

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2023(23), №2

«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

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. 2023

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

М.В. Злоказова, Н.В. Семакина КЛИНИКА И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ПОДРОСТКОВ.....	4
В.И. Шебанова, С.Г. Шебанова ИСКАЖЕНИЕ ПАТЕРНОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ СИТУАЦИИ НАСИЛИЯ (ЧАСТЬ 2).....	17
И.В. Полякова ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПСИХИЧЕСКОЙ ИНФАНТИЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ.....	29
Л.И. Теплова, А.А. Шевчук ПЕРФЕКЦИОНИЗМ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ И РОДИТЕЛЬСКИЙ СТИЛЬ.....	38

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

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПОДРОСТКОВ С «ПОГРАНИЧНЫМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ» В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	47
Т.В. Уласень РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ В ХОДЕ КОМПЛЕКСНОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	56
Г.Г. Буторин, Л.А. Бенько НЕВРОПАТИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИЗОНТОГЕНЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).....	67

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Н.С. Шалина, Е.Е. Балакирева, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ШИЗОФРЕНИИ И АУТИЗМОМ.....	77
Т.Е. Блинова, Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева, А.В. Куликов, С.Г. Никитина, Н.С. Шалина ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ.....	84

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

В.В. Щербаков ПОСЛЕДСТВИЯ ШКОЛЬНОЙ ТРАВЛИ ДЛЯ СВИДЕТЕЛЕЙ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ).....	88
В.М. Ганузин ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: NOTA BENE!.....	96
А.Н. Султанова, В.А. Луговенко ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА И ИНДИВИДУАЛЬНО- ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ТИКОЗНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ОБЗОР).....	106

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

А.А. Сергиенко, А.Е. Антонова АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: О КОНФЕРЕНЦИИ К 95-ЛЕТИЮ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА.....	116
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	120

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

M.V. Zlokazova, N.V. Semakina

CLINIC AND BIOPSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR PRENOSOLOGICAL MENTAL STATES AND DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS IN ADOLESCENTS..... 4

V.I. Shebanova, S.G. Shebanova

DISTORTION OF EATING BEHAVIOR PATTERNS UNDER THE INFLUENCE OF THE SITUATION OF VIOLENCE (PART 2)..... 17

I.V. Polyakova

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF DEVELOPMENT OF SOCIAL INTELLIGENCE AND MENTAL INFANTILISM OF ADOLESCENTS..... 29

L.I. Teplova, A.A. Shevchuk

PERFECTIONISM OF HIGH SCHOOL TEENAGERS AND PARENTAL STYLE..... 38

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

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

CLINICAL PROFILE OF INPATIENT ADOLESCENCES «WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER»: PILOT STYDY..... 47

T.V. Ulasen

THE RESULTS OF STUDYING THE DYNAMICS OF TRAUMATIC EXPERIENCES IN THE COURSE OF COMPLEX CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO ADOLESCENTS OF THE SOCIAL REHABILITATION CENTER..... 56

G.G. Butorin, L.A. Benko

NEUROPATHY AS A MANIFESTATION OF DYSONTOGENESIS IN CHILDHOOD (CLINICAL ESSAY)..... 67

SHORT COMMUNICATIONS

N.S. Shalina, E.E. Balakireva, A.V. Kulikov, A.A. Koval'-Zajcev, S. G. Nikitina, T.E. Blinova
SOME FEATURES OF THE FIRST YEAR OF LIFE AMONG CHILDREN WITH SCHIZOPHRENIA AND AUTISM..... 77

T.Ye. Blinova, N.V. Zvereva, E.E. Balakireva, A.V. Kulikov, S.G. Nikitina, N.S. Shalina
PATHOPSYCHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS IN CHILDHOOD AUTISM AND SCHIZOTYPAL DISORDER..... 84

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

V.V. Shcherbakov

CONSEQUENCES OF SCHOOL BULLYING FOR WITNESSES (REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)..... 88

V.M. Ganuzin

PTSD IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: NOTA BENE!..... 96

A.N. Sultanova, V.A. Lugovenko

EMOTIONAL SPHERE AND INDIVIDUAL PERSONALITY CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH TIC DISORDERS..... 106

OFFICIAL MATERIALS, REVIEWS, INFORMATION

A.A. Sergienko, E.A. Antonova

TOPICAL ISSUES OF MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: ABOUT THE CONFERENCE ON THE 95TH ANNIVERSARY U.F. POLYAKOV..... 116

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 120

УДК 616.89-053.6-039.71-07-08

М.В. Злоказова, Н.В. Семакина

**КЛИНИКА И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ
И РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ПОДРОСТКОВ
ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
(Киров).**

Резюме. В статье представлены сравнительные результаты исследования клиники и биопсихосоциальных факторов, способствующих формированию, донозологических психических состояний (ДПС) и расстройств депрессивного спектра (РДС) у подростков, что имеет практическое значение в диагностике группы риска, разработке психопрофилактических программ, маршрутизации в зависимости от выраженности психических нарушений и оказании своевременной медико-психологической помощи на донозологическом уровне.

Ключевые слова: подростки, расстройства депрессивного спектра, донозологические психические состояния, клиника, диагностика, психопрофилактика.

Актуальность изучения расстройств депрессивного спектра в подростковом возрасте определяется сложностью диагностики на ранних стадиях [5, 12, 16, 17]. Ранняя диагностика затрудняется отсутствием отчетливой депрессивной симптоматики, которая продолжительное время может скрываться за масками психогенных невротических и соматизированных реакций [10]. Депрессивные расстройства у подростков часто способствуют формированию девиаций поведения суицидального характера и представляющих социальную опасность. Триггерами подростковых депрессий являются социально-психологические трудности в сферах микросоциального (семья, образовательная среда, взаимоотношения со сверстниками и др.) и макросоциального функционирования (экономические, политические, информационные стрессы) [2, 11].

По нашим наблюдениям, первоначально подростковые депрессии проявляются донозологическими психическими состояниями (ДПС) в виде коротких психогенных (ситуационных) психопатологических реакций (тревога, эмоциональная лабильность, гипотимия, вербальная агрессия, астеноневротические и соматизированные симптомы), не достигающих, согласно представленным в МКБ-10 критериям, по длительности, выраженности симптомов и степени социальной дизадаптации¹ уровня психического расстройства. ДПС соответству-

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. Эн-

ют субклиническим показателям клинических и психодиагностических обследований, при этом социальная адаптация по глобальной шкале оценки детей – «A children's global assessment scale» (CGAS) соответствует коридорам 90-61, которые свидетельствуют о сохранности социальной адаптации без ограничений социального функционирования [19]. Дальнейший переход ДПС в заболевание происходит при индивидуальной недостаточности механизмов психологической адаптации под действием продолжающегося социально-психологического стресса. Риск развития психического расстройства выше у лиц, имеющих биологическую почву (наследственная отягощенность психическими заболеваниями, резидуальная энцефалопатия и соматическая ослабленность, нейромедиаторные сдвиги в пубертатном периоде) [10, 12, 16].

В случае впервые возникшего депрессивного синдрома у детей и подростков бывает достаточно сложно определить его принадлежность к аффективным расстройствам, т. к. аффективные расстройства первоначально могут иметь психогенную причину, сочетаться с тревожными расстройствами или протекать под соматическими масками. Поэтому имеет смысл рассматривать различные варианты депрессивного синдрома в подростковом возрасте как расстройства депрессивного спектра (РДС), к которым, согласно МКБ-10 относятся: (F92) Смешанные расстройства поведения и эмоций; (F43) Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации; (F41.2) Смешанное тревожное и депрессивное расстройство; (F31) Биполярное аффективное расстройство; (F32) Депрессивный эпизод.

РДС у подростков имеют коморбидность с деструктивными девиациями: суицидальным [14] и самоповреждающим поведением [6, 7], химическими [4] и интернет-аддикциями [18], расстройствами пищевого поведения [3], делинквентным поведением [1, 13, 15]. Поэтому выявление ДПС у подростков будет способствовать профилактике развития РДС и, соответственно, предотвратит поведенческие девиации и социальную дизадаптацию. Для улучшения ранней диагностики РДС необходимо проводить скрининг-тестирование, способствующее выявлению лиц с риском развития психических расстройств и ДПС [8, 9].

В данном направлении нами была разработана и внедрена в практику в 2019 г. «Модель мониторинга психического здоровья подростков, психопрофилактики, медико-психосоциальной помощи на основе межведомственного взаимодействия в городе Кирове» [9]. В Модели был сделан акцент на выявлении группы риска (ГР) подростков по развитию РДС и суицидального риска в условиях образовательных организаций с использованием психодиагностического скрининг-анкетирования, направленного на выявление признаков депрессии, тревожности и астении, с последующим направлением на дополнительную диагностику в Центр

циклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1982. 464 с.); то же: Психиатрический энциклопедический словарь. К. МАУП 2003. Стоиленов 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**»).

кризисной помощи подросткам при «Детском клиническом консультативно-диагностическом центре» (ЦКП ДДЦ), по результатам которой определяется маршрутизация в зависимости от степени выраженности психопатологического состояния. Подростки с ДПС получают помощь в ЦКП ДДЦ, а лица с РДС направляются на обследование и лечение в «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» (ЦППЗ им. академика В.М. Бехтерева).

В литературе недостаточно исследований, посвященных ДПС у детей и подростков, что затрудняет их выявление и оказание своевременной психосоциальной помощи. Поэтому необходимо изучение клиники и биопсихосоциальных факторов у подростков с ДПС и РДС для определения ГР и дополнительных маркеров формирования заболевания.

Цель – изучить клинику и биопсихосоциальные факторы формирования ДПС и РДС.

Материалы и методы. Было обследовано 390 подростков, средний возраст $15,6 \pm 1,5$ лет, получавших дифференцированную медико-психологическую помощь в государственных учреждениях здравоохранения Кировской области в 2019-2022 гг.:

1-я группа – 193 чел. с ДПС, выявленные с использованием результатов анкетирования в процессе профилактических осмотров, получавшие психолого-психотерапевтическую помощь в ЦКП ДДЦ на базе детских поликлиник в связи с ситуационными состояниями гипотимии продолжительностью не более 2 недель, обусловленными проблемными ситуациями, конфликтами или неудачами, сопровождающимися преимущественно астеническими реакциями – 86 чел. (44,6%), ситуационными кратковременными (до 5-10 минут) тревожными реакциями – 64 чел. (33,2%). Все они были учащимися общеобразовательных организаций г. Кирова, средний возраст $15,7 \pm 1,7$ лет.

2-я группа – 197 чел. с РДС, получавших лечение в ЦППЗ им. академика В.М. Бехтерева со следующими диагнозами: Смешанные расстройства поведения и эмоций; включая депрессивное расстройство поведения (F92) – 121 чел. (61,4%); Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 48 чел. (24,4%); Дистимия (F34.1) – 11 чел. (5,6%); Тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – 10 чел. (5,1%); Депрессивный эпизод (F32) – 5 чел. (2,5%); Биполярное аффективное расстройство (F31) – 2 чел. (1,0%). Среди них учащиеся общеобразовательных организаций г. Кирова – 189 чел. (95,9%), не организованные (не смогли продолжить обучение по психическому состоянию в связи с частыми пропусками занятий и неуспеваемостью) – 8 чел. (4,1%), средний возраст $15,5 \pm 1,3$ лет.

Использовались **методы**: клинико-психопатологический; психодиагностический - госпитальная клиническая шкала депрессии и тревоги HADS (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983); субъективная шкала оценки астении MFI-20 (E.M. Smets, B.J. Garssen, B. Bonke, J.C. DeHaes, 1995); патохарактерологический диагностический опросник ПДО (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1970) - для определения типов акцентуаций характера; «Шкала глобальной оценки детей» CGAS (D., Shaffer, M.S. Gould, J. Brasic, et al., 1983) для оценки общего социального функционирования.

Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel, 2017 с применением методов описательной статистики, критерия Фишера (ϕ),

Стьюдента (t). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. При ДПС подростки предъявляли жалобы на короткие (меньше 2 недель) состояния подавленного настроения после конфликтных ситуаций и/или неудач – 193 чел. (100%); повышенную утомляемость после повышенных учебных нагрузок, проходящую после отдыха в выходные дни или каникул – 86 чел. (44,6%); раздражительность, сменяющуюся плаксивостью (эмоциональную лабильность) в проблемных ситуациях – 74 чел. (38,3%); единичные эпизоды поверхностного сна после пережитых накануне неприятных ситуаций – 69 чел. (35,8%); короткие (до 10-15 мин.) проходящие самостоятельно состояния напряжения, тревоги, ощущений сердцебиения накануне ответственных мероприятий или тревожных ожиданий неприятностей, или после конфликтов со сверстниками и/или родителями – 64 чел. (3,2%); короткие эпизоды (не более 1 суток) колебаний аппетита после неприятных ситуаций – 23 чел. (11,9%); редкие (1-3 раза в месяц) короткие (до 10-15 мин.) эпизоды головных болей (при неврологическом обследовании патологии ЦНС не выявлялось), связанные с волнительными ситуациями или усталостью – 21 чел. (10,9%).

