагностика и исследование уровня интеллектуального развития по тесту Векслера) – 62 %, психотерапевтическая деятельность (индивидуальная и групповая) – 11 %, участие в консилиуме – 2%. Как видно из полученных данных, амбулаторный прием в большинстве обращений реализует диагностическую деятельность. Это прежде всего связано с ситуацией доступности квалифицированной психологической помощи в рамках медицинских учреждений и высокой потребностью в психологической диагностике детей для верификации диагноза и для определения образовательного маршрута. Диагностический прием, как правило, занимает одну встречу и решает поставленные перед психологом задачи и запрос пациента, в связи с этим не требуется повторной встречи. Нужно отметить, что в ФГБНУ НЦПЗ амбулаторный прием проводится на платной основе и оплачивается самим пациентом. Как было описано выше, психотерапевтическая помощь требует больше времени и больше встреч, что не доступно для большинства населения.

Далее мы провели сравнение по видам психологической деятельности в группе пациентов детского возраста и подростков, используя непараметрический критерий Манна-Уитни. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Различия в видах психологической деятельности в группе пациентов детского возраста и в группе подростков (критерий Манна-Уитни)

Виды деятельности	U	p
Патопсихологическая диагностика	2195,5	0,982
Первичная консультация	918,5	<0,001
Диагностика по тесту Векслера	682	<0,001
Участие в консилиуме	2077	0,059
Групповая психотерапия	1810,5	<0,001
Индивидуальная психотерапия	2059	0,031

Как видно из табл. 1, статистически значимые различия в исследуемых группах получены по таким видам деятельности, как: первичная консультация, индивидуальная и групповая психотерапия, диагностика уровня интеллектуального развития по тесту Векслера. По патопсихологической диагностике и участию в консилиуме статистически значимых различий получено не было.

В табл. 2 и 3 представлены проценты каждого вида деятельности от всей психологической работы в режиме амбулаторного приема для исследуемых групп.

Таблица 2.

Процентное соотношение видов психологической деятельности в группе пациентов детского возраста

Виды деятельности	%
Патопсихологическая диагностика	24
Первичная консультация	1,4
Диагностика по тесту Векслера	70,4
Участие в консилиуме	4,2
Групповая психотерапия	0
Индивидуальная психотерапия	0

Таблица 3.

Процентное соотношение видов психологической деятельности в группе подростков

Виды деятельности	%
Патопсихологическая диагностика	24,2
Первичная консультация	51,6
Диагностика по тесту Векслера	0
Участие в консилиуме	0
Групповая психотерапия	17,7
Индивидуальная психотерапия	6,5

Как видно из представленных результатов, в группе пациентов детского возраста выше потребность в психологической диагностике, а в группе подростков – в терапевтической и консультационной деятельности.

Далее мы обобщили данные по запросам по каждому виду психологической деятельности для всей выборки испытуемых.

В консультативной деятельности (первичная консультация, семейная консультация). Основными проблемами, о которых заявляют пациенты или их родители, являются следующие: повышенная тревога, выраженные страхи, трудности самоорганизации и эмоциональной регуляцией, проблемы в коммуникативной сфере, трудности с принятием психиатрических диагнозов, разработка маршрутов лечения.

За психологической диагностикой чаще обращаются: 1) в случае верификации диагноза; 2) для получения заключения по тесту Векслера и предоставления его в комиссию ПМПК для определения образовательного маршрута, установления или подтверждения инвалидности; 3) для оценки когнитивных функций (памяти, внимания, восприятия, мышления); 4) для определения причин трудностей обучения ребенка (по рекомендации учителей); 5) для оценки динамики состояния пациента, например, после длительного приема препаратов, отмены лекарств (по рекомендации лечащего врача).

Психотерапевтическая деятельность была направлена прежде всего на поддерживающую работу пациента после выписки из стационара, работу с эмоциональной сферой пациента, агрессивным поведением и трудностями вербализации своих чувств, а также формированием адекватных копингов.

За пять лет психологической работы в рамках амбулаторного приема психолог сталкивался с рядом проблем, которые до сих пор остаются нерешенными и влияют на качество и организацию амбулаторной помощи. К данным проблемам относятся: 1) высокая стигматизация психиатрии (к психиатру страшно, вера в то, что психолог поможет, и в случае рекомендации психолога обратиться к психиатру нередко острые пациенты сбегают с приема), 2) дороговизна амбулаторного приема, 3) отсутствие единой методологической основы, 4) попытки родителей выдать заключение, например, патопсихологической диагностики за экспертную оценку при разводе или оформлении опекуна над детьми, 5) трудности определения запроса родителей: «Вы же специалист, посмотрите что-нибудь»; несоразмерность ожиданий клиента и возможностей специалиста. 6) наличие конкуренции между психологами и психиатрами, частое отсутствие рабочего альянса между специалистами. Но несмотря на проблемы, которые возникают в работе в амбулаторном приеме, данный вариант психологической помощи, несомненно, имеет и преимущества: возможность получить консультацию квалифицированного специалиста, своевременное выявление трудностей и направление пациента к более узкому специалисту, а также анализ случая на консилиуме. Амбулаторный прием стал доступным для подростков, которые стали чаще обращаться по поводу своих психологических трудностей, желающих получить помощь вне семьи.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что психологическая помощь в рамках амбулаторного приема востребована, направлена на решение самых разных запросов и реализует различные виды психологической деятельности. Данный вариант помощи пациентам требует от специалиста высокой профессиональной квалификации. Амбулаторный прием является удобным вариантом оказания психологической помощи на всех этапах профилактики, ле-

чения и реабилитации больных различных нозологий и возрастов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бузин В.Н., Бузина Т.С. Оценка населением доступности психологической помощи: социологическое исследование // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. 68(1). 13.

2. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.В. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 2. С.5-9.

3. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В. Повышение доступности и качества амбулаторной медицинской помощи как одно из приоритетных направлений реформирования здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №. 3. С. 61-66.

4. Зуйкова Н.Л. и др. Амбулаторная и больничная психотерапевтическая и психосоциальная помощь на современном этапе // Мат-лы конф. Амбулаторная и больничная психотерапевтическая и психосоциальная помощь на современном этапе. 2019. С. 94-101

5. Исмагилова Ю.В. Современное состояние законодательства в сфере оказания населению психологической помощи // Российское право: образование, практика, наука. 2022. №. 1. С. 51-58.

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

7. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник для вузов. СПб.: Питер. 2019.

8. Мальцева Н.Ю., Стоянова И.Я., Семке В.Я., Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н. Опыт применения краткосрочной психоаналитической психотерапии при оказании психологической помощи в амбулаторных условиях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3 (72). С. 49-51.

9. Прокудин В.Н., Музыченко А.П., Морозов П.В. Организационно-методические принципы оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в соматическом стационаре // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 5. № 5. С. 211-213.

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

11. Чичерин Л.П. Медико-психологическая помощь детям и подросткам на амбулаторном этапе : трудности становления и перспективы // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2013. № 1.

12. Шейфер М.С. Организационные аспекты психологической помощи в Самарском регионе детям и подросткам с психическими расстройствами //Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях. 2020. С. 139-142.

13. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М.: Педагогика. 1989.

REFERENSIES

1. Buzin V.N., Buzina T.S. Oczenka naseleniem dostupnosti psikhologicheskoy pomoshhi: socziologicheskoe issledovanie // Soczial'ny'e aspekty` zdorov'ya naseleniya. 2022. 68(1). 13.

2. Voloshin V.M., Kazakovcsev B.A., Shevchenko Yu.V. Sostoyanie i perspektivy` razvitiya detskoj psikhiatricheskoy sluzhby` v Rossii // Soczial'naya i

klinicheskaya psikiatriya. 2002. # 2. S.5-9.

3. Gajdarov G.M., Alekseeva N.Yu., Maevskaya I.V. Povy'shenie dostupnosti i kachestva ambulatornoj medicinskoj pomoshhi kak odno iz prioritny'kh napravlenij reformirovaniya zdravookhraneniya // Menedzhment kachestva v sfere zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya. 2011. #. 3. S. 61-66.

4. Zujkova N.L. i dr. Ambulatornaya i bol'nichnaya psixoterapevticheskaya i psikhosotsial'naya pomoshh' na sovremennom e'tape // Mat-ly' konf. Ambulatornaya i bol'nichnaya psixoterapevticheskaya i psikhosotsial'naya pomoshh' na sovremennom e'tape. 2019. S. 94-101

5. Ismagilova Yu.V. Sovremennoe sostoyanie zakonodatel'stva v sfere okazaniya naseleniyu psikhologicheskoy pomoshhi // Rossijskoe pravo: obrazovanie, praktika, nauka. 2022. #. 1. S. 51-58.

6. Kaz'mina O.Yu. Osnovny'e podkhody k organizaczii treninga sotsial'ny'kh navy'kov dlya bol'ny'kh shizofrenij: Metodicheskie rekomendaczii. M.: Sam poligrafist, 2016.

7. Karvasarskij B.D. Klinicheskaya psikhologiya. Uchebnik dlya vuzov. SPb.: Piter. 2019.

8. Mal'czeva N.Yu., Stoyanova I.Ya., Semke V.Ya., Lebedeva V.F., Mal'czeva S.N. Opy't primeneniya kratkosrochnoj psikhoanaliticheskoy psixoterapii pri okazanii psikhologicheskoy pomoshhi v ambulatorny'kh usloviyakh // Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2012. # 3 (72). S. 49-51.

9. Prokudin V.N., Muzy'chenko A.P., Morozov P.V. Organizaczionno-metodicheskie principy okazaniya psikiatricheskoy, psixoterapevticheskoy i psikhologicheskoy pomoshhi v somaticheskom staczionare // Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2003. T. 5. # 5. S. 211-213.

10. Rajgorodskij D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie. Samara: Izdatel'skij dom «BAKhRAKh-M», 2008. 672 s.

11. Chicherin L.P. Mediko-psikhologicheskaya pomoshh' detyam i podrostkam na ambulatornom e'tape : trudnosti stanovleniya i perspektivy // Byulleten' Naczional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ya im. N.A. Semashko. 2013. # 1.

12. Shejfer M.S. Organizaczionny'e aspekty psikhologicheskoy pomoshhi v Samarskom regione detyam i podrostkam s psikhicheskimi rasstrojstvami // Aktual'ny'e problemy psikiatrii i narkologii v sovremenny'kh usloviyakh. 2020. S. 139-142.

13. E'l'konin D.B. Izbranny'e psikhologicheskie trudy. M.: Pedagogika. 1989.

S.O. Kuznetsova, S.E. Strogova

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE FRAMEWORK OF OUTPATIENT ADMISSION

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. This article presents the results of a study devoted to the analysis and generalization of the features of psychological assistance in the framework of outpatient admission to children and adolescents. The study sample consisted of 133 male and female patients aged 5 to 17 years. The methods of testing, questioning, and subjective scaling were used. It was revealed that outpatient admission in most cases implements diagnostic activities. In the group of children's patients, the need for psychological diagnostics is higher, and in the group of adolescents – in therapeutic and consulting activities.

Keywords: teenagers, mental pathology, childhood, psychological assistance, output

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ – ИНТЕГРАТИВНЫЙ
ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИЮ ЦЕННОСТНЫХ
УСТАНОВОК И МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ И САМОРЕАЛИЗАЦИИ
У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

¹Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов,
²ГБОУ Средняя общеобразовательная школа № 367 Фрунзенского района
(Санкт-Петербург).

Резюме. Статья отражает поиск возможностей интеграции приемов психотерапии и педагогической практики в школьном образовании. Представлены научные основания, актуальность и практический опыт применения интегративного подхода в коррекции и развитии ценностных ориентаций, волевых качеств и мотивов поведения у обучающихся подросткового возраста как неотъемлемых компонентов психического здоровья.

Ключевые слова: интегративный психолого-педагогический подход, динамика развития группы, волевая регуляция, ценностные ориентации, образовательные игры.

На современном этапе развития науки прослеживается целесообразность интеграции не только различных подходов и направлений в одной области, но и самостоятельных областей науки, включая прикладные формы реализации научных знаний [2, 3, 11]. Фундаментом современной психологии стали исследования в философской, медицинской, социальной сферах [5, 8]. Исследовательский опыт расширился в сферу образования и развития человека [1]. Однако, на наш взгляд, в школьном образовании психологическая работа часто локализована отдельными приемами симптоматического воздействия и нуждается в систематизации, что требует дополнительных исследований и разработок, в том числе с использованием интегративного подхода.

Цель исследования: систематизация психолого-педагогической работы в современной школе посредством интеграции определенных приемов психотерапевтической и педагогической практики в образовательном комплексе, направленная на развитие ценностных ориентаций и мотивов поведения и самореализации у обучающихся подросткового возраста. Данная цель позволяет ставить задачи по предотвращению и сглаживанию делинквентных форм поведения и деструктивных социальных образований среди подростков, содействию социализации и профессиональному самоопределению обучающихся в среде непосредственного общения и совместной деятельности, коррекции поведения, мотивов самореализации, самооценки.

Материалы и методы. Предшествующий опыт интеграции психологических подходов в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами (психодинамический, поведенческий и когнитивный подходы) [5, 10, 12, 15] показал целесообразность продолжения исследований в образовательной практике современной школы:

- психодинамический подход – организация совместной деятельности класса/команды (как социальной группы) по поиску решений и творческим разработкам образовательных задач в рамках проектной деятельности

сти. Отслеживание динамики развития группы, включая изменения ценностных установок, волевых и адаптивных качеств и взаимоотношений обучающихся;

- поведенческий подход – использование имитационных методов игрового обучения [6, 10], которые побуждают обучающихся соответствовать правилам и образцам поведения игровых персонажей для достижения цели (имитация работы профессиональных коллективов направлена на профессиональное самоопределение обучающихся);

- когнитивный подход – целенаправленное использование обсуждений, суждений, мнений в процессе совместной деятельности (в среде естественного общения) позволяет конструктивно трансформировать когнитивные установки обучающихся, препятствующие личным и образовательным достижениям.

Актуальность интегративного подхода определяется требованиями ФГОС к активизации универсальных учебных действий обучающихся в образовательной практике, по А. Г. Асмолову (личностные, регулятивные, познавательные, коммуникативные).

Исследование эффективности специально разработанного комплекса образовательных игр (далее Комплекс) в рамках опытно-экспериментальной работы на базе государственного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школе № 367 Фрунзенского района Санкт-Петербурга с 2014 по 2017 гг. [13, 14] показали тождественность результатов с терапевтическими эффектами работы психологических групп:

- динамики развития группы [5, 16], (целенаправленная организация командной работы позволяет обучающимся выстраивать ценностные ориентиры поведения, достигать воспитательных целей сотрудничества и мотивации к образовательным и личностным достижениям, развивать волевою регуляцию);

- игровой деятельности [10] (снижаются пороги влияния защитных механизмов, повышается эмоциональная привлекательность самореализации в группе сверстников, происходит идентификация с ролевыми образами представителей различных профессий);

- недирижабельных и когнитивных установок поведения (целенаправленное использование оценочных суждений и рефлексии подкрепляет стратегии конструктивного поведения, личных и образовательных достижений обучающихся [7, 10]).

Каждая игра Комплекса предусматривает возрастные особенности участников как по содержанию предметных заданий, так и по привлекательности сюжетной линии (от приключенческого жанра и путешествий по историческим эпохам для 5-6 классов до изобретательского и научно-прикладного для 7-8 классов) [17].

Наблюдение за обучающимися – участниками исследования и анкетированный опрос перед реализацией Комплекса показали:

- спонтанное (стихийное) формирование социальных ролей в классах с тенденцией к лидерству подростков с делинквентными проявлениями и низкому социальному статусу более воспитанных и успешных в обучении;

- трудности самоорганизации и разделения ответственности при нестандартных формах учебной деятельности, ориентация на субъект-объектные формы взаимодействия с педагогами (при смене формы взаимодействия с академической на командную и творческую часто возникали протестные реакции на необходимость проявить инициативу и самостоятельность в совместном поиске решений);

- преобладание среди обучающихся восприятия школьных уроков как

внешних требований, выполнение которых необходимо помимо собственных желаний. При наличии возможности собственного выбора более 30% опрошенных обучающихся предпочли бы школе общение с друзьями, компьютерные игры и социальные сети, что свидетельствует о гедонистических ценностях и низкой мотивации к образовательным достижениям.

В процессе реализации Комплекса отмечались конструктивные изменения социальных ролей в классах и повышение ценности творческой инициативы и школьных знаний как средства достижения командного успеха и самовыражения в социальной группе (или как средства удовлетворения ведущей потребности подросткового возраста быть социально значимым(ой) в группе сверстников). Групповая динамика образовательных игр оказала влияние на изменение мотивов поведения (идентификация подростков с командой побуждала соблюдать правила поведения в игре и влиять на участников для достижения высоких результатов). Неформальные лидеры получили возможность либо проявить себя в роли социально значимых лидеров (капитанов команд), либо добровольно уступить лидерство более успешным обучающимся для повышения интеллектуального потенциала и успеха команды, что характеризует трансформацию мотивов поведения и самовыражения. Таким образом, социальная организация в классах и отношение к образованию и самообразованию стали более целенаправленными и осознанными.

Для обследования динамики личностных изменений у обучающихся использовались стандартизированные методики, представленные в следующем разделе.

Результаты, обсуждение, перспективы. Обследовались эмоционально-волевые качества личности [9] и ценностные ориентации [4] обучающихся после проведения серии специально разработанного и реализованного с использованием интегративного психолого-педагогического подхода комплекса командных образовательных игр. Обследование проводилось в начале и в конце учебного года, перед и после реализацией Комплекса. В обследовании приняли участие **90 обучающихся 6 и 8 классов**. Дифференциация по полу не проводилась.

1. Результаты исследования эмоционально-волевых качеств личности по методике М.В. Чумакова «Опросник ВКЛ» [9].

Испытуемым предлагалось оценить свои эмоционально-волевые качества по таким шкалам, как: ответственность, инициативность, решительность, самостоятельность, выдержка, настойчивость, энергичность, внимательность, целеустремленность.

Критерии оценки:

Каждая шкала содержит полярные величины, которые оцениваются по степени выраженности: «-» от 50% до 0%, «+» от 50% до 100%. При этом 50% рассматривается как нулевая величина, характеризующая неопределенность выраженности того или иного качества.

Ответственность:

«-» - *безответственный, ненадежный, ветряный, безалаберный;*

«+» - *ответственный, обязательный.*

Инициативность:

«-» - *пассивный, безынициативный, ленивый, бездеятельный;*

«+» - *ведущий, деловой, сильный, инициативный, деятельный, влиятельный, дальновидный.*

Решительность:

«-» - *нерешительный, неуверенный, колеблющийся, сомневающийся;*

«+» - *уверенный, решительный.*

Самостоятельность:

«-» - *зависимый, несамостоятельный, управляемый, повинующийся;*

«+» - *самостоятельный.*

Выдержка:

«-» - *невывержанный;*

«+» - *выдержанный, терпеливый, благоразумный, самоуправляемый.*

Настойчивость:

«-» - *настойчивый, нестойкий, слабый;*

«+» - *твердый, боевой, стойкий, настойчивый.*

Энергичность:

«-» - *бессильный, депрессивный;*

«+» - *активный, жизнедеятельный, энергичный, оптимистичный.*

Внимательность:

«-» - *невнимательность;*

«+» - *внимательный, собранный, непоколебимый.*

Целеустремленность:

«-» - *нецелеустремленный;*

«+» - *целеустремленный, упорный.*

Результаты показали у учащихся, принявших участие в реализации Комплекса, повышение показателей по шкалам «ответственность», «инициативность», «самостоятельность», «настойчивость» в пределах 7-10%. Показатели по шкале энергичность уменьшились на 7%. Показатели по другим шкалам практически не изменились (в пределах 3%). За этот же период в группах сравнения (учащиеся не принимали участие в экспериментальной работе) отмечается тенденция к снижению показателей эмоционально-волевых качеств (незначительные изменения в пределах 3-5% по ряду шкал).

В представленных результатах отмечается тенденция к конструктивным изменениям, которые могут быть более продуктивными при организации систематической работы по исследуемой модели с 5 по 9 классы. Уменьшение показателей по шкале «энергичность» мы связываем с проведением мониторинга в конце учебного года, т. к. предварительный мониторинг проводился в начале учебного года.

Устойчивость показателей эмоционально-волевых качеств у учащихся, участвовавших в ОЭР на протяжении 2-х учебных лет, свидетельствует о конструктивном влиянии Комплекса на волевые компоненты личности.

2. Результаты исследования ценностных предпочтений по методике Шаломы Шварца [4]

Критерии оценки. Каждая шкала содержит уровень предпочтений той или иной ценности, выраженный в процентах от максимально возможного количества баллов.

Краткое определение мотивационных типов соответственно их центральной цели: *власть* — социальный статус, доминирование над людьми и ресурсами;

достижение — личный успех в соответствии с социальными стандартами;

гедонизм — наслаждение или чувственное удовольствие;

стимуляция — волнение и новизна;

самостоятельность — самостоятельность мысли и действия;
универсализм — понимание, терпимость и защита благополучия всех людей и природы;
доброта — сохранение и повышение благополучия близких людей;
традиция — уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи;
конформность — сдерживание действий и побуждений, которые могут навредить другим и не соответствуют социальным ожиданиям;
безопасность — безопасность и стабильность общества, отношений и самого себя.

Характеристики типов ценностей:

Власть. Функционирование социальных институтов требует определенной дифференциации статусов, и в большинстве случаев в межличностных отношениях в разных культурах было выявлено сочетание показателей Доминантности—подчиненности. Центральная цель этого типа ценностей заключается в достижении социального статуса или престижа, контроля или доминирования над людьми и средствами (авторитет, богатство, социальная власть, сохранение своего общественного имиджа, общественное признание). Ценности *власти* и *достижения* (см. далее) фокусируются на социальном уважении, однако ценности *достижения* (например, успешный, амбициозный) подчеркивают активное проявление компетентности в непосредственном взаимодействии, в то время как ценности *власти* (авторитет, богатство) подчеркивают достижение или сохранение доминантной позиции в рамках целой социальной системы.

Достижение. Определяющая цель этого типа ценностей — личный успех через проявление компетентности в соответствии с социальными стандартами. Проявление социальной компетентности влечет за собой социальное одобрение.

Гедонизм. Мотивационная цель данного типа определяется как наслаждение или чувственное удовольствие (удовольствия, наслаждение жизнью).

Стимуляция. Этот тип ценностей является производным от организменной потребности в разнообразии и глубоких переживаниях для поддержания оптимального уровня активности. Биологически обусловленные вариации потребности в стимуляции, опосредованные социальным опытом, приводят к индивидуальным различиям в значимости этой ценности. Мотивационная цель этого типа ценностей заключается в стремлении к новизне и глубоким переживаниям.

Самостоятельность. Определяющая цель этого типа ценностей состоит в самостоятельности мышления и выбора действия, в творчестве и исследовательской активности. Самостоятельность как ценность производна от организменной потребности в самоконтроле и самоуправлении, а также от интеракционных потребностей в автономности и независимости.

Универсализм. Мотивационная цель данного типа ценностей — понимание, терпимость, защита благополучия всех людей и природы. Мотивационные цели *универсализма* производны от тех потребностей выживания групп и индивидов, которые становятся явно необходимыми при вступлении людей в контакт с кем-либо вне своей среды или при расширении первичной группы.

Доброта. Это более узкий «просоциальный» тип ценностей по сравнению с *универсализмом*. Лежащая в ее основе доброжелательность сфокусирована на благополучии в повседневном взаимодействии с близкими людьми. Этот тип ценностей считается производным от потребности в позитивном взаимодействии.

вии, потребности в аффилиации и обеспечении процветания группы. Его мотивационная цель — сохранение благополучия людей, с которыми индивид находится в личных контактах (полезность, лояльность, снисходительность, честность, ответственность, дружба, зрелая любовь).

Традиции. Любые социальные группы вырабатывают свои символы и ритуалы. Их роль и функционирование определяются опытом группы и закрепляются в традициях и обычаях. Традиционный способ поведения становится символом групповой солидарности, выражением единых ценностей и гарантией выживания. Традиции чаще всего принимают формы религиозных обрядов, верований и норм поведения. Мотивационная цель данной ценности — уважение, принятие обычаев и идей, которые существуют в культуре (уважение традиций, смирение, благочестие, принятие своей участи, умеренность) и следование им.

Конформность. Определяющая мотивационная цель этого типа — сдерживание и предотвращение действий, а также склонностей и побуждений к действиям, которые могут причинить вред другим или не соответствуют социальным ожиданиям. Данная ценность является производной от требования сдерживать склонности, имеющие негативные социальные последствия (послушание, самодисциплина, вежливость, уважение родителей и старших).

Безопасность. Мотивационная цель этого типа — безопасность для других людей и себя, гармония, стабильность общества и взаимоотношений. Она производна от базовых индивидуальных и групповых потребностей. По мнению Ш. Шварца [4], существует один обобщенный тип ценности *безопасность* (а не два отдельных — для группового и индивидуального уровня). Связано это с тем, что ценности, относящиеся к коллективной безопасности, в значительной степени выражают цель безопасности и для личности (социальный порядок, безопасность семьи, национальная безопасность, взаимное расположение, взаимопомощь, чистота, чувствопринадлежности, здоровье).

Сравнение результатов первичного и повторного обследования выявило увеличение показателей по шкалам «универсализм», «доброта», «самостоятельность» в пределах 6-8% у учащихся, принимавших участие реализации Комплекса. На 5% уменьшились показатели по шкале «Стимуляция». У учащихся, не принимавших участие, отмечается увеличение показателей по шкале стимуляции на 11%, что свидетельствует о потребности в дополнительной стимуляции собственной активности к концу учебного года и о более низкой самоорганизации в сравнении с учащимися, которые участвовали в экспериментальной работе. Также у учащихся группы сравнения повысились показатели по шкале «конформность» на 6%. По другим шкалам изменения показателей в обеих группах в пределах 3-4%.

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования полученного опыта как в базовых образовательных учреждениях, так и в работе с детьми с ОВЗ, и в условиях медицинского стационара, где дети и подростки наряду с медицинской помощью продолжают школьное образование, что требует дальнейших исследований.

Органичным продолжением полученного опыта стал районный конкурс «Сила духа» для обучающихся 11-15 летнего возраста [17], в котором ежегодно принимают участие до 30 образовательных учреждений. Конкурс включает предварительную работу педагогов образовательных учреждений с классами по специально разработанным сценариям образовательных игр, ориентированных на психологи-

ческие особенности подросткового возраста и тематическое содержание образовательных программ, с рекомендациями к использованию и методическими консультациями. Игры реализуются в командном формате, что позволяет участникам погрузиться в совместный поиск решения проблемных задач. Алгоритм игры включает несколько этапов, соответствующих стадиям развития группы [16]:

- ознакомительный этап – стадия формального принятия правил и условий командной работы;

- самоопределение – стадия протеста (как защитной реакции) перед принятием необходимости личной ответственности в достижениях команды, идентификации с командой, определения собственной значимости в социальной группе;

- сотрудничество – совместный поиск решения проблемных ситуаций, предлагаемых в игре, продвижение команды (набор баллов, переход на следующий этап игры), продвижение в команде (раскрытие каждым участником своих сильных сторон (личностных, интеллектуальных, коммуникативных, творческих качеств) в стремлении принести пользу команде.