Подростки с РДС жаловались на длительное (более 2 недель) подавленное настроение не только после неприятностей и конфликтов, но и независимо от них — 197 чел. (100%); потерю интереса к происходящим и будущим событиям – 181 чел. (91,9%); недовольство собой и неуверенность в своих возможностях – 167 чел. (84,8%); нарушения сна с трудностями засыпания, длящиеся больше недели – 149 чел. (75,6%); ощущение постоянной утомляемости, не связанное с умственными и физическими нагрузками, – 123 чел. (62,4%); длительное (больше 5 часов) пребывание в течение дня в интернет-контентах (игры, соцсети) – 76 чел. (38,6%); суицидальные попытки – 35 чел. (17,8%); продолжительные (больше недели) колебания (повышение или снижение) аппетита – 33 чел. (16,8%); частые (ежедневные) состояния тревоги и напряжения, сопровождающиеся сердцебиением и/или аритмичным дыханием, головокружением, страхом за свое здоровье, часто возникающие без явной взаимосвязи со стрессовыми ситуациями, – 10 чел. (5,1%). В данной группе у подростков выявлялись эпизоды употребления алкоголя (зарегистрированные в МВД) – 9 чел. (4,6%), курение никотинсодержащих веществ на постоянной основе – 14 чел. (7,1%).

Сравнение (по критерию Фишера) частоты встречаемости биопсихосоциальных факторов в двух группах выявило следующие достоверные различия ($p \leq 0,01$) (табл. 1):

- в 1-й группе реже, чем во 2-й, отмечались: перинатальная энцефалопатия, неврозоподобные расстройства в дошкольном возрасте, отягощенная наследственность по психическим расстройствам (аффективные расстройства и алкогольная зависимость);

Среди психосоциальных факторов были выявлены следующие различия в группах:

- в 1-й группе достоверно чаще, чем во 2-й, отмечалось воспитание в неполных семьях и психогенные реакции вследствие утраты близкого родственника, сложности взаимодействия со сверстниками вследствие недостаточной

сформированности коммуникативных навыков. Но при этом значимо реже в 1-й группе, чем во 2-й, наблюдались конфликты с родителями, академическая неуспеваемость/сложности в учебе, прогулы уроков, буллинг в среде сверстников в учебном заведении и соцсетях.

Таблица 1.

Сравнение частоты встречаемости биопсихосоциальных показателей у подростков с ДПС и РДС

Показатели	1-я группа - подро- стки с ДПС, n=193		2-я группа - под- ростки с РДС, n=197		Критерий Фишера
	Абс.	%	Абс.	%	
Биологические					
Перинатальная энцефалопатия	44	22,7**	171	86,8	p≤0,01
Неврозоподобные расстройства в дошкольном возрасте	18	9,3**	112	56,8	p≤0,01
Наследственность по психическим расстройствам	-	-	7	3,6	
Психосоциальные					
Неполная семья	89	44,2**	45	22,8	p≤0,01
Семейные конфликты	141	73,1*	177	89,8	p≤0,05
Конфликты с родителями	123	63,7**	172	87,3	p≤0,01
Академическая неуспеваемость /сложности в учебе	132	68,4**	166	84,3	p≤0,01
Прогулы уроков	47	24,4**	136	69,0	p≤0,01
Конфликты с педагогами	40	20,7*	78	39,6	p≤0,05
Сложности взаимодействия со сверстниками	132	68,4*	113	57,4	p≤0,05
Буллинг со стороны сверстников в учебном заведении	41	21,2**	64	32,5	p≤0,01
Буллинг в социальных сетях	18	9,3**	64	32,5	p≤0,01
Развод родителей	55	28,5	62	31,5	
Утрата близкого родственника	18	9,3**	7	3,6	p≤0,01
Разрыв с близким другом/подругой	25	12,9	25	12,7	

Примечание: сравнение по критерию Фишера: * - при $p \leq 0,05$; ** - при $p \leq 0,01$.

Проведенная психодиагностика (рис. 1) по шкале HADS показала достоверно ($p \leq 0,01$) более низкие показатели средних баллов по депрессии в 1-й группе – $8,8 \pm 0,7$, чем во 2-й – $13,9 \pm 0,8$; по тревоге соответственно – $8,3 \pm 0,3$ и $15,6 \pm 0,6$; также достоверно ($p \leq 0,01$) ниже были показатели астении (MFI-20) $14,7 \pm 0,4$ и $15,5 \pm 0,6$.

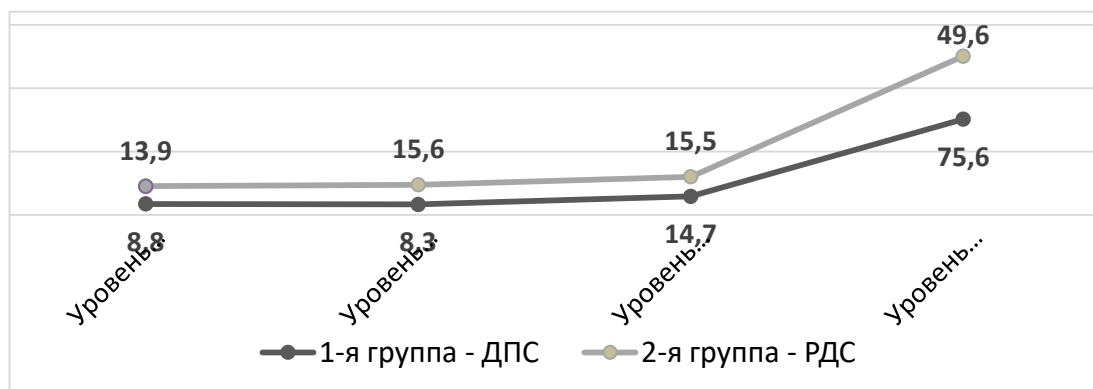


Рисунок 1. Сравнение средних показателей депрессии (HADS), тревоги (HADS), астении (MFI-20) и социального функционирования (CGAS) у подростков с ДПС и РДС (в баллах).

Примечание: сравнение по критерию Стьюдента: ** - при $p \leq 0,01$.

Таблица 2.

Сравнение результатов психологической диагностики у подростков с ДПС и РДС

Показатели	1-я группа - подростки с ДПС, n=193		2-я группа - подростки с РДС, n=197		Критерий Фишера
	Абс.	%	Абс.	%	
Уровень депрессии (HADS):					
- субклиническая депрессия (8-10 баллов);	67	34,7*	54	13,4	$p \leq 0,05$
- клинически выраженная депрессия (11 баллов и выше)	114	59,1*	323	79,9	$p \leq 0,05$
Уровень тревоги (HADS):					
- субклиническая тревога (8-10 баллов);	71	36,7	129	31,9	
- клинически выраженная тревога (11 баллов и выше)	122	63,2	245	60,6	
Повышенный уровень общей астении (MFI-20) (больше 12 баллов)	110	56,9*	256	63,4	$p \leq 0,05$
Акцентуации (ПДО):	123	63,7**	171	88,6	$p \leq 0,01$,
- риск дизадаптации	12	6,2**	32	16,2	$p \leq 0,01$

Примечание: сравнение по критерию Фишера: * - при $p \leq 0,05$; ** - при $p \leq 0,01$.

Сравнение личностных особенностей (табл. 2) показало, что в 1-й группе значимо ($p \leq 0,01$) реже выявлялись акцентуации характера, чем во 2-й.

Среди акцентуаций характера (рис. 2) в обеих группах с примерно одинаковой частотой встречались психастенический и астено-невротический типы. Во 2-й группе достоверно чаще, чем в 1-й, выявлялся сенситивный, лабильный, истероидный типы акцентуаций характера.

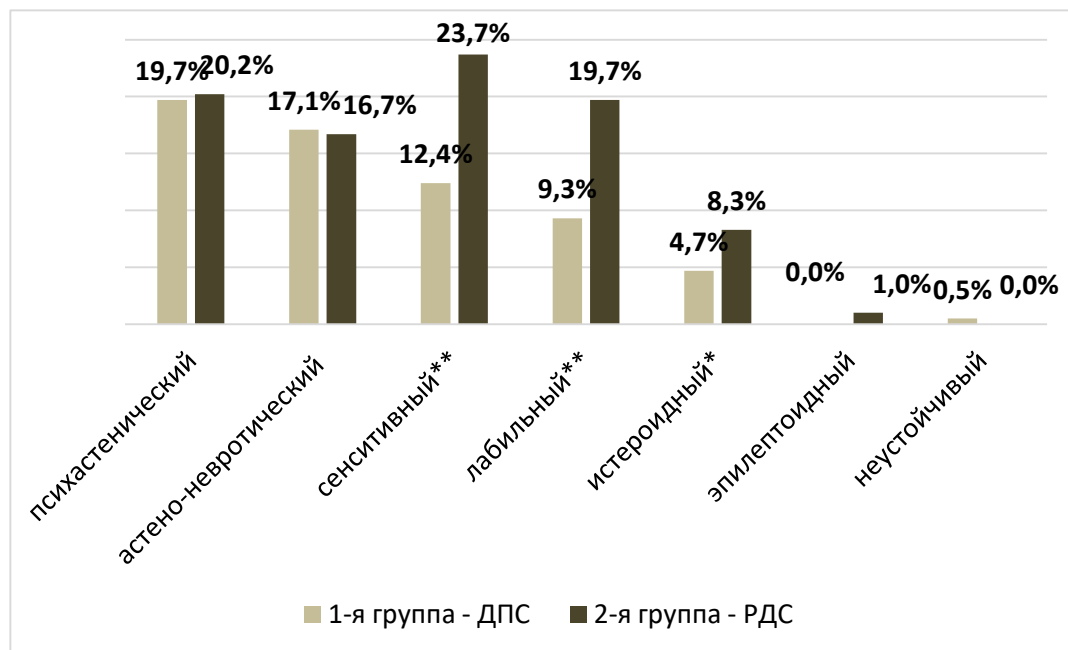


Рисунок 2. Сравнение частоты встречаемости типов акцентуаций характера (ПДО) функционирования у подростков с донозологическими психическими состояниями (ДПС) и расстройствами депрессивного спектра (РДС)

Примечание: сравнение по критерию Фишера: * - при $p \leq 0,05$; ** - при $p \leq 0,01$.

Для оценки социального функционирования (рис. 1) мы использовали «Шкалу глобальной оценки детей» (CGAS), которая показала, что в 1-й группе показатели были достоверно ($p \leq 0,01$) выше (средний балл – $75,6 \pm 13,2$), чем во 2-й (средний балл – $49,6 \pm 11,8$), что указывает на компенсацию ресурсов социально-психологической адаптации при ДПС, а при РДС значительные нарушения социального функционирования, требующие медико-психологической и социальной коррекции. Необходимо отметить, что в 1-й группе социальное функционирование соответствовало балльным коридорам 90-61, при которых нарушения поведения не выходят за рамки социальных норм (табл. 3), тогда как во 2-й – преимущественно это были баллы, соответствующие коридорам 51-31, при которых девиации имеют антисоциальный характер.

Таблица 3.

Сравнение частоты уровней социального функционирования у подростков с ДПС и РДС по «Шкале глобальной оценки детей» (CGAS)

Шкала глобальной оценки детей (CGAS) (баллы)		1-я группа - подростки с ДПС, n=193		2-я группа - подростки с РДС, n=197	
		Абс.	%	Абс.	%
90-81	Хорошее функционирование во всех областях; безопасность в семье, школе и со сверстниками; могут возникать временные трудности и «повседневные» заботы, которые иногда выходят из-под контроля (например, легкое беспокойство, связанное с важным экзаменом, случайные «срывы» с сиблингами, родителями или сверстниками).	57	29,5	-	-
80-71	Незначительные нарушения функционирования дома, в школе или со сверстниками; некоторые нарушения поведения или эмоциональные расстройства могут присутствовать в ответ на жизненные стрессы (например, разлука с родителями, смерть родственника, рождение брата или сестры), но они кратковременны, и вмешательство в функционирование носит временный характер; такие дети лишь минимально беспокоят окружающих, и те, кто их знает, не считают их девиантами.	86	44,6	-	-
70-61	Некоторые трудности в отдельной области, но в целом функционирование хорошее (например, спорадические или изолированные антиобщественные действия, такие как время от времени прогулы уроков или мелкое воровство; постоянные незначительные трудности со школьной работой; кратковременные изменения настроения; страхи и тревоги, которые не приводят к грубому избегающему поведению; неуверенность в себе); некоторые значимые межличностные отношения; большинство людей, которые плохо знают ребенка, не сочли бы его отклоняющимся, но те, кто хорошо его знает, могут выразить беспокойство.	49	25,4	31	15,7

60-51	Изменчивое функционирование со спорадическими трудностями или симптомами в нескольких, но не во всех социальных областях; нарушение было бы очевидным для тех, кто сталкивается с ребенком в неблагоприятной обстановке или в неподходящее время, но не для тех, кто видит ребенка в других условиях.	-	-	56	28,4
50-41	Умеренная степень вмешательства в функционирование в большинстве социальных областей или серьезное нарушение функционирования в одной области, что может быть результатом, например, суицидальной озабоченности и размышлений, отказа от школы и других форм тревоги, навязчивых ритуалов, основных симптомов конверсии, частых приступов тревоги, плохих или неадекватных социальных навыков, частых эпизодов агрессивного или другого антисоциального поведения при некотором сохранении значимых социальных отношений.	-	-	83	42,1
40-31	Серьезные нарушения функционирования в нескольких областях и неспособность функционировать в одной из этих областей, т. е. нарушения дома, в школе, со сверстниками или в обществе в целом (например, постоянная агрессия без явного подстрекательства; заметно замкнутое и изолированное поведение из-за нарушения настроения или мышления, попытки самоубийства с явным намерением убить; таким детям, вероятно, потребуется специальное обучение и/или госпитализация или исключение из школы).	-	-	27	13,7

Обсуждение. В клинической картине у подростков с ДПС преобладали кратковременные (меньше 2 недель) ситуационные гипотимические состояния, проходящая после отдыха усталость, эпизоды эмоциональной лабильности и поверхностного сна при волнении, ситуационные краткосрочные (до 10-15 мин.) реакции тревоги с соматовегетативными реакциями, тогда как при РДС отмечались продолжительные (более 2 недель) гипотимические, апатические и тревожные состояния, не связанные с происходящими жизненными событиями, сопровождающиеся недовольством собой, трудностями засыпания, колебаниями аппетита, признаками интернет-зависимого поведения и склонностью к химическим аддикциям.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что для формирования ДПС у подростков более значимы психосоциальные факторы - такие как конфликтные взаимоотношения в семье, особенно если это неполные семьи, академическая неуспеваемость, сложности взаимодействия со сверстниками и буллинг, разводы родителей, разрывы с близким другом или подругой, утрата близкого родственника.

Вызывают интерес данные о том, что в неполных семьях достоверно чаще воспитывались подростки с ДПС, но при этом семьи были менее конфликтными, чем у подростков с РДС. Т. е. более комфортное психологическое состояние формируется при нахождении в менее конфликтных, но неполных семьях. Однако, с другой стороны, пребывание в такой семье за счет большего внимания матери или отца к ребенку может способствовать развитию эгоистичности и, соответственно, сложностям во взаимоотношениях со сверстниками, которые реже достигают степени буллинга в отличие от 2-й группы. Можно отметить, что своевременное обращение и оказание психологической помощи лицам с психогенными реакциями на утрату близкого родственника препятствует переходу ДПС в клинически очерченное психическое расстройство.

Полученные данные используются для диагностики ДПС и РДС при проведении консультативного психиатрического осмотра в ЦКП ДДЦ и дальнейшей маршрутизации подростков в зависимости от уровня выявленных психических нарушений. Подростки с ДПС получают психологическую помощь в ЦКП ДДЦ, а при диагностике РДС направляются на обследование и лечение в ЦППЗ им. академика В.М. Бехтерева [9].

Заключение. К клиническим маркерам формирования РДС, в отличие от ДПС, можно отнести продолжительные гипотимические, апатические и тревожные состояния, не связанные с происходящими жизненными событиями, сопровождающиеся недовольством собой, трудностями засыпания, колебаниями аппетита, признаками интернет-зависимого поведения и склонностью к химическим аддикциям.

У подростков с ДПС имеет место преимущественное воздействие психосоциальных факторов, тогда как при РДС имеется отягощенная биологическая почва, что затрудняет их психосоциальное функционирование с ранних лет жизни и, с одной стороны, способствует конфликтам в разных сферах жизнедеятельности (семья, учеба, взаимодействие со сверстниками), а с другой, не дает возможности адекватного разрешения возникающих проблем.

С учетом вышесказанного подростки с ДПС нуждаются в преимущественно психологической и, при необходимости, социальной помощи, которая может осуществляться вне психиатрических учреждений, например, в психологических центрах при педиатрических поликлиниках. Подросткам с РДС необходим весь объем биопсихосоциальной терапии в условиях психиатрических учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березанцев А.Ю., Булыгина В.Г. Клинико-социальные факторы формирования поведенческих нарушений у подростков // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 4 (16). С. 41-46.

2. Бородина А.А. Психогенные депрессии детского и подросткового возраста // Инновации. Наука. Образование. 2021. № 31. С. 1558-1566. ID: 45765602
3. Грачев В.В. Депрессивные состояния в периоде развернутых клинических проявлений нервной анорексии у подростков // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2014. № 9 (114). С. 9-14.
4. Григорьева А.А., Гавриченко А.А. Употребление подростками психоактивных веществ при разных видах аутоагрессивного поведения // Психология и право. 2020. № 1 (10). С. 116–122. DOI: 10.17759/psylaw.2020100110
5. Дурасова Е.А. Депрессивное состояние подростков, причины его возникновения. Педагогика: история, перспективы. 2021. Т. 4. № 6 С. 72-77. DOI: 10.17748/2686–9969–2021–4-6-72-77
6. Евсеев В.Д., Пешковская А.Г., Бохан Н.А., Мандель А.И. Скрининговое исследование несуицидальных форм самоповреждающего поведения у лиц призывного возраста // Ж. неврол. и психиатр. имени С.С. Корсакова. 2021. № 8 (121). С. 54-60. doi: 10.17116/jnevro202112108154.
7. Евсеев В.Д., Бохан Н.А., Мандель А.И., Кадочникова С.В. Связь несуицидальных самоповреждений с тревогой, депрессией и агрессивным поведением у лиц призывного возраста // Психиатрия. 2022. № 4 (20). С. 27-35. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-4-27-35>
8. Захаренко А.С., Кочергина Н.И., Гончарова Д.Г. Психофизиологические механизмы депрессии и их профилактика в подростковой среде // Гигиена и санитария. 2015. № 9 (94). С. 27-29.
9. Злоказова М.В., Семакина Н.В. Модель сбережения психического здоровья подросткового населения в городе Кирове // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. № 1 (56). С. 105-110.
10. Иовчук Н. М., Северный А. А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999. 80 с.
11. Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А. Негативные события, связанные со школьным функционированием, и их взаимосвязь с риском развития депрессии у подростков // Клиническая и специальная психология. 2022. № 3 (11). С. 142–166. doi:10.17759/cpse.2022110306
12. Лобачева Л.П. Подростковая депрессия. Причины и последствия // Образование и наука в России и за рубежом. 2018. № 9 (44).
13. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Асоциальное поведение детей и подростков. Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств. Руководство для врачей. М.: ГНЦ «Социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского», 2012. 234 с.
14. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
15. Раева Т.В., Фомушкина М.Г. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 4 (97). С. 44-48.
16. Солодкая Е.В., Логинов И.П. К проблеме расстройств депрессивного спек-

тра у подростков // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. № 2. С. 127-133.

17. Солодкая Е.В., Логинов И.П., Савин С.З., Ван К. Информативная значимость факторов риска непсихотических расстройств депрессивного спектра у подростков (сравнительное исследование) // Российский психиатрический журнал. 2011. № 6. С. 8-10.

18. Терещенко С.Ю., Смольникова М.В. Нейробиологические факторы риска формирования интернет-зависимости у подростков: актуальные гипотезы и ближайшие перспективы // Социальная психология и общество. 2020. № 1 (11). С. 55-71. DOI:<https://doi.org/10.17759/sps.2020110104>.

REFERENCES

1. Berezanczev A.Yu., Buly`gina V.G. Kliniko-soczial`ny`e faktory` formirovaniya povedencheskikh narushenij u podrostkov // Soczial`naya i klinicheskaya psikiatriya. 2006. # 4 (16). S. 41-46.

2. Borodina A.A. Psikhogenny`e depressii detskogo i podrostkovogo vozrasta // Innovaczii. Nauka. Obrazovanie. 2021. # 31. S. 1558-1566. ID: 45765602

3. Grachev V.V. Depressivny`e sostoyaniya v periode razvernuty`kh klinicheskikh proyavlenij nervnoj anoreksii u podrostkov // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2014. # 9 (114). S. 9-14.

4. Grigor`eva A.A., Gavrichenkova A.A. Upotreblenie podrostkami psikhoaktivny`kh veshhestv pri razny`kh vidakh autoagressivnogo povedeniya // Psikhologiya i pravo. 2020. # 1 (10). S. 116–122. DOI: 10.17759/psylaw.2020100110

5. Durasova E.A. Depressivnoe sostoyanie podrostkov, prichiny` ego vzniknoveniya. Pedagogika: istoriya, perspektivy`. 2021. T. 4. # 6 S. 72-77. DOI: 10.17748/2686–9969–2021–4-6-72-77

6. Evseev V.D., Peshkovskaya A.G., Bokhan N.A., Mandel` A.I. Skринingovoe issledovanie nesuicidal`ny`kh form samopovrezhdayushhego povedeniya u licz prizy`vnogo vozrasta // Zh. nevrol. i psikiatr. imeni S.S. Korsakova. 2021. # 8 (121). S. 54-60. doi: 10.17116/jnevro202112108154.

7. Evseev V.D., Bokhan N.A., Mandel` A.I., Kadochnikova S.V. Svyaz` nesuicidal`ny`kh samopovrezhdenij s trevogoj, depressiej i agressivny`m povedeniem u licz prizy`vnogo vozrasta // Psikiatriya. 2022. # 4 (20). S. 27-35. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-4-27-35>

8. Zakharenko A.S., Kochergina N.I., Goncharova D.G. Psikhofiziologicheskie mekhanizmy` depressii i ikh profilaktika v podrostkovoј srede // Gigiena i sanitariya. 2015. # 9 (94). S. 27-29.

9. Zlokazova M.V., Semakina N.V. Model` sberezheniya psikhicheskogo zdorov`ya podrostkovogo naseleniya v gorode Kirove // Obzrenie psikiatrii i mediczinskoј psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. 2022. # 1 (56). S. 105-110.

10. Iovchuk N. M., Severny`j A. A. Depressii u detej i podrostkov. M.: Shkola-Press, 1999. 80 s.

11. Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A. Negativny`e soby`tiya, svyazanny`e so shkol`ny`m funkczionirovaniem, i ikh vzaimosvyaz` s riskom razvitiya depressii u podrostkov // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2022. # 3 (11). S. 142–166. doi:10.17759/cpse.2022110306

12. Lobacheva L.P. Podrostkovaya depressiya. Prichiny` i posledstviya // *Obrazovanie i nauka v Rossii i za rubezhom*. 2018. # 9 (44).

13. Perezhogin L.O., Vostroknutov N.V. Asoczial`noe povedenie detej i podrostkov. Profilaktika i korrekciya assocziirovanny`kh psikhicheskikh rasstrojstv. Rukovodstvo dlya vrachej. M.: GNCz «Soczial`noj i sudebnoj psikhiiatrii im. V. P. Serbskogo», 2012. 234 s.

14. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Osobennosti suiczidal`nogo povedeniya u podrostkov (obzor literatury`) // *Obozrenie psikhiiatrii i mediczinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva*. 2011. # 4. S. 4-8.

15. Raeva T.V., Fomushkina M.G. Kliniko-psikhopatologicheskie i kliniko-psikhologicheskie osobennosti volevoj regulyaczii u podrostkov s rasstrojstvami povedeniya // *Sibirskij vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2017. # 4 (97). S. 44-48.

16. Solodkaya E.V., Loginov I.P. K probleme rasstrojstv depressivnogo spektra u podrostkov // *Dal`nevostochny`j mediczinskij zhurnal*. 2014. # 2. S. 127-133.

17. Solodkaya E.V., Loginov I.P., Savin S.Z., Van K. Informativnaya znachimost` faktorov riska nepsikhoticheskikh rasstrojstv depressivnogo spektra u podrostkov (sravnitel`noe issledovanie) // *Rossijskij psikhiiatricheskij zhurnal*. 2011. # 6. S. 8-10.

18. Tereshhenko S.Yu., Smol`nikova M.V. Nejrobiologicheskie faktory` riska formirovaniya internet-zavisimosti u podrostkov: aktual`ny`e gipotezy` i blizhajshie perspektivy` // *Soczial`naya psikhologiya i obshhestvo*. 2020. # 1 (11). S. 55-71. DOI:<https://doi.org/10.17759/sps.2020110104>.

19. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J., Ambrosini P., Fisher P., Bird H., Aluwahlia S. «A children's global assessment scale (CGAS)» // *Archives of General Psychiatry*. 1983; 40 (11): 12-31. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790100074010

M.V. Zlokazova, N.V. Semakina

CLINIC AND BIOPSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR PRENOLOGICAL MENTAL STATES AND DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS IN ADOLESCENTS

Kirov State Medical University (Kirov).

Summary. The article presents comparative results of a study of the clinic and biopsychosocial factors that contribute to the formation of prenosological mental states and depressive spectrum disorders in adolescents. This is of practical importance for the diagnosis of a risk group, the development of prevention programs and routing schemes depending on the severity of mental disorders for the provision of timely medical and psychological assistance at the prenosological level.