- завершающий этап – подведение итогов работы команд, рефлексия (обсуждение результатов и процесса из достижения, обмен опытом, анализ вклада каждого игрока в успех команды). В отличие от психологической группы, которая завершает работу по достижении терапевтических целей, команды, участвующие в образовательных играх, имеют возможность продолжать работу в последующих играх в процессе дальнейшего обучения, что способствует сплочению подростков и приближает (имитирует) взаимоотношения в командах к профессиональным коллективам с наличием общих целей, совместному поиску способов их достижения, профессиональному росту.

Интерес педагогического сообщества и обучающихся, установленный за период реализации Комплекса, определил целесообразность дальнейшего исследования и разработки систематизированного учебно-методического комплекса «Лаборатория образовательных достижений и профессионального самоопределения обучающихся» с использованием интегрированного психолого-педагогического подхода в рамках работы районной проектной педагогической мастерской в период 2021–2024 гг. [17], планомерной диагностикой динамики личностных изменений и образовательных достижений, публикацией результатов.

Заключение. Обследование динамики изменения волевых качеств и ценностных ориентаций обучающихся 11-15 лет с использованием стандартизированных методов позволили увидеть тенденцию к конструктивным изменениям:

- волевых качеств по шкалам: «ответственность», «инициативность», «самостоятельность», «настойчивость» - в исследуемой выборке отмечено повышение на 7-10% по опроснику волевых качеств личности М.В. Чумакова [9];

- ценностей по шкалам «универсализм», «добродетель», «самостоятельность» - в исследуемой выборке отмечается повышение на 6-8%, снижение показателей по шкалам «стимуляция» 5% (в контрольной группе отмечено увеличение на 11%) и «гедонизм» 4% по опроснику ценностных ориентаций Ш. Шварца [4].

Представленный в статье опыт и результаты характеризуют целесообразность использования интегративного психолого-педагогического подхода в создании образовательных комплексов внеурочной деятельности, направленных на образование и развитие личности обучающихся, включая волевые и ценностные компоненты, социализацию и профессиональное самоопределение, коррекцию социальных взаимоотношений в классах, личностной позиции и мотивации к

образовательным достижениям обучающихся, профилактику психической устойчивости подростков обучающихся в общеобразовательных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М., АСТ, 2005. 670 с.
2. Горностай П.П. Интегративные модели в современной психотерапии // Наука і освіта, 2004. № 8-9. С. 83-86.
3. Ермакова Л.А. Интегративный подход к обучению: прошлое и настоящее // Современная педагогика, 2016, № 7 [Электронный ресурс]. URL: <https://pedagogika.snauka.ru/2016/07/5815> (дата обращения: 24.01.2022).
4. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. 70 с.
5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник для ВУЗов. 5-е изд. СПб.: Издательский дом «Питер», 2018. 896 с.
6. Клепикова Н.М. Имитационная игра // Игровые образовательные технологии. 2012. № 2 (30). С. 36-40.
7. Кривцова С.В. Учитель и проблемы дисциплины. М.: «Генезис», 2004. 148 с.
8. Парыгин Б.Д. Социальная психология. Проблемы методологии, истории и теории. СПб.: ИГУП, 1999. 592 с.
9. Чумаков М.В. Развитие эмоционально-волевой сферы личности: Учебное пособие. Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2012. 128 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Яковлев В.А. Метафора жизненного пути в психотерапии детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами. Учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2016. 68 с.
11. Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия как интегративная духовная практика, основанная на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах // Психотерапия. 2009. № 10 (82). С. 19-34.
12. Эриксон Э. Детство и общество (пер. с англ., ред. А.А. Алексеева). Изд. 2-е, перераб., доп. СПб.: Летний сад, Речь, 2002. 416 с.
13. Яковлев В.А. Зарубежный опыт и инновации в предпрофильной подготовке школьников // Гуманитарный научный вестник. 2020. № 9. С. 71-75.
14. Яковлев В.А. Психологические методы социализации и профессионального самоопределения обучающихся – преемственность школы и ВУЗа // Проблемы социальной психологии и социальной работы: XII Всероссийская Парыгинская научно-практическая конференция с международным участием, 15 апреля 2022 г. СПб.: СПбГУП, 2022. С. 124-126
15. Яковлев В.А. Образы детско-родительских отношений в психологической коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей 7-10 лет // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 12. 2013. Вып. 4.
16. Ялом И. Групповая психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 576 с.

REFERENCESS

1. Vy`gotskij L.S. Pedagogicheskaya psikhologiya. M., AST, 2005. 670 s.
2. Gornostaj P.P. Integrativny`e modeli v sovremennoj psikhoterapii // Nauka i osvita, 2004. # 8-9. S. 83-86.
3. Ermakova L.A. Integrativny`j podkhod k obucheniyu: proshloe i nastoyashhee // Sovremennaya pedagogika, 2016, # 7 [E`lektronny`j resurs]. URL: <https://pedagogika.snauka.ru/2016/07/5815> (data obrashheniya: 24.01.2022).
4. Karandashev V.N. Metodika Shvarcza dlya izucheniya czennostej lichnosti:

konceptsiya i metodicheskoe rukovodstvo. Spb.: Rech', 2004. 70 s.

5. Karvasarskiy B.D. Klinicheskaya psikhologiya. Uchebnik dlya VUZov. 5-e izd. SPb.: Izdatel'skiy dom «Piter», 2018. 896 s.

6. Klepikova N.M. Imitatsionnaya igra // Igrovye obrazovatel'ny'e tekhnologii. 2012. # 2 (30). S. 36-40.

7. Krivczova S.V. Uchitel' i problemy` discipliny`. M.: «Genezis», 2004. 148 s.

8. Parygin B.D. Sotsial'naya psikhologiya. Problemy` metodologii, istorii i teorii. SPb.: IGUP, 1999. 592 s.

9. Chumakov M.V. Razvitiye e`mocional'no-volevoj sfery` lichnosti: Uchebnoe posobie. Kurgan: Izd-vo Kurganskogo gos. un-ta, 2012. 128 s.

10. E`demiller E`.G., Yakovlev V.A. Metafora zhiznennogo puti v psikhoterapii detej s e`mocional'ny`mi i povedencheskimi rasstrojstvami. Uchebnoe posobie. SPb.: SpecLit, 2016. 68 s.

11. E`demiller E`.G. Psikhoterapiya kak integrativnaya dukhovnaya praktika, osnovannaya na estestvennonauchnoj i gumanitarnej paradigmatkakh // Psikhoterapiya. 2009. # 10 (82). S. 19-34.

12. E`rikson E`. Detstvo i obshhestvo (per. s angl., red. A.A. Alekseeva). Izd. 2-e, pererab., dop. SPb.: Letnij sad, Rech', 2002. 416 s.

13. Yakovlev V.A. Zarubezhny`j opyt i innovaczii v predprofil`noj podgotovke shkol`nikov // Gumanitarny`j nauchny`j vestnik. 2020. # 9. S. 71-75.

14. Yakovlev V.A. Psikhologicheskie metody` sotsializaczii i professional'nogo samoopredeleniya obuchayushhikhsya – preemstvennost` shkoly` i VUZa // Problemy` sotsial'noj psikhologii i sotsial'noj raboty`: XII Vserossijskaya Paryginskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodny`m uchastiem, 15 aprelya 2022 g. SPb.: SPbGUP, 2022. S. 124-126

15. Yakovlev V.A. Obrazy` detsko-roditel'skikh otnoshenij v psikhologicheskoy korrkczii e`mocional'ny`kh i povedencheskikh rasstrojstv u detej 7-10 let // Vestn. S.-Peterb. un-ta. Ser. 12. 2013. Vy`p. 4.

16. Yalom I. Gruppovaya psikhoterapiya. M.: Izd-vo Instituta psikhoterapii, 2005. 576 s.

17. URL <https://sites.google.com/view/siladukha367/glavnaya-stranica>

V.A. Yakovlev¹, I.G. Sokolova²

**PSYCHOTHERAPY AND EDUCATION IS AN INTEGRATIVE
APPROACH TO THE CORRECTION AND DEVELOPMENT
OF VALUE ATTITUDES AND MOTIVES OF BEHAVIOR
AND SELF-REALIZATION IN ADOLESCENT STUDENTS**

¹St. Petersburg Humanitarian University of Trade Unions, ²Secondary school № 367 (St. Petersburg).

Summary. The article reflects the search for opportunities to integrate psychotherapy techniques and pedagogical practice in school education. The scientific grounds, relevance and practical experience of the integrative approach in the correction and development of value orientations and motives of behavior and self-realization in adolescent students are presented.

Keywords: integrative psychological and pedagogical approach, dynamics of group development, volitional regulation, value orientations, educational games.

**ГОТОВНОСТЬ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ САМООПРЕДЕЛЕНИЮ
ПОДРОСТКОВ С ОПЫТОМ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ
В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

**ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия»
им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург).**

Резюме. Статья посвящена изучению взаимосвязи между личностными особенностями и готовностью к профессиональному самоопределению подростков с опытом школьной дизадаптации. Все подростки лечились в психоневрологическом дневном реабилитационном стационаре и имели диагноз «органическое эмоционально-лабильное расстройство». Полученные результаты говорят о низком уровне самоуважения и жизнестойкости у испытуемых. Выявлена положительная связь между субъектностью, жизнестойкостью и готовностью к профессиональному самоопределению. Подчеркнута важность интеграции психокоррекционной работы и профориентации.

Ключевые слова: профессиональное самоопределение, подростки, школьная дизадаптация, органическое эмоционально-лабильное расстройство, реабилитация.

Школьная дизадаптация – весьма распространенное явление. По данным ряда исследований, доля детей и подростков, испытывающих те или иные трудности адаптации в массовой школе, составляет от 30% до 77%. При этом значительная часть клинически выраженных нарушений адаптации выявляется у пациентов с резидуально-органической патологией головного мозга [10, 11]. Органическая мозговая недостаточность повышает уязвимость подростка к стрессовым воздействиям [5]. Травматичный опыт обучения в школе подрывает уверенность подростка в собственных силах и значительно снижает учебную мотивацию. А нарушения в когнитивной и эмоционально-волевой сферах, вызванные взаимодействием биологических и психогенных факторов, могут способствовать закреплению негативного отношения к учебе. В щадящих условиях обучения нередко удается достичь компенсации этих нарушений, но затем перед подростком встает вопрос выбора профессии. Адаптация к профессиональному обучению и в норме сопровождается ростом психофизиологического напряжения. Отмечен его более высокий уровень при несоответствии направленности обучения интересам и склонностям учащихся [8], что указывает на риск повторной дизадаптации для исследуемой категории подростков. Необходимость разработки программ профориентационной работы с подростками, имеющими пограничные психические расстройства, определяет **актуальность** данного исследования. В литературе данная тема представлена не очень широко. В ряде работ, посвященных профессиональному самоопределению подростков с эмоционально-волевыми расстройствами, с нарушениями поведения, с аддикциями, показаны недостаточный уровень развития субъектности их личности, несформированность интересов и жизненных планов, отсутствие мотивации выбора профессии, трудности самоанализа [1, 2, 6, 7, 9]. В зарубежных исследованиях нередко рассматривается феномен выгорания школьников в процессе обучения и его роль в снижении мотивации к

продолжению образования в старших классах [13, 14]. Таким образом, различные нарушения в психическом здоровье подростков сопряжены с существенными трудностями на этапе профессионального самоопределения.

Целью данного исследования стало изучение готовности к профессиональному самоопределению подростков 14–16 лет, имеющих опыт школьной дизадаптации и проходящих курс реабилитации в психоневрологическом дневном стационаре.

Эта цель предполагает следующие **задачи**.

1. Выявить уровень ситуативной и личностной тревожности у подростков с различной длительностью прохождения курса реабилитации. 2. Определить структуру и уровень развития субъектности личности подростков с различной длительностью прохождения курса реабилитации. 3. Определить степень развития жизнестойкости указанных групп испытуемых. 4. Описать особенности восприятия проблемы профессионального самоопределения пациентами указанных групп. 5. Установить взаимосвязь между личностными особенностями пациентов и параметрами готовности к выбору профессии при различных сроках прохождения реабилитации.

Предметом исследования стали субъектность, жизнестойкость, тревожность подростков с опытом школьной дизадаптации в их взаимосвязи с готовностью к профессиональному самоопределению.

Объект исследования. В исследовании приняли участие 30 подростков 14–16 лет (17 юношей и 13 девушек), проходящих курс реабилитации в психоневрологическом дневном реабилитационном стационаре. Все подростки имели в прошлом опыт дизадаптации в массовой школе. Дизадаптация могла проявляться в академической неуспеваемости, трудностях регуляции эмоций и поведения, конфликтах с педагогами и сверстниками. Все подростки имели диагноз «органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство». При этом вклад резидуально-органического поражения головного мозга, характерологических особенностей и психогений в нарушения адаптации был различным у разных пациентов. При стационаре существует общеобразовательная школа, где обучение ведется с учетом клинико-психологических особенностей учащихся. Школа осуществляет обучение по программе 5–9 классов, и срок реабилитации может достигать пяти лет. На момент исследования испытуемые обучались в 8–9 классах. После окончания 9 класса перед всеми пациентами стоял вопрос продолжения образовательного маршрута в связи с завершением курса реабилитации в дневном стационаре. Испытуемые были разделены на две группы в зависимости от длительности пребывания в дневном стационаре. Первую группу составили 15 пациентов (9 юношей и 6 девушек), проходящих курс реабилитации менее двух лет. Вторую группу составили 15 пациентов (8 юношей и 7 девушек), проходящих курс реабилитации более двух лет.

Методы исследования. С каждым испытуемым проводилась беседа в свободной форме. Психодиагностический метод включал в себя следующие методики: Шкала самооценки реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации и адаптации Ю.Л. Ханина, опросник «Уровень развития субъектности личности» (УРСЛ) М.А. Щукиной, Тест жизнестойкости С. Мадди в модификации Е.Н. Осина, Е.И. Рассказовой, опросник «Профессиональная готовность» А.П. Чернявской (краткий вариант). Статистический метод включал в себя U-критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 Пирсона, г-

критерий Спирмена.

Результаты и их обсуждение. У подростков, проходящих курс реабилитации менее двух лет, по сравнению с подростками, поступившими в дневной стационар более двух лет назад, обнаружен более высокий уровень ситуативной ($43,85 \pm 2,02$, $34,15 \pm 1,91$, $p < 0,05$) и личностной ($46,21 \pm 2,73$, $36,92 \pm 1,55$, $p < 0,05$) тревожности. Соответственно, с течением времени в условиях дневного стационара у пациентов уменьшается склонность испытывать чувство тревоги.

Не обнаружено статистически достоверных различий между двумя группами в уровне развития субъектности и жизнестойкости ($p > 0,1$).

Уровень развития субъектности личности подростков обеих групп находится в нижнем диапазоне средненормативных значений (табл. 1). Согласно интерпретации М.А. Щукиной, подростки с этими показателями пытаются реализовывать субъектное поведение в повседневной жизни, но в новых и сложных ситуациях избегают самостоятельных решений и ответственности [12]. В частности, новой и сложной задачей является выбор профессии и дальнейшего образовательного маршрута. Показатели параметров субъектности личности пациентов дневного стационара в целом схожи с аналогичными показателями здоровых подростков, полученными в ряде других исследований [7, 12]. Исключение составляет шкала самооценности - малоценности. У пациентов обеих групп имеются идеи недостаточной ценности собственной личности. Эту особенность можно объяснить травматичным опытом неуспешности в прошлом и переживанием факта пребывания в психиатрическом учреждении в настоящем.

Таблица 1.

Средние значения и стандартные ошибки параметров субъектности подростков с различной длительностью прохождения реабилитации

Шкалы	Длительность реабилитации до двух лет	Длительность реабилитации более двух лет
Субъектность	$142,07 \pm 7,71$	$144,15 \pm 5,47$
Активность - реактивность	$27,92 \pm 1,61$	$29,84 \pm 1,87$
Автономность – зависимость	$30,51 \pm 2,24$	$30,86 \pm 1,43$
Целостность - неинтегративность	$30,38 \pm 2,01$	$27,61 \pm 1,90$
Опосредованность - непосредственность	$30,00 \pm 2,00$	$28,46 \pm 1,36$
Креативность - репродуктивность	$31,09 \pm 1,85$	$30,01 \pm 1,45$
Самоценность - малоценность	$24,19 \pm 2,11$	$25,96 \pm 2,12$

Для пациентов дневного стационара характерен низкий уровень жизнестойкости (табл. 2). Подросткам свойственны низкая личностная вовлеченность в события собственной жизни, ощущение невозможности их контролировать, неготовность к принятию риска. По данным имеющихся исследований, условно здоровые подростки демонстрируют более высокий уровень жизнестойкости. Слабая вовлеченность в собственную деятельность может быть характерна и для условно здоровых подростков, но ощущения неконтролируемости событий и неприятия риска у них не отмечается [3, 4]. Повышенная чувствительность к средовым воздействиям,

эмоциональная лабильность пациентов дневного стационара усиливают их потребность в стабильности, защищенности и избегании стрессовых ситуаций.

Таблица 2.

Средние значения и стандартные ошибки параметров жизнестойкости подростков с различной длительностью прохождения реабилитации

Шкалы	Длительность реабилитации до двух лет	Длительность реабилитации более двух лет
Жизнестойкость	35,14±3,23	37,40±3,24
Вовлеченность	15,50±1,67	16,07±1,75
Контроль	12,00±1,11	12,50±1,27
Принятие риска	7,64±0,69	8,21±0,89

Примечательно, что у пациентов, дольше находящихся в условиях дневного стационара, отмечаются значительно более низкие показатели тревожности, но при этом сохраняются идеи собственной малоценности и низкий уровень жизнестойкости. В щадящей обстановке дневного стационара подростки достигают большей эмоциональной стабильности, но опору находят в основном во внешних условиях, а не в собственной личности, то есть отмечается недостаток интериоризации позитивного эмоционального опыта. Выбор профессии и продолжения образовательного маршрута сопряжен с выходом из комфортных условий дневного стационара и необходимостью принять ситуацию риска. В связи с этим ситуация выбора профессии является стрессовой для большинства пациентов дневного стационара.

Количественный анализ результатов по методике «Профессиональная готовность» не выявляет различий между подростками с различной длительностью прохождения реабилитации ($p > 0,1$). У подростков обеих групп отмечаются средние показатели автономности в выборе профессии, информированности о мире профессий, готовности принимать решение о будущей профессии и планировать собственный образовательный маршрут, эмоционального отношения к выбору профессии (все средние значения колеблются в диапазоне от 3,14±0,56 до 4,14±0,55). Соответственно, у пациентов дневного стационара есть желание выбрать профессию самостоятельно и достичь в ней успеха; но эти устремления носят неустойчивый характер и легко могут быть поколеблены различными жизненными трудностями.

Качественный анализ восприятия подростками проблемы выбора профессии позволяет выявить некоторые различия между двумя группами.

Подростки, пребывающие в дневном стационаре менее двух лет, чаще, чем подростки, проходящие реабилитацию более двух лет, могут назвать конкретную профессию, которую предполагают получить (67% и 20% соответственно, $p < 0,05$). Эти различия можно связать с тем, что пациенты с меньшим сроком реабилитации ушли из массовой школы в 13-15 лет. Для них вопрос выбора профессии стал частью проблемы продолжения образовательного маршрута, возникшей по причине невозможности дальше посещать массовую школу. Выбор профессии, сделанный в условиях тяжелого стресса, редко можно назвать настоящим самоопределением. Лишь в единичных случаях подростки этой группы соотносят выбор профессии со своими интересами, склонностями и жизненными устремлениями. Чаще же выбор профессии объясняется возмож-

ностью поступить в соответствующее учебное заведение и стремлением избежать неудачи. Такой выбор редко бывает самостоятельным, обычно осуществляется под влиянием значимых взрослых. В других случаях выбор отвечает определенной эмоциональной потребности, но слабо соотносится с требованиями реальности и не превращается в конкретный план. В целом подростки данной группы стремятся к определенности своего будущего, но ранний выбор профессии часто не позволяет им по-настоящему понять самих себя.

Подростки, проходящие курс реабилитации более двух лет, обычно затрудняются с выбором конкретной профессии. Одна из причин этих затруднений – очень высокие требования подростков к психологическому комфорту в будущей профессиональной деятельности, неприятие стрессов, рутины и скуки. Другая причина неготовности выбрать профессию – недостаточная включенность в решение этой проблемы, поглощенность другими интересами. В целом для этой группы подростков характерно избегание выбора конкретной профессии на фоне неготовности столкнуться с негативной стороной этого выбора.

Анализ взаимосвязей между личностными особенностями и параметрами готовности к выбору профессии позволяет выявить как сходство, так и различия между двумя группами подростков.

В группе подростков, позднее поступивших в дневной стационар, отмечаются многочисленные сильные связи между субъектностью, жизнестойкостью и готовностью к выбору профессии, что подтверждает высокую актуальность темы профессионального самоопределения для данной группы подростков. Далее рассматриваются наиболее сильные связи ($r > 0,7$, $p < 0,01$). Наиболее тесно связанными как с субъектностью и жизнестойкостью в целом, так и с их отдельными параметрами оказались готовность к планированию учебно-профессиональной деятельности и эмоциональное отношение к выбору профессии. Подростки, уверенные в собственной ценности, способные действовать в соответствии с личными целями и принципами, вовлеченные в события собственной жизни, убежденные в способности сохранять над ними контроль в стрессовых ситуациях и готовые к риску, более позитивно относятся к перспективе выбора профессии и тщательно планируют свой образовательный маршрут.

В группе подростков, раньше поступивших в дневной стационар, сильных связей ($r > 0,7$, $p < 0,01$) между личностными особенностями и готовностью к выбору профессии несколько меньше, что может отражать меньшую включенность подростков данной группы в решение проблемы профессионального самоопределения. Подростки с более высокой личностной тревожностью более склонны негативно относиться к выбору профессии и меньше информированы о мире профессий, что может быть проявлением реакции избегания. Подростки с более высоким уровнем субъектности и жизнестойкости, уверенные в собственной ценности и готовые к риску, более позитивно относятся к выбору профессии, что отмечается и в первой группе. Подростки, способные действовать в соответствии с личными целями и принципами, управлять собственными импульсами и сохранять определенную независимость от внешних воздействий, больше готовы к принятию решения относительно будущей профессии. Эта связь присутствует только во второй группе, так как подростки, рано поступившие в дневной стационар, в большей степени соотносят принятие решения с идеей самореализации.

Выводы. Для подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством и опытом школьной дизадаптации характерны идеи недостаточной

ценности собственной личности и низкий уровень жизнестойкости.

Подростки, недавно поступившие в дневной стационар, характеризуются более высоким уровнем тревожности. Подростки, длительно проходящие реабилитацию в условиях дневного стационара, достигают большей эмоциональной стабильности, но опору находят в основном во внешних условиях, а не в собственной личности.

Подростки, позднее поступившие в дневной стационар, стремятся к максимальной определенности собственного будущего, подчас в ущерб возможности лучше понять себя. Подростки, раньше поступившие в дневной стационар, напротив, избегают выбора конкретной профессии, так как не готовы столкнуться с его негативной стороной.

Пациенты с более высоким уровнем субъектности и жизнестойкости демонстрируют более выраженную готовность к выбору профессии. У подростков, поздно поступивших в дневной стационар, субъектность личности чаще проявляется в способности выстроить план продолжения образовательного маршрута, а у подростков, рано начавших проходить реабилитацию, – в готовности принять решение относительно будущей профессии.

В целом у подростков с органическим эмоционально-лабильным расстройством и опытом школьной дизадаптации готовность к профессиональному самоопределению недостаточна. На первый план выходят хрупкость установки на самореализацию через профессиональную деятельность, ее высокая уязвимость при столкновении с препятствиями. Соответственно, психологическое сопровождение выбора профессии данной категорией подростков неотделимо от психокоррекционной работы с их личностью. Основными направлениями психокоррекционной профориентационной работы могут стать развитие жизнестойкости подростков, повышение у них чувства собственной ценности во взаимосвязи с конкретными планами на профессиональное будущее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арон И.С. Субъектность профессионального самоопределения подростков с особыми социальными ситуациями развития // Культурно-историческая психология. 2017; 13 (4): 64-72. [https://doi.org/ 10.17759/chp.2017130407](https://doi.org/10.17759/chp.2017130407) (дата обращения: 15.06.2022.)
2. Бурмистрова Ю.С. Проблема профориентации подростков из семей группы риска, теоретические аспекты // Современные проблемы профессионального образования: тенденции и перспективы развития: сб. науч. статей II Всероссийской научно-практ. конф., Калуга, 12 ноября 2021 г.. Калуга: Калужский государственный университет им. К.Э.Циолковского», 2022: 411-414.
3. Горьковая И.А. Иванов А.С. Гендерные и возрастные особенности жизнестойкости подростков с устойчивым противоправным поведением // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2021; 91(3): 231-240. [https://doi.org /10.35750/2071-8284-2021-3-231-240](https://doi.org/10.35750/2071-8284-2021-3-231-240) (дата обращения: 05.07.2022.)
4. Евсеенкова Е.В., Борисенко Ю.В. Взаимосвязь риска аутодеструктивного поведения старших подростков с уровнем жизнестойкости // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: педагогика, психология. 2020; 42 (3): 54-62. [https://doi.org /10.18323/2221-5662-2020-3-54-62](https://doi.org/10.18323/2221-5662-2020-3-54-62) (дата обращения: 01.07.2022.)
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста: руководство для врачей. СПб.: Специальная литература, 1996: 87-91.

6. Каткова А.В. Особенности профессионального самоопределения аддиктивных подростков // Вестник Московского университета. Серия 20: Педагогическое образование. 2011; 2: 116-120. <https://doi.org/10.51314/2073-2635-2011-2-116-120> (дата обращения: 28.06.2022.)

7. Кубышкина М.Л., Казакова Е.В., Коноплева В.А. Развитие субъектных качеств у подростков, состоящих на внутришкольном учете и учете в подразделении по делам несовершеннолетних // Педагогика и просвещение. 2020; 2: 15-29. <https://doi.org/10.7256/2454-0676.2020.2.32541> (дата обращения: 28.06.2022.)

8. Лезарева Т.А. Лытаев С.А. Об эффективности механизмов психофизиологической адаптации в динамике учебно-образовательного процесса // Педиатр. 2019; 10 (6): 67-77. <https://doi.org/10.17816/PED10667-77> (дата обращения: 27.06.2022.)

9. Миссуловин Л.Я., Карочкина О.Ф., Чернова Г.Р. Профорентация и профессиональное самоопределение старших подростков с эмоционально-волевыми нарушениями // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2019; 4: 157-166.

10. Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., Шипилова Е.М., Суворинова Н.Ю. Школьная дезадаптация в практике педиатра и невролога // Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2017; 2-3: 28-33.

11. Филиппова Е.А. Школьная дезадаптация и факторы риска пограничных психических расстройств среди учащихся средних и старших классов массовых школ // Социальная и клиническая психиатрия. 2010; 20 (3): 50-53.