Keywords: adolescents, depressive disorders, prenosological mental states, clinic, diagnostics, prevention.

**ИСКАЖЕНИЕ ПАТЕРНОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПОД ВЛИЯНИЕМ СИТУАЦИИ НАСИЛИЯ (ЧАСТЬ 2)
ГБОУ ВО «Херсонский аграрный университет» (Херсон).**

Резюме. В статье представлены результаты контент-анализа воспоминаний школьников и студентов в ракурсе их «отношений с едой» как важного аспекта повседневной жизнедеятельности на основе использования методики тематического ретроспективного анализа (МТРА-еда). Показаны стратегии и тактики, применяемые взрослыми с целью контроля пищевого поведения детей в ситуации приема пищи.

Ключевые слова: пищевое поведение, искажение паттернов пищевого поведения, расстройства пищевого поведения, ситуация пищевого насилия, семья, дети, методика ретроспективного анализа на тему «Мои отношения с едой» (МТРА-еда).

Перейдем к анализу смысловых элементов второй группы средств контроля ПП, которую мы определили как *«прямые формы насилия в ситуации приема пищи»*.

Под насильственным принуждением в ситуации приема пищи мы понимаем такую форму взаимодействия в диаде «взрослый-ребенок», при которой взрослый заставляет ребенка принять пищу под влиянием угроз жесткого наказания или лишения любых форм удовлетворения. При этом взрослые используют эмоционально окрашенные слова и термины, вызывающие у детей яркие негативные переживания. В этом случае принуждение является попыткой модулирования/изменения ПП ребенка посредством различных форм прямого психологического и/или физического насилия. Все методы и приемы этой группы как средства принуждения к «нужному» (по мнению родителей) пищевому поведению сочетает *репрессивно-запрещающая стратегия воздействия*, реализуемая в конкретных тактиках и приемах (запрет, ограничение, отвержение, деструктивная критика, устрашение, лишение удовлетворения и т. п.).

Наиболее грубыми тактиками принуждения являются *действия физического насилия* (в форме ударов, оплеух, подзатыльников, щелбанов, ограничения в свободе передвижения и т. п.) и *вербальные средства воздействия в виде прямых угроз* разного рода. Заметим, что в научной литературе «угроза» рассматривается как разновидность подавления свободной воли, поскольку преследует цель изменение поведения того, кому угрожают [6, с. 105].

Наибольшую частотность в блоке *«прямые формы насилия»* в ситуации приема пищи получили следующие смысловые элементы: *упреки, апелляция к чувству стыда, деструктивная критика, категорический запрет, ограничение, устрашение негативными последствиями; наказание в форме лишения разных видов удовольствия как съедобного, так и несъедобного характера*.

Качественное своеобразие и общность эмоциональной матрицы таких смысловых элементов, как *упреки, апелляция к чувству стыда* позволили нам объединить их в смысловой блок *«тактики отвержения»*. Частота проявления этой тематики в разных группах испытуемых зафиксирована в широком диапазоне с

явным преимуществом в группах неудовлетворенных весом (от 8% до 65%).

Специфичность высказываний, наполняющих этот смысловой блок, характеризуют следующие фрагменты воспоминаний респондентов:

- «Я старалась, готовила... тратила деньги, время, а ты, неблагодарная...»;
- «Как тебе не стыдно?!.. Я встала в пять часов утра, купила молока, приготовила тебе завтрак, а ты носом крутишь?! Кто ты после этого?».
- «В то время, как многие люди голодают, а ты пищей перебираешь?!».
- «У тебя совесть есть? Ради чего я стояла у плиты, тратила свое личное время... Чтобы потом все выкинуть? Стыдно.... ».
- «Еду нельзя выбрасывать, потому что это большой грех, а свиней у нас нет, поэтому сиди и ешь»...

- «Бабушка всегда насыпала мне столько еды, что это было просто невозможно съесть..., но она заставляла есть все...При этом постоянно зудела: «какой же ты неблагодарный, ни стыда у тебя, ни совести, вместо того чтобы быть благодарным за заботу о тебе, ты еще и козью морду мне показываешь!».

Отдельно нами рассматривается подгруппа «**деструктивная критика: тактика неприятия**». Особенность этой тематической конструкции (несмотря на очевидную близость к предыдущей) состоит в том, что ее смысловыми элементами являются пренебрежительные высказывания и оскорбительные оценки взрослыми относительно физического вида детей и/или грубые комментарии по поводу их пищевых привычек и вкусовых предпочтений.

Частота встречаемости этой тематики проявляется в широком диапазоне с явным преимуществом в группе неудовлетворенных весом, желающих снизить вес (с реальным дефицитом веса или вес которых соответствует нормативным показателям) (от 6,5% до 43%, $p \leq 0,01$, $\phi^* \text{ эм} = 6.413$).

Типичные примеры приведены ниже. При этом отметим, что подобные высказывания, кроме жесткой критики внешности, одновременно являются словесными издевательствами, запугиваниями, унижением достоинства, демонстрацией враждебности к ребенку и негативными установками относительно телесного образа «Я» и будущего:

- «Ты не девочка, ты скелет ходячий! Ни один мальчик в твою сторону никогда не посмотрит... Ты думаешь, зря народ говорит, что мужчины не собаки и на кости не бросаются?!».

- «Посмотри, на кого ты похож – кожа и кости, в гроб лучше кладут».

- «Ты уже на дистрофика похож, вскоре тебя даже за шваброй не найдешь!».

- «Начиталась всякой мурсы, а теперь страдаешь фигней! Что за глупость мяса не есть? Если не будешь нормально питаться и поправляться, будешь ходить костями греметь и людей пугать, ешь давай, потому что скелетоны уже выходят из моды».

- «Ты разве человек?!... ты триглотид и жирный кабан ... вместо того чтобы жрать, лучше огород иди копать».

- «И почему ты такая обжора?! Бутерброд еще не доела, а уже за кексом тянешься».

- «Ты не ешь, ты просто жрешь ... Тебя легче убить, чем прокормить ...»

Следующий смысловой блок представляет совокупность тактик «ограничения, угрозы, физические наказания». Специфичность смысловых элементов этого блока указывает на чрезмерную категоричность взрослых по поводу определенных моментов в ситуации приема пищи. Один из них касается необходимости доедать всю пищу без остатка, второй – необходимости соблюдать определенные требования и правила поведения за столом. Нарушение правил приводило к угрозам и наказанию. Как наказание чаще всего применялись действия ограничительного и физического характера (73%), реже – принуждение к исполнению трудовых обязанностей разного рода (27%).

Количественная выраженность этой категории имеет широкий размах проявления во всех группах респондентов (от 8% до 64%) с явным преобладанием в группе неудовлетворенных весом, имеющих реальный лишний вес и стремление снизить вес ($p \leq 0,01$, $\phi^* \text{ эм} = 8.42$).

Качественное своеобразие смысловых элементов этого блока представлено следующими высказываниями:

- «В детстве я не любила лук, мясо, рис, вареную морковь, сметану, вообще все молочное..., но права выбора у меня не было никогда, и меня всегда заставляли съедать все без остатка, аргументируя тем, что это полезно».

- «В нашей семье во время приема пищи всегда жестко соблюдали правила: «когда я ем, то я глух и нем», и нас (детей) строго наказывали, если мы крутились, дразнились, шутили или громко разговаривали во время еды (ложкой по лбу, щелбаны, оплеухи, подзатыльники и др.)».

- «Если иногда во время еды ложка случайно цокала о мои зубы, то отец стучал меня по голове ложкой».

- «...в детстве я ела очень плохо... чтобы заставить меня есть, отец брал в руки ремень. И хотя я не помню, чтобы меня избивали из-за еды, но помню, как я ела из-за страха».

- «...часто, когда я что-то оставляла в тарелке (не из-за вредности, а просто потому, что уже была сытой), бабушка строгим голосом спрашивала у меня: ты что, хочешь себе жениха рябого?!... и это заставляло меня через силу доедать все без остатка, хотя на тот момент я не только не думала о женихе, но и не знала значения слова «рябой».

- «...до сих пор слышу металлический голос матери: «или ты сейчас все доедаешь, чтобы тарелка была чистой, или мы вызываем скорую помощь, и тебе сделают укол вот такой огромной иглой».

- «...в нашей семье было правило: кто последний заканчивает есть – тот моет всю посуду и чистит обувь для всех членов семьи. Отец говорил, что время, проведенное за едой, – это потерянное время. Поскольку я была самой младшей, то чаще всего за свою «медленность» наказывали меня. Иногда ко мне проявляли «жестокость» и вместо трудового наказания я получала щелчок по лбу. Сейчас, не смотря на то, что я еще студентка, я стараюсь быть независимой от семьи. Принципы моей жизни, в т. ч. и те, которые касаются питания, во многом противоположны тем, которые властвуют в моей родительской семье. Однако изменить быстрый темп поглощения пищи я не могу, хоть и стараюсь. С одной

стороны, это вроде бы и не плохо – действительно экономит время; с другой стороны – плохо, потому что чаще всего я передаю. Особенно это заметно в компаниях – все еще что-то жуют, а я уже все съела, и чтобы не сидеть с пустой тарелкой приходится подкладывать еще и еще, и еще...».

К отдельному смысловому блоку нами были отнесены такие тематические конструкции, которые представляют тему **«наказания в форме лишения удовольствия»**, когда ребенка намеренно лишают того, что может его порадовать и вызвать положительные эмоции. Следовательно, прослеживаются два ракурса проблемы.

Один из них касается **лишения разнообразного удовольствия «несъедобного характера»**. Частотность подобных высказываний составляет от 11% до 78% с явным преимуществом в группе неудовлетворенных весом, желающих снизить вес (с реальным дефицитом веса или вес которых соответствует нормативным показателям) ($p \leq 0,01$ ф* эмр=10.321).

Главный смысл такой формы наказания состоит в том, чтобы *ограничить доступ или полностью лишить ребенка тех предметов, видов деятельности, которые обычно доставляют ему удовольствие (положительные эмоции)*. При этом целью наказания (как способа действия) является *контроль пищевого поведения*. Наиболее характерные смысловые элементы этого блока представлены высказываниями типа: «пока все не съешь – никаких игрушек (конструктора, телефона, планшета и др.)»; «никаких фильмов»; «никаких развлечений», «не пойдем на спектакль», «не выйдешь на улицу», «не будешь кататься на коньках/велосипеде/роликах», «не пойдешь на тренировки» и т. д.

Второй ракурс связан с **лишением удовольствия съедобного характера**. В этом случае, по нашему мнению, происходит смещение и трансформация акцентов восприятия как самой «еды», так и «наказания», что обусловлено рядом психологических моментов.

Во-первых, цель наказания направлена на управление поведением ребенка, зачастую не имеющего прямой связи с ситуацией приема пищи. При этом «средством наказания за проступок» или «инструментом воздействия» выбирается «еда», точнее, ситуация «лишения еды» или «жесткой ограничительной диеты».

Во-вторых, «еда», получая специфическую метку «наказание» как инструмента внешнего давления, наделяется особым смыслом, превращающим еду в самостоятельный «объект удовольствия» или «объект наказания».

Иными словами, акценты восприятия или психологические смыслы «еды» трансформируются. Соответственно, в ситуации наказания, когда ребенка лишают желаемой для него пищи, ценность этого продукта значительно возрастает. Близкая смысловая нагрузка несет противопоставление еды низкокалорийной (как здоровой и полезной) и высококалорийной (как вкусной, но вредной), что также способствует снижению ценности первой и повышению ценности второй, несмотря на знание, что чрезмерное смещение вкусовых предпочтений на «высококалорийную» (сладкую и жирную) пищу детерминирует увеличение веса.

В-третьих, санкции такого рода (применяемые взрослыми) вызывают у детей сильные негативные чувства, иногда к себе, но чаще в отношении взрослых.

Учитывая специфичность референтной области и тематических конструкций, мы сочли необходимым объединить подобные смысловые элементы в отдельную тематическую группу «*лишения еды как удовольствия съедобного характера*», структурно входящую в категорию «*еда как средство воздействия*». Особенность указанной смысловой категории состоит в том, что она представляет различные формы манипулирования едой как средством воздействия на ребенка. *Результатом этих манипуляций является трансформация психологического смысла «еды», во время которой еда приобретает различные символические значения, но всегда отличные от ее прямого назначения (быть источником пополнения организма питательными веществами и энергией).*

Репрезентантами тематической конструкции «*лишение еды как удовольствия съедобного характера*» являются следующие смысловые элементы (частотность высказываний составила от 8% до 64%):

- «*провинился – ходи голодный*»;
- «*ты не выполнил... (то или то) – ходи голодный, кто не работает – тот не ест! Еду нужно заработать, а ты не заработал!*»;
- «*...ты наказана – неделю живешь без сладкого*»;
- «*за свое плохое поведение ты не получаешь сладкий сюрприз, однако Люся (сестра) получит два!*»;
- «*тебе такую пищу есть нельзя, она очень жирная (сладкая/калорийная/соленая/пустая/вредная), а есть нужно только полезную пищу*»;
- «*Раз ты не понимаешь по-хорошему, будет по-плохому... Да, я тебя должна кормить, но я не должна кормить тебя только вкусным. Поэтому с этого дня ты будешь на особом пищевом режиме – будешь есть, как в тюрьме – хлеб, вода и баланда, просто чтобы не умер от голода*».