12. Шукина, М.А. Психология саморазвития личности. Монография. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2015: 229-247.

REFERENCES

1. Aron I.S. Sub`ektnost` professional`nogo samoopredeleniya podrostkov s osoby`mi soczial`ny`mi situaczijami razvitiya // Kul`turno-istoricheskaya psikhologiya. 2017; 13 (4): 64-72. <https://doi.org/10.17759/chp.2017130407> (data obrashheniya: 15.06.2022.)

2. Burmistrova Yu.S. Problema proforientaczii podrostkov iz semej gruppy` riska, teoreticheskie aspekty` // Sovremennyye problemy` professional`nogo obrazovaniya: tendenczii i perspektivy` razvitiya: sb. nauch. statej II Vserossijskoj nauchno-prakt. konf., Kaluga, 12 noyabrya 2021 g.. Kaluga: Kaluzhskij gosudarstvennyj universitet im. K.E`.Cziolkovskogo», 2022: 411-414.

3. Gor`kovaya I.A. Ivanov A.S. Gendernyye i vozrastny`e osobennosti zhiznestojkosti podrostkov s ustojchivym protivopravny`m povedeniem // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta MVD Rossii. 2021; 91(3): 231-240. <https://doi.org/10.35750/2071-8284-2021-3-231-240> (data obrashheniya: 05.07.2022.)

4. Evseenkova E.V., Borisenko Yu.V. Vzaimosvyaz` riska autodestruktivnogo povedeniya starshikh podrostkov s urovnem zhiznestojkosti // Vektor nauki Tol'yattinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: pedagogika, psikhologiya. 2020; 42 (3): 54-62. <https://doi.org/10.18323/2221-5662-2020-3-54-62> (data obrashheniya: 01.07.2022.)

5. Isaev D.N. Psikhosomaticheskaya mediczina detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: Speczial`naya literatura, 1996: 87-91.

6. Katkova A.V. Osobennosti professional`nogo samoopredeleniya addiktivny`kh podrostkov // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 20: Pedagogicheskoe obrazovanie. 2011; 2: 116-120. <https://doi.org/10.51314/2073-2635-2011-2-116-120>

2635-2011-2-116-120 (data obrashheniya: 28.06.2022.)

7. Kuby'shkina M.L., Kazakova E.V., Konopleva V.A. Razvitie sub'ektny'kh kachestv u podrostkov, sostoyashhikh na vnutrishkol'nom uchete i uchete v podrazdelenii po delam nesovershennoletnikh // *Pedagogika i prosveshchenie*. 2020; 2: 15-29. <https://doi.org/10.7256/2454-0676.2020.2.32541> (data obrashheniya: 28.06.2022.)

8. Lezareva T.A. Ly'taev S.A. Ob e'ffektivnosti mekhanizmov psikhofiziologicheskoy adaptaczii v dinamike uchebno-obrazovatel'nogo proczessa // *Pediatr.* 2019; 10 (6): 67-77. <https://doi.org/10.17816/PED10667-77> (data obrashheniya: 27.06.2022.)

9. Missulovin L.Ya., Karochkina O.F., Chernova G.R. Proforientaczia i profesional'noe samoopredelenie starshikh podrostkov s e'mocional'no-volevy'mi narusheniyami // *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina*. 2019; 4: 157-166.

10. Nesterovskij Yu.E., Zavadenko N.N., Shipilova E.M., Suvorinova N.Yu. Shkol'naya dezadaptaczia v praktike pediatra i nevrologa // *Nevrologiya i revmatologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum*. 2017; 2-3: 28-33.

11. Filippova E.A. Shkol'naya dezadaptaczia i faktory` riska pogranichny'kh psikhicheskikh rasstrojstv sredi uchashhikhsya srednikh i starshikh klassov massovy'kh shkol // *Soczial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2010; 20 (3): 50-53.

12. Shhukina, M.A. Psikhologiya samorazvitiya lichnosti. Monografiya. SPb.: Izd-vo Sankt-Peterburgskogo un-ta, 2015: 229-247.

13. Parviainen M., Aunola K., Torppa M., Lerkkanen M-K, Poikkeus A-M, Vasalampi K. Early Antecedents of School Burnout in Upper Secondary Education: A Five-year Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2020; 50: 231—245. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01331-w> (accessed 03.07.2022.)

14. Virtanen T. E., Räikkönen E., Engels M. C., Vasalampi K., Lerkkanen M.-K. Student engagement, truancy, and cynicism: A longitudinal study from primary school to upper secondary education. *Learning and Individual Differences*. 2021; 86. Article 101972. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2021.101972> (accessed 03.07.2022.)

N.N. Arhangelskaia

READINESS FOR PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION IN ADOLESCENCES WITH THE EXPERIENCE OF SCHOOL MALADJUSTMENT IN NEUROPSYCHIATRIC REHABILITATION DAY HOSPITAL

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Minukhin Saint-Petersburg Rehabilitation Center «Child Psychiatry» (St. Petersburg).

Summary. The article is devoted to the study of the relationship between personality features and readiness for professional self-determination in adolescents with the experience of school maladjustment. All adolescents treated in neuropsychiatric rehabilitation day hospital and were diagnosed with organic emotionally labile disorder. The results obtained indicate a low level of hardiness and self-esteem in examinees. A positive correlation between subjectivity, hardiness and readiness for professional self-determination is revealed. The importance of integrating psychological correction and career guidance is emphasized.

Keywords: professional self-determination, school maladjustment, adolescents, organic emotionally labile disorder, rehabilitation.

В.М. Башина**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АУТИЗМА
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ****ФГБНУ Научный центр психического здоровья (Москва).**

Резюме. В статье представлены результаты клинико-катамнестического изучения 500 детей в возрасте от 1 года до 10 лет с разными формами аутизма. Среди них было 240 пациентов с детским аутизмом и 160 – с атипичным аутизмом (из которых 100 больных перенесли в прошлом кататонические, кататонно-регрессивные и полиморфные приступы эндогенного психоза, а у 60 диагностировали умеренную умственную отсталость с аутистическими чертами при синдромах Мартина-Белл, Дауна, туберозном склерозе, фенилкетонурии). В число обследованных вошли также 60 больных с синдромом Ретта, 20 - с синдромом Аспергера и 20 - с психогенным парааутизмом. Обсуждается проблема гетерогенности аутизма в детстве, представленного как континуумом эндогенных расстройств (от эволютивных до психотических), так и группой аутистических состояний другого происхождения (хромосомного, обменного, психогенного). Были предложены новые принципы диагностики аутизма разного генеза в соответствии с критериями МКБ-10. С позиций деонтологического подхода было рассмотрено использование рубрик МКБ-10 при диагностике расстройств процессуального генеза.

Ключевые слова: детский аутизм Каннера, атипичный аутизм, парааутизм, синдром Аспергера, синдром Ретта,

Введение. Отказ от жесткого клинического нозологизма в отечественной психиатрии завершился введением в 1999-2000 гг. новой систематики – МКБ 10-го пересмотра (1999). Это сказалось на подходах к проблеме аутизма в детстве, которая и явилась предметом обсуждения в настоящем сообщении.

Обсуждение проблемы. Впервые аутизм как один из кардинальных феноменов шизофрении был выделен Е. Bleuler в 1911 г. [30]. В 1943 г. L. Kanner описал ранний детский аутизм (РДА) как обособленное расстройство шизофренического спектра [35]. В МКБ-9 (1987) РДА относился к кругу психозов детского возраста. В МКБ-10 (1999) был введен новый раздел – «Общие расстройства психологического (психического) развития» (F84), а также предложена новая систематика аутистических расстройств в детском возрасте, рассматривающихся теперь в указанном разделе.

Международная классификация болезней (МКБ) 10-го пересмотра (1999)**F84. Общие расстройства психологического (психического) развития.****F84.0 Детский аутизм (начало от 0 до 3 лет):**

- аутистическое расстройство;
- инфантильный аутизм;
- инфантильный психоз;
- синдром Каннера.

F84.1. Атипичный аутизм:

- атипичный детский психоз (начало между 3-5 годами);
- умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами.

F84.2. Синдром Ретта.

F84.5. Синдром Аспергера.

В рубрику «детский аутизм» (ДА) (F84.0) включены аутистические состояния эндогенного генеза, развивающиеся в период от рождения до 3 лет жизни, в том числе аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера. Перечисленные состояния близки или идентичны РДА в верификациях, принятых в других странах [3, 5, 21, 22, 35, 37, 41].

В этот же раздел внесен ряд расстройств, рассматриваемых в рубрике «атипичный аутизм» (АА) (F84.1.). К ним относят атипичный психоз и умеренную умственную отсталость (УМО) с аутистическими чертами. В самостоятельные рубрики выделены синдромы Ретта (F84.2) и Аспергера (F84.5) [2, 3, 6, 8, 21, 22, 25, 30]. Как можно видеть, подходы к классификации аутизма в детстве изменились, стало общепризнанным положение о гетерогенности аутизма у детей. При этом одни формы аутизма, такие как ДА, атипичный психоз, синдром Аспергера, можно отнести к расстройствам эндогенного происхождения, другие – различные виды умеренной умственной отсталости с аутистическими чертами, синдром Ретта – к расстройствам хромосомного и обменного генеза [7, 10, 11, 33, 43].

Значительное расширение в последние годы возможностей цитогенетики и молекулярной генетики повысило выявляемость из числа недифференцированной УМО ряда наследственных синдромов, таких как синдромы ломкой X-хромосомы (ФРА-X или синдром Мартина-Белл), Ретта и другие [2, 4, 6, 8, 11, 31, 34, 42, 43]. Поскольку при указанных синдромах в части случаев отмечаются симптомы аутистического круга, эти расстройства были включены в группу АА. Значительное расширение группы АА, а также происшедшие изменения во взглядах на психопатологическую сущность и генез аутизма привели к увеличению показателей его распространенности. По данным группы исследователей Кембриджского университета Англии (1998) встречаемость аутизма равняется 56 и выше на 10 000 детской популяции [40].

Материалы и методы исследования. Для обсуждения проблемы аутизма используются результаты проведенного в НЦПЗ РАМН клинко-динамического и катамнестического изучения 500 детей в возрасте от 1 года до 10 лет с различными аутистическими расстройствами. В указанной когорте больных выявлены следующие виды аутизма: у 240 пациентов – ДА и у 160 – АА, из которых 100 больных перенесли в возрасте 3-5 лет приступы эндогенного (атипичного) психоза, а у 60 диагностировали умеренную УМО с аутистическими чертами хромосомного или обменного генеза при синдромах Дауна (23 больных), Мартина-Белл (15 больных), фенилкетонурии (ФКУ) (10 больных), туберозном склерозе (12 больных). В число обследованных вошли также 60 больных с синдромом Ретта, 20 - с синдромом Аспергера и 20 - с психогенным парааутизмом [2].

Каковы, исходя из полученных нами данных, клинические особенности разных видов аутизма, вошедших в МКБ-10? ДА – это сложный симптомокомплекс нарушений психического развития, имеющий место в период от рождения до 3 лет жизни [1-3, 35, 38, 44]. Его определяют крайняя самоизоляция, ау-

тистические формы контактов, отторжение реалий окружающего мира, неспособность к формированию общения, явления протодиакриза, стереотипная протопатического уровня деятельность, нарушения развития коммуникативной функции речи, моторики, эмоционального, когнитивного развития, инстинктивной жизни. ДА приобретает завершенную форму к 3-5 годам. После 5-6 лет дизонтогенетические проявления частично сглаживаются, наблюдается становление дефицитарной личности; в $\frac{3}{4}$ случаев присоединяются позитивные симптомы текущего эндогенного расстройства [1, 2].

В англоязычных странах диагноз ДА в последующие годы жизни больного предпочтительно не видоизменяется [29, 35, 38]. В отечественной детской психиатрии у больных с диагнозом «ДА» и появлением в клинике позитивных и нарастанием негативных симптомов с формированием олигофреноподобного дефекта к 8-10 годам состояние верифицируется как «Шизофрения, детский тип».

К настоящему времени практически не разработаны диагностические критерии для вариантов ДА, представленных в МКБ-10 и работах авторов, впервые описавших эти расстройства [1, 5, 16, 34, 38, 41, 44]. В этих целях можно использовать оценку уровня возрастной зрелости центральной нервной системы (ЦНС) ребенка и клинко-психопатологическую характеристику этих вариантов ДА. Незрелость ребенка в возрасте до 12-18 месяцев жизни, ведущая к малой сформированности аутистического синдрома, позволяет при верификации ДА у детей этой группы добавлять пояснение «инфантильный аутизм». При оценке ДА у детей в 12-36 месяцев становится возможным характеризовать состояние как «ДА, синдром Каннера». При наличии в клинической картине ДА позитивной – кататонической, кататонно-регрессивной симптоматики допустимо добавлять к диагнозу «ДА, F84.0» пояснение: «инфантильный психоз». При отсутствии или недостаточности рассмотренных выше данных более обосновано верифицировать ДА как «аутистическое расстройство» или оставлять его дефиницию без пояснений.

Характеризуя АА, представленный атипичным психозом и умеренной УМО с аутистическими чертами, подчеркнем клинко-нозологическую неоднородность вошедших в эту группу нарушений. Под атипичным психозом понимается расстройство, которое возникает в связи с перенесением ребенком в возрасте 3-5 лет приступов эндогенного психоза или ранней детской шизофрении [2]. По выходе в ремиссию в клинической картине этих состояний обнаруживаются признаки умственного и речевого недоразвития, моторные стереотипы, расстройство самосознания, эмоциональное обеднение, аутистические формы поведения. Формируется нажитое дефицитарное аутистическое состояние, относительно схожее с ДА и отличное от последнего более поздним началом и нередким наличием в клинической картине резидуальных позитивных симптомов [1, 2].

Второй подвид АА представлен широким спектром умеренной УМО разной этиологии с аутистическими чертами. Последние в аспекте клинко-нозологического подхода, принятого в отечественной детской психиатрии [2, 4, 8, 32, 33, 36, 37], определяются как аутистикоподобные по аналогии с тем, как рассматриваются неврозоподобные, психопатоподобные расстройства при органической патологии. Атипичные аутистические проявления этого типа почти не изучены. Клинко-психопатологическое изучение умеренной УМО с аутистическими чертами в круге синдромов Дауна, ФРА-Х, а также при туберозном склерозе, ФКУ

[2, 8, 17-19, 23, 24, 30] выявило во всех этих случаях наличие таких аутистических признаков, как отрешенность, отвергание общения, обедненность деятельности. Характерным являлось тотальное умственное недоразвитие, при этом уровень социального приспособления соответствовал тяжести УМО. Поведение этих детей отличается монотонностью, отсутствием вычурности, мышление – чертами торпидности. Возможны дисфорические и психопатоподобные проявления. Аутистические симптомы в этих случаях могут возникать в разные периоды онтогенеза и в последующем либо усиливаться или оставаться без изменений, либо полностью нивелироваться. В кризовых периодах нередко психотические эпизоды, после которых возможно углубление аутистических черт. В клинической картине всегда присутствуют симптомы специфического соматического дисгенеза.

При синдроме Ретта расстройства аутистического круга возникают в возрасте 8-18 месяцев жизни после предшествующего периода нормального развития ребенка, в так называемой I (аутистической) стадии болезни. К особенностям клинической картины этой стадии относятся меньшая выраженность отрешения по сравнению с таковым при ДА, сохранность глазной реакции и эмоционального взаимодействия с матерью. Во II стадии болезни (стадии быстрого распада ранее приобретенных навыков и речи) аутистические расстройства нивелируются. Присоединяются моторные нарушения в форме «моющих» движений в кистях рук, относящиеся к четким диагностическим феноменам, присутствующим только РС. Позднее развиваются неврологические расстройства (диспраксия, атаксия, сколиоз, кифоз, распад речи, расстройства глотания, дыхания, эпилептические приступы и др.) [2, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 32, 33, 43].

Аутистическим состояниям при синдроме Аспергера (эволютивно-конституционального генеза) свойственна меньшая по сравнению с ДА выраженность отрешения, сохраняется способность к интеллектуальному развитию. В онтогенезе формируется личность шизоидного круга, с которой она, однако, полностью не идентифицируется в связи с очень ранней и более глубокой искаженностью личностного и умственного развития, наблюдающегося при синдроме Аспергера [2, 15, 16, 22, 25, 30].

В связи с появлением в детской популяции большого числа детей-сирот необходимо обратить внимание на наличие аутистических расстройств у детей этой группы, впервые описанных G. Nissen в 1975 г. и впоследствии получивших название «психогенный парааутизм» [39]. Этот вариант аутизма у детей не был включен в МКБ-10, а в отечественной классификации его относят к группе атипичного аутизма. При психогенном парааутизме глубина аутистического отрешения не столь значительна. После второго возрастного криза аутистические симптомы нивелируются, обнаруживается способность к более равномерному умственному развитию с эмоциональной незрелостью, недостаточностью волевых побуждений, затрудненным формированием направленной привязанности, рентными установками [2, 9, 12-14].

Изучение при разных видах аутизма в детстве структуры дизонтогенеза в возрастном аспекте, а именно характерологических особенностей, показателей развития когнитивной, речевой, моторной, эмоциональной сфер, игровой деятельности, позволило прийти к следующим выводам. ДА классический, эндогенный, шизофренического спектра характеризуется асинхронностью в разви-

тии всех функциональных сфер. Такой тип дизонтогенеза может быть определен как диссоциированный. Также при нем наблюдается дезинтеграция в развитии внутри каждой из сфер психической деятельности. Нарушается основной физиологический закон развития в виде неспособности вытеснения в процессе развития ребенка архаических функций более высокоорганизованными. Именно дезинтегративный диссоциированный дизонтогенез является одним из основных диагностических маркеров ДА эндогенного происхождения. [1, 2].

Сходный тип дезинтегративного диссоциированного дизонтогенеза наблюдается при атипичном психозе и синдроме Аспергера. В этих случаях лишь неравнозначны степень, глубина выраженности и время появления дизонтогенетических нарушений [2].

При умеренной УМО с аутистическими чертами хромосомного или обменного генеза (СД, ФРА-Х, ТС, ФК, РС) наблюдается преимущественно равномерно задержанный дизонтогенез, умственное недоразвитие без грубой асинхронии и проявлений совмещения архаических и более молодых функций. В клинической картине всегда присутствуют симптомы специфического соматического дисгенеза.

Для парааутистических состояний психогенного происхождения характерен неглубокий, равномерно искаженного типа дизонтогенез без черт асинхронии и с возможностью нивелирования аутистических проявлений ко второму возрастному кризу.

Анализ материала подтвердил, что разным формам аутизма свойственны определенные разновидности дизонтогенеза и генотипа, тесно взаимосвязанные с происхождением этих расстройств. Вместе с тем аутистические проявления, выявляемые клинически в круге разных видов аутизма в детстве, обнаруживают частичное фенотипическое сходство. Этот факт, полагаем, особенно важен при диагностике аутистических расстройств. Вполне вероятно, что полученные данные о наличии симптомов аутизма в ряде случаев хромосомной патологии смогут быть использованы для выяснения роли генетических патологических маркеров в развитии аутистических расстройств.

Обобщая изложенный материал по детскому и атипичному аутизму, следует остановиться на нескольких остающихся не вполне уточненными вопросах и положениях. Под феноменом аутизма в детстве понимается прежде всего нарушение взаимодействия с окружающим миром, наличие стереотипной деятельности, самодостаточность. При этом деятельность ребенка, его существование смещаются преимущественно на примитивно-регрессивный стереотипный уровень, доставляющий ему некоторое заместительное удовольствие. Такая трактовка аутизма в детстве отчасти соотносится с пониманием аутизма в общей психопатологии. Вместе с тем недостаточно феноменологически уточненными остаются дефиниции разных форм аутизма в детстве. Достаточно часто как «аутизм» определяют разные феномены аутистического типа. Так, термином ДА обозначается обособленное расстройство, болезнь; дефиниция «аутизм» используется для квалификации аутизма как признака, симптома шизофрении, шизоидии [15, 16, 30], так же, как и в общей психиатрии. Дефиниция «атипичный аутизм» используется при верификации атипичного (шизофренического) психоза и аутистических признаков в круге УМО (умеренная УМО с аутистическими чертами).

Отсутствуют однозначные решения вопроса о принадлежности ДА к психо-

зам и эволютивным расстройствам развития: в последних международных классификациях допускается возможность отнесения ДА как к группе расстройств, в которых первичными являются нарушения эволютивного развития (среди них инфантильный аутизм, аутистическое расстройство, синдром Каннера), так и к состояниям процессуальной природы с позитивными психопатологическими симптомами (инфантильный психоз). Наши собственные катамнестические наблюдения больных ДА на протяжении 12-20 лет показывают возможность формирования ДА в $\frac{1}{4}$ случаев без присоединения позитивных симптомов [1]. Наличие у большинства больных в клинической картине ДА позитивных симптомов, т. е. признаков текущего процесса, может быть либо истолковано как следствие возникновения эндогенного заболевания на фоне ДА (как эволютивного дизонтогенеза), либо остается возможность предполагать в этих случаях постпроцессуальное (после перенесения инфантильного психоза) происхождение. В последнем варианте можно говорить о дефекте, подобном ДА Каннера.

В целом все расстройства, включенные в настоящее время в рубрику «Общие расстройства психологического (психического) развития», можно разделить на 2 группы в зависимости от их происхождения. 1-я группа – это аутистические проявления эндогенного происхождения, которые представлены континуумом расстройств от синдрома Аспергера, инфантильного аутизма, аутистического расстройства, синдрома Каннера к инфантильному психозу, атипичному психозу, т. е. от расстройств эволютивного дизонтогенетического типа до расстройств психотического типа, возникающих в возрасте от 0 до 5 лет. Ко 2-й группе можно отнести аутистические состояния иного происхождения – при умеренной УМО различного генеза, а также психогенный парааутизм. Таким образом, включение в МКБ-10 раздела «Общие расстройства психологического (психического) развития» и введение в него широкого круга аутистических расстройств различного генеза оправдано преобладанием в клинической картине этих состояний нарушений развития, затрагивающих все сферы психической деятельности ребенка. Кроме того, наличие указанного раздела позволяет отказаться от диагностики ранней детской шизофрении у детей в возрасте до 8 лет. В таком подходе отражаются наметившиеся в детской психиатрии деонтологические позиции, способствующие выполнению задач реабилитации больных с разными формами аутизма в практическом здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1989. 256 с.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.
3. Башина В.М., Пивоварова Г.Н. Синдром аутизма у детей // Ж. невропатол. и психиатр. 1970. Т. 70. Вып. 6. С. 941-943.
4. Денисова Л.В. Умственная отсталость с ломкой X-хромосомой: автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1986
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. 206 с.
6. Козлова С.И. и др. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Л.: Медицина, 1987. 320 с.
7. Красильников Г.Т. Аутизм и аутистический синдром // Ж. невропатол. и психиатр. 1996. Т. 96. Вып. 2. С. 105-110.

8. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. Умственная отсталость при наследственных заболеваниях. М.: Медицина, 1988. 256 с.

9. Матейчик З., Лангмейер И. Психическая депривация в детском возрасте. М., 1963.

10. Мнухин С.С., Исаев Д.Н. Об органической основе некоторых форм шизоидных и аутистических психопатий // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. Л., 1969. С. 122-131.

11. Мутовин Г.Р. Основы клинической генетики. М.: «Высшая школа», 1997. 174 с.

12. Проселкова М.О., Башина В.М., Козловская Г.В. Особенности психического развития детей раннего возраста из условий сиротства // Ж. невропатол. и психиатр. 1995. Т. 95. Вып. 5. С. 52-56.

13. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты): автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1996

14. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т. 2 / Под ред. А.С. Тиганова. М., Медицина, 1999. 784 с.

15. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. М.-Л. 256 с.

16. Сухарева Г.Е. Клиника шизофрении у детей и подростков. Харьков, 1937.

17. Симашкова Н.В., Грачев В.В. и др. // Swedish Rett Centre, Froson, Sweden. 1998. May. P. 26.

18. Скворцов И.А., Башина В.М., Ройтман Г.В. // Исцеление: Альманах. М., 1997. Вып. 3. С. 125-132.

19. Скворцов И.А., Башина В.М., Нефедова И.В. Лечение атипичного аутизма при синдроме Мартина-Белл // Ж. невропатол. и психиатр. 1998. Т. 98. Вып. 10. С. 17-21.

REFERENCESS

1. Bashina V.M. Rannyaya detskaya shizofreniya (statika i dinamika). M.: Mediczina, 1989. 256 s.

2. Bashina V.M. Autizm v detstve. M.: Mediczina, 1999. 236 s.

3. Bashina V.M., Pivovarova G.N. Sindrom autizma u detej //Zh. nevropatol. i psikiatr. 1970. T. 70. Vy`p. 6. S. 941-943.

4. Denisova L.V. Umstvennaya otstalost` s lomkoj Kh-khromosomoy: avtoref. diss... kand. med. nauk. M., 1986

5. Kovalev V.V. Psikiatriya detskogo vozrasta. M.: Mediczina, 1995. 206 s.

6. Kozlova S.I. i dr. Nasledstvenny`e sindromy` i mediko-geneticheskoe konsul`tirovanie. L.: Mediczina, 1987. 320 s.

7. Krasil`nikov G.T. Autizm i autisticheskij sindrom // Zh. nevropatol. i psikiatr. 1996. T. 96. Vy`p. 2. S. 105-110.

8. Marinceva G.S., Gavrilov V.I. Umstvennaya otstalost` pri nasledstvenny`kh zabolevaniyakh. M.: Mediczina, 1988. 256 s.

9. Matejchik Z., Langmejer I. Psikhicheskaya deprivaciya v detskom vozraste. M., 1963.

10. Mnukhin S.S., Isaev D.N. Ob organicheskoy osnove nekotory`kh form shizoidny`kh i autisticheskikh psikhopatij // Aktual`ny`e voprosy` klinicheskoy psikhopatologii i lecheniya psikhicheskikh zabolevanij. L., 1969. S. 122-131.

11. Mutovin G.R. Osnovy` klinicheskoy genetiki. M.: «Vy`sshaya shkola», 1997. 174 s.
12. Proselkova M.O., Bashina V.M., Kozlovskaya G.V. Osobennosti psikhicheskogo razvitiya detej rannego vozrasta iz uslovij sirotstva // Zh. nevropatol. i psikiatr. 1995. T. 95. Vy`p. 5. S. 52-56.
13. Proselkova M.O. Osobennosti psikhicheskogo zdorov`ya detej-sirot (vozrastnoj i dinamicheskij aspekty`): avtoref. diss... kand. med. nauk. M., 1996
14. Rukovodstvo po psikiatrii: V 2-kh t. T. 2 / Pod red. A.S. Tiganova. M., Mediczina, 1999. 784 s.
15. Simson T.P. Nevropatii, psikhopatii i reaktivny`e sostoyaniya mladencheskogo vozrasta. M.-L. 256 s.
16. Sukhareva G.E. Klinika shizofrenii u detej i podrostkov. Khar`kov, 1937.
17. Simashkova N.V., Grachev V.V. i dr. // Swedish Rett Centre, Frosen, Sweden. 1998. May. P. 26.
18. Skvorczov I.A., Bashina V.M., Rojzman G.V. // Isczelenie: Al`manakh. M., 1997. Vy`p. 3. S. 125-132.
19. Skvorczov I.A., Bashina V.M., Nefedova I.V. Lechenie atipichnogo autizma pri sindrome Martina-Bell // Zh. nevropatol. i psikiatr. 1998. T. 98. Vy`p. 10. S. 17-21.
20. Akesson H., Wahlstrom J. et. al. Rett syndrome: potencial gene sources – phenotypical variability // Clin. Genet. 1995. Vol. 48 P. 169-172.
21. Akesson H., Hagberg B. et. al. Rett syndrome: search for gene sources //J. Amer. Med. Genet. 1992. Vol. 42. P. 104-110.
22. Ahlsen G., Gillberg I.S. et. al. Tuberous sclerotic in Western Sweden // Archives of Neurology. 1994. Vol. 51. P. 76-81.
23. Antonarakis S.E. Diagnosis of genetic disorders at the PNA level // New England Journal of Medicine. 1989. Vol. 32. P. 153-163.
24. Anvert M., Zhang Z.P. // Neuropediatrics. 1996. Vol. 26. P. 88-89.
25. Asperger H. Die autistischen Psychopathen in Kindersalter // Archiv fur Psychiatrie und Nerven-krankheiten. 1944. B. 117. S. 76-136.
26. Bashina V.M., Gorbachevskaya N.L., Simashkova N.V., Yakupova L.P. Severe forms of early autism: clinical, differential diagnostic and therapeutical aspects // World Congress on Rett syndrome. – Gothenburg, Sweden, 1996. P. 87.
27. Bashina V.M., Simashkova N.V., Grachev V.V., Gorbachevskaya N.L. Speech and motor Disturbances in Rett syndrome // Neuroscience and behavioral Phsysiology. 2002. Vol. 32. № 4. P. 323-327.
28. Belichenko P.V., Hagberg B., Dahlstrom A. Morphological study of neocortical areas in Rett syndrome // Acta neuropathol. 1997. Vol. 93. P. 50-60.
29. Bender L., Faretra G. Relationship between childhood schizoprenia and adult schizoprenia. In.: Genetic factors in “Schizoprenia”. Springfield, ill., 1972. P. 30-36
30. Bleuler E. Wenen. International University Press. 1911.
31. Cooper R., Kerr A. et. al. Rett syndrome: critical examination of clinical features, serial e.e.g. and video-monitoring in understanding and management //European Journal of pediatric Neurology. 1998. № 2. P. 127-135.
32. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry. – Cambridge: University Press, 1995. 366 p.
33. Hagberg B. Rett syndrome: clinical and biological aspects. Mac Keith Press,

1993. 120 p.

34. Haggerman R.J., Murphe M.A. et. al. A controlled trial of simulant medication in children with fragile X-syndrome // *Americ. J. Med. Genetics*. 1988. Vol. 30. P. 377-392.

35. Kanner L.J. Autizm, Child Schizophrenia. 1971. № 1. P. 119.

36. Krevelen van Arn. D. On the relationship between Early Infantile autism and autistic Psychopathy// *Acta Paedopsychiatrica*. 1963. Vol. 30. P.303-323.

37. Krevelen van Arn. D. Problems of differential diagnosis between mental retargation and early enfantile autism // *Acta Paedopsychiatrica*. 1977. Vol. 39. P. 8-10.

38. Machler M., Furer M. Child psychoses: a theoretical statement and its implication // *J. Autism. Child. Schizophrenia*. 1972. Vol. 2. P. 213-218.

39. Nissen G. In: *Proc. 4-th UEP Congr.* – Stockholm, 1971. P. 501-508.

40. “Prevalence of autism in Brick Township”. New Jersey, 1998. Community Report, “Centers for disease Control and prevention”, April, 2000 // *Цит. ARRI-2000*. Vol. 14. № 2.

41. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism expansion and methylation at a third fragile // *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. 1978. № 8. P. 139-161.

42. Ritchie R.J., Knight S.J.L., Hirst M.S. et. al. The cloning of FRAX trinucleotide repeate in distal Xqter // *Hum. Mol. Genet*. 1993. Vol. 3. P. 2115-2121.

43. Wahalstrom I. Congenital Rett syndrome phenotype deletion short arm chromosome 3 // *World Congress on Rett syndrome.* – Gothenburg. Sweden, 1996.

44. Wing L. Language, social and cognitive impairments in autism severe mental retardation // *In: J. of Autism and Developmental Disorders*. 1981. Vol. 11. P. 31-34.

V.M. Bashina

CURRENT STATE OF AUTISM IN CHILDREN

Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. The article presents the results of a clinical follow-up study of 500 children aged 1 to 10 years with various forms of autism. Among them, there were 240 patients with childhood autism and 160 with atypical autism (of which 100 patients had experienced catatonic, catatonic-regressive and polymorphic attacks of endogenous psychosis in the past, and 60 were diagnosed with moderate mental retardation with autistic features in Martin-Bell syndrome, Down syndrome, tuberous sclerosis, phenylketonuria). The surveyed also included 60 patients with Rett syndrome, 20 with Asperger syndrome and 20 with psychogenic paraautism. The problem of the heterogeneity of autism in childhood, represented by both a continuum of endogenous disorders (from evolutionary to psychotic) and a group of autistic conditions of a different origin (chromosomal, metabolic, psychogenic), is discussed. New principles for diagnosing autism of various genesis were proposed in accordance with the ICD-10 criteria. From the standpoint of the deontological approach, the use of ICD-10 rubrics in diagnosing disorders of procedural genesis was considered.

Keywords: Kanner childhood autism, atypical autism, paraautism, Asperger syndrome, Rett syndrome,

И.А. Симоненко, К.Б. Сулейманов

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ
РАЗВИТИЯ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
(Курск)**

Резюме. В статье приводятся результаты исследования 10 дошкольников с расстройствами аутистического спектра по результатам внедрения экспериментальной программы развития регуляции поведения. При помощи методики CARS исследуется эффективность реализации коррекционно-развивающей программы, проводится интерпретация полученных результатов.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, регуляция поведения, CARS, аутизм.

Термин «Расстройства аутистического спектра» (РАС) объединяет категории детей с различным уровнем психического развития: как с тяжелыми нарушениями интеллекта и множественными сопутствующими нарушениями, так и с нормативным речевым и интеллектуальным развитием [2, 6]. При этом важность развития регуляции поведения в качестве коррекционного метода работы исследована в отечественной литературе недостаточно.

Цель исследования: изучение эффективности внедрения программы развития регуляции поведения дошкольников с (РАС).

Нами было сформирована следующая **гипотеза:** развитие регуляции поведения дошкольников с (РАС) будет способствовать коррекции проявлений аутистических расстройств.

Задачи исследования:

- провести предварительную диагностику дошкольников с РАС;
- внедрить программу развития регуляции поведения;
- оценить эффективность внедренной программы;
- выделить основные области изменений в структуре проявлений РАС.

Материалы и методы. Основным методом исследования являлась методика «Рейтинговая шкала аутизма CARS.». [9] Она заполнялась по результатам первых 2-3 занятий с ребенком, дополнялась интервьюированием родителей по спорным вопросам.

В исследовании принимали участие дошкольники с расстройствами аутистического спектра 2-4 лет. Средний возраст участников 3.5 года. Всего было обследовано 11 детей. У всех дошкольников исследовательской группы имеются заключения психиатра или невролога, в которых указан диагноз РАС (7 детей) или «аутоподобное поведение» (4 ребенка).

Концептуальная модель. В работах О.С. Никольской отмечается, что аутистические расстройства имеют в качестве первичного дефекта нарушение эмоционально-волевой сферы. В.В. Лебединским были выделены развиваю-

щиеся и усложняющиеся в онтогенезе уровни эмоционально-волевой регуляции поведения. На основе работ В.В. Лебединского Никольской О.С. с соавторами была разработана психологическая классификация детского аутизма, подразделяющая детей на 4 группы с характерными моделями поведения [4, 6, 7].

Конечной целью работы является максимально возможное для каждого ребенка развитие саморегуляции, под которой мы понимаем культурно обусловленную и формирующуюся во взаимодействии со взрослым способность самостоятельно инициировать и прекращать деятельность в соответствии с требованиями конкретной ситуации, модулировать интенсивность своих реакций на внешние и внутренние раздражители, сдерживать активность в отношении непосредственного желаемого объекта.

В качестве модели становления саморегуляции мы выбрали концепцию Д. Стерна, подразумевающую развитие самости, то есть целостного ощущения себя. Залогом этого является взаимодействие со взрослым для отделения «себя» от «другого», то есть первичной основы формирования саморегуляции [8].

Форма взаимодействия специалиста и ребенка основывается на взглядах Л.И. Божович на детское развитие [1]. Отталкиваясь от естественной потребности ребенка в новых впечатлениях, мы можем выстроить работу таким образом, чтобы взрослый был их поставщиком, посредником, становясь тем самым интересным для ребенка. Как и многие другие исследователи, Л.И. Божович отмечает созревание лобных долей мозга в качестве органической основы саморегуляции: «...что же касается коры головного мозга ребенка, то она уже с момента рождения представляет собой орган такой степени сложности, при которой он для своего развития нуждается в специальной организации раздражителей со стороны взрослого человека и в постоянном их усложнении». Следовательно, для занятий с ребенком нужно организовать соответствующую его уровню развивающую среду.

Деятельностный подход к вопросу онтогенеза саморегуляции предполагает, что она формируется в совместной деятельности со взрослым [3, 5, 6], при поддержке и посредничестве взрослого, с опорой на зону ближайшего развития, путем интериоризации. Соответственно, задача психолога – создать условия для совместной деятельности.

Программа развития регуляции поведения дошкольников с РАС состоит из 4 этапов по 4 стадии в каждом. Этапы и стадии соответствуют постепенно усложняющимся уровням регуляции поведения и деятельности ребенка.

1 этап предполагает непосредственный контроль специалистом деятельности ребенка, получаемых впечатлений и активности. Создаются условия, в которых взрослый становится источником положительных впечатлений, сенсорных ощущений и источником активности для ребенка. Для того чтобы получить все вышесказанное, ребенку необходимо выстраивать простейшее взаимодействие со взрослым, уже на начальном этапе подстраивать свою активность под правила поведения на занятиях, требования взрослого.

На 2 этапе происходит введение речевых инструкций или иных знаков, помогающих в регуляции поведения ребенка. Основной контроль по-прежнему на специалисте и знаках, однако роль ребенка в регуляции поведения на занятии, выборе видов активности, степень вовлеченности в совместную деятельность возрастает.

3 этап предполагает постепенное овладение ребенком основами саморегуляции за счет изучения знаков и речевых инструкций. Саморегуляция развивается в простых, искусственно созданных границах. В таких безопасных и знакомых условиях контроль за своим поведением и деятельностью постепенно переходит к ребенку.

На 4 этапе мы целенаправленно развиваем саморегуляцию в знакомых ситуациях, постепенно перенося ее на все сферы жизни ребенка за счет знаков, речевых инструкций и доверия к взрослому. Вводятся совместные занятия с детьми.

Занятия с детьми проводились индивидуально, в специально оборудованном кабинете, 2 раза в неделю.

Срок реализации программы – 3 месяца. В последние две недели помимо индивидуальных вводились групповые занятия в мини-группах по 2-3 ребенка.

По прошествии 3 месяцев участники исследования повторно прошли обследование методикой CARS.

Результаты. Во время констатирующего обследования 8 детей из группы набрали более 36 общих баллов, что соответствует результату шкалы «Тяжелый аутизм». 3 испытуемых показали результаты в пределах 30-36 баллов, что соответствует по шкале CARS проявлениям аутизма от легкого до среднего.

Высшие баллы испытуемые набрали по следующим шкалам: «Вербальная коммуникация», «Невербальная коммуникация» и «Эмоциональный ответ». Общий балл по этим шкалам близится к 30 или превышает эту цифру, как в случае со шкалой «Вербальная коммуникация». В поддержку того, что у детей отмечается нарушение речевого развития, говорит также высокий средний балл по шкале «Слуховой ответ», который оценивает не только использование слуха как органа чувств, но и адекватность реакции на слышимую речь.

Из этого наблюдения мы отмечаем, что наиболее явные и очевидные трудности у детей возникают в сфере коммуникации. Если рассматривать аутизм с позиции нарушения, при котором затруднена связь эмоции и действия [1, 2], то именно неспособность к адекватному ситуации эмоциональному ответу обуславливает задержку речевого развития ребенка.

Нарушениями эмоционально-волевой сферы объясняется также высокий средний балл испытуемых по шкалам «Имитация» и «Отношение к людям». Ребенок не способен адекватно возрасту построить теплые и доверительные отношения с окружающими – сверстниками или взрослыми. Нервозность и страхи, аффективные нарушения, невозможность контролировать свое поведение в большинстве случаев не только становятся труднопреодолимой преградой для самого аутичного ребенка, но и отталкивают от него окружающих.

Следующие две шкалы, набравшие большое количество баллов - шкалы V и VI, «Использование предметов» и «Адаптация к изменениям». Они связаны с особенностями аутичного ребенка, невозможностью контролировать свое поведение в отличающихся от привычных ситуациях.

Шкала «Нервозность и страхи» набрала высокий средний балл. Зачастую стремление к «порядку» и стереотипии можно объяснить страхами

Далее, в порядке убывания по общему количеству баллов, расположились шкалы «Уровень активности» и «Использование зрения».

У детей зачастую отмечались гипо- или гиперактивность и также резкие смены уровня активности. Избыточную активность, импульсивность некоторых испытуемых можно объяснить недостаточной устойчивостью внимания, стремлением убежать, взять замеченную игрушку, то есть неспособностью сдержать первичный порыв по отношению к интересующим предметам окружающей среды.

Использование зрения характеризуется у большинства испытуемых близким к норме. Но при этом у многих детей присутствовали особенности использования зрения в рамках их стереотипных реакций. Так, например, во время кручения, дети закатывали глаза или уводили их в правый или левый угол в зависимости от направления кручения.

Наиболее низкие общие баллы дети набрали по шкалам «Владение телом», «Использование обоняния, вкуса и осязания» и, как ни странно, «Интеллектуальный ответ».

Низкие средние баллы по шкале «Интеллектуальный ответ» можно объяснить крайне низкими баллами отдельных участников исследования - это Алиса, Захар, Святослав. Дети выполняют большую часть заданий для их возраста, интеллектуально развиты близко к возрастной норме. При этом у остальных детей интеллектуальное развитие сильно отстает от нормы. Как видно, чем явственнее аутистические проблемы и трудности саморегуляции, тем более сильную поддержку психоречевого развития они вызывают.

По результатам констатирующего исследования нами была реализована программа развития регуляции поведения дошкольников с РАС.

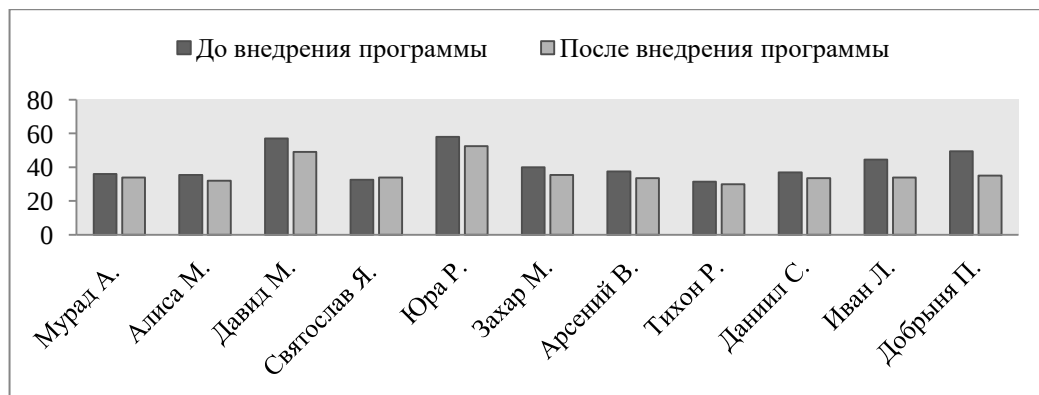


Рисунок 1. Результаты обследования испытуемых до и после реализации программы при помощи шкалы CARS.

По окончании реализации программы, повторное обследование испытуемых показало следующие результаты: 9 детей получили результат менее 36 баллов, соответствующий проявлениям аутизма от легкого до среднего, 2 ребенка набрали более 36 баллов, что соответствует при интерпретации методики CARS результату «Тяжелый аутизм».

Мы использовали критерий Уилкоксона для связанных выборок при сравнении результатов исследования до и после внедрения программы развития регуляции поведения. $T_{кр}$ для выборки в 11 испытуемых равен 13, а полученный в иссле-

довании $T_{эмл.}$ равен 1,5, что указывает на статистическую значимость данных.

Наиболее заметные изменения общих баллов произошли в шкалах «Адаптация к изменениям», «Использование слуха» и «Имитация». По нашему мнению, изменения в первой из шкал связано с возросшими возможностями к саморегуляции, принятием интереса другого человека, возможностью остановить резкий эмоциональный всплеск, что повышает общую адаптивность ребенка. Шкалы «Использование слуха» и «Имитация» зависят от специфичности нашей программы – большого упора на имитацию, повторение за педагогом движений крупной и мелкой моторики, переход на вербальные инструкции. Высокий результат по шкале «Адаптация к изменениям», по нашему мнению, связан с повышением концентрации внимания, овладением основами совместной деятельности.

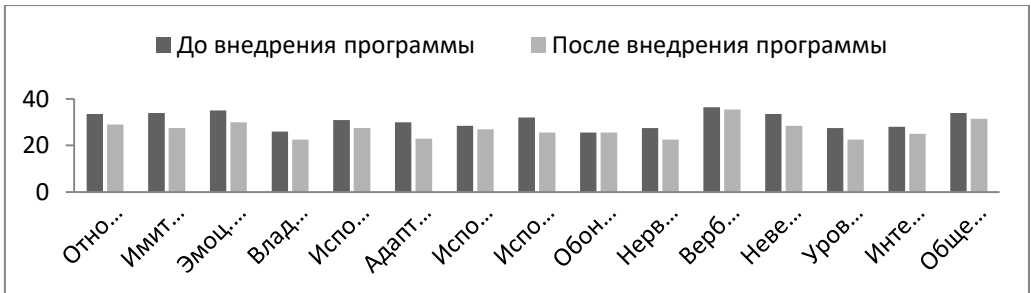


Рисунок 2. Детализация изменений результатов по отдельным шкалам CARS.

Шкалы «Нервозность и страхи», «Уровень активности» и «Эмоциональный ответ» также показали значительное изменение общего балла. Данный факт указывает на повышение регуляторных способностей у детей, прошедших программу. Шкала «Отношение к людям» при этом указывает, что развитие регуляции поведения не только способствовало общему улучшению эмоционального состояния ребенка, но и повысило способность детей к взаимодействию с окружающими.

Значительные изменения в общих результатах показала шкала «Невербальная коммуникация». Это интересное следствие развития регуляции поведения было для нас неожиданным, поэтому этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Изменения в остальных шкалах были недостаточно значимы для оценки результативности использования программы.

Выводы. Программа развития регуляции поведения показала статистически значимую эффективность на выборке из 11 испытуемых. Развитие регуляции поведения способствует снижению аутистических расстройств, особенно в области имитации, реакции на речь, адаптации к изменениям. Применяемый в исследовании подход может применяться в работе с детьми дошкольного возраста с РАС. Однако требуется исследование эффективности развития регуляции поведения на большем количестве испытуемых для получения более точных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды. / под ред. Д.И. Фельдштейна. М.: Институт практической психологии, 1997. 351с.
2. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. М.: Теревинф, 2013. 512 с.

3. Зейгарник Б.В., Холмогорова Е.С., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. Т. 10. № 2. – С. 122–132.

4. Лебединский В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза // Вестник Московского университета. Серия 14. 1996. № 2. С. 18-23.

5. Конопкин О.Н. Функциональная структура саморегуляции деятельности и поведения // Психология личности в социалистическом обществе. М.: Наука, 1989. С. 158.

6. Моросанова В.И., Аронова А.Е. Самосознание и саморегуляция поведения. М.: Институт психологии РАН, 2007. 213 с.

7. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 2010. 288с.

8. Стерн Д. Межличностный мир ребенка. Взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. 375 с.

REFERENCES

1. Bozhovich L.I. Problemy` formirovaniya lichnosti: Izbranny`e psikhologicheskie trudy`. / pod red. D.I. Fel`dshtejna. M.: Institut prakticheskoy psikhologii, 1997. 351s.

2. Grinspen S., Uider S. Na ty` s autizmom. M.: Terevinf, 2013. 512 s.

3. Zejgarnik B.V., Kholmogorova E.S., Mazur E.S. Samoregulyacziya povedeniya v norme i patologii // Psikhologicheskij zhurnal. 1989. T. 10. # 2. – S. 122–132.

4. Lebedinskij V.V. Autizm kak model` e`mocional`nogo dizontogeneza // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. 1996. # 2. S. 18-23.

5. Konopkin O.N. Funkczional`naya struktura samoregulyaczii deyatel`nosti i povedeniya // Psikhologiya lichnosti v soczialisticheskom obshhestve. M.: Nauka, 1989. S. 158.

6. Morosanova V.I., Aronova A.E. Samosoznanie i samoregulyacziya povedeniya. M.: Institut psikhologii RAN, 2007. 213 s.

7. Nikol`skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichny`j rebenok: Puti pomoshhi. M.: Terevinf, 2010. 288s.

8. Stern D. Mezhlichnostny`j mir rebenka. Vzglyad s tochki zreniya psikhoanaliza i psikhologii razvitiya. SPb.: Vostochno-Evropejskij institut psikhoanaliza, 2006. 375 s.

9. Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K. Childhood Autism Rating Scale, CARS / пер. с англ. и адапт. Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня. М.: Теревинф, 2011.

I.A. Simonenko, K.B. Suleymanov

EFFECTIVENESS OF THE PROGRAM FOR THE DEVELOPMENT OF BEHAVIOR REGULATION IN PRESCHOOLERS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Kursk State Medical University (Kursk).

Summary. The article presents the results of a study of 10 preschoolers with autism spectrum disorders based on the results of the introduction of an experimental program for the development of behavior regulation. With the help of the CARS methodology, the effectiveness of the implementation of the correctional and developmental program is investigated, the interpretation of the results obtained is carried out.

Keywords: autism spectrum disorders, behavior regulation, CARS, autism.

ПОСТДИДАКТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД ПРОБЛЕМОЙ

¹Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль), ²Реабилитационная программа «СЕЛА» для неблагополучных детей и подростков (Иерусалим, Израиль).

Резюме. В статье авторы рассматривают предложения, направленные на максимальное клиническое применение классификации и группировки расстройств, непосредственно связанных со стрессом, в 11-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-11). Авторы предлагают включить как один из вариантов посттравматического стрессового расстройства, постдидактическое стрессовое расстройство, что позволит дифференцировано ставить диагноз данной формы стрессового расстройства у детей и подростков.

Ключевые слова: психические и психосоматические отклонения, постдидактическое стрессовое расстройство, дети и подростки, классификация.

Актуальность. Анализ отечественной и зарубежной научной литературы свидетельствует о том, что буллинг, виктимизация, педагогическое насилие и дидактогения широко распространены в образовательной среде и их профилактика является общегосударственной задачей. Борьба с данными явлениями связана с тем, что они негативно влияют на психическое и физическое здоровья школьников и педагогов [1, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 15].

Проведенное ранее нами анкетирование 220 учащихся выявило у них не только психические, но и психовегетативные отклонения: 52,7% жаловались на угнетение настроения; 67,1% имели невротические расстройства; 22,5% - депрессивное состояние; 14,4% - боли в животе; 47,5% - головные боли. Обострение хронических заболеваний имело место в 14,9%. Данные отклонения в состоянии здоровья мы расценили как постдидактическое стрессовое расстройство (ПДСР) [2, 3]. ПДСР - психическое состояние, возникающее в результате единичного или неоднократно повторяющихся событий, оказывающих негативное воздействие на психику человека (ребенка) в результате дидактической (педагогической) деятельности родителя, учителя, коллектива, в котором он вынужден находиться, или в результате активного уклонения от нее (педагогическая халатность) [4].

В МКБ-11 предложена классификация специфически связанных со стрессом патологических состояний. Предлагаемая новая группа «Расстройств, непосредственно связанных со стрессом», включает расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство и сложное посттравматическое стрессовое расстройство [14]. Однако в данном разделе не выделено *постдидактическое стрессовое расстройство* детей и подростков, связанное с негативным воздействием школьной среды, буллингом, виктимизацией и педагогическим насилием.

Учитывая часто идентичные психотравмирующие факторы при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) и ПДСР, мы считаем, что ПДСР

является одним из синдромов ПТСР, поэтому для его диагностики, особенностей психотерапии, медикаментозных методов лечения и реабилитации в условиях семьи, образовательного и медицинского учреждений [4, 6, 7, 16], оно может быть включено в рубрику МКБ-11.

Симптомы ПДСР у детей школьников могут быть малозаметны или сильно выражены, что связано с длительностью, силой и восприимчивости ребенка к психотравмирующим факторам [6, 7, 10]. Характерной особенностью ПДСР является стадийность его течения. Синдром развивается через некоторое время после психологической травмы, имеет ряд этапов.

Классификация включает следующие **виды ПДСР:**
По течению:

Острое - ПДСР с периода воздействия до 3 месяцев. Характерно яркое проявление симптомов: страх, тревога, избегание контактов с буллером (насильником) и т. д.

Подострое - ПДСР до 3-6 месяцев в зависимости от тяжести травмирующих факторов: страх, тревога, избегание контактов с буллером (насильником) и т. д. выражены менее ярко по сравнению с острым течением.

Хроническое - ПДСР более 6 месяцев. Симптомы менее заметны. Выявляются признаки истощения нервной системы, со стороны ребенка появляются эгоизм, грубость к членам семьи, равнодушие к окружающим людям, событиям. Усиливаются психовегетативные симптомы, проявляются депрессия, тревожные расстройства, панические атаки, агрессия, суицидальные попытки, аддикция.

Отсроченное ПДСР: симптомы проявляются через полгода и более после воздействия психотравмирующей ситуации.

Деформации эмоционально-волевой сферы возникают при длительном хроническом течении ПДСР. Развиваются приступы тревоги, страха, паники. Заостряются негативные черты характера.

По тяжести:

Легкое - симптомы отклонений в психике незначительные.

Среднетяжелое - симптомы отклонений в психике умеренные, появляются вегетативные нарушения со стороны органов и систем.

Тяжелое - все симптомы и синдромы резко выражены, в том числе и психовегетативные (бледность и усиленное потоотделение, тремор кистей рук, скачки АД, головные боли и боли в области сердца, тахикардия, аритмия и др.).

По периоду:

Фаза острого кризиса возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора или через определенный временной период и зависит от остроты и тяжести психотравмирующих факторов.

Ранний восстановительный период возникает после прекращения психотравмирующих факторов самостоятельно или под воздействием проводимых противобуллинговых мероприятий и начала психотерапевтической и/или медикаментозной терапии.