В эту же смысловую группу мы включали и такие смысловые элементы, в которых «*лишение еды*» (как наказание) являлось инструментом воздействия с целью изменения пищевого поведения ребенка:

- «*В нашей семье к еде относились как к святыне – выйти из-за стола можно было только при условии чистой тарелки... в результате я всегда реально переела и жила с ощущениями распираания и тяжести в желудке, тошноты. Жаловаться было не только бесполезно, но и опасно, поскольку могли наказать (например, на один день вообще без еды оставить, так сказать, для профилактики)*».

- «*Если я слишком медленно жевала, то в следующий прием пищи мне демонстративно клали только одну столовую ложку... или вообще предлагали поголодать. Отец часто говорил, что «ковыряться» в тарелке за столом – это верх непристойности и что я только пищу зря перевозжусь...*».

Среди других манипулятивных тактик влияния родителей на поведение детей с помощью еды, детерминирующих трансформацию семантического смысла еды, нами были выделены еще три смысловых блока, широко представленных в воспоминаниях испытуемых.

Смысловой блок «*еда как средство положительного воздействия*» был выделен на основе таких смысловых элементов, которые свидетельствовали,

что взрослые использовали еду как средство воздействия на ребенка с целью выполнения какой-либо деятельности. В этом случае «еда» является средством *«положительного шантажа»* – вознаграждением, которое будет получено при условии выполнения договоренности (в основном это сладкие кулинарные изделия и напитки – пирожные, шоколад, чипсы, поп-корн; киндер, мороженое, торт, конфеты, печенье со сладкой помадкой, сладкие рулеты, булочки, блины, оладьи, пироги, беляши, чебуреки, жареный картофель, пельмени, шашлык, мясной рулет, сладкая газировка, кока-кола и т. п.). Среди них наибольшую частотность получили категории «сладкое» (92%), «мучные изделия» (73%) и «мясное» (64%). Репрезентантами данной смысловой категории с частотностью от 12% до 65% являются фразы типа: *если ты ...* (рано встанешь, быстро и хорошо сделаешь уроки, самостоятельно убережешь в комнате, помоешь посуду, выстираешь свои вещи, почистишь зубы, перекопаешь грядку и т. п.) или (съешь суп, борщ, кашу, мясо и др.), *то получишь что-нибудь вкусное*.

Следующая смысловая категория *«еда как вознаграждение»* также нашла достаточно высокую степень отражения в воспоминаниях респондентов (от 17% до 41%).

В этом случае смысловые элементы, выделенные в ходе анализа эссе респондентов, отражали события, когда взрослые использовали еду как материальное вознаграждение за уже совершенную деятельность или поступок. Другими словами, «еда» является *материализованной формой поощрения, похвалы, благодарности*. Репрезентантами этой категории являются следующие фрагменты:

– *«получать еду как награду я привыкла с детства. Родители часто поощряли меня каким-то деликатесом за разные успехи или хорошее, послушное поведение. а теперь я часто сама покупаю для себя что-нибудь изысканно-вкусное как награду»;*

- *«когда мама пыталась меня к чему-то привлечь, то давала мне мороженое, конфету, пирожное и т. д. Но бывало и так, что дома реально ничего вкусенького не было, и тогда мама говорила: возьми с полки пирожок. Это означало, что меня похвалили... воображаемым пирожком. Прошло много лет, но мне и сейчас важно, чтобы меня хвалили. Как презенты люблю шоколадки с орешками и сдобные изделия»;*

- *«в детстве я часто слышала от бабушки: внучка моя любимая, самая красивая и самая лучшая в мире, пойдём купим тебе чего-нибудь вкусенького». А мама и бабушка сознательно применяли ко мне политику «кнута и пряника». Если я делала что-то плохое (на их взгляд), то они меня сразу лишали всего вкусного и, наоборот, за хорошие оценки или «добрые дела» (вымытую посуду, убранную комнату, приготовленный самостоятельно обед и др.) демонстративно покупали для меня что-то вкусное (торт, пирожное, шоколадные конфеты и т. п.).*

Смысловую наполненность блока *«еда как средство развлечения»* отражают такие высказывания респондентов, в которых отмечено, что взрослые часто предлагали им (детям) для улучшения плохого настроения разнообразные вкусные блюда, лакомства и т. д. (частотность высказываний составила от 11% до 83%).

Репрезентантами этой тематической конструкции являются следующие смысловые элементы:

– «Когда со мной случались разные жизненные неприятности (будь то разбитое колено, ссора с подружкой, тройка за контрольную и др.), мама всегда предлагала мне что-то вкусненькое, приговаривая: «сладенькое в роток, чтобы прогнать холодок...».

– «В детстве, когда буня пыталась как-то поднять мое плохое настроение, она часто говорила мне: «а ты, милочка, поешь, поешь того, чего твоя душенька желает, сразу полегчает, тоска отступится, грусть развеется, настроение улучшится». При этом она садилась со мной рядом, гладила меня по голове и рассказывала разные истории. Мне действительно легчало, но до сих пор еда для меня – это единственное эффективное средство улучшения настроения».

– Я давно заметил, что после вкусной и сытной пищи я будто добрею. Мир кажется не таким уж плохим, неприятности словно блекнут. Но, к сожалению, за это «лекарство» приходится платить лишним весом. До первого класса я был тощим ребенком, потому что накормить меня было большой проблемой. А когда началось обучение в школе, стал переедать, и к четвертому классу появился лишний вес. Отчим периодически высмеивал меня, давая мне оскорбительные прозвища. ... За это я его тихо ненавидел... А мама, желая доставить мне радость, готовила или покупала мне что-нибудь особенно вкусненькое».

Кроме распространенных смысловых категорий, в которых «еда» использовалась взрослыми как манипулятивное средство воздействия, нами также были выделены и другие категории этого смыслового блока. Однако в силу того, что частота их встречаемости в среднем в группах незначительна (до 25%) мы сочли возможным не рассматривать их подробно. Это следующие категории:

– «еда как способ прокрастинации», когда «еда» или «легкий перекус» предлагались родителями с целью разрядки и короткого отдыха на фоне рутинной работы или возможность «собраться с силами» перед выполнением неприятной деятельности;

– «еда как средство коммуникации», когда ситуация приема пищи предлагается как повод для приятного общения.

Обобщение информации по всем рассмотренным смысловым блокам, представляющим категории «Еда как средство воздействия» («Лишение еды как удовольствия съедобного характера», «Еда как средство положительного шантажа», «Еда как вознаграждение», «Еда как средство развлечения», «Еда как способ прокрастинации», «Еда как средство коммуникации»), позволяет отметить, что все они отражают специфические манипулятивные формы воздействия на ребенка с целью изменения его поведения (в т. ч. ПП) или эмоционального состояния. При этом инструментом воздействия является еда. Это позволило нам прийти к выводу, что в ходе повседневной коммуникации в диаде «взрослый–ребенок», в т. ч. в ситуации приема пищи, «еда» включается в знаковую систему.

При этом еда становится «знаком», то есть носителем специфических индивидуальных значений и смыслов, которые имеют свою символическую роль и складываются в определенную знаковую систему. Иными словами, «еда» и «процесс принятия пищи» помимо своего основного значения (источника пополнения питательных веществ и энергии) приобретает другие психологические смыслы. Изложенная позиция согласуется с положениями современной дескриптивной семиотики, в соответствии с которой значение знаков-признаков полностью определяется доминирующим контекстом ситуации, что обуславливает отношения между свойствами объекта или между объектами в определенной ситуации, выступая в качестве «метки».

Примерами образования подобных «меток» в контексте нашего исследования выступают: «конфета – утешение», «тортик – награда», «перекус – отдых», «лишение сладкого – наказание», «молочная каша – наказание» и т. п.

Таким образом, в нашей интерпретации специфический семиотический смысл еды представляет собой индивидуальный внутренний предметный код или собственную систему психологических смыслов, формирующихся как под влиянием взрослых (прежде всего семьи), так и под влиянием опыта индивидуальных переживаний. Доминирование тех или иных смыслов обуславливает особенности пищевого поведения в континууме «норма–патология».

Выводы. Обобщая результаты исследования, мы пришли к выводу, что разнообразные формы пищевого насилия, прямые и косвенные способы принуждения к пищевой активности или его блокирование проявляются в игнорировании взрослыми вкусовых предпочтений ребенка, его желания/нежелания и готовности/неготовности принимать пищу.

Установлено, что субъективное восприятие школьников и студентов отражает высокую насыщенность манипулятивных и прямых средств принуждения, которые применяли их родители с целью влияния на их пищевое поведение в ситуации приема пищи.

Среди конкретных манипулятивных техник как способов воздействия на ПП наибольшую частотность получили тактики: поощрения, побуждения, обещаний вознаграждения, одобрения, признания, предостережения, переключения внимания, а также приемы внушения, метафорического образного сравнения, эмоционального воздействия и т. п.

Среди прямых средств воздействия наибольшую частотность получили следующие тактики и приемы принуждения: запрет, ограничение, отвержение, деструктивная критика, устрашение, лишение разнообразных форм удовольствий и др.

Считаем, что особенности субъективной картины жизненного пути респондентов косвенно раскрывают «пробелы» в доминирующей системе убеждений их родителей о приеме пищи, в частности, о необходимости принудительного воздействия на детей в ситуациях выборочного отказа от пищи или, наоборот, ее чрезмерного потребления. На наш взгляд, именно «пробелы» в системе убеждений родителей провоцируют взрослых к реализации поощрительно-принудительной и репрессивно-запрещающей стратегии воздействия на детей в

ситуации приема пищи, которые реализуются через конкретные тактики и приемы и вызывают у детей яркие дискомфортные переживания.

Результатом такого императивного влияния является возникновение и дальнейшее усиление у детей чувства униженности и собственной неполноценности. При этом и «ситуация приема пищи», и «отношения», которые в ней складываются, наполняются конкретным содержанием, сопровождающимся специфической эмоциональной оценкой и психологическим смыслом: *«неважно «что», «сколько» и «когда» хочу съесть я, важнее, что на этот счет считают взрослые (мама, папа, бабушка, дедушка, воспитатель и др.).*

Многократное воспроизведение ситуации внешнего давления в «связке» с приемом пищи по типу ритуала или ритуализированной деятельности запускает механизмы психологической защиты, позволяющие внутренне принять ситуацию пищевого насилия и снизить психоэмоциональное напряжение. Таким образом, у ребенка формируется специфический опыт проживания такой ситуации. Характерными особенностями такого опыта является переживание беспомощности, безнадежности, безысходности и невозможности контролировать события в своей жизни.

Иными словами, речь идет о формировании состояния *выученной беспомощности и пессимистического стиля мышления*. Особенности состояния и стиля мышления обуславливают специфичность убеждений и склонность к негативной интерпретации событий (*«у меня нет возможности с этим справиться», «сопротивляться бессмысленно», «все бесполезно», «я слабый человек» и т. п.*). В свою очередь особенности состояния и стиля мышления детерминируют специфическую форму реагирования в ситуациях внешнего давления – *стратегию избегания* (как стратегию отказа от решения проблемы ради сохранения «комфортного» состояния, руководствуясь идеей «чтобы не было хуже»). В результате на фоне привычного игнорирования собственных физиологических ощущений и психоэмоциональных переживаний вырабатывается *стратегия подчинения* «могучему взрослому» (авторитету), *сопровождаемая утратой чувства собственного достоинства, инициативности, самостоятельности, веры в себя и свои возможности*. В таких случаях ребенок теряет мотивацию к расширению сферы своей активности и «вынужден» концентрироваться на ощущениях удовлетворения или неудовлетворения в их взаимосвязи с ситуацией приема пищи и собственной массой тела, что способствует сосредоточению на специфических стратегиях избегания реальности, в частности, на фиксации искаженных паттернов пищевого поведения в континууме «ограничение в еде – переизбыток».

В плане личностного развития такая ритуализированная стратегия избегания непродуктивна, поскольку фактически представляет собой «отказ от себя» (от собственных потребностей, ценностей, желаний и т. п.). Однако в ситуации «пищевого насилия» стратегия избегания позволяет ребенку справиться с психоэмоциональным напряжением, возникающим при внешнем давлении. При этом усвоенная поведенческая стратегия переносится также на другие конфликтные ситуации. Речь идет о таких ситуациях внешнего принуждения, кото-

рые для разрешения конфликта требуют от субъекта определенной автономности и направленности на преодоление трудностей (например, в ситуациях, когда необходимо заявить о себе, отстаивать свои интересы, потребности, желания перед партнером, лидером группы, учителем и т. п.).