Поздний восстановительный период возникает после прекращения психотравмирующих факторов под воздействием проводимых противобуллинговых мероприятий с учетом продолжительной реабилитации.

Диагностика ПДСР [6, 7]. Врачи, по аналогии с ПТСР, диагностируют ПДСР, когда пациент является жертвой или свидетелем травмирующего события в условиях школьной среды или семьи и у него обнаруживаются следующие симптомы:

- ✓непроизвольные навязчивые и тревожащие воспоминания травмирующих событий, мучительные переживания, физическая реакция в стрессовых ситуациях сходных с пережитой ранее, кошмарные сны, флешбэки, неадекватная реакция на конфликты с друзьями, родителями, учителями;
- ✓сниженная стрессоустойчивость ЦНС;
- ✓присутствие симптомов в течение 1 месяца и более;
- ✓симптомы создают трудности в социальной жизни.

Психологические методы обследования:

Тест Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI (метод исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности),

Тест Роршаха (Rorschach Test) - исследование психики и ее нарушений.

Кроме того целью лабораторных и инструментальных обследований является и дифференциальная диагностика заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с состоянием ПДСР, - психические, неврологические, эндокринные и онкологические заболевания.

Заключение. Учитывая актуальность проблемы буллинга и виктимизации в образовательной среде, мы считаем, что необходимы дальнейшие исследования различных аспектов ПДСР у детей и подростков. Следует просить Ассоциацию исследователей образования совместно с Российским психологическим обществом разработать методику по определению ПДСР, провести исследование с целью выявления статистических данных по распространенности этого явления, разработать и внедрить программу по профилактике и реабилитации пациентов с ПДСР на основе межведомственного взаимодействия специалистов системы образования, здравоохранения, социальной защиты и органов внутренних дел.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде // Современная наука. 2019. Т. 12. № 2. С. 236-330.
2. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. Том 5, № 5. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15150. (дата обращения: 12.08. 2022).
3. Ганузин В.М. Буллинг, дидактогения и синдром педагогического насилия в отечественных и зарубежных исследованиях // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 106-114.
4. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Психотравмирующие факторы в школьном возрасте и их влияние на здоровье: постдидактическое стрессовое расстройство (обзор) // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022. Т. 14, № 1. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20. 08. 2022).
5. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2017 (17). № 2. С. 162–163 (приложение).

6. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 69–87.

7. Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях: автореф. дисс... док. мед. наук. М., 2004. 40 с.

8. Толоев М.Ж. Педагогические условия коррекции агрессивного поведения старшеклассников // Актуальные вопросы образования и науки. 2021. № 1(71). С. 55-61.

REFERENCES

1. Barbina V.D., Slepukhina G.V. Problemy` bullinga v obrazovatel`noy srede // Sovremennaya nauka. 2019. Т. 12. # 2. S. 236-330.

2. Ganuzin V.M. Sindrom pedagogicheskogo nasiliya kak forma didaktogenii [E`lektronny`j resurs] // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2013. Tom 5, # 5. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15150. (data obrashheniya: 12.08. 2022).

3. Ganuzin V.M. Bulling, didaktogeniya i sindrom pedagogicheskogo nasiliya v otechestvenny`kh i zarubezhny`kh issledovaniyakh // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 4. S. 106-114.

4. Ganuzin V.M., Borokhov B.D. Psixhotravmiruyushhie faktory` v shkol`nom vozraste i ikh vliyanie na zdorov`e: postdidakticheskoe stressovoe rasstrojstvo (obzor) // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii: setevoy nauch. zhurn. 2022. Т. 14, # 1. URL: <http://mprj.ru> (data obrashheniya: 20. 08. 2022).

5. Miroschnichenko A.A. Kompleksnaya ocenka deyatel`nosti uchitelya kak uslovie profilaktiki didaktogenii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov 2017 (17). # 2. S. 162–163 (prilozhenie).

6. Padun M.A. Kompleksnoe PTSR: osobennosti psixhoterapii posledstvij prolongirovannoj travmatizaczii // Konsul`tativnaya psikhologiya i psixhoterapiya. 2021. Т. 29. # 3. С. 69–87.

7. Portnova A.A. Psikhicheskie narusheniya u detej i podrostkov pri chrezvy`chajny`kh situacziyakh: avtoref. diss... dok. med. nauk. М., 2004. 40 с.

8. Toloev M.Zh. Pedagogicheskie usloviya korrrekczii agressivnogo povedeniya starsheklassnikov // Aktual`ny`e voprosy` obrazovaniya i nauki. 2021. # 1(71). S. 55-61.

9. Avanesian G., Dikaya L., Bermous A., Kirik V., Egorova V., Kochkin S., Abkadyrova I. Bullying in the russian secondary school: predictive analysis of victimization // Frontiers in Psychology. 2021. Т. 12. № MAR. С. 644-653. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644653>

10. Jabborova O.M., Cruz-Manrique Y., Olaizola J.H., Cortés-Ayala L., Malvaceda-Espinoza E. Effect of violence and school victimization on suicidal ideation in mexican adolescents // International Journal of Psychological Research. 2021. Т. 14. № 2. P. 30-36. DOI: [10.21500/20112084.5109](https://doi.org/10.21500/20112084.5109)

11. Umarova Z.A. Pedagogical conflicts in primary school students - as an important social-pedagogical problem // European Journal of Molecular and Clinical Medicine. 2020. Т. 7. № 2. С. 516-523.

12. Longobardi C., Prino L.E., Fabris M.A., Settanni M. Violence in school: an investigation of physical, psychological, and sexual victimization reported by italian adolescents // Journal of School Violence. 2019. Т. 18. № 1. С. 49-61. DOI:

10.1080/15388220.2017.1387128

13. Matusov E., Sullivan P. Redagogical violence // Integrative Psychological and Behavioral Science. 2020. Vol. 54. № 2. R. 438-464. <https://doi.org/10.1007/s12124-019-09512-4>

14. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, Humayan A, Kagee A, Llosa AE, Rousseau C, Somasundaram DJ, Souza R, Suzuki Y, Weissbecker I, Wessely SC, First MB, Reed GM. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry. 2013 Oct;12(3):198-206. DOI:10.1002/wps.20057. PMID: 24096776; PMCID: PMC3799241

15. Rychkova L. V., Petrash M.A., Pogodina A. V., Astakhova T.A., Klimkina Yu.N. Socio-demographic and family determinants of school bullying among young adolescents // Archives of Disease in Childhood. 2021. T. 106. № S2. C. A196. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2021-europaediatrics.467>

16. Sullivan K., Zhu Q., Wang C., Boyanton D. Forholdet mellem kammeratlig viktisering, aggression og skoleklima blandt elever i grundskolen i Kina // School Psychology Review. 2021. <http://hdl.handle.net/1903/25516>

V.M. Ganuzin¹, B.D. Borokhov²

POSTDIDACTIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: REFLECTIONS ON THE PROBLEM

¹Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl, Russia), ²Rehabilitation program «SELA» for disadvantaged children and teenagers (Jerusalem, Israel).

Summary. In the article, the authors consider proposals aimed at maximizing the clinical application of the classification and grouping of disorders directly related to stress in the 11th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (ICD-11). The authors propose to include, as one of the variants of post-traumatic stress disorder, post-didactic stress disorder, which will allow differential diagnosis of this form of stress disorder in children and adolescents.

Keywords. Mental and psychosomatic disorders, post-didactic stress disorder, children and adolescents, classification.

М.Ю. Городнова

**НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ:
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПОИСКИ ЕЕ РЕШЕНИЯ
ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский универ-
ситет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).**

Резюме. На основе обзора литературных данных обоснована центральная позиция нейрокогнитивных расстройств в отношении социальной дизадаптации, эмоциональных и поведенческих нарушений, формирования внутренней картины болезни и приверженности к антиретровирусной терапии, что в совокупности и конечном итоге определяет качество жизни ребенка и подростка с ВИЧ. Подчеркнута необходимость совершенствования реабилитационной помощи, включающей в себя раннюю и постоянную диагностику когнитивного статуса ребенка, мероприятий, направленных на развитие его когнитивных функций и коррекцию когнитивного дефицита с использованием мероприятий нейропсихологической реабилитации.

Ключевые слова: нейрокогнитивные расстройства, дети, подростки, ВИЧ, реабилитация, психологическая коррекция.

«Патология когнитивной сферы является причиной социальной дизадаптации детей при соматических, психоневрологических заболеваниях, дефиците познавательных функций. Когнитивные расстройства школьников — это пролонгированная социально-экономическая проблема, приводящая к школьной и социальной дезадаптации с асоциальным поведением (совершение уголовных преступлений, несостоятельность в браке, низкая производительность труда)»

А.А. Баранов

Развитие и течение эпидемии ВИЧ инфекции ставит перед системой оказания помощи детям и подросткам в этой области новые задачи. На первый план выходят проблемы улучшения качества жизни ребенка и его окружения, сохранение и развития способностей ребенка, формирования здорового образа жизни, включающего становление и поддержание приверженности к антиретровирусной терапии. Основой для этого во многом являются когнитивные функции ребенка, определяющие его интеллект. Когнитивный статус (когнитивный интеллект) обуславливает качество жизни пациента самого и его семьи, отношение к болезни, отношения в семье, общение в школе, прием лекарств, возможность обучения и многое другое [30].

Современная высокоактивная антиретровирусная терапия существенно снизила вероятность развития и тяжесть поражения центральной нервной сис-

темы, однако ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства по результатам современных исследований являются серьезной проблемой и в дебюте заболевания, и на фоне антиретровирусной терапии, и в период иммунологического и вирусологического благополучия [24]. ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения остаются распространенными в эру высокоэффективной антиретровирусной терапии и неблагоприятно влияют на повседневную деятельность и исходы ВИЧ, касающиеся состояния здоровья [10]. Растущий интерес к нейрокогнитивным расстройствам, связанным с ВИЧ, позволил разработать новые диагностические инструменты, усовершенствовать нейропсихологические тесты и использовать новые биомаркеры и новые методы нейровизуализации, которые могут помочь в постановке диагноза [23]. На базе взрослой российской выборки в 2016 г. А.В. Гайсиной исследованы патофизиологические механизмы формирования ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств, проведен систематический анализ состояния когнитивных процессов у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Сопоставление данных нейропсихологических и нейровизуализационных методик позволило определить наиболее чувствительные для ВИЧ отделы головного мозга, последовательность их поражения, уже начиная с ранних доклинических стадий ВИЧ-инфекции, что представляет большую важность и для педиатрической практики [8]. В работе Т.Н. Трофимовой с соавт. не только показаны механизм и частота развития нейрокогнитивных нарушений у взрослых и дана их классификация, но и подчеркнута их роль в инвалидизации больных [24]. В детской практике доказана важность раннего назначения антиретровирусной терапии для улучшения когнитивных функций и сохранения интеллектуального развития ребенка [9, 28, 30-32].

Проблема нейрокогнитивных расстройств является настоящим трендом современных исследований разных областей медицины, однако само понятие нейрокогнитивные расстройства не так давно вошло в обиход современной клинической психологии и психиатрии и часто синонимично понятию когнитивные расстройства. В зарубежной практике понятие «neurocognitive» практически не использовалось до выхода обновленной версии DSM-5 в 2013 г., рост использования данного понятия по всему миру и в России отражен в диссертационном исследовании Н.И. Бабушкиной [3]. В течение последнего десятилетия растет количество работ, посвященных исследованию нейрокогнитивных функций при различных заболеваниях и состояниях у детей [3], их развитию в онтогенезе [11] и изучению нейрокогнитивного дефицита при когнитивном дизонтогенезе [16].

Понятие «нейрокогнитивный» определяется необходимой связью с определенными структурам мозга, которые ответственны за те или иные когнитивные функции, обеспечивающие функциональное существование человека, и отражает возврат интереса исследователей к топике процесса, постижению того, как структура и функции мозга связаны с познанием и поведением, что обеспечивается современным развитием нейробиологии и нейропсихологии. Важной особенностью когнитивных функций является их тесная связь с эмоционально-волевой сферой, формированием характера и личности, а значит и определяющего влияния на жизнь в целом [10].

Знаковыми в педиатрической практике являются труды сотрудников ФГБУ

«Научный центр здоровья детей» РАМН 2011-2012 гг., в которых обосновывается актуальность проблемы когнитивных нарушений у детей, важность их изучения и коррекции в детско-подростковой популяции. Г.А. Каркашадзе отмечает, что именно развитие когнитивных функций влияет на становление личности человека и формирование его социальной адаптации или дизадаптации, что определяет серьезность воздействия исходов и последствий нарушений в когнитивном развитии на социально-общественные процессы в государстве и требует пересмотра идеологии и содержания подхода к этим состояниям в педиатрической практике. Необходима консолидация усилий детских неврологических, психиатрических и психологических учреждений по решению вопроса повышения эффективности помощи детям и подросткам и реорганизации системной помощи детям и подросткам с когнитивными нарушениями в российском здравоохранении [15]. О.И. Маслова и соавт. указывают на смещение акцента оценки тяжести прогноза заболевания ребенка в сторону интеллектуальной составляющей: когнитивных — познавательных — социализирующих функций. На основе полученных данных для повышения когнитивного развития детей и подростков авторы делают выводы о необходимости совершенствования ранней диагностики уровня когнитивного функционирования детей и подростков; создания классификации познавательного дефицита органического и функционального генеза; разработки целевой когнитивной терапии по принципу дефицит-восполняющей модальности. Авторы настаивают на обучении педиатров различного профиля по тактике когнитивного обследования детей с формированием «когнитивного портрета» ребенка, ежегодным анализом развития [18]. Как мультидисциплинарную проблему педиатрии, неврологии, психологии, нейрофизиологии, нейрофармакологии и многих других направлений науки видит нейрокогнитивное развитие детей и подростков А.А. Баранов. В работе с соавторами он настаивает на оценке сохранности и работе по сохранению и дальнейшему развитию познавательных функций в процессе взросления ребенка, что будет определять исход многих заболеваний [4], что, по нашему мнению, особенно важно в отношении ВИЧ-инфицированных детей и подростков.

Тема нейрокогнитивных расстройств у пациентов с ВИЧ-инфекцией в последние годы активно исследуется и обсуждается специалистами, что определяется их высокой распространённостью как в общей популяции, так и среди детей и подростков [20]. Такая ситуация обусловлена следующими группами факторов:

- 1.нейрокогнитивные расстройства как результат течения или исхода психических, неврологических и соматических сопутствующих заболеваний; по данным Н.В Пизовой, нарушения когнитивных функций встречаются не менее чем у 20% детей и подростков [22];

- 2.неблагополучие социально-психологического статуса детей этой группы, сопровождающегося дефицитом детско-родительского взаимодействия, недостаточным стимулированием родителями когнитивной деятельности детей, низким социально-экономический статусом семей, воспитывающих ВИЧ-инфицированных детей, нередко асоциальной средой, ситуацией потери родителя и др. [12, 26];

- 3.ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства [2, 7].

На базе ФКУ «Республиканской клинической инфекционной больницы» неоднократно проводились исследования в области нейрокогнитивных расстройств у детей и подростков. Так в работе 2009 г. М.Ю. Фоминой, Ю.А. Щербук, Е.Е. Воронина подняты вопросы когнитивных нарушений у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, по результатам их исследования когнитивные функции у всех детей не соответствовали возрастным нормативам [25]. Результаты исследования Н.В. Александрова, Е.В. Кибец, Т.А. Коваленко 2015 г. показали, что среди 113 обследованных детей в возрасте от 3 до 18 лет 94% имели диагноз легкие когнитивные расстройства [27]. У подростков, обследованных в ФКУ РКИБ нейрокогнитивные расстройства выявлены у 83% подростков, из них нарушение внимания – у 83%, нарушение мышления – у 70%, нарушение памяти – у 58%; у 46% подростков с нейрокогнитивными расстройствами нарушены все 3 показателя. Также выявлена связь между специфическими ВИЧ-связанными нарушениями при магнитно-резонансном исследовании головного мозга и нарушением памяти и эмоциональной сферы [2, 20].

В отношении распространенности психических расстройств у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией в обзоре литературных данных, в основном зарубежных авторов, 2019 г. Ю.Б. Барыльник с соавторами отмечает наибольшую распространенность депрессии, тревожных расстройств, нейрокогнитивных расстройств различной степени выраженности, а также суицидального поведения [5]. По нашим данным 2015 г. среди детей и подростков, проходивших лечение на базе ФКУ РКИБ, высока распространенность тревожных и депрессивных расстройств: смешанные тревожно-депрессивные расстройства составили 51%, а социальное тревожное расстройство 72% от числа обследованных детей (113 чел.) в возрасте от 3 до 18 лет [27].

Предложенный академиком А.А. Барановым подход к проблеме нейрокогнитивных расстройств в педиатрической практике [4] полностью соответствует нашему видению проблемы и в отношении детей и подростков с ВИЧ-инфекцией и следует основным положениям Минздрава РФ о перспективах развития и приоритетных программах в области детского здравоохранения в исследовании и поддержании их качества жизни [1, 17]. В диаграмму «Снижение интеллектуального потенциала в популяции» [4. С. 28] мы вносим важные составляющие, зависящие от нейрокогнитивных нарушений: внутренняя картина болезни ВИЧ-инфицированного ребенка и приверженность к антиретровирусной терапии, как необходимая составляющая здорового образа жизни, что в конечном итоге определяет качество жизни ребенка, подростка, а затем и взрослого. Именно качество жизни является целью и критерием оказываемой населению полипрофессиональной помощи (рис 1.).

Мы проанализировали результаты исследования качества жизни (КЖ) у детей и подростков, проходившие лечение в ФКУ РКИБ в 2020 г. (данные предоставлены медицинским психологом А.А. Орловой). В исследовании приняли участие 76 детей и подростков в возрасте от 8 до 17 лет. Респонденты разделены на две группы. Группа 1 (8-12 лет, 31 чел.): мальчики – 21 чел. (67,7%), девочки – 10 чел. (32,3%). Группа 2 (13-17 лет, 45 чел.): мальчики – 28 чел. (62,2%), девочки – 17 чел. (37,8%).



Рисунок 1. Снижение качества жизни в популяции ВИЧ-инфицированных.

Методы исследования. Для исследования КЖ был применен международный опросник Pedsql 4.0 – Pediatric quality of life Inventory. Данный опросник включает 23 вопроса, которые позволяют оценить КЖ по 4 шкалам: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное (ЭФ), социальное функционирование (СФ), функционирование в школе (ШФ), на основании которых рассчитывается суммарный балл (СБ). Кроме того, три последних шкалы формируют показатель психосоциального здоровья (ПСЗ). Вопросы опросника затрагивают отношения со сверстниками, повседневную деятельность, эмоциональное состояние, школьную успеваемость. Использовали варианты опросников для детей в возрасте 8–12 и 13–17 лет. Применен метод математической статистики с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Мы не получили достоверных различий у мальчиков и девочек в разных возрастных группах ($p > 0,05$), также не было различий между первой и второй группами, однако обращает на себя внимание наличие самых низких показателей по шкале школьное функционирование с тенденцией снижения в подростковом возрасте. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Показатели качества жизни у детей и подростков
Pedsq1 4.0 – Pediatric quality of life Inventory (M $\pm$ m)

	Возраст 8-12 группа 1			Возраст 13-17 группа 2		
	М (n=21)	Д (n=10)	Все (n=31)	М (n=28)	Д (N=17)	Все (n=45)
Общий показатель	71,02 $\pm$ 2,91	73,03 $\pm$ 3,66	71,67 $\pm$ 2,27 (46,5-93,4)	70,07 $\pm$ 2,64	73,56 $\pm$ 3,47	71,39 $\pm$ 2,09 (35,8–96,3)
Психосоциальное функционирование	68,68 $\pm$ 3,1	70,17 $\pm$ 4,39	69,16 $\pm$ 2,49 (38,3-93,3)	66,69 $\pm$ 3,04	68,43 $\pm$ 3,47	67,35 $\pm$ 2,28 (30-95)
Физическое функционирование	76,36 $\pm$ 3,5	78,34 $\pm$ 3,01	77,0 $\pm$ 2,54 (46-100)	79,32 $\pm$ 2,75	82,55 $\pm$ 4,28	80,54 $\pm$ 2,34 (28- 100)
Эмоциональное функционирование	67,62 $\pm$ 4,28	68,5 $\pm$ 7,57	67,9 $\pm$ 3,72 (10-100)	65,36 $\pm$ 4,04	67,06 $\pm$ 4,79	66,0 $\pm$ 3,06 (15-100)
Социальное функционирование	77,48 $\pm$ 4,58	74,5 $\pm$ 5,5	76,52 $\pm$ 3,53 (15-100)	80,36 $\pm$ 3,3	80,0 $\pm$ 4,61	80,22 $\pm$ 2,66 (35-100)
Рольное функционирование	60,95 $\pm$ 2,82	67,5 $\pm$ 3,96	63,06 $\pm$ 2,33 (40-90)	54,35 $\pm$ 3,89	58,23 $\pm$ 4,54	55,82 $\pm$ 2,94 (20-95)

Согласно данным популяционного исследования качества жизни в педиатрии «Суммарный показатель качества жизни» (общий балл) находился в пределах от 78,3 $\pm$ 11,7 у подростков Тверской области, до 81,2 $\pm$ 12,5 у подростков Уфы ($p>0,05$) и не отличался в зависимости от места проживания [13]. Суммарный показатель в нашем исследовании 71,5 $\pm$ 13,39 достоверно ниже популяционных показателей ($p<0,001$), что свидетельствует о субъективном переживании нашими пациентами более низкого качества жизни, а значит, требует от системы оказания помощи новых подходов в ее совершенствовании.

Таким образом, на основании литературных данных, исследований и опыта, накопленных в ФКУ РКИБ, необходимо не только признать актуальность обозначенной проблемы, но и искать пути ее решения в следующих направлениях: изучение и исследование, диагностика, лечение и коррекция. Мы выделяем следующие отдельные задачи в этих направлениях.

Нейрокогнитивные функции включают такие процессы, как внимание, память (запоминание, сохранение и использование информации), восприятие, обработку информации, зрительно-моторную координацию, мышление и речь, регуляторные функции. В DSM-5 определено шесть ключевых областей когнитивных функций: комплексное внимание, восприятие и психомоторная функция, обучаемость и память, речь, управляющие функции, социальный интеллект (узнавание эмоций и мотивов поведения окружающих людей). На данный момент доказанными являются обнаруженные нарушения следующих когнитивных процессов у ВИЧ-инфицированных детей и подростков: память, внимание, мышление. Недостаточно исследованы особенности, взаимосвязи и взаимовлияние этих когнитивных функций и практически отсутствуют исследования других областей когнитивных функций. Можно сказать, о «слепых пятнах» в изучении их расстройств.

Проблема диагностики нейрокогнитивных расстройств определяется ограниченностью психометрического инструмента. Так, широко используемый отечественными исследователями тест Векслера, детский вариант (WISC) (перевод и адап-

тация А.Ю. Панасюка, 1973, с дальнейшей редакцией Ю.И. Филимоненко и В.И. Тимофеева, 2011) устарел, не отвечая современным процессам и ситуации. Наши зарубежные коллеги с осторожностью относятся к выводам наших исследований, считая их не вполне достоверными (обратные связи в обсуждениях на конференциях). Требуется кропотливая работа по адаптации нового детского варианта.

Большая масса исследований предполагает значительные временные затраты по проведению исследований и их обработке. Большой оптимизм внушают современные компьютерные диагностические методики. Представляет интерес опыт сотрудников отделения когнитивной педиатрии, которые разрабатывают модернизацию компьютерного психофизиологического комплекса «Психомат». Первые работы с его использованием проводились в НЦЗД в 1995 г. под руководством О.И. Масловой [19], и в течении последнего десятилетия он с успехом применяется для исследования когнитивных функций у детей (от 5-6 лет) и подростков, позволяя реализовывать большинство методов исследования восприятия, внимания, памяти, мышления при предъявлении моно- и билатеральных стимулов световой, звуковой, символьной и вербальной модальности, психомоторики [21].

Необходимость лечения и коррекции нейрокогнитивных расстройств у пациентов с ВИЧ не вызывает сомнений. Е.А. Громова с соавт. на основании обнаруженной связи показателей когнитивных функций и психоэмоционального состояния с метаболизмом коры головного мозга, преимущественно – структур, связанных с исполнительными функциями, подчеркивают необходимость психокоррекционных мероприятий, направленных на тренировку эмоционально-волевой сферы для поддержания когнитивных функций и лучшей социальной адаптации взрослых больных. Разработка, валидизация и клиническое использование эффективных способов лечения нейрокогнитивных расстройств, включая способы когнитивной реабилитации, являются явным приоритетным направлением [10]. Ю.Б. Барыльник с коллегами настаивают на необходимости раннего выявления нейрокогнитивной дисфункции и своевременности разработки индивидуального образовательного маршрута для детей с ВИЧ-инфекцией, что не только способствует улучшению качества жизни этих детей, но и сохраняет возможности вносить им ценный вклад в развитие общества по мере перехода от подросткового возраста к взрослой жизни [5].

Мы поддерживаем идею когнитивной реабилитации для детей и подростков, именно реабилитации как системного процесса, целью которого, по мнению Т.Т. Батышевой, является «не только восстановление утраченных функций, но и продолжение процессов развития с формированием новых навыков, поэтому ребенок должен продолжать психолого-медико-педагогическую реабилитацию весь период детства, при этом не лишаясь самого детства» [6. С. 6.] Реабилитационные мероприятия наряду с лечением основного и сопутствующего заболевания должны включать в себя использование ноотропов и ноотрофов с когнитивно-положительным эффектом действия на внимание, восприятие, память у детей и подростков, психолого-педагогические и нейропсихологические реабилитационные мероприятия. Именно последний блок, на наш взгляд, практически не представлен в работе с ВИЧ-инфицированными детьми и подростками и является ресурсом в разработке персонализированной системы реабилитации с динамической оценкой «когнитивного портрета» пациента и целевой когнитивной терапии по принципу дефицит-

восполняющей модальности, предложенному А.А. Барановым с сотр. [14, 18].