У ребенка, привыкающего подчиняться значимому взрослому в ситуации приема пищи, энергия конфликтных переживаний, вместо того чтобы быть потрачена на преодоление препятствий и разрешение конфликта, будто «замораживается» в телесности в метафорический контейнер бессознательного², что позволяет определенное время не испытывать эмоциональную боль. Аккумуляция отрицательных переживаний «в связке» со специфическими смыслами пищи формируют искаженные (проблемные) паттерны ПП. Последние, с одной стороны, представляют собой неконструктивные способы преодоления и достижение автономности, с другой – искаженные способы предъявления себя, «не позволяющие» индивиду взять под контроль свои «отношения с едой».

Искаженные стратегии ПП («ограничение в еде», «переедание» или их сочетание «переедание-ограничение-переедание»), сливаясь с переживаниями удовлетворенности-неудовлетворенности собой, усиливают негативное самоощущение Я (ощущение собственной «неправильности», «плохости») и превращаются в инструмент самопоощрения или самонаказания. В частности, в *группе респондентов с реальным лишним весом (желающих снизить свой вес)*, нами было обнаружено, на первый взгляд, такое парадоксальное поведение, присущее определенной части респондентов (37%), как реакция на ситуацию «социального поражения» (после «провального») выступления на соревнованиях, академконцерте, недостаточного уровня компетентности в ситуациях контроля знаний, умений, навыков, конфликта с близкими людьми и т. п.). Чрезвычайность (специфичность) такой реакции состоит в том, что на фоне негативных переживаний в связи с собственными ошибками и неудачами у них возникает «потребность» наказать себя едой, т. е. актом аутоагрессии со скрытым подтекстом: «я бездарная, ленивая, тупая неудачница и к тому же еще и обжора».

Таким образом, мы считаем, что *ситуация приема пищи, сопровождающаяся принуждением*, является специфической социальной ситуацией развития, которая не дает возможности сформировать у ребенка необходимые навыки «опознания» и дифференциации собственных потребностей, не только пищевых, но и личностных (таких как чувство ценности самого себя). При этом «от-

² «Контейнер» – это психологическое образование, которое обеспечивает психологическую защиту от доступа травматических переживаний в сознание. Такое образование словно «консервирует» разрушительные переживания травматического характера (гнев, отчаяние, вину, страх, безнадежность и т. п.), которые в момент переживания травмы были подавлены. Таким образом, эти негативные переживания, которые не имели «выхода», сохраняют мощный заряд агрессивной энергии и несут чрезвычайную энергетическую скрытую силу. Личность, обладающая «контейнером», может казаться и себе, и другим вполне благополучной и здоровой. Но под влиянием какого-то «стимула» снижается контроль, «тормоза» исчезают, и возникает словно взрыв чувств или «неконтролируемое опустошение контейнера». Человека захлестывают чувства (его как будто «несет» поток). В такие моменты индивид может совершать такие поступки, за которые ему в дальнейшем стыдно и страшно [11].

рицательную заряженность» получает не только «ситуация приема пищи», но и «отношение к родителям». В дальнейшем отрицательная заряженность обуславливает либо чрезмерное дистанцирование от них, либо чрезмерную зависимость от их мнения (чтобы быть хорошим, нужно угождать родителям, «хорошо есть», «соблюдать диету» и не обращать внимания на собственные ощущения). Иными словами, ситуация пищевого насилия как многократное игнорирование взрослыми пищевых потребностей и психофизиологических переживаний ребенка, обуславливает формирование патологических процессов телесности, смещающих функционирование в сторону различных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии (пер. с англ. А. Боковиков). М.: Академический Проект, Гаудеамус, 2015. 240 с.
2. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). СПб.: Речь, 2010. 192 с.
3. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. СПб.: Речь, 2003. 304 с.
4. Ефимов Ю.А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 – психиатрия; Психоневрологический ин-т. СПб., 1994. 29 с.
5. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической психосоматической патологии; механизм специфичности психовегетативного эффекта. Л.: Наука, 1990. 176 с.
6. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. СПб.: Питер, 2009. 576 с.
7. Татенко В.О. Соціальна психологія впливу : Монографія. К.: Міленіум, 2008. 216 с.
8. Шебанова В.І., Шебанова С.Г. Психологічна реабілітація дітей, які зазнали насильства. Херсон: ХДУ, 2013. 172 с.
9. Шебанова В.И. Ретроспективные воспоминания как метод диагностики расстройств пищевого поведения // Психология. Психофизиология. 2015. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/retrospektivnye-vozpominaniya-kak-metod-dagnostiki-rasstroystv-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 27.01.2023).
10. Шебанова В.І. Анкета исследования особенностей пищевого поведения. № 64424 від 10.03.2016. К.: Державна служба інтелектуальної власності України.
11. Шебанова В.І. Психологія харчової поведінки: дис.... д-ра психол. наук: спец. 19.00. 01. К.: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, 2017. 560 с.

REFERENCES

1. Adler A. Praktika i teoriya individual'noj psikhologii (per. s angl. A. Bokovikov). M.: Akademicheskij Proekt, Gaudeamus, 2015. 240 s.
2. Bileczkaya M.P. Semejnaya psikhoterapiya detej s psikhosomaticeskimi rasstrojstvami (ZhKT). SPb.: Rech`, 2010. 192 s.
3. Doczenko E.L. Psikhologiya manipulyaczii: fenomeny`, mekhanizmy` i

zashhita. SPb.: Rech`, 2003. 304 s.

4. Efimov Yu.A. Diagnostika predboleznnny`kh yavlenij psikhosomaticheskikh rasstrojstv u detej : avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.00.18 – psikiatriya; Psikhonevrologicheskij in-t. SPb., 1994. 29 s.

5. Zakhazhevskij V.B. Fiziologicheskie aspekty` nevroticheskoy psikhosomaticheskoy patologii; mekhanizm speczifichnosti psikhovegetativnogo e`ffekta. L.: Nauka, 1990. 176 s.

6. Il'in E. P. Psikhologiya obshheniya i mezhlichnostny`kh otnoshenij. SPb.: Piter, 2009. 576 s.

7. Tatenko V.O. Soczi`al`na psikhologi`ya vplivu : Monografi`ya. K.: Mi`leni`um, 2008. 216 s.

8. Shebanova V.I., Shebanova S.G. Psikhologi`chna reabi`li`taczi`ya di`tej, yaki` zaznali nasil`stva. Kherson: KhDU, 2013. 172 s.

9. Shebanova V.I. Retrospektivny`e vospominaniya kak metod diagnostiki rasstrojstv pishhevogo povedeniya // Psikhologiya. Psikhofiziologiya. 2015. # 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/retrospektivnye-vospominaniya-kak-metod-diagnostiki-rasstrojstv-pischevogo-povedeniya> (data obrashheniya: 27.01.2023).

10. Shebanova V.I. Anketa issledovaniya osobennostej pishhevogo povedeniya. # 64424 vi`d 10.03.2016. K.: Derzhavna sluzhba i`nteleksual`noyi vlasnosti` Ukraini.

11. Shebanova V.I. Psikhologi`ya kharchovoyi povedi`nki: dis.... d-ra psikhol. nauk: specz. 19.00. 01. K.: Kiyivs`kij naczi`onal`nij uni`versitet i`m. Tarasa Shevchenka, 2017. 560 s.

V.I. Shebanova, S.G. Shebanova

DISTORTION OF EATING BEHAVIOR PATTERNS

UNDER THE INFLUENCE OF THE SITUATION OF VIOLENCE (PART 2)

«Kherson Agrarian University» (Kherson).

Summary. The article presents outcomes of content analysis of memoirs of schoolchild and students in the in the foreshortening of their «relationship with food» as an important aspect of everyday life (by methods of directed retrospective analysis - MTRA-food). It was shown of strategy and tactics of the control of adult eating behavior of children in situations meal.

Key words: eating behavior, eating disorders, distortion of eating behavior patterns, the situation of food violence, family, children, retrospective analysis method on the topic «My relationship with food» (MTRA-food).

И.В. Полякова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ
РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПСИХИЧЕСКОЙ
ИНФАНТИЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ
ФГБОУ ВО СмолГУ (Смоленск).**

Резюме. В работе исследованы психологические особенности развития социального интеллекта и уровня развития психического инфантилизма подростков. Цель работы заключалась в установлении взаимосвязи между этими понятиями. В исследовании приняли участие 123 подростка, обучавшихся в 7 и 8 классах средних школ г. Смоленска. В исследовании использованы методики А.А. Серегинной «Уровень инфантилизма» и тест «Социальный интеллект» Д.П. Гилфорда. Установлена взаимосвязь между особенностями развития социального интеллекта и уровнем развития психического инфантилизма у подростков.

Ключевые слова: подросток, социальный интеллект, психический инфантилизм, психическая зрелость, ценностные ориентации, эмоционально-волевая сфера, рефлексия.

Введение. Психический инфантилизм является серьезной проблемой патологии созревания различных систем организма в подростковом возрасте [4]. Психический инфантилизм и уровень развития социального интеллекта препятствуют успешной социализации школьника и достижению личностной зрелости [1, 8]. У инфантильного подростка с низким уровнем развития социального интеллекта снижена способность самостоятельно принимать решения и адекватного понимания эмоции других людей [2, 3]. Инфантилизм - определенная личностная организация, сохраняющая поведение, не соответствующее возрасту, не являющееся адекватным на данном возрастном этапе [6]. Под социальным интеллектом традиционно понимается некое сочетание способностей, определяющих эффективное взаимодействие с социокультурным окружением [8]. Проблематика взаимосвязи психического инфантилизма и социального интеллекта широко исследуется, однако на современном этапе остается востребованной [5]. Большинство авторов указывает на незрелость эмоционально-волевой сферы подростков [7, 9, 11], связывая с этим эгоцентричность, несамостоятельность, зависимость от родителей и другие черты инфантильной личности [4, 10].

Цель исследования состояла в уточнении психологических особенностей взаимосвязи уровня развития социального интеллекта и психического инфантилизма подростка. В качестве гипотетического было выдвинуто предположение, что уровни развития социального интеллекта и психического инфантилизма подростка взаимосвязаны.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 123 подростка 13-15 лет, обучавшихся в МБОУ № 2 и МБОУ Гимназия им. Н.М. Пржевальского г. Смоленска (далее СШ и Гимназия соответственно), из них 78 гимназистов и 45 учащихся СШ. Выбор этих учебных заведений был

обусловлен тем, что в Гимназии обучаются учащиеся в основном из благополучных семей, родители которых проявляют высокую заинтересованность в обучении и воспитании своих детей (оплачивают дополнительные занятия с репетиторами, секции, музыкальные и спортивные занятия, питание, достойные условия жизни и т. д.). В СШ обучаются дети с седьмого класса, собранные в данном учебном заведении, в том числе, из-за сложностей во взаимоотношениях с учителями и сверстниками в школах, где они обучались до поступления в СШ, и имеющих трудности и значительные пробелы в обучении; семьи, в которых проживают дети, также сложно назвать благополучными.

Исследование проводилось в октябре-декабре 2022 г.. Структура исследования включала 3 этапа: на первом этапе выявлялись учащиеся с психическим инфантилизмом, на втором осуществлялось исследование социального интеллекта учащихся, на третьем – статистическая обработка полученных результатов с помощью критерия Пирсона.

В работе были использованы тест «Социальный интеллект» Д.П. Гилфорда и методика А.А. Серегинной «Уровень инфантилизма», позволяющей выявить не инфантильных и инфантильных подростков и дифференцировать результаты последних на высокий, средний, низкий по степени их выраженности [7]. Выбор методики был обусловлен и тем, что этот инструмент позволяет установить параметры инфантильности испытуемых по 8 шкалам, включающим развитие эмоционально-волевой, мотивационной, ценностно-ориентационной сфер, потребности в развлечениях, рефлексии, зависимости, неупорядоченности поведения и преодолевающего поведения;

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования уровней инфантилизма по опроснику А.А. Серегинной «Уровень инфантилизма» у учащихся гимназии и СШ представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты диагностики уровней инфантилизма испытуемых

№	МБОУ	Уровень выраженности инфантилизма (%)				Σ	μ
		не инфант.	низкий	средний	высокий		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Гимназия	4	42	50	4	4666	60,59
2	СШ	5	12	34	49	3587	79,71

Как видно из табл. 1, в ходе исследования было установлено, что процент выявленных не инфантильных подростков в обоих учебных заведениях приблизительно одинаковый: 4-5% (столбец 3). Это означало, что у подавляющего большинства остальных подростков выявлена психическая незрелость, выражающаяся в задержке психического развития, которая обуславливает несоответствие их поведения возрастным требованиям. Психический инфантилизм (столбцы 4-6) был выявлен у 96% гимназистов, из них у 42% низкий («слабо инфантильная личность») и у 50% средний («средне инфантильная личность») и у 4% высокий. В СШ таких подростков было 95%, из них слабо инфантильных 12% и средне инфантильных 34% (всего 46%, т. е. приблизительно вдвое ниже,

чем в Гимназии). Высокий уровень инфантильности характерен прежде всего для «трудных» подростков из СШ, он выявлен приблизительно у половины испытуемых (49%). У гимназистов он был обнаружен у 4% испытуемых, т. е. в 12 раз меньше, чем в СШ. В столбце 8 отражены средние арифметические значения по результатам диагностики, которые соответствуют уровню «средне инфантильной личности» в СШ (79,71 балла) и «слабо инфантильной личности» в Гимназии (60,59 баллов).

Таким образом, в ходе исследования было установлено, что уровень выраженности психического инфантилизма учащихся Гимназии и СШ различный, средние значения в группе гимназистов низкие, а у учащихся СШ – средние. Учащихся с высоким уровнем психического инфантилизма в СШ оказалось значительно больше.

В табл. 2 представлены результаты испытуемых по шкалам, где, шкала 1 - «Эмоционально-волевая сфера»; шкала 2 - «Трудовая мотивация»; шкала 3 - «Ценностные ориентации»; шкала 4 - «Развлечения, гедонизм»; шкала 5 - «Рефлексия»; шкала 6 - «Позиция иждивенчества, зависимость, безответственность»; шкала 7 - «Неупорядоченность, хаотичность поведения» и шкала 8 - «Преодолевающее поведение».

Таблица 2.

Результаты диагностики уровней инфантилизма испытуемых: средние значения по шкалам

№	МБОУ	Результаты по шкалам опросника «Уровень инфантилизма»							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Гимназия	8,18	5,96	9,81	6,61	7,66	7,9	5,83	6,76
2	СШ	11,06	6,22	11,88	7,2	8,66	15,31	8,82	7,95

Как видно из табл. 2, результаты испытуемых СШ численно превышают соответствующие результаты гимназистов по всем шкалам. Это означает более высокую выраженность особенностей инфантилизма. Результаты испытуемых представлены графически на рис. 1.

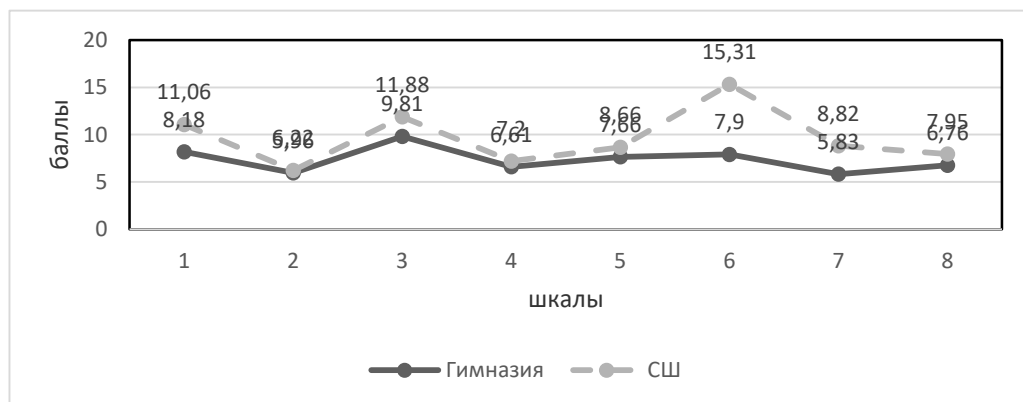


Рисунок 1. Полигон распределения результатов испытуемых по методике А.А. Серегинной «Уровень инфантилизма».

Как видно на рис.1, наибольшие различия выявлены в шкалах 1, 3, 6 и 7. Результаты испытуемых значительно различались по шкале 6, у гимназистов они оказались вдвое ниже, чем у учащихся СШ (столбец 6). Результаты гимназистов и учащихся СШ по шкалам 2, 4, 5 и 8 (трудовая мотивация; развлечения, гедонизм; рефлексия; преодолевающее поведение, соответственно) различаются незначительно (максимально в 1,1 раза).

Результаты исследования уровня социального интеллекта испытуемых приведены в табл. 3.

Таблица 3.

«Результаты диагностики уровня социального интеллекта испытуемых»

Гимназия								СШ						
уровень	Высокий	Среднесильн	Средний	Среднеслабый	Низкий	Σ	μ	Высокий	Среднесильный	Средний	Среднеслабый	Низкий	Σ	μ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	0	4	64	29	3	207	2,68	0	4	42	54	0	113	2,51
2	0	1,5	47	50	1,5	192	2,49	0	4	20	63	13	97	2,15
3	5	14	50	28	3	225	2,92	0	11	24	58	7	108	2,4
4	0	0	36	63	1	180	2,33	0	0	29	67	4	101	2,24

Как видно из табл. 3, субтест 1 «Истории с завершением»: высокий уровень не выявил ни в одной из групп. Для учащихся гимназии в целом характерен средний уровень познания поведения окружающих людей (64% испытуемых, столбец 4), примерно треть гимназистов (29%) имеет среднеслабый уровень (столбец 5), наконец 4% (столбец 3) выше среднего и у 3% выявлен низкий уровень (столбец 6). Средний уровень по субтесту 1 свидетельствует о том, что большинство подростков в состоянии понимать связь между поведением окружающих и его последствиями, способно предвидеть дальнейшее развитие ситуации и понимать причинно-следственные связи.

У 54% учащихся СШ по субтесту 1 выявлен уровень познания поведения ниже среднего (столбец 10); 42 % подростка имеют средний уровень (столбец 11) и у 4% - ниже среднего (столбец 12). Низкий уровень в СШ не выявлен.

Таким образом, было установлено, что уровень познания поведения у гимназистов в основном средний и в 1,5 раза превышает аналогичные результаты учащихся СШ (64% и 42% соответственно). У 54% учащихся СШ выявлен среднеслабый уровень, что в 1,86 раза превышает аналогичные параметры гим-

назистов; низкий уровень в этой группе не выявлен.

По субтесту 2 «Группы экспрессии» в обеих группах для большей части испытуемых характерен сходный тип распределения результатов: выявлен среднеслабый уровень познания эмоций и поведения - 50% и 60% (Гимназия и СШ соответственно, столбец 5) и средний уровень 47% и 20% (у гимназистов он в 2,35 раза ниже). У гимназистов незначительно (по 1,5%) - уровень выше среднего и низкий (столбец 3 и 6). У учащихся СШ уровень выше среднего 4% и 13 – низкий, что в 8,6 раза выше, чем у гимназистов.

Выявленные результаты по субтесту 2 свидетельствуют о том, что испытуемые в недостаточной для нормальной адаптации степени владеют языком телодвижений, взглядов и жестов и недооценивают их значение для понимания событий, в которые они включены. Это может приводить к неверному пониманию смысла из-за ошибок в интерпретации сопровождающих невербальных реакций.

Результаты испытуемых по субтесту 3 «Вербальная экспрессия» выявили более развитые навыки переноса эмоционального оттенка на фразу у гимназистов: у 50% выявлен средний уровень (в СШ - 24%, т. е. в два раза ниже, чем в Гимназии); у трети (28%) ниже среднего (в СШ 58%, т. е. в два раза выше); уровень выше среднего – у 14% (11% в СШ); уровень 5% высокий (таких учащихся в СШ не выявлено) Наконец, у 3% (7% в СШ) обнаружен низкий уровень. Таким образом, в целом для гимназистов характерен средний уровень, для СШ – ниже среднего.

Задания субтеста 4 «Истории с завершением» вызвали у подростков затруднения. Характер распределения результатов в обеих группах был сходным, у гимназистов он был более численно выражен: высокий и выше среднего уровни не были выявлены; большая часть испытуемых продемонстрировала среднеслабый уровень 63% и 67% (столбцы 5 и 12, Гимназия и СШ соответственно); далее по степени выраженности - средний уровень (36 и 29%, столбцы 4 и 11 соответственно); наконец, низкий уровень – 1% и 4% (столбцы 6 и 12 соответственно).

Таким образом, в ходе исследования было установлено, что уровень прогнозирования целостной картины для большинства испытуемых является среднеслабым.

В табл. 4 представлен ранжир результатов испытуемых по тесту Гилфорда.
Таблица 4.

Ранжир результатов по субтестам (тест Гилфорда)

№ субтеста	Гимназия		СШ	
	ранжир	μ	ранжир	μ
1	2	2,68	1	2,51
2	3	2,49	4	2,15
3	1	2,92	2	2,4
4	4	2,33	3	2,24

Как видно из табл. 4, наиболее выраженными для гимназистов оказались результаты по субтесту 3 «Вербальная экспрессия», затем по субтесту 1 «Исто-

рии с завершением», далее по субтесту 2 «Группы экспрессии» и, наконец, наименее выраженными были результаты по субтесту 4 «Истории с дополнением». Для учащихся СШ наиболее сложными оказались задания субтеста 2, наиболее простым субтест 1. Иными словами, гимназисты показали более высокую осведомленность в вербальных компетенциях и понимании причинно-следственных связей последствий социальных ситуаций взаимодействия. Для учащихся СШ эти результаты были как бы инвертированы: прогнозируемые последствия ими освоены в большей степени, затем вербальная экспрессия; было установлено, что учащиеся больше ориентируются на вербальный контент и поэтому ошибаются в понимании смысла сообщений собеседника, поскольку неверно учитывают невербальные проявления (субтест 2). Описанные выше результаты представлены графически на рис. 2. Максимальные различия в результатах в обеих группах выявлены в субтесте 3 «Вербальная экспрессия», минимальные – в субтесте 4 «Истории с завершением».

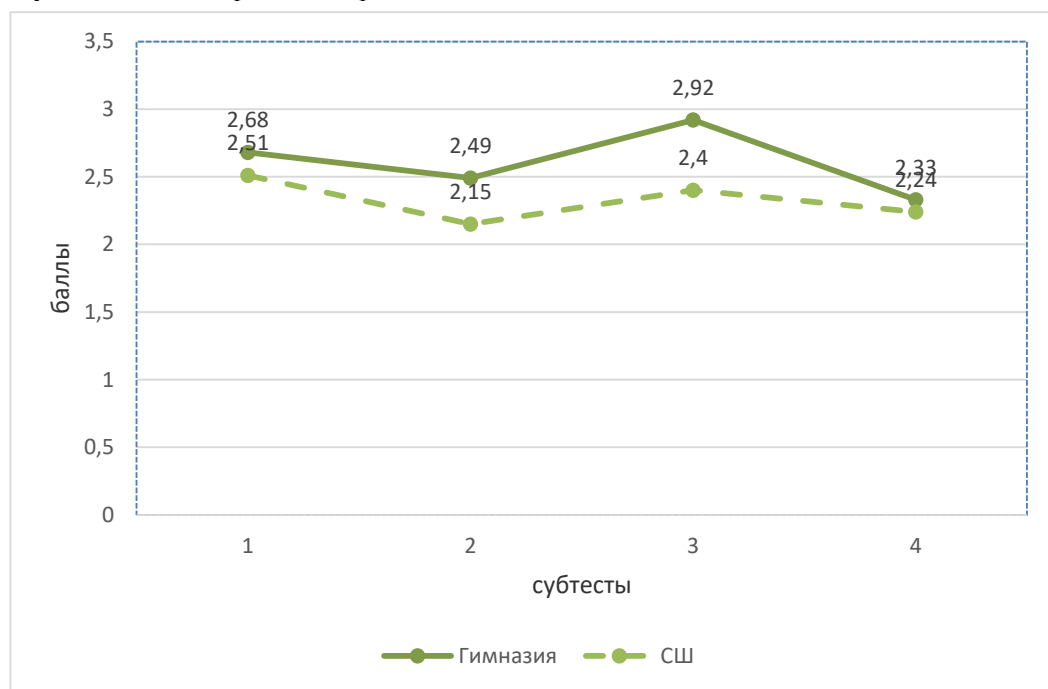


Рисунок 2. Полигон распределения результатов испытуемых по тесту Гилфорда.

Статистический анализ полученных результатов гимназистов и учащихся СШ был осуществлен с помощью программы SPSS. С помощью непараметрического критерия Пирсона были обнаружены положительные и отрицательные связи между значениями по методикам изучения инфантильности и социального интеллекта. Результаты статистического анализа по методикам ($p > 0,01$) представлены в табл. 5.

Таблица 5.

«Результаты статистического анализа по методикам: опросник «Уровень инфантилизма» А.А. Серегинной и тест «Социальный интеллект» Гилфорда

№	Гимназия			СШ		
	сравниваемые результаты		r	сравниваемые результаты		r
	шкалы	субтест		шкалы	субтест	
1	-	1 и 3	0.472	1 и 4		0,476
2	1 и 3	-	0.437	3 и 4	-	0,521
3	3	4	0.306	5 и 6	-	-0,512
4	5	3	0.472	5 и 7	-	0,603
5	6 и 7	-	0.601	6 и 7	-	0,688
6	6 и 8	-	-0.554	-	1 и 2	0,516
7	-	-	-	8	2	-0,306

Как видно из табл. 5, в ходе исследования были выявлены прямые и обратные взаимосвязи слабой и средней степени между полученными результатами испытуемых, подтвердившие выдвинутую гипотезу о наличии взаимосвязи между психологическими особенностями уровня развития психического инфантилизма и социального интеллекта подростков.