Заключение. Нейрокогнитивные нарушения занимают центральную позицию в отношении формирования школьной и социальной дизадаптации, эмоциональных и поведенческих нарушений, формирования внутренней картины болезни и приверженности к лечению, что в совокупности и конечном итоге определяет качество жизни ребенка и подростка с ВИЧ. На фоне широкой распространенности нейрокогнитивных расстройств различной степени выраженности среди ВИЧ-инфицированных детей и подростков, низкой субъективной оценки ими качества жизни необходимо совершенствование реабилитационной помощи, включающей в себя раннюю и постоянную диагностику когнитивного статуса ребенка, мероприятий, направленных на развитие его когнитивных функций и коррекцию когнитивного дефицита с использованием мероприятий нейропсихологической реабилитации. Необходимо продолжение исследований нейрокогнитивных дисфункций и разработка на их основе новых подходов в их диагностике, лечении и коррекции, что становится необходимой задачей в поддержании качества жизни этих детей в процессе их взросления и социализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки. М.: Союз педиатров России, 2012. 342 с.
2. Афонина Л.Ю., Слепцов А.И., Орлова А.А., Омельчук Д.В., Воронин Е.Е. ВИЧ-ассоциированные состояния у детей: актуальные вопросы в клинической практике // Международная науч.-практ. конф «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». СПб.: Человек и здоровье, 2021. С.15-39.
3. Бакушкина Н.И. Траектории развития нейрокогнитивных функций у недоношенных детей в возрасте от 3 до 36 месяцев в зависимости от этапов синаптогенеза: дисс... канд. психол. н. СПб., 2022. 206 с.
4. Баранов А.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Онтогенез нейрокогнитивного развития детей и подростков // Вестник РАМН. 2012. № 8. С. 26-33.
5. Барыльник Ю.Б., Шульдяков А.А., Бачило Е.В., Мамедов С.С. Психические расстройства у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 4. С.104-109.
6. Батышева Т.Т. Детская реабилитация: вчера, сегодня, завтра // Детская реабилитация. 2019. № 1(1). С. 5–13.
7. Власова М.А., Ершова И.А., Хлыстова Е.В. Когнитивное развитие подростков с перинатальной ВИЧ-инфекцией // Педагогическое образование в России. 2018. № 5. С.48-52.
8. Гайсина А.В. Патофизиологические механизмы формирования ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств: дисс... канд. биол. н. СПб., 2016. 145 с.
9. Глухова Е.Д., Гайсина А.В., Кольцова О.В., Ястребова Е.Б. Когнитивные функции у детей, инфицированных ВИЧ, воспитывающихся в домашних условиях // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2013. Т. 5. № 4. С. 62–72.
10. Громова Е.А., Катаева Г.В., Хоменко Ю.Г., и др. Психоэмоциональное состояние и когнитивные функции у ВИЧ-инфицированных пациентов и функциональное состояние структур головного мозга (по данным позитронно-эмиссионной томографии и магнитно-резонансной спектроскопии) // Клиниче-

ская и специальная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 78–103.

11. Зверева Н.В. Когнитивный дизонтогенез и его диагностика у детей и подростков // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 146–166.

12. Зелинская Д.И. Социальное сиротство среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями // Рос. вестн. перинатол. и педиат. 2012. № 6. С. 4-10.

13. Ионова Т.И., Никитина Т.П. Популяционные исследования качества жизни в педиатрии // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. 2017. 29–30. С. 69–75.

14. Каминская Т.С., Хачатрян Л.Г., Касанаве Е.В., Каминский И.В. Когнитивный «портрет» детей с задержкой психоречевого развития // Лечащий врач. 2022. (4). С. 19-26.

15. Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей // ПФ. 2011. № 5. С. 37-41.

16. Лассан Л.П. Нейрокогнитивный дизонтогенез и клиническая нейропсихология детского возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n3/55172.shtml> (дата обращения: 15.07.2022)

17. Малиевский В.А., Малиевский О.А., Баширова Г.И., Байтурина А.Т., Коновалова Г.М., Гатиятуллина Л.Р. Методологические подходы к оценке качества жизни детей // Российский педиатрический журнал. 2015. 18(5). С. 50–56.

18. Маслова О.И., Баранов А.А., Намазова-Баранова Л. С.И др. Современные аспекты изучения когнитивной сферы в развитии ребенка // ПФ. 2012. № 6. С. 72-78.

19. Маслова О.И., Дзюба С.В., Немковский И.Б. и др. Новые технологии оценки состояния познавательной сферы детей // Физиология роста и развития детей и подростков / Под. ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М., 2000. 650 с.

20. Медикаментозная приверженность у подростков с ВИЧ-инфекцией (факторы, барьеры, методы оценки и повышения): методические рекомендации / Афонина, Л.Ю., Воронин Е.Е., Городнова М.Ю. и др. Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. СПб., 2021. 44 с.

21. Мурадова О.И., Намазова-Баранова Л.С., Торшхоева Р.М., Каркашадзе Г.А., Ширяева О.А. Количественные нормативы когнитивной деятельности у здоровых российских школьников в возрасте 8-17 лет, обследованных с помощью тестовой компьютерной системы «Психомат» // ПФ. 2012. № 2 (9). С.89-98.

22. Пизова Н.В. Когнитивные нарушения в детском возрасте при некоторых неврологических заболеваниях // МС. 2012. № 7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-v-detskom-vozraste-pri-nekotoryh-nevrologicheskikh-zabolevaniyah> (дата обращения: 06.07.2022)

23. Санмарти М., Ибаньес Л., Уэртас С. и др. ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства. J Mol Psychiatr 2. 2 (2014). URL: <https://doi.org/10.1186/2049-9256-2-2> (дата обращения: 06.07.2022).

24. Трофимова Т.Н., Катаева Г.В., Громова Е.А., Рассохин В.В., Боева Е.В., Симакина О.Е., Беляков Н.А. ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения: диагностика, выявление причин и эффективность терапии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2018.10(4). С. 7-24.

25. Фомина М.Ю., Щербук Ю.А., Воронин Е.Е. Когнитивные нарушения у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2009. № 3. С.110-115.

26. Фортигина Ю.А., Кухтик С.Ю. Вмешательства по улучшению психосоциального благополучия для детей, затронутых ВИЧ и СПИДом: систематический обзор // Вестник СМУС74. 2018. № 1 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vmeshatelstva-po-uluchsheniyu-psihosotsialnogo-blagopoluchiya-dlya-detey-zatronutyh-vich-i-spitom-sistematicheskii-obzor> (дата обращения: 13.07.2022)

27. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Психолого-психопатологический статус детей с ВИЧ-инфекцией (в связи с задачами комплайенса и психотерапии) // Российский психиатрический журнал. 2015. № 1. С.70-75.

28. Ястребова Е.Б., Самарина А.В., Кольцова О.В., Глухова Е.Д., Гайсина А.В., Беляков Н.А. Психическое созревание детей с ВИЧ-инфекцией // Медицинский академический журн. 2015. Т. 15. № 3. С. 45-54.

REFEREBCES

1. Al`biczkij V.Yu. Aktual`ny`e problemy` soczial`noj pediatrii: izbranny`e ocherki. M.: Soyuz pediatrov Rossii, 2012. 342 s.

2. Afonina L.Yu., Slepaczov A.I., Orlova A.A., Omel`chuk D.V., Voronin E.E. VICH-assoczirovanny`e sostoyaniya u detej: aktual`ny`e voprosy` v klinicheskoy praktike // Mezhdunarodnaya nauch.-prakt. konf «Aktual`ny`e voprosy` VICH-infekczii. Okhrana zdorov`ya materi i rebenka». SPb.: Chelovek i zdorov`e, 2021.S.15-39.

3. Bakushkina N.I. Traektorii razvitiya nejrokognitivny`kh funkczij u nedonoshenny`kh detej v vozraste ot 3 do 36 mesyacev v zavisimosti ot e`tapov sinaptogeneza: diss... kand. psikhol. n. SPb., 2022. 206 s.

4. Baranov A.A., Maslova O.I., Namazova-Baranova L.S. Ontogenez nejrokognitivnogo razvitiya detej i podrostkov // Vestnik RAMN. 2012. # 8. S. 26-33.

5. Bary`lnik Yu.B., Shul`dyakov A.A., Bachilo E.V., Mamedov S.S. Psikhicheskie rasstrojstva u detej i podrostkov s VICH-infekcziej // Soczial`naya i klinicheskaya psikhiaetriya. 2019. # 4. S.104-109.

6. Baty`sheva T.T. Detskaya reabilitacziya: vchera, segodnya, zavtra // Detskaya reabilitacziya. 2019. # 1(1). S. 5–13.

7. Vlasova M.A., Ershova I.A., Khly`stova E.V. Kognitivnoe razvitie podrostkov s perinatal`noj VICH-infekcziej // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. 2018. # 5. S.48-52.

8. Gajsina A.V. Patofiziologicheskie mekhanizmy` formirovaniya VICH-assoczirovanny`kh nejrokognitivny`kh rasstrojstv: diss... kand. biol. n. SPb., 2016. 145 s.

9. Glukhova E.D., Gajsina A.V., Kol`czova O.V., Yastrebova E.B. Kognitivny`e funkczii u detej, inficzirovanny`kh VICH, vospity`vayushhikhsya v domashnikh usloviyakh // VICH-infekczia i immunosupressii. 2013. T. 5. # 4. S. 62–72.

10. Gromova E.A., Kataeva G.V., Khomenko Yu.G., i dr. Psikhoe`moczial`noe sostoyanie i kognitivny`e funkczii u VICH-inficzirovanny`kh paczientov i funkczional`noe sostoyanie struktur golovnog mozga (po dannym pozitronno-e`missionnoj tomografii i magnitno-rezonansnoj spektroskopii) // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2020. T. 9. # 1. S. 78–103.

11. Zvereva N.V. Kognitivny`j dizontogenez i ego diagnostika u detej i

подростков // Diagnostika v mediczinskoj (klinicheskoy) psikhologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy. M.: OOO «Sam Poligrafist», 2016. S. 146–166.

12. Zelinskaya D.I. Sotsial'noe sirotstvo sredi detej, rozhdenny'kh VICH-inficzirovanny'mi materyami // Ros. vestn. perinatol. i pediat. 2012. # 6. C. 4-10.

13. Ionova T.I., Nikitina T.P. Populyaczionny'e issledovaniya kachestva zhizni v pediatrii // Vestnik Mezhnacziional'nogo czentra issledovaniya kachestva zhizni. 2017. 29–30. S. 69–75.

14. Kaminskaya T.S., Khachatryan L.G., Kasanave E.V., Kaminskij I.V. Kognitivny'j «portret» detej s zaderzhkoj psikhorechevogo razvitiya // Lechashhij vrach. 2022. (4). S. 19-26.

15. Karkashadze G.A., Maslova O.I., Namazova-Baranova L.S. Aktual'ny'e problemy` diagnostiki i lecheniya legkikh kognitivny'kh narushenij u detej // PF. 2011. # 5. S. 37-41.

16. Lissan L.P. Nejrokognitivny'j dizontogenez i klinicheskaya nejropsikhologiya detskogo vozrasta [E'lektronny'j resurs] // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya. – 2012. – # 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n3/55172.shtml> (data obrashheniya: 15.07.2022)

17. Malievskij V.A., Malievskij O.A., Bashirova G.I., Bajturina A.T., Konovalova G.M., Gatiyatullina L.R. Metodologicheskie podkhody` k ocenke kachestva zhizni detej // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2015. 18(5). S. 50–56.

18. Maslova O.I., Baranov A.A., Namazova-Baranova L. S.I dr. Sovremennyye aspekty` izucheniya kognitivnoj sfery` v razvitii rebenka // PF. 2012. # 6. S. 72-78.

19. Maslova O.I., Dzyuba S.V., Nemkovskij I.B. i dr. Novyye tekhnologii ocenki sostoyaniya poznavatel'noj sfery` detej // Fiziologiya rosta i razvitiya detej i подростков / Pod. red. A.A. Baranova, L.A. Shheplyaginoj. M., 2000. 650 s.

20. Medikamentoznaya priverzhennost` u подростков s VICH-infekcziej (faktory`, bar'ery`, metody` ocenki i povы'sheniya): metodicheskie rekomendaczii / Afonina, L.Yu., Voronin E. E., Gorodnova M.Yu. i dr. Naczional'naya assocziaczija speczialistov po profilaktike, diagnostike i lecheniyu VICH-infekczii. SPb., 2021. 44 s.

21. Muradova O.I., Namazova-Baranova L.S., Torshkhoeva R.M., Karkashadze G.A., Shiryaeva O.A. Kolichestvenny'e normativy` kognitivnoj deyatel'nosti u zdorovy'kh rossijskikh shkol'nikov v vozraste 8-17 let, obsledovanny'kh s pomoshh'yu testovoj komp'yuternoj sistemy` «Psikhomat» // PF. 2012. # 2 (9). S.89-98.

22. Pizova N.V. Kognitivny'e narusheniya v detskom vozraste pri nekotory'kh nevrologicheskikh zabolevaniyakh // MS. 2012. # 7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-v-detskom-vozraste-pri-nekotoryh-nevrologicheskikh-zabolevaniyah> (data obrashheniya: 06.07.2022)

23. Sanmarti M., Iban'es L., Ue'rtas S. i dr. VICH-assocziirovanny'e nejrokognitivny'e rasstrojstva. J Mol Psychiatr 2. 2 (2014). URL: <https://doi.org/10.1186/2049-9256-2-2> (data obrashheniya: 06.07.2022).

24. Trofimova T.N., Kataeva G.V., Gromova E.A., Rassokhin V.V., Boeva E.V., Simakina O.E., Belyakov N.A. VICH-assocziirovanny'e nejrokognitivny'e narusheniya: diagnostika, vy'yavlenie prichin i e'ffektivnost` terapii // VICH-infekczija i immunosupressii. 2018.10(4). S. 7-24.

25. Fomina M.Yu., Shherbuk Yu.A., Voronin E.E. Kognitivny'e narusheniya u detej s perinatal'noj VICH-infekcziej // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta.

Medicina. 2009. # 3. S.110-115.

26. Forty`gina Yu.A., Kukhtik S.Yu. Vmeshatel'stva po uluchsheniyu psikhosotsial'nogo blagopoluchiya dlya detej, zatronuty`kh VICH i SPIDom: sistemicheskij obzor // Vestnik SMUS74. 2018. # 1 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vmeshatelstva-po-uluchsheniyu-psihosotsialnogo-blagopoluchiya-dlya-detey-zatronutyh-vich-i-spidom-sistemicheskij-obzor> (data obrashheniya: 13.07.2022)

27. E`jdemiller E.G., Aleksandrova N.V., Gorodnova M.Yu. Psikhologo-psikhopatologicheskij status detej s VICH-infekcziej (v svyazi s zadachami komplajensa i psikhoterapii) // Rossijskij psikhicheskij zhurnal. 2015. # 1. S.70-75.

28. Yastrebova E.B., Samarina A.V., Kol`czova O.V., Glukhova E.D., Gajsina A.V., Belyakov N.A. Psikhicheskoe sozrevanie detej s VICH-infekcziej // Medicinskij akademicheskij zhurn. 2015. T. 15. # 3. S. 45-54.

29. Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. Mac Keith Press. 2009. 965 p.

30. Crowell C.S., Huo Y., Tassiopoulos K., Malee K.M. [et al.]. Early viral suppression improves neurocognitive outcomes in HIV-infected children [Electronic resource] // AIDS. 2015. Jan 28, 29 (3). P. 295–304. Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332557/> (date of access: 15.07.2022).

31. Jeremy R.J., Kim S., Nozice M. [et al.]. Neuropsychological functioning and viral load in stable antiretroviral therapy-experienced HIV-infected children [Electronic resource] // Pediatrics. 2005. Vol. 115. № 2. P. 380–387. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687448> (date of access: 15.07.2022).

32. Koekkoek S., de Sonnevile L.M., Wolfs T.F. [et al.]. Neurocognitive function profile in HIV-infected school-age children [Electronic resource] // Eur. J. Paediatr. Neurol. 2008. Vol. 12, № 4. P. 290–297. Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17950012> (date of access: 15.07.2022).

M.Yu. Gorodnova

NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH HIV INFECTION: THE RELEVANCE OF THE PROBLEM AND THE SEARCH FOR ITS SOLUTION

**North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(St. Petersburg).**

Summary. Based on a review of the literature data, the central position of neurocognitive disorders in relation to social maladaptation, emotional and behavioral disorders, the formation of an internal picture of the disease and adherence to antiretroviral therapy is substantiated, which, together and ultimately, determines the quality of life of a child and adolescent with HIV. The necessity of improving rehabilitation care, including early and continuous diagnosis of the child's cognitive status, measures aimed at the development of his cognitive functions and correction of cognitive deficits using neuropsychological rehabilitation measures, is emphasized.

Keywords: neurocognitive disorders, children, adolescents, HIV, rehabilitation, psychological correction.

А.А. Пичиков, Ю.В. Попов, Р.В. Гребенщикова
СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ ОБРАЗА ТЕЛА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психи-
атрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

Резюме. В работе проведена оценка зарубежного и отечественного опыта первичной и вторичной профилактики расстройств пищевого поведения и связанных с ними факторов риска. Приведены примеры вмешательств, которые могут быть реализованы на уровне школы, а также решения в продвижении позитивного образа тела и здорового питания среди школьников. Обоснована необходимость комплексных подходов профилактики расстройств пищевого поведения, избыточной массы тела и ожирения у подростков.

Ключевые слова: профилактика, подростковый возраст, нервная анорексия, нервная булимия, ожирение, неудовлетворенность телом.

Расстройства пищевого поведения (РПП), как правило, имеют начало в подростковом возрасте. В основе нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) лежит повышенная озабоченность весом, которая тесно связана с неудовлетворенностью телом и нарушением образа тела. Компульсивные переживания (КП) и часто сопутствующие им избыточная масса тела и ожирение также могут характеризоваться низкой самооценкой и депрессией, которые связаны с внешним видом.

Распространенность РПП в течение жизни относительно низкая в общей популяции (НА – 0,16%, НБ – 0,63%, КП – 1,53%) [23], однако такие психические расстройства характеризуются серьезными неблагоприятными последствиями для психосоциального и физического здоровья, а манифестируют они в большинстве случаев в молодом возрасте. Неблагоприятные последствия для здоровья также связаны с субклиническими формами РПП, которые гораздо более распространены. Отдельные симптомы нарушений пищевого поведения, такие как соблюдение ограничительных диет и потеря контроля за количеством съеденной пищи, наблюдается примерно у 30% девочек и 15% мальчиков от 11 до 17 лет [12]. Особое беспокойство вызывает тот факт, что соблюдение у девочек ограничительных диет, направленных на похудение, в настоящее время встречается начиная с 5-летнего возраста [9].

РПП связаны с одним из самых высоких рисков преждевременной смерти [15, 30]. Самоубийство является второй по значимости причиной смерти среди людей с НА, а при НБ и КП суицидальное поведение выше по сравнению с населением в целом [24]. По сравнению с группами сравнения, подобранными по полу и возрасту, у людей с НА в 18 раз выше вероятность смерти от самоубийства [22]. Это приобретает особую актуальность в настоящее время, учитывая заданный обществом и правительством вектор на снижение уровня суицидов у подростков.

В современных условиях рассматривать лечение, т. е. третичную профилактику как основной подход, снижающий распространенность РПП, не рекомендуется в связи с тем, что большинство людей с данной патологией не обращается за лечением из-за различных географических, экономических и социокультурных (например, стыда и стигмы) препятствий. Кроме того, доступные

методы лечения часто требуют участия полипрофессиональной бригады, что делает их дорогими и сложными для реализации в современных условиях. В связи с трудностями в лечении таких состояний экономическая нагрузка на систему здравоохранения является очень высокой. Ежегодные международные затраты здравоохранения на лечение одного случая НА составляют от 2993 до 55270 евро, НБ - от 888 до 18823 евро и КП - от 1762 до 2902 евро [7]. Учитывая, что последствия РПП серьезны, а лечение часто бывает дорогостоящим и имеет ограниченную эффективность, необходимы усилия по совершенствованию программ, направленных на первичную и вторичную профилактику РПП и факторов риска, с ними связанных, начиная с подросткового возраста.

Материалы и методы. Выполнен литературный обзор статей (оригинальные исследования и обзоры), опубликованных за последние 10 лет, посвященных профилактике РПП и нарушений образа тела в подростковом периоде. Проанализированы и систематизированы различные подходы универсальной и селективной профилактики, описаны дальнейшие направления в развитии профилактических программ у подростков. Использовались методы библиографического, информационного и семантического поиска источников в базах данных PubMed, Scopus, Google Scholar, eLibrary.

Результаты и обсуждение.

Универсальные и селективные стратегии профилактики. Различия между первичной и вторичной профилактикой в случае РПП не всегда являются достаточно четкими, поскольку бывает трудно отличить здоровых людей от тех, у кого есть субклиническое состояние, а неудовлетворенность телом является в значительной мере распространенным явлением в популяции [11]. Помимо этого, в случае некоторых РПП (например, НА и НБ) речь уже идет о выборочных группах населения, т. е. женской популяции, а учитывая начало манифестации расстройства, о женской популяции молодого возраста. Таким образом, для более точного определения вида профилактики при РПП желательно использовать терминологию, описывающую универсальные (популяционный подход, т. е. направленный на все население и/или подростковые когорты) и селективные (подход, направленный на группы риска, т. е. подростков, придерживающихся строгих ограничительных диет или имеющих семейный анамнез РПП и т. д.) стратегии [8].

С нашей точки зрения, универсальные стратегии в случае профилактики РПП являются наиболее предпочтительными, поскольку все современные подростки подвергаются беспрецедентному уровню социального давления через рекламу, СМИ и интернет, при этом уровень неудовлетворенности своим телом и соблюдения ограничительных диет растет, в том числе и в детском возрасте [28]. Согласно данным литературы, распространенность РПП в мужской популяции также растет [21], что подразумевает важность рассмотрения популяционных подходов в этом контексте.

Рассматривая универсальные стратегии, можно разделить их на реактивные и проактивные. Реактивная профилактика направлена на повышение сопротивляемости людей потенциально опасным факторам стресса окружающей среды, предоставляя им необходимые ресурсы для лучшего совладания с ними. Примером реактивной профилактики РПП является внедрение программ по повышению уровня медиаграмотности в школах, чтобы научить девочек-подростков

критически оценивать женские образы в СМИ и идеалов, приравнивающих красоту к худобе. С другой стороны, проактивная профилактика направлена на полное устранение или предотвращение воздействия стрессоров. Вместо того чтобы использовать программы медиаграмотности для уменьшения неблагоприятных последствий воздействия нездоровых сообщений в СМИ, проактивный подход будет подразумевать полный запрет на использование чрезвычайно худых моделей в рекламе, как это было сделано в Израиле в 2012 г., чтобы в целом ограничить их воздействие. Такая тактика является однозначно более эффективной, поскольку изменяет социальные нормы населения, связанные с убеждениями и поведением, касающимся здоровья. Это, в свою очередь, может способствовать тому, что часть населения, относящаяся к группе умеренного риска по соблюдению ограничительных диет, перейдет в категорию низкого риска, тем самым уменьшив количество новых случаев в популяции. Наконец, универсальные стратегии помогают понять, почему возникает РПП, путем выявления и устранения соответствующих первопричин для всего населения, что резко контрастирует с селективными стратегиями, при которых вмешательство откладывается до тех пор, пока не будет считаться, что человек находится в группе риска, потому что у него появляются ранние признаки заболевания. В случае с РПП это может являться критическим моментом для подростка, так как нейроэндокринные изменения, которые возникают в процессе снижения веса, могут серьезно нарушить нормальное функционирование еще формирующейся нервной системы и способствовать нейрокогнитивной дисфункции, по последним данным определяющей как эндофенотип РПП [6, 29].

Резюмируя, можно сказать, что в случае профилактики РПП и нарушений образа тела у подростков необходимо разрабатывать комплексные универсальные вмешательства, касающиеся всего населения, поскольку это позволяет оказывать влияние на ту среду, которая транслирует неадекватные стереотипные взгляды на идеальное тело человека безотносительно к связи этого идеала со здоровьем. Вместе с этим, своевременная диагностика начальных симптомов нарушений у уязвимых с биологической точки зрения подростков и проведение селективных вмешательств позволило бы минимизировать количество случаев развернутых состояний.

За последние 30 лет был достигнут значительный прогресс в разработке различных профилактических программ (и лежащих в их основе теоретических положений), некоторые из которых могут использоваться как в случае универсальных, так и селективных стратегий. При этом они могут быть применены и в рамках социально-общественных инициатив, что подразумевает общественную профилактику, и в рамках инициации самостоятельного контроля здорового питания, адекватного режима физических нагрузок и поддержания позитивного образа тела, что может быть обозначено как индивидуальная профилактика.

Изначально большинство подходов было разработано для адаптации в школьной среде. Школы предлагают уникальную возможность распространять программы по продвижению позитивного образа тела и профилактике РПП среди всего поколения молодых людей в привычной и безопасной обстановке. С 1980-х годов в зарубежной практике были реализованы многочисленные школьные программы, предназначенные для предотвращения развития РПП. Однако, несмотря на то что в области школьных программ профилактики РПП было получено много интересных

достижений, полной эффективности и распространения таких подходов добиться не удалось. Школьная среда оказалась особенно сложна для исследований по профилактике из-за вопросов необходимости и актуальности таких программ, приверженности им и соблюдения рекомендаций со стороны учителей.

Психообразование. Одним из подходов к профилактике РПП у подростков является психообразование как часть школьной программы. На занятиях школьникам предоставляется информация о природе неудовлетворенности телом и причинах формирования пищевых нарушений. Психообразование широко использовалось в программах профилактики РПП «первого поколения», в которых информация, как правило, предоставлялась в дидактической манере. Подобные программы основывались на предположении, что молодые люди избегали бы ограничительных диет и беспорядочного пищевого поведения, если бы знали больше о негативных последствиях РПП. Несколько метаанализов и систематических обзоров [27, 34] показали, что этот подход не был эффективным при использовании среди возрастных когорт 12-17 лет, однако он имел некоторый успех в более старшем возрасте. Помимо этого, существуют опасения относительно пригодности психообразования для профилактической работы с группами смешанного риска среди учащихся начальной и средней школы из-за возможности непредвиденных негативных последствий, так как обсуждение неадекватных пищевых стереотипов может способствовать их активизации у подростков. Хотя метаанализы и обзоры опровергли возможность ятрогенных эффектов [26], в настоящее время рекомендуется в рамках психообразования не центрироваться на симптомах и проявлениях РПП, в то же время, обсуждая их причины.

Профилактика факторов риска. «Второе поколение» программ профилактики РПП было направлено на борьбу с конкретными факторами риска, которые способствуют развитию неудовлетворенности своим телом и РПП. Ранние разработки в этой области включали программы, направленные на психологические или индивидуальные факторы риска, такие как самооценка и толерантность к стрессу. В последнее время программы были сосредоточены на сопротивлении социокультурным факторам влияния (СМИ, социальные сети, сверстники), связанным с представлениями о необходимости быть худым или мускулистым.

Низкая самооценка является сильным предиктором неудовлетворенности телом, соблюдения диеты и РПП [33]. Включение в школьную программу занятий по охране здоровья, вероятно, подразумевает помимо прочего обсуждение с учениками когнитивных и эмоциональных аспектов их самооценки, а также жизненных навыков, таких как общение, принятие решений и управление стрессом. Таким образом, нацеливание на общие факторы риска, такие как чувство собственного достоинства, которое может быть общим для развития многих психологических расстройств и физических заболеваний, также поможет предотвратить развитие РПП.

Влияние и принятие друзей и сверстников тесно связано с образом тела у девочек и мальчиков [14]. Программы, нацеленные на влияние сверстников, сосредоточены на таких факторах риска, как принятие сверстниками, сравнение внешнего вида и разговоры о внешнем виде. Занятия, как правило, интерактивны и направлены на уменьшение воздействия этих факторов риска, а также на изменение культуры общения учеников в классе. Мероприятия, которые обучают молодых людей справляться с давлением, связанным с внешностью со стороны сверстников, чаще

встречаются в программах, ориентированных на подростков в возрасте 12–13 лет.

Медиаграмотность. Одним из перспективных направлений профилактики РПП и нарушений образа тела у подростков является обучение медиаграмотности. Медиаграмотность определяется как подход к образованию, который включает анализ и создание медиа-сообщений в различных формах. Хотя медиаграмотность использовалась в профилактике РПП в течение многих лет, новые исследования подтвердили ее важность как фактора риска для проблем с образом тела [19]. Мероприятия по медиаграмотности в программах профилактики РПП обычно включают три направления. Во-первых, программы обычно нацелены на то, чтобы научить критически оценивать гендерные стереотипы, пропагандируемые в СМИ, и их вклад в развитие идеалов очень худого или очень мускулистого тела. Программы также обычно предоставляют информацию о приемах и методах, которые используются СМИ для создания идеализированных изображений, таких как аэрография и цифровые манипуляции. Третьим направлением является поддержка медиаактивизма, когда потребителей медиаконтента поощряют высказывать свое мнение относительно используемых изображений, в том числе в виде критических писем, направляемых в отраслевые органы и рекламодателям. Программа медиаграмотности с самой сильной на сегодняшний день доказательной базой - это австралийская программа Media Smart, которая состоит из восьми 50-минутных занятий в классе. Оценка показала, что эта программа эффективна в снижении обеспокоенности подростков по поводу веса и формы тела, соблюдения ограничительных диет и депрессии, при этом результаты оставались положительными даже после 30-месячного периода наблюдения [32].

Когнитивный диссонанс. Программы, основанные на диссонансе, являются одними из наиболее широко изученных и эмпирически подтвержденных форм профилактики РПП и нарушений образа тела [25]. Когнитивный диссонанс - это состояние, при котором несовместимые убеждения создают психологический дискомфорт или напряжение. Подобный дискомфорт может побудить людей изменить свои мысли, чтобы восстановить чувство внутренней согласованности. Опираясь на эту теорию, программы профилактики РПП, основанные на диссонансе, стремятся вызвать у людей диссонанс в отношении факторов риска РПП, таких как интернализация идеала худобы и неудовлетворенность телом. Это достигается с помощью серии устных, письменных и поведенческих упражнений, которые побуждают участников критиковать навязываемый обществом идеал худобы. После того как человек добровольно занимает позицию против этого идеала, он с большей вероятностью столкнется с внутренним конфликтом между собственным внутренним принятием идеала худобы и аргументами, которые он генерировал, чтобы противостоять социальному давлению, связанному с весом. Ощущая психологический дискомфорт, возникающий в результате когнитивного диссонанса, человек может быть мотивирован изменить свою собственную интернализацию идеала худобы, чтобы уменьшить или устранить этот дискомфорт. Это, в свою очередь, способствует уменьшению других факторов риска и симптомов РПП. Подобные программы также часто поощряют адаптивное поведение, побуждая участников моделировать определенное поведение в группах во время занятий в качестве формы стратегической самопрезентации. Некоторые упражнения рассматриваются как возможность бороться с дизадаптивными когнитивными функциями через когнитивно-

поведенческую перспективу, а групповые занятия часто используются для усиления социальной поддержки и сплоченности группы.

Работа с родителями. Родителям порой достаточно сложно самостоятельно принимать верные решения, касающиеся проблем, связанных с питанием и весом их детей. Многие из них задаются вопросом, как они могут помочь своим детям правильно питаться, иметь здоровую массу тела и поддерживать позитивную самооценку. При этом необходимо соблюдение определенного баланса между помощью в осознании той важной роли, которую родственники играют в формировании у своих детей паттернов пищевого поведения, моделей физической активности и образа тела, и уменьшением чувства вины у них, если расстройство уже развилось.

И хотя родители могут играть очень важную роль в поддержке своих детей, существует множество других факторов, которые оказывают влияние на проблемы с весом и образом тела: индивидуальные характеристики детей (например, генетическая предрасположенность), влияние сверстников (например, соблюдение ими диеты), школа (например, издевательства, связанные с весом) и социальные факторы (например, влияние СМИ). В таком случае роль родителей можно рассматривать как «фильтр» негативных сообщений и «усилитель» позитивных сообщений из этих различных внешних слоев влияния. Вместе с тем в настоящее время представляется достаточно сложным оградить ребенка от сообщений, поддерживающих культ идеального тела. Например, если ранее родитель мог ограничить использование журналов, содержащих подобную информацию, то сейчас глобальное влияние социальных сетей подразумевает уменьшение со стороны родителей подкрепления этих вредоносных сообщений, в том числе воздерживаясь от разговоров о неудовлетворенности телом.

Основными рекомендациями для родителей, желающих предотвратить возникновение у своих детей РПП, проблем с весом и образом тела могут быть следующие [1, 3, 5]:

- Родителям необходимо моделировать здоровый образ жизни для своих детей через собственный пример. Это касается избегания неадекватных диет, соблюдения здорового (но не идеального) режима питания и выбора продуктов, наличия регулярной физической активности и отказа от комментариев, связанных с весом.

- Создание среды, в которой детям будет легче делать выбор в пользу здорового образа жизни, подразумевает доступность здоровой пищи, определение норм семейного питания, поддержание стремления ребенка к физической активности и ограничение использования телевидения и интернета вне учебного контекста.

- Фиксация на общем состоянии здоровья и функциональности, а не на весе, может поощрять ребенка вести здоровый образ жизни, не делая упор на похудании.

- Атмосфера безусловного принятия и открытости в отношениях поможет вовремя заметить переживания ребенка касательно своего веса и предотвратить кардинальные изменения в пищевом поведении.

- Подросток, развиваясь как личность, в идеале должен в минимальной степени определять свою ценность через вес и форму тела, но иметь развитую культуру общения, не позволяющую негативно относиться к другим людям через их вес.

Основная цель этих рекомендаций состоит в том, чтобы помочь родителям меньше обсуждать темы, связанные с весом и едой, и прилагать больше усилий по привлечению своих детей к здоровому образу жизни с созданием соответ-

вующей среды. Хотя потенциальная ценность работы с родителями в профилактике РПП широко признана, подавляющее большинство вмешательств имеют минимальный родительский компонент [18].

Интернет-вмешательства. Интернет представляет собой инновационную среду, которая может облегчить усилия по профилактике РПП у подростков [17]. Интернет в данном случае является платформой, где существует возможность облегчить доступ к ранее разработанным и адаптированным для онлайн взаимодействия вмешательствам, т. е. программам медиаграмотности, когнитивного диссонанса и т. д. Интернет-вмешательства менее трудозатратны, чем индивидуальные программы, и вероятно более рентабельны. При их проведении затраты составляют примерно 15 евро на участника в год [20]. Более того, мультимедийные технологии имеют несколько преимуществ по сравнению с традиционными форматами. По сути они используют те же принципы, что и социальные медиа, но для формирования позитивного образа тела. Это обеспечивается мультисенсорным восприятием, в том числе за счет ярких и запоминающихся образов, которые подростки воспринимают более позитивно, чем текстовые сообщения, требующие большей степени декодирования. Кроме того, специализированные программы могут обеспечить гибкость и быть адаптированы к широкому спектру стилей обучения и потребностей. Учитывая стигму и стыд, часто сопутствующие проблемам пищевого поведения (что приводит к нежеланию обращаться к специалистам), анонимность также является однозначным преимуществом.

Интернет-вмешательства осуществляют больший охват подростковой популяции независимо от времени суток и географического положения и могут использоваться как средство создания групп поддержки для людей с РПП. Текущее программное обеспечение позволяет легко обновлять веб-контент, а также дает возможность программировать алгоритмы на основе характеристик и ответов пользователей. Мультимедийные онлайн приложения для смартфонов позволяют настраивать личную информацию о здоровье, питании и режиме физических нагрузок, что является преимуществом по сравнению со стандартными учебными материалами и может приблизиться к консультативной информации, предоставляемой специалистами. Исследование эффективности данных подходов к профилактике РПП в настоящее время ведется, и по предварительным полученным данным считается, что наиболее оправданным является включение интернет-вмешательств в школьные подходы, а также использование фасилитаторов в групповых чатах, что связано с высоким уровнем выбывания подростков из интернет-программ [35]. Существует необходимость идти в ногу со временем и учитывать предпочтения пользователей, особенно в группе, которая интенсивно осваивает новые технологии. Такие вмешательства могут оказаться в значительной мере полезной и экономически-обоснованной стратегией.

Комплексные подходы по профилактике РПП и ожирения. Понятие комплексной профилактики используется для обозначения вмешательств, направленных на предотвращение двух или более заболеваний. На научном и практическом уровне комплексный подход может быть «стратегией выбора» только в том случае, если разные хронические заболевания имеют несколько общих причин и факторов риска. РПП и ожирение представляют сходство в ряде факторов риска (общие гены восприимчивости, низкая самооценка, проблемы с весом и формой тела, соблюде-

ние диет, внешний локус контроля и т. д.). Кроме того, неупорядоченное пищевое поведение является фактором риска чрезмерного увеличения веса, и, наоборот, избыточный вес является значимым фактором риска для развития нездорового поведения, направленного на излишний контроль веса, особенно в подростковом возрасте. У подростков, страдающих ожирением, нарушения пищевого поведения проявляются значительно чаще, чем у их здоровых сверстников [4].

Профилактика РПП у подростков, как описывалось ранее, сосредоточена на конкретных факторах риска, таких как неудовлетворенность телом, интернализация худобы, низкая самооценка и т. д. Напротив, основой профилактики ожирения являются вмешательства, направленные на изменение образа жизни, формирование привычки к здоровому питанию и физической активности [2]. Вместе с этим направленность на эти аспекты в профилактике ожирения привела к парадоксальной ситуации в США, когда на фоне проводимых десятилетиями программ, направленных на снижение веса, и явной озабоченности этой проблемой системы здравоохранения произошел значительный рост числа людей с избыточной массой тела и ожирением. Возможно, общественные кампании против ожирения стигматизируют полных людей и могут усиливать проблемы с весом и формой тела, особенно среди детей и подростков, что также может приводить к увеличению распространенности РПП среди них. Еще одной причиной их неэффективности является то, что исторически эти программы уделяют значительно меньше внимания образу тела, медиаграмотности и обсуждению опасностей, связанных с неправильным контролем веса.

С нашей точки зрения, комплексные программы у подростков должны быть направлены не только на формирование и закрепление устойчивых паттернов индивидуального и семейного стилей питания, активного образа жизни и поддержание позитивного образа тела, но и затрагивать общую картину здоровья, которая может включать в себя аспекты, связанные с навыками проблемно-решающего поведения, осознанностью, эмоциональной регуляцией или нормализацией режима сна/бодрствования. Сосредоточенность на целостном здоровье позволяет избежать акцента на весе, который в настоящее время является центральным в общественном и медицинском сознании. Также крайне необходимо, чтобы специалисты, работающие над адаптацией программ по профилактике РПП тесно сотрудничали с группами, занимающимися проблемами ожирения, чтобы гарантировать, что эти усилия будут реализованы таким образом, чтобы непреднамеренно не привести к поощрению чрезмерно ограничительного пищевого поведения или дискриминации по весу. С нашей точки зрения, и в этом случае оптимальным вариантом будет использование универсальных стратегий.

В настоящее время комплексные подходы только разрабатываются. Одним из препятствий на пути создания таких программ является тот факт, что ожирение традиционно рассматривается как хроническое заболевание обмена веществ и область биологических наук, в то время как РПП входят в группу психических расстройств и исследуются в области психологии и психиатрии. Как следствие, очень немногие работники здравоохранения имеют опыт и знания в обеих клинических областях. Вместе с этим отношение общества и СМИ к данным проблемам также кардинально различаются: равнодушие или обвинение в случае ожирения, а также симпатия и страх в случае РПП [13]. Эти препятствия трудно устранимы и требуют

постоянной и системной работы на индивидуальном и общественном уровнях.

Эффективность профилактических вмешательств. Согласно последнему метаанализу описывающему профилактические вмешательства при РПП [16], среди универсальных стратегий только вмешательства, основанные на повышении медиа-грамотности у подростков показали свою эффективность, снижая влияние факторов риска РПП до 30 месяцев после вмешательства как у девушек, так и у юношей. Этот вывод согласуется с предыдущими систематическими обзорами [31]. Также авторы указывают, что другие универсальные профилактические подходы, включая многокомпонентные вмешательства и вмешательства по повышению самооценки, были эффективны только у женщин. Учитывая, что исходные оценки факторов риска при универсальной профилактике низкие, статистически значимые результаты трудно обнаружить, особенно при недостаточно длительном последующем наблюдении. Это свидетельствует о необходимости проведения более крупных и репрезентативных исследований для оценки эффективности потенциально полезных профилактических стратегий.

В соответствии с этим метаанализом среди селективных подходов в большей степени вмешательства, основанные на когнитивном диссонансе, превосходили контроль в отношении снижения симптомов РПП в течение 3 лет после проведения занятий и были более эффективными в уменьшении интернализации худобы на пост-тесте по сравнению с другими вмешательствами. Другие селективные подходы, включая КПТ и уроки медиаграмотности в группах риска, значительно уменьшали соблюдение диеты, булимическое поведение, неудовлетворенность телом и интернализацию худобы через 3-8 месяцев после вмешательства.

Таким образом, некоторые из эмпирически подтвержденных подходов могут использоваться на постоянной основе среди детей и подростков. Наиболее обоснованным местом для проведения профилактических мероприятий является школа, поскольку такой формат позволяет получить доступ к помощи детям и подросткам из разных социальных слоев и географически удаленных регионов, имеющих ограниченный доступ к медицинской помощи или общественным программам. Проведение профилактики РПП и нарушений образа тела целесообразно в рамках общих проектов по поддержанию здоровья. Согласно накопленному опыту, программы должны быть многосессионными, поскольку детям и подросткам требуется подкрепление для запоминания. Рекомендуются вмешательства оптимальной продолжительности (примерно 5 часов за один месяц), так как более длительные вмешательства не показали большей эффективности [34]. Группы могут быть как однополыми, так и смешанными, при этом девушки рассматривают пользу от таких программ вне зависимости от формата проведения [10]. С нашей точки зрения, работа в смешанных по полу группах позволяет подросткам в безопасной среде обсуждать проблемы, связанные с образом тела, и помогает лучше понять точки зрения друг друга. Кроме того, повышение осведомленности о гендерных стереотипах, связанных с телом, может помочь изменить культуру общения в классе и удерживать от обидных комментариев по отношению друг к другу.

Заключение. Несмотря на значительные достижения некоторых из рассмотренных профилактических программ, необходимо проведение дополнительной работы для повышения эффективности уже существующих подходов и разработки целевых вмешательств, направленных на определенные возрастные группы (на-

пример, детского и раннего подросткового возраста), а также лиц с различными факторами риска формирования РПП (например, мальчики и юноши, спортсмены, танцоры, модели, подростки с диабетом 1 типа и т. д.). Разработка эффективных инструментов скрининга для обеспечения того, чтобы соответствующие программы были предоставлены лицам с различной степенью выраженности факторов риска и, соответственно, улучшение индивидуальных подходов с включением их в школьные мероприятия может способствовать актуализации целей общественного здравоохранения по охране здоровья детей и подростков, являющихся одним из приоритетных направлений государственной политики в РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горелова Ж.Ю., Филиппова С.П., Соловьева Ю.В. и др. Роль семьи и школы в формировании пищевого поведения учащихся Москвы и Алтайского края // Профилактическая медицина. 2018; 21(6): 63-67.
2. Дадаева В.А., Александров А.А., Драпкина О.М. Профилактика ожирения у детей и подростков // Профилактическая медицина. 2020; 23(1):142-147.
3. Дадаева В.А., Еганын Р.А., Королев А.И. и др. Типы нарушений пищевого поведения // Профилактическая медицина. 2021; 24(4): 113-119.
4. Намазова-Баранова Л.С., Ковтун О.П., Ануфриева Е.В., Набойченко Е.С. Значение поведенческих детерминант в формировании избыточной массы тела и ожирения у подростков // Профилактическая медицина. 2019; 22(4): 43-48.
5. Павловская Е.В. Стиль кормления детей и его влияние на формирование пищевого поведения // Вопросы диетологии. 2019; 9(4): 37-41.
6. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Когнитивная ремедиация при расстройствах пищевого поведения // Сборник методических рекомендаций: Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств - современные подходы / Под общей ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 3. СПб.: Коста, 2020: 79-100.

REFERENCES

1. Gorelova Zh.Yu., Filippova S.P., Solov`eva Yu.V. i dr. Rol` sem`i i shkoly` v formirovanii pishhevogo povedeniya uchashhikhsya Moskv`y i Altajskogo kraja // Profilakticheskaya mediczina. 2018; 21(6): 63-67.
2. Dadaeva V.A., Aleksandrov A.A., Drapkina O.M. Profilaktika ozhireniya u detej i podrostkov // Profilakticheskaya mediczina. 2020; 23(1):142-147.
3. Dadaeva V.A., Eganyan R.A., Korolev A.I. i dr. Tipy` narushenij pishhevogo povedeniya // Profilakticheskaya mediczina. 2021; 24(4): 113-119.
4. Namazova-Baranova L.S., Kovtun O.P., Anufrieva E.V., Naboichenko E.S. Znachenie povedencheskikh determinant v formirovanii izby`tochnoj massy` tela i ozhireniya u podrostkov // Profilakticheskaya mediczina. 2019. 22(4): 43-48.
5. Pavlovskaya E.V. Stil` kormleniya detej i ego vliyanie na formirovanie pishhevogo povedeniya // Voprosy` dietologii. 2019; 9(4): 37-41.
6. Pichikov A.A., Popov Yu.V. Kognitivnaya remediatsiya pri rasstrojstvakh pishhevogo povedeniya // Sbornik metodicheskikh rekomendaczij: Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstrojstv - sovremennye podkhody` / Pod obshhej red. N.G. Neznanova. Vy`p. 3. SPb.: Kosta, 2020: 79-100.
7. Agh T., Kovacs G., Supina D. et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder // Eat Weight Disord. 2016; 21(3): 353-364.

8. Austin S.B. Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model // *Prev Med.* 2001; 32(3): 268–283.
9. Damiano S.R., Paxton S.J., Wertheim E.H. et al. Dietary restraint of 5-year-old girls: Associations with internalization of the thin ideal and maternal, media, and peer influences // *Int J Eat Disord.* 2015 Dec; 48(8): 1166–1169.
10. Dunstan C.J., Paxton S.J., McLean, S.A. An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings // *Eat Behav.* 2017; 25:23–31.
11. Fiske L., Fallon E.A., Blissmer B., Redding C.A. Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: review and recommendations for future research // *Eat Behav.* 2014 Aug; 15(3): 357–365. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.010>. PMID: 25064281
12. Herpertz-Dahlmann B., Wille N., Holling H. et al. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: Results of the BELLA study // *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Dec; 17(S1): 82–91.
13. Hill A.J. Obesity and eating disorders // *Obes Rev.* 2007; 8(S1): 151–155.
14. Holsen I., Jones D.C., Birkeland M.S. Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of influence of interpersonal relationships and BMI // *Body Image.* 2012; 9(2): 201–208.
15. Iwajomo T., Bondy S.J., de Oliveira C. et al. Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study // *Br J Psychiatry.* 2020 Oct; 29: 1–7.
16. Le L.K., Barendregt J.J., Hay P., Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis // *Clin Psychol Rev.* 2017; 53: 46–58.
17. Linardon J., Shatte A., Messer M. et al. E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis // *Consult Clin Psychol.* 2020; 88(11): 994–1007.
18. Lydecker J.A., Park J., Grilo C.M. Parents Can Experience Impairment Because of Their Children's Weight and Problematic Eating Behaviors // *J Adolesc Health.* 2020; 66(2): 189–194.
19. McLean S.A., Paxton S.J., Wertheim E.H. Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention // *Body Image.* 2013; 10(3): 282–289.
20. Minarik C., Moessner M., Ozer F., Bauer S. Implementation and dissemination of an internet-based program for prevention and early intervention in eating disorders // *Psychiatr Prax.* 2013; 40(6): 332–338.
21. Nagata J.M., Ganson K.T., Murray S.B. Eating disorders in adolescent boys and young men: an update // *Curr Opin Pediatr.* 2020; 32(4): 476–481.
22. Preti A., Rocchi M.B., Sisti D. et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders // *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Jul; 124(1): 6–17. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x>. PMID: 21092024
23. Qian J., Wu Y., Liu F. et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis // *Eat Weight Disord.* 2022;27(2): 415–428.
24. Smith A.R., Zuromski K.L., Dodd D.R. Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research // *Curr Opin Psychol.* 2018; 22:63–67.
25. Stice E., Marti C.N., Shaw H., Rohde P. Meta-analytic review of dissonance-

based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects // *Clin Psychol Rev.* 2019; 70: 91-107.

26. Stice E., Shaw H. Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review // *Psychol Bull.* 2004; 130(2): 206-227.

27. Stice E., Shaw H., Marti C.N. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings // *Annu Rev Clin Psychol.* 2007; 3: 207-231.

28. Tatangelo G., McCabe M., Mellor D., Mealey A. A systematic review of body dissatisfaction and sociocultural messages related to the body among preschool children // *Body Image.* 2016; 18: 86-95.

29. Wang S.B., Gray E.K., Coniglio K.A. et al. Cognitive rigidity and heightened attention to detail occur transdiagnostically in adolescents with eating disorders // *Eat Disord.* 2019; 1:1-13.

30. Ward Z.J., Rodriguez P., Wright D.R. et al. Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort // *JAMA Netw Open.* 2019; 2(10): e1912925.

31. Watson H.J., Joyce T., French E. et al. Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials // *International Journal of Eating Disorders.* 2016; 49(9): 833-862.

32. Wilksch S.M., Wade T.D. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48(6): 652-661.

33. Wojtowicz A.E., von Ranson K.M. Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: A one-year prospective study of middle-adolescent girls // *Body Image.* 2012; 9(1): 20-30.

34. Yager Z., Diedrichs P.C., Ricciardelli L.A., Halliwell E. What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs // *Body Image.* 2010; 10(3): 271-281.

35. Zeiler M., Kuso S., Nacke B. et al. Evaluating reach, adoption, implementation and maintenance of Internet-based interventions to prevent eating disorders in adolescents: a systematic review // *Eur J Public Health.* 2020; 30(1): 179-188.

A.A. Pichikov, Yu.V. Popov, R.V. Grebenshchikova

STRATEGIES FOR PREVENTION OF EATING DISORDERS AND BODY IMAGE DISTURBANCES IN ADOLESCENCE

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

Summary. An analysis of existing approaches to prevention, taking into account international experience, will make it possible to use the most effective programs in the future. In the study foreign and domestic experience of primary and secondary prevention of eating disorders and their associated risk factors is evaluated. Examples of interventions that can be implemented at the school level, as well as solutions in promoting positive body image and healthy eating among schoolchildren are given. The need for comprehensive approaches to prevention of eating disorders, overweight and obesity in adolescents is substantiated.

Keywords: prevention, adolescence, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity, body dissatisfaction.

А.В. Коткова, О.В. Баландина, Ж.В.Альбицкая, У.А. Насонова, О.М. Силантьева
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)^{3, 4}

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (Нижний Новгород).

Резюме. В результате проведенного анализа источников литературы составлен обзор современного состояния знаний о методах диагностики расстройств речи у детей. Описаны основные стратегии, применяемые для раннего выявления заболевания. Представлено современное состояние проблемы расстройств речи у детей в свете недостаточности теоретических знаний о механизмах описанных расстройств. В обзоре отражена значимость и дефицит объективных методов диагностики. Научные литературные данные, приведенные в данном обзоре, показали необходимость дальнейшего изучения и создания универсальной методики диагностики для русскоязычных детей.

Ключевые слова: расстройства речи, дети, дисфазия развития, недоразвитие речи, расстройство рецептивной речи, расстройство экспрессивной речи, скрининг.

Россия. Основной тенденцией в современной диагностике является стремление к балльной системе оценки выраженности речевых расстройств, различными научными коллективами предлагаются авторские методики, которые пока не нашли широкого применения на практике. Так О.А. Безруковой, О.Н. Каленковой была предложена «Методика определения уровня речевого развития детей дошкольного возраста». Эта методика дает возможность оценить речевое развитие детей в баллах относительно максимального по определенным параметрам. Она позволяет учесть и оценить различные виды речевой деятельности, такие как продуктивные — говорение и репродуктивные — аудирование, и в дальнейшем проследить динамику речевых нарушений. Речь ребенка оценивается по следующим параметрам: 1) объем словарного запаса, понимание смысловых связей между словами и правильность использования их значений; 2) правильность речи, умение образовывать и изменять слова, словосочетания и предложения; 3) различение звуков, умение определять, из каких звуков состоит слово и в какой последовательности они расположены в слове, объединять их в слоги и слова. Диагностический материал разделен на основе возрастного критерия: 4—5, 5—6 и 6—7 лет [1, 2].

Н.Н. Заваденко была предложена скрининговая методика в виде опросника, заполняемого врачом или родителем, адаптированного для двух возрастных групп — для детей до 1 года и для детей 2-го года жизни до 5 лет, в каждой группе имеется разделение на более мелкие. В зависимости от возраста ребенка предлагается ответить на 6-9 вопросов, ответы «да» или «нет». Все вопросы разделены на две группы и характеризуют формирование импрессивной и экспрессивной речи: 1. Восприятие речи и слух, 2. Голосовые и экспрессивные реакции [4].

³Статья выполнена в рамках проекта по программе «Приоритет - 2030».

⁴Окончание. Начало см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков». 2022 (22). № 2.

Великобритания. В Великобритании для определения возможных маркеров риска текущего состояния, которые отличают детей со специфической задержкой экспрессивной речи (SELD) от вариации, наблюдаемой у нормально развивающихся детей в возрасте 3,0-4,0 и 4,0-5,0 применялась методика Модифицированная версия теста «Вспомнить предложения», подтеста «Клиническая оценка основ языка» (CELF)-Preschool UK. Ее эффективность оценивалась как высокая, однако отмечалось, что использование модифицированных напоминаний предложений в качестве прогностического маркера требует подтверждения. Полезность языковых скринингов автором была сочтена неубедительной, хотя в случаях клинического подозрения скрининги могут помочь определить уровень беспокойства. Двумя доступными показателями родительского отчета являются Опросник коммуникативного развития Макауртура (M-CDI) [45, 74, 89] и Опросник языкового развития (LDS) [27, 29, 66].

Бразилия. Исходя из данных систематического обзора [18] и диссертации Tiberio [81] можно сделать вывод, что в Бразилии для исследования речевых навыков детей используются адаптированные для бразильской популяции версии ABWF и PPVT-5, а также EVT, однако автором высказываются сомнения по поводу наличия исследований для последнего в данной стране. Очевидным выводом систематического обзора является необходимость проведения исследований в Бразилии, посвященных психометрическому изучению инструментов оценки словарного запаса у детей дошкольного и школьного возраста [81].

Развивающиеся страны. Проблема диагностики речевых расстройств остро стоит и в развивающихся странах. Указывается, что при адаптации или разработке инструментов, которые могут быть использованы в странах с высоким уровнем дохода и развивающихся странах, необходимо учитывать некоторые различия между странами [40].

Вывод. В настоящее время расстройства речи представляют собой диагностическую проблему. Чаще всего врачами и специалистами, занимающимися речью, применяется клинический метод, который является очень субъективным. Поэтому многими авторами разных стран предлагаются различные методики диагностики расстройств речи, однако большинство из них приходит к выводу, что единого признанного метода диагностики не существует: либо представлено большое количество различных методик, применение которых несистематично, либо имеется их острый дефицит. Значительные различия в звучании, лексике, артикуляции, величине словарного запаса, необходимого для нормального функционирования, делает практически невозможным создание единой методики диагностики, универсальной для разных народов. Однако, создание стандартизированной методики, используемой на территории одной страны, необходимо для достоверной диагностики, ранней выявляемости проблем у детей и оказания им своевременной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шалимов В.Ф., Суворинова Н.Ю., Нестеровский Ю.Е. Терапия расстройств развития речи у детей дошкольного возраста // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 11. Вып. 2. С. 80-87.
2. Безрукова О.А., Каленкова О.Н. Методика определения уровня речевого

развития детей дошкольного возраста. М.: Каисса, 2008. 95 с.

3. Заваденко Н.Н., Немкова С.А. Нарушения развития и когнитивные дисфункции у детей с заболеваниями нервной системы. Научно-практическое руководство. М.: СИМК, 2016. 360 с.

4. Заваденко Н.Н. Расстройства развития речи у детей: ранняя диагностика и терапия // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 12. С. 119-125.

REFERENCES

1. Shalimov V.F., Suvorinova N.Yu., Nesterovskij Yu.E. Terapiya rasstrojstv razvitiya rechi u detej doshkol'nogo vozrasta // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2017. T. 117. # 11. Vy`p. 2. S. 80-87.

2. Bezrukova O.A., Kalenkova O.N. Metodika opredeleniya urovnya rechevogo razvitiya detej doshkol'nogo vozrasta. M.: Kaissa, 2008. 95 s.

3. Zavadenko N.N., Nemkova S.A. Narusheniya razvitiya i kognitivny`e disfunkczii u detej s zabolevaniyami nervnoy sistemy`. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo. M.: SIMK, 2016. 360 s.

4. Zavadenko N.N. Rasstrojstva razvitiya rechi u detej: rannaya diagnostika i terapiya // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2016. T. 116. # 12. S. 119-125.

5. Adlof S.M. Spoken word learning in children with SLI, dyslexia, and typical development // Meeting of the Society for the Scientific Study of Reading (Porto, Portugal, July, 2016).

6. Adlof S.M., Scoggins J., Brazendale A., Babb S., Petscher Y. Identifying children at risk for language impairment or dyslexia with group-administered measures // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2017. № 60. P. 3507–3522.

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V) // American Psychiatric Publishing, 2013. 991p.

8. American Speech-Language and Hearing Association (ASHA). How does your child hear and talk? 2006.

9. Archibald L.M., Joanisse M.F. On the sensitivity and specificity of nonword repetition and sentence recall to language and memory impairments in children // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2009. № 52. P. 899–914.

10. Artigas J., Rigau E., García-Nonell K. Trastornos del lenguaje. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría. 2008.

11. Bishop D. Children's Communication Checklist (CCC-2): Volkmar F.R. (eds) Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders., NY: Springer, 2013. P. 614-618.

12. Bishop D. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems // Int J Lang Commun Disord. 2014. № 49. P. 381–415.

13. Bishop D.V.M., McDonald D. Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report // Int J Lang Commun Disord. 2009. № 44. P. 600–615.

14. Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children // PLoS One. 2017. № 11.

15. Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology // Journal of Child Psychology

and Psychiatry. 2017. № 58. P. 1068–1080.

16. Bishop Dorothy V.M. The Children's communication checklist. Vol. 2. London: Psychological Corporation, 2003. P. 4.

17. Brown L.F., Rice J.A. The Peabody Picture Vocabulary Test: validity for EMRs // Am J Ment Defic. 1967. Vol. 6. № 71. P. 901–903.

18. Carbonieri J., Lúcio P.S. Vocabulary assessment in Brazilian children: a systematic review with three instruments // Cogas. 2020. Vol. 3. № 32.

19. Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011). Review of the Expressive Vocabulary Test, Second Edition (EVT-2). Edmonton, Alberta, Canada.

20. Conti-Ramsden G., St Clair M.C., Pickles A., Durkin K. Developmental trajectories of verbal and nonverbal skills in individuals with a history of specific language impairment: From childhood to adolescence // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2012. № 55. P. 1716–1735.

21. Dawson J.I., Stout C.E., Eyer J.A., Tattersall P., Fonkalsrud J., Crolwey K. Structured Photographic Expressive Language Test–Preschool 2 // DeKalb, IL: Janelle Publications. 2005.

22. Dias D.C., Rondon-Melo S., Molini-Avejonas D.R. Sensitivity and specificity of a low-cost screening protocol for identifying children at risk for language disorders // Clinics. 2020. № 75.

23. Dockrell J.E., Lindsay G., Letchford B., Mackie C. Educational provision for children with specific speech and language difficulties: perspectives of speech and language therapy service managers // Int J Lang Comm Disord. 2006. № 41. P. 423–440.

24. Eadie P., Nguyen C., Carlin J., Bavin E., Bretherton L., Reilly S. Stability of language performance at 4 and 5 years: measurement and participant variability // Int J Lang Commun Disord. 2014. Vol. 2. № 49.

25. Ebbels S. Introducing the SLI debate // Int J Lang Comm Disord. 2014. № 49. P. 377–380.

26. Ertem I.O., Dogan D.G., Gok C.G., Kizilates S.U., Caliskan A., Atay G., et al. A guide for monitoring child development in low-and middle-income countries // Pediatr. 2008. Vol. 3 № 121.

27. Everitt A., Hannaford P., Conti-Ramsden G. Markers for persistent specific expressive language delay in 3-4-year-olds // Int J Lang Commun Disord. 2013. Vol. 5. № 48. P. 534–53.

28. Feldman H.M. How Young Children Learn Language and Speech // Pediatr Rev. 2019. Vol. 8. № 40. P. 398–411.

29. Fenson L., Dale P.S., Reznick J.S., Bates E., Thal D.J., Pethick S.J. Variability in early communicative development // Monogr Soc Res Child Dev. 1994. Vol. 5. № 59. P. 1–173.

30. Fernández-Blázquez M.A., Ruiz-Sánchez de León J.M., López-Pina J.A., Llanero-Luque M., Montenegro-Peña M., Montejo-Carrasco P. Nueva versión reducida del test de denominación de Boston para mayores de 65 años: aproximación desde la teoría de respuesta al ítem // Rev Neurol. 2012. Vol. 7. № 55. P. 399–407.

31. Forrest C.L., Gibson J.L., Halligan S.L., St Clair M.C. A longitudinal analysis of early language difficulty and peer problems on later emotional difficulties in adolescence:

evidence from the Millennium Cohort Study // *Autism Dev. Lang. Impair.* 3. 2018.

32. Good R.H., Gruba J., Kaminski R.A. *Dynamic Indicators of Basic Early Literacy Skills (DIBELS) Next*. Longmont, CO: Cambium Learning Group. 2009.

33. Gregory, K.D., Oetting, J.B. Classification accuracy of teacher ratings when screening nonmainstream Englishspeaking kindergartners for language impairment in the rural South. *Language // Speech, and Hearing Services in Schools*. 2018. № 49. P. 218–231.

34. Harrison L.J., McLeod S. Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children // *J Speech Lang Hear Res*. 2010. Vol. 2. № 53. P. 508–29.

35. Hasson F., Keeney S., McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique // *J Adv Nursing*. 2000. № 32. P. 1008–1015.

36. Heilmann J., Ellis Weismer S., Evans J., Hollar C. Utility of the MacArthur-Bates communicative development inventory in identifying language abilities of late-talking and typically developing toddlers // *Am J Speech Lang Pathol*. 2005. Vol. 1. № 14. P. 40–51.

37. Heilmann J.J., Miller J.F., Nockerts A. Using language sample databases // *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2010. № 41. P. 84–95.

38. International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1980.

39. Kaplan E., Goodglass H., Weintraub S. *Boston Naming Test*. Philadelphia: Lea & Febiger. 1983.

40. Khan N., Muslima H., Shilpi A., Begum D., Akhtar S., Parveen M., et al. Validation of a home-based neurodevelopmental screening tool for under 2-year-old children in Bangladesh // *Child Care Health Dev*. 2013. Vol. 5. № 39. P. 643–50.

41. Kristee A. Beres, Alan S. Kaufman, Mitchel D. Perlman. Chapter 4 - Assessment of Child Intelligence // *Handbook of Psychological Assessment (Third Edition)*. 2000. P. 65–96.

42. Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C. The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature // *Dev Med Child Neurol*. 2000. № 42. P. 190–200.

43. Leonard L. B. *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: MIT Press. 2014.

44. Heilmann J., Weismer S.E., Evans J., Hollar C. Utility of the MacArthur—Bates Communicative Development Inventory in Identifying Language Abilities of Late-Talking and Typically Developing Toddlers // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2005. Vol. 1. № 14. P. 40.

45. Marrus N., Hall L. Intellectual Disability and Language Disorder // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017. Vol. 3. № 26. P. 539–554.

46. Mayes A.K., Reilly S., Morgan A.T. Neural correlates of childhood language disorder: a systematic review // *Dev Med Child Neurol*. 2015. Vol. 8. № 57. P. - 706–17.

47. Mayes A.K., Reilly S., Morgan A.T. Neural correlates of childhood language disorder: a systematic review // *Dev Med Child Neurol*. 2015. Vol. 8. № 57. P. 706–17.

48. Molini-Avejonas D.R. Fatores de risco e de proteção associados à alteração de fala e linguagem em uma amostra nacionalmente representativa de crianças de 4 a 5 anos de idade // *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011. Vol. 2. № 16. P. 242.

49. Moreno-Flagge N. Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento // *Rev*

Neurol. 2013. Vol. 6. № 57. P. 85-94.

50. Morgan A. Speech-language pathology insights into genetics and neuroscience: Beyond surface behaviour // Int J Lang Comm Disord. 2013. № 15. P. 245–254.

51. National Institute of Deafness and Other Communication Disorders. Specific language impairment // NIH Publication. 2019. № 11-7751

52. Norbury C.F., Nash M., Baird G., Bishop D. Using a parental checklist to identify diagnostic groups in children with communication impairment: a validation of the Children's Communication Checklist-2 // Int J Lang Commun Disord. 2004. Vol. 3. № 39. P. 345-64.

53. Norbury, C.F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Pickles, A. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016. № 57. P. 1247–1257.

54. Number of Children Receiving Early Intervention and Special Education Services under IDEA, Birth through Age 5. 2016.

55. O'Hare A., Bremner L. Management of developmental speech and language disorders: Part 1 // Arch Dis Child. 2016. Vol. 3. № 101. P. 272-7.

56. Paul R., Norbury C.F. Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment and Intervention, 4th Edition. St. Louis: Mosby-Year Book. 2016.

57. Paul, R., & Norbury, C. Language disorders from infancy through adolescence: listening, speaking, Reading, writing, and communicating (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier. 2012.

58. Plante E., Mettler H.M., Tucci A., Vance R. Maximizing Treatment Efficiency in Developmental Language Disorder: Positive Effects in Half the Time // Am J Speech Lang Pathol. 2019. Vol. 3. № 28. P. 1233-1247.

59. Plante, E., Ogilvie, T., Vance, R., Aguilar, J.M., Dailey, N.S., Meyers, C., Burton, R. Variability in the language input to children enhances learning in a treatment context // American Journal of Speech-Language Pathology. 2014. № 23. P. 530–545.

60. Redmond S.M. Language Impairment in the Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Context // J Speech Lang Hear Res. 2016. Vol. 1. № 59. P. 133-42.

61. Reilly S., Tomblin B., Law J., et al. Specific language impairment: a convenient label for whom? // Int J Lang Commun Disord . 2014. № 49. P. 416–51.

62. Reilly S., Tomblin B., Law J., McKean C., Mensah F., Morgan A., et al. SLI: a convenient label for whom? // Int J Lang Comm Disord. 2014. № 49. P. 416–451.

63. Reilly S., Wake M., Ukoumunne O.C., Bavin E., Prior M., Cini E., et al. Predicting language outcomes at the age of 4: results of a study of early speech development in Victoria // Pediatrics. 2010. Vol. 6. № 126. P. 1530-7

64. Reilly S., Tomblin B., Law J., McKean C., Mensah F. K., Morgan A., et al. Specific language impairment: a convenient label for whom? // Int. J. Lang. Commun. Disord. 2014. № 49. P. 416–451.

65. Reschly D.J. Response to intervention and the identification of specific learning disabilities // Topics in Language Disorders. 2014. № 34. P. 39–58.

66. Rescorla L., Alley A. Validation of the language development survey (LDS): a parent report tool for identifying language delay in toddlers // J Speech Lang Hear Res. 2001. Vol. 2. № 44. P. 434-45.

67. Rescorla L. The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers // J Speech Hear Disord. 1989. Vol. 4. № 54. P. 587-99.
68. Rollins C.K., Asaro L.A., Akhondi-Asl A., Kussman B.D., Rivkin M.J., Bellinger D.C., et al. White Matter Volume Predicts Language Development in Congenital Heart Disease // J Pediatr. 2017. № 181. P. 42–8.
69. Rossi N.F., Garayzábal Heinze E., Giacheti C.M., Gonçalves O.F., Sampaio A. Psycholinguistic abilities of children with Williams syndrome // Res Dev Disabil. 2012. Vol. 3. № 33. P. 819-24.
70. Sciberras E., Mueller K.L., Efron D., Bisset M., Anderson V., Schilpzand E.J., Jongeling B., Nicholson J.M. Language problems in children with ADHD: a community-based study // Pediatrics. 2014. Vol. 5. № 133. P. 793-800.
71. Segura-Pujol H., Briones-Rojas C. Treatment intensity for developmental language disorder: A systematic review // Int J Speech Lang Pathol. 2021. Vol. 5. № 23. P. 465-474.
72. Segura-Pujol H., Briones-Rojas C. Treatment intensity for developmental language disorder: A systematic review // Int J Speech Lang Pathol. 2021. Vol. 5. № 23. P. 465-474.
73. Seymour H.N., Roeper T., Villiers J.G. (2003). Diagnostic Evaluation of Language Variation–Screening Test. Bloomington, MN: Pearson. 2003.
74. Sices L. Overview of expressive language delay (“late talking”) in young children. In: Post T, editor. UpToDate. Waltham, MA. - 2016.
75. Silva G.M., Couto M.I., Molini-Avejonas D.R. Risk factors identification in children with speech disorders: pilot study // Cudas. 2013. Vol. 5. № 25. P. 456-62.
76. Simms M.D., Jin X.M. Autism, Language Disorder, and Social (Pragmatic) Communication Disorder: DSM-V and Differential Diagnoses // Pediatr Rev. 2015. Vol. 8. № 36. P. 355-62.
77. Speech and language disorders in children: Implications for the Social Security Administration’s Supplemental Security Income program. Washington, DC: National Academies Press: U. - 2016.
78. Taylor C.L., Zubrick S.R. Predicting children's speech, language and reading impairment over time // Int J Speech Lang Pathol. 2009. Vol. 5. № 11. P. 341-3.
79. Thomas-Stonell N., Oddson B., Robertson B., Rosenbaum P. Validation of the Focus on the Outcomes of Communication under Six outcome measure // Dev Med Child Neurol 2013. № 55. P. 546–552.
80. Thomas-Stonell N.L., Oddson B., Robertson B., Rosenbaum P.L. Development of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children // Dev Med Child Neurol 2010. № 52. P. 47–53.
81. Tibério C.D.R. Vocabulário receptivo de crianças de 2 a 6 ano de idade. Uma análise com o teste de vocabulário por imagens Peabody // São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2017.
82. Tomblin J. B. Educational and psychosocial outcomes of language impairment in kindergarten. Understanding individual differences in language development across the school years. 2014. New York, NY: Psychology Press. P. 166–203.
83. Tomblin J.B., Mueller K.L. How Can the Comorbidity with ADHD Aid Understanding of Language and Speech Disorders? // Top Lang Disord. 2012. Vol. 3. №

32. P. 198-206.

84. Visser C., Koolen S. Theory of mind deficits and social emotional functioning in preschoolers with specific language impairment // *Front. Psychol.* 2016. № 7. P. 1734.

85. Wellnitz S.A.C., Kästel I., Vllasaliu L., Cholemkery H., Freitag C.M., Bast N. The Revised Children's Communication Checklist-2 (CCC-R): Factor Structure and Psychometric Evaluation // *Autism Res.* 2021. Vol. 4. № 14. P. 759-772.

86. Wiig E.H., Semel E., Secord W. A. Clinical Evaluation of Language Fundamentals—Fifth Edition (CELF-5). Bloomington, MN: NCS Pearson. 2013.

87. Williams K.T. Group Reading Assessment and Diagnostic Evaluation. Circle Pines, MN: American Guidance Service. 2001.

88. Wilson J.M.G., Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation. 1968.

89. Workgroup Bright Futures Periodicity Schedule. Committee on Practice. Ambulatory Medicine. 2014 recommendations for pediatric preventive health care // *Pediatrics.* 2014. Vol. 3. № 133. P. 568–70.

90. World Health Organization. The ICD-10 classification for mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO. 1992.

91. Semel E., Wiig E.H., Secord W.A. Clinical Evaluation of Language Fundamentals: Fourth Edition-Australian Standardised Edition (CELF-4 Australian) Sydney: Pearson Inc. 2006.

92. Paslawski T. The Clinical Evaluation of Language Fundamentals, Fourth Edition (CELF-4): A Review // *Canadian Journal of School Psychology.* 2005. Vol. 1-2. № 20. P. 129-134.

93. Oetting J.B. Prologue: Toward Accurate Identification of Developmental Language Disorder Within Linguistically Diverse Schools // *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2018. Vol. 2. № 49. P. 213-217.

A.V. Kotkova, O.V. Balandina, Zh.V. Albitskaya, U.A. Nasonova, O.M. Silantieva
METHODS OF DIAGNOSIS OF SPEECH DISORDERS IN CHILDREN
(LITERATURE REVIEW)⁵

Privolzhsky Research Medical University (Nizhny Novgorod).

Summary. As a result of the analysis of literature sources, a review of the current state of knowledge about the methods of diagnosing speech disorders in children was conducted. The main strategies used for early detection of the disease are described. The current state of the problem of speech disorders in children is presented in the light of the lack of theoretical knowledge about the mechanisms of the described disorders. The review reflects the importance and lack of objective diagnostic methods. The scientific literature data presented in this review showed the need for further study and the creation of a universal diagnostic methodology for Russian-speaking children.

Keywords: speech disorders, children, developmental dysphasia, speech underdevelopment, receptive speech disorder, expressive speech disorder, screening.

⁵Final part. Beginning part see «Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov». 2022 (22). № 2.

**К 95-ЛЕТНЕЙ ГОДОВЩИНЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ВЕРЫ МИХАЙЛОВНЫ БАШИНОЙ**

15 июня 2022 г. исполнилось 95 лет со дня рождения Веры Михайловны Башиной – выдающегося ученого, врача и педагога, доктора медицинских наук, профессора, посвятившей большую часть своей жизни помощи детям с психическими расстройствами.

Вера Михайловна родилась 15 июня 1927 года в г. Ногинске Московской обл. в семье военнослужащего (отец – инженер-подполковник, мать – учитель). В 1951 г. окончила лечебный факультет 1 Московского ордена Ленина медицинского института (в настоящее время – Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова). По распределению с января по июль

1952 г. работала неврологом в главном военном госпитале г. Советская Гавань Хабаровского края, затем с 1953 по 1960 гг. – врачом-патолофизиологом и младшим научным сотрудником в Институте высшей нервной деятельности АМН СССР, где опубликовала первые научные работы по эпилепсии у детей.

С 1960 г. научная и врачебная деятельность Веры Михайловны была неразрывно связана с Институтом психиатрии АМН СССР (ныне Научным центром психического здоровья), вначале она работала младшим научным сотрудником. С 1969 по 1986 г. старшим научным сотрудником, с 1987 по 1991 г. ведущим научным сотрудником, с 1991 г. – главным научным сотрудником Отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ, возглавляя группу исследования детского аутизма.

Становление Веры Михайловны как квалифицированного психиатра, клинициста высокого класса, известного ученого-исследователя формировалось под руководством выдающегося ученого, академика А.В. Снежневского, достойной ученицей которого она была, сохраняя и творчески развивая научные и клинические традиции его школы. Учителями и наставниками В.М. Башиной в области детской психиатрии были Т.П. Симсон, А.Н. Чехова, Г.К. Ушаков и М.Ш. Вроно.

В 1966 г. Вера Михайловна Башина защитила кандидатскую диссертацию «Об особенностях клиники отдаленного периода шизофрении (по материалам катамнеза лиц, заболевших в подростковом и детском возрасте)». В 1977 г. она защитила докторскую диссертацию на тему «Клиника ранней детской шизоф-

рении (клинико-катамнестическое исследование)». В 2005 г. Вере Михайловне Башиной присвоено звание профессор.

За более чем полувековую научную деятельности ею опубликовано более 150 научных работ в отечественных и зарубежных журналах, 3 монографии, книга в соавторстве, методические рекомендации, главы в руководствах и справочниках. Исследования В.М. Башиной по проблемам детской шизофрении, обобщенные в монографии «Детская шизофрения (статика и динамика)», 1980 г., переизданной в 1989 г., известны у нас в стране и за рубежом и являются настольной книгой детского психиатра. Ее уникальность в том, что наиболее полно была представлена в возрастном аспекте феноменология симптомов и синдромов, разработан глоссарий по основным психопатологическим синдромам и дано описание разных форм течения детской шизофрении.

В 1983–1987 гг. В.М. Башиной с сотрудниками проведено «Клинико-катамнестическое исследование когорты больных ранней детской шизофренией», первоначально обследованных в 1961–1981 гг. Это уникальное обследование группы рано заболевших детей подтвердило обоснованность и прогностическую значимость отечественной классификации ранней детской шизофрении, позволило внести коррективы в трактовку приступообразной шизофрении у детей и обосновать необходимость выделения из последней группы шизоаффективных, аффективных и аффективно-неврозоподобных расстройств, что позже было реализовано в МКБ-10 пересмотра, принятой в 1999 г. в отечественном здравоохранении. На основе полученных уникальных катамнестических данных большой группы больных шизофренией была разработана первая систематика по ранней детской шизофрении и аутизму.

В монографии «Аутизм в детстве», выполненной коллективом сотрудников НЦПЗ под руководством В.М. Башиной в 1999 г. и сохраняющей свою актуальность и востребованность по настоящее время, был описан широкий спектр аутистических расстройств. Достоинство работы заключается не только в уникальном клиническом материале, разработанных принципах диагностики и дифференциальной диагностики, но и в детальном описании клиники синдрома Ретта и пара-аутизма, ранее не публиковавшейся в отечественной литературе. Раздел, посвященный нейрофизиологическим исследованиям различных видов аутизма, имеет как теоретическое значение в разработке вопросов патогенеза, так и важную практическую ценность. В данной монографии разработаны не только вопросы диагностики, терапии, но и методы социально-восстановительной реабилитации детей, страдающих различными формами аутизма.

Для «Руководства по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова (1999, 2012 гг.) В.М. Башиной написаны главы по аутизму и аффективным расстройствам у детей. В книге для широкого круга специалистов «Справочник по психиатрии и психологии детского и подросткового возраста» (1999, 2004 гг., под ред. С.Ю. Циркина) В.М. Башиной были представлены главы (частично совместно с Н.В. Симашковой) по синдромам Аспергера, Геллера, Ретта, бредовым состояниям и синдромам у детей и подростков, деперсонализации, дефекту, кататоническим симптомокомплексам и синдромам, онейроидно-кататоническим синдромам, шизофрении.

Верой Михайловной Башиной совместно с сотрудниками в НЦПЗ был открыт первый в России дневной стационар для детей с аутизмом, разработаны подходы к терапии и реабилитации пациентов с этой патологией, которые от-

ражены в методических рекомендациях (1989 г.). В настоящее время можно констатировать, что подобная, внедренная Верой Михайловной форма помощи детям дошкольного возраста с аутизмом показала свою эффективность и жизнеспособность. Этот полустационар (или дошкольное отделение) принимает на обследование, лечение и (ре)абилитацию маленьких пациентов по настоящее время, работает по принципу пятидневного детского сада, при посещении которого дети получают необходимое обследование и лечение, коррекционно-развивающие занятия с психологом, логопедом, педагогом-воспитателем, проводятся музыкальные занятия и праздничные утренники.

Как опытный психиатр В.М. Башина принимала участие в помощи детям Армении в период землетрясения в 1990–1991 гг., в последующем участвовала в проведении конференции совместно с американскими и японскими специалистами по реабилитации детей с аутизмом в Токио в 1990 г. В этом же году Вера Михайловна была введена в редакционный совет информационного журнала по РДА, издаваемому в США под ред. Бернарда Римланда.

Профессор В.М. Башина пользовалась огромным уважением и признанием на международном уровне, участвовала в международных симпозиумах и конференциях, принимала участие в программе TEACH Министерства просвещения Бельгии и РФ, направленной на ознакомление с обучающими программами для работы с детьми, страдающими аутизмом.

Вера Михайловна являлась членом редколлегий ряда журналов, в т. ч. «Психиатрия» и членом диссертационного совета НЦПЗ. Под ее руководством защищены две докторские и четыре кандидатские диссертации, не считая тех работ, исполнителей которых Вера Михайловна консультировала как опытный учёный и клиницист. В.М. Башина всегда вела большую амбулаторную консультативную работу в НЦПЗ, принимая пациентов из самых разных регионов, засиживаясь допоздна, обучая при этом молодых специалистов. При этом Вера Михайловна консультировала пациентов и находящихся на лечении в стационаре института. В.М. Башина, без преувеличения, была специалистом широкого профиля - и опытным неврологом, и чрезвычайно востребованным психиатром, и талантливым ученым, педагогом. Ее отличали искреннее уважение к коллегам и пациентам, особенно самым маленьким, не говоря о детях подросткового возраста, к которым Вера Михайловна всегда уважительно обращалась на «Вы». Ее неформальное отношение к пациентам и постоянная личная готовность к оказанию им высококвалифицированной лечебной помощи содействовало в социальной реабилитации снискали В.М. Башиной заслуженный авторитет среди коллег, пациентов и их родителей.

Веры Михайловны - доктора медицинских наук, профессора, одного из ведущих учёных в области отечественной детской психиатрии, высококвалифицированного врача и талантливого педагога не стало на 88-м году жизни 13 декабря 2014 года. Коллеги и ученики запомнили Веру Михайловну необыкновенно скромным и деликатным человеком, опытным клиницистом-психиатром, истинным врачом и педагогом, принципиальность и широкая эрудиция, яркий, незаурядный и многогранный талант которого позволяли последовательно отстаивать высокогуманные клинические принципы в детской психиатрии.

Е.Е. Балакирева, Н.В. Зверева, А.В. Куликов

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. **Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**

3. **Графики, рисунки, диаграммы изображаются в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ в Word'e.**

4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Госстандарта, вначале источники на русском языке (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).

10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

11. Плата за публикацию статей не взимается.

12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.

13. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа автора.

14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 02.09.2022 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