Выводы. В ходе исследования было установлено:

1. Психический инфантилизм характерен для большинства подростков; уровень социально-психологического благополучия и материального достатка родителей влияет на уровень выраженности, но не исключает инфантильность подростка;

2. Особенности взаимосвязи психической инфантильности и социального интеллекта зависят от степени их выраженности. В исследовании установлены:

средняя прямая корреляция между параметрами инфантильности для подростков со средним уровнем инфантильности - эмоционально-волевая сфера и ценностные ориентации; средняя обратная корреляция между параметрами зависимость, безответственность, неупорядоченность, хаотичность поведения и преодолевающее поведение;

средняя прямая корреляция между параметрами инфантильности для подростков с высоким уровнем инфантильности и параметрами эмоционально-волевая сфера, ценностные ориентации; эмоционально-волевая сфера и развлечения, гедонизм; позиция иждивенчества, зависимость, безответственность и неупорядоченность, хаотичность поведения; средняя обратная корреляция - рефлексия и позиция иждивенчества, зависимость, безответственность;

корреляция между уровнем психического инфантилизма и социального интеллекта подростков: средняя прямая корреляция между уровнем развития ценностных ориентаций и способностью понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях; рефлексией и вербальной экспрессией (у подростков со средним уровнем развития психического инфантилизма);

низкая обратная корреляция между преодолевающим поведением и способностью к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека (у подростков с высоким уровнем развития инфантильности).

Полученные результаты определяют перспективы и направления дальнейшей работы с подростками: развивать навыки взаимодействия и общения; способность понимать свои действия и поступки других людей в конфликтных ситуациях; развивать умение понимать переживания, возникающие в процессе коммуникации и конструктивно их выражать; развивать способность предвидеть последствия поведения людей в различных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросова М.И., Тимофеева Я.А. Инфантилизм как проблема развития личности // Проблемы современного педагогического образования. 2020. № 69-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/infantilizm-kak-problema-razvitiya-lichnosti> (дата обращения: 05.12.2022).

2. Грачев В.В., Попова Л.А., Ениколопов С.Н. Биопсихосоциальный подход к проблеме психического инфантилизма у подростков // Сибирский психологический журнал, 2012. № 43. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biopsihosotsialnyy-podhod-k-probleme-psihicheskogo-infantilizma-u-podrostkov> (дата обращения: 5.09.2022).

3. Гарднер Г. Теория множественного интеллекта. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2007. 512 с.

4. Давидович А.А. Проблемы современной семьи: психический инфантилизм // Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки: сб. ст. МНПК ТГПУ им. Л.Н. Толстого, 2019. С. 33-34. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42578511> (дата обращения: 25.11.2022).

5. План мероприятий на 2022-2025 годы по реализации Концепции развития психологической службы в системе общего образования и среднего профессионального образования в Российской Федерации на период до 2025 года СК-7-07вн от 20.05.2022 г. : письмо Минпросвещения РФ от 30.05.2022. URL: https://vk.com/wall-145590892_11829 (дата обращения: 25.11.2022).

6. Полякова И.В. Психологические особенности взаимосвязи агрессивности и личностной зрелости подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 1. С. 27-34.

7. Серегина А.А. Социально-психологические условия преодоления инфантилизма у безработной молодежи: дис. ...канд. психол. наук. М., 2006. 250 с.

8. Штрикер Ю.Д. Взаимосвязь социального интеллекта и инфантильности личности // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири, 2021. № 1. С. 119-132. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46132549> (дата обращения: 10.12.2022).

REFERENCES

1. Androsova M.I., Timofeeva Ya.A. Infantilizm kak problema razvitiya lichnosti // Problemy` sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2020. # 69-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/infantilizm-kak-problema-razvitiya-lichnosti> (data obrashheniya: 05.12.2022).

2. Grachev V.V., Popova L.A., Enikolopov S.N. Biopsikhosotsial`ny`j podkhod k probleme psikhicheskogo infantilizma u podrostkov // Sibirskij psikhologicheskij zhurnal,

2012. # 43. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biopsihosotsialnyy-podhod-k-probleme-psihicheskogo-infantilizma-u-podrostkov> (data obrashheniya: 5.09.2022).

3. Gardner G. Teoriya mnozhestvennogo intellekta. M.: OOO «I.D. Vil'yame», 2007. 512 s.

4. Davidovich A.A. Problemy` sovremennoj sem'i: psikhicheskij infantilizm // Socziokul'turnye i psikhologicheskie problemy` sovremennoj sem'i: aktual'ny'e voprosy` soprovozhdeniya i podderzhki: sb. st. MNPK TGPU im. L.N. Tolstogo, 2019. S. 33-34. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42578511> (data obrashheniya: 25.11.2022).

5. Plan meropriyatij na 2022-2025 gody` po realizacii Konceptcii razvitiya psikhologicheskoy sluzhby` v sisteme obshhego obrazovaniya i srednego professional'nogo obrazovaniya v Rossijskoj Federacii na period do 2025 goda SK-7-07vn ot 20.05.2022 g. : pis'mo Minprosveshheniya RF ot 30.05.2022. URL: https://vk.com/wall-145590892_11829 (data obrashheniya: 25.11.2022).

6. Polyakova I.V. Psikhologicheskie osobennosti vzaimosvyazi agressivnosti i lichnostnoj zrelosti podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2022 (22). # 1. S. 27-34.

7. Seregina A.A. Soczial'no-psikhologicheskie usloviya preodoleniya infantilizma u bezrabotnoj molodezhi: dis. ...kand. psikhol. nauk. M., 2006. 250 s.

8. Shtriker Yu.D. Vzaimosvyaz` soczial'nogo intellekta i infantil'nosti lichnosti // Vestnik po pedagogike i psikhologii Yuzhnoj Sibiri, 2021.# 1. S. 119-132. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46132549> (data obrashheniya: 10.12.2022).

9. Aguirre F., Sergi M.J., Levy C.A. Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy // Schizophrenia research, 2008.-Vol. 104. P. 255-264.

10. Galambos, N.L., MacDonald S.W.S., C. Naphtali Cognitive performance differentiates selected aspects of psychosocial maturity in adolescence// Developmental Neuropsychology, 2005.-№ 28(1). - P. 473-492.

11. Steinberg, L. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: a replication in a sample of serious juvenile offenders // Journal of research on adolescence, 2016. - № 16(1) - P. 47-58.

I.V. Polyakova

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE RELATIONSHIP
BETWEEN THE LEVEL OF DEVELOPMENT OF SOCIAL
INTELLIGENCE AND MENTAL INFANTILISM OF ADOLESCENTS
FGBOU IN Smolensk State University (Smolensk).**

Summary. The paper examines the psychological features of the development of social intelligence and the level of development of mental infantilism of adolescents. The purpose of the work was to establish the relationship between these concepts. 123 teenagers who studied in the seventh grade of a shift school and gymnasium in Smolensk took part in the study. The study used the methods of A.A. Seregina "The level of infantilism" and the test "Social intelligence" by Guilford. The average direct relationship between the peculiarities of the development of social intelligence and mental infantilism of adolescents has been established.

Keywords: teenager, social intelligence, mental infantilism, mental maturity, value orientations, emotional-volitional sphere, reflection.

**ПЕРФЕКЦИОНИЗМ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ
И РОДИТЕЛЬСКИЙ СТИЛЬ**¹Петрозаводский государственный университет (Петрозаводск),²Подужемская средняя общеобразовательная школа (Кемь).

Резюме. В исследовании представлены результаты изучения связи между родительским поведением и перфекционизмом старших подростков. Методы исследования: опросник «Шкала Фроста», опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафер. Установлено, что общий уровень перфекционизма подростков имеет значимую связь (на уровне 0.01 по коэффициенту Спирмена) с такими параметрами родительского поведения, как враждебность, директивность и непоследовательность. Материнское поведение в большей мере связано с перфекционизмом старших подростков.

Ключевые слова: старший подросток, перфекционизм, родительский стиль поведения.

Введение. Стремления людей к идеалу и высоким стандартам в своей профессиональной деятельности, внешнем виде, творчестве и спорте и других сферах и сторонах человеческой жизни давно существовали в обществе, лишь менялись идеалы в зависимости от исторической эпохи, культуры, экономического устройства страны и других факторов. Идеалы служат человеку ориентиром в его жизни. В случае, когда идеалы становятся не ориентиром, а целью жизни человека, можно говорить о таком явлении, как перфекционизм, под которым понимается гипертрофированное стремление человека к совершенству и высоким стандартам деятельности. В зарубежной психологии существует несколько моделей, сформированных в рамках разных психологических школ, их подробный обзор представлен в статье Ясной В. А. и Ениколопова С. Н. [5]. Несмотря на различие подходов к изучению перфекционизма, можно выделить основные общие для многих моделей его компоненты: это стремление к совершенству, высокие личные стандарты, организованность, беспокойство по поводу ошибок, тревога при выполнении заданий. Современный исследователь J. Stoeber так описывает перфекционизм «Перфекционизм – многомерная личностная predisposition, характеризующаяся стремлением к безупречности и установлением чрезвычайно высоких стандартов деятельности, сопровождающихся чрезмерно критическими оценками своего поведения» [9, с.1].

В моделях перфекционизма Р. Фроста, Л. Хьюитта и Г. Флетта различают две формы - ориентированный на себя перфекционизм и социально предписанный перфекционизм и два типа (по направленности) перфекционизма: это позитивный и негативный перфекционизм [5, 8]. Позитивный перфекционизм (синонимичные понятия адаптивный, функциональный, здоровый) характеризуется постановкой реалистичных стандартов и/или целей, адекватным отношением к ошибкам, соизмеряет свои способности и силы с поставленной целью. Негатив-

ный (дизадаптивный, дисфункциональный, патологический) перфекционизм проявляется в постановке недостижимых целей, тревогой по поводу прошлых или возможных ошибок, ориентацией на одобрение со стороны и сравнение себя с другими.

Влияет ли семья на формирование перфекционизма? Немногочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов показывают, что такое влияние есть. Так было установлено, что родители-перфекционисты служат моделями научения перфекционистским установкам и формам поведения [3], деструктивный перфекционизм проявляют подростки с дисгармоничным стилем воспитания в семье [2], определено, что воспринимаемые родительские ожидания и критика находятся в связи с социально-ориентированным перфекционизмом [6, 7]

Роль семьи, а точнее родительского стиля в формировании перфекционизма стала предметом нашего исследования

Методы и выборка исследования. Для изучения перфекционизма был использован опросник «Шкала Фроста», адаптация В.А. Ясной и С.Н. Ениколопова [4], опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» адаптированный Л.И. Вассермана, И.А. Горьковой., Е.Е. Ромицыной [1].

Выявление связи перфекционизма старшеклассников и их оценки родительского стиля производилось методом ранговой корреляции Спирмена и методом линейной корреляции Пирсона, с помощью программы PAWS Statistics 18.0.0 (SPSS).

Исследование проводилось на базе двух общеобразовательных школ в районном городе Карелии. В исследовании приняло участие 92 старшеклассника (возраст от 16 до 18 лет), из них 44 девушки и 48 юношей. В ходе поверхностного статистического анализа было выявлено, что в бланке опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» 72 человека указали обоих родителей, 16 человек указали только мать, а 4 – только отца. Высокий уровень перфекционизма по общей шкале у 18 респондентов, низкий - у 21 и средний – у 53 респондентов.

Результаты и обсуждение. Анализ данных методом ранговой корреляции Спирмена и методом линейной корреляции Пирсона показал, что между общей шкалой перфекционизма старших подростков и отдельными параметрами родительского поведения существует значимая связь (табл. 1).

Таблица 1.

Коэффициенты корреляции общей шкалы перфекционизма с родительским поведением

Стиль родительского поведения	мать		отец	
	коэффициент корреляции		коэффициент корреляции	
	по Пирсону	по Спирмену	по Пирсону	по Спирмену
Позитивный интерес	-0,054	-0,077	0,066	0,023
Директивность	0,514**	0,507**	0,294**	0,266*
Враждебность	0,494**	0,508**	0,318**	0,350**
Автономность	-0,250**	-0,256**	-0,230*	-0,197*
Непоследовательность	0,469**	0,419**	0,243*	0,212*

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0.05; ** – корреляция значима на уровне 0.01.

Общий уровень перфекционизма у подростков имеет значимую связь с такими параметрами родительского поведения, как враждебность и директивность: чем выше уровень перфекционизма, тем более выражена директивность в оценках параметров родительского поведения старшеклассниками. Кроме этого, поведение матери, описываемое как «непоследовательность», также находится в значимой связи с перфекционизмом у детей.

Проанализируем материнский и отцовский стили поведения (в восприятии юношей и девушек) отдельно.

Согласно интерпретациям авторов методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним», под директивностью матери юношами понимается жесткий контроль, элементы гиперопеки и демонстративное самопожертвование [1]. Под подростковой оценкой враждебности матери понимается агрессивное и строгое, порой манипулятивное отношение к сыну и чрезмерно подозрительное, отстраненное отношение к дочери. Тесной оказалась связь между перфекционизмом подростков и материнским поведением, которое описывается шкалой «непоследовательность». Непоследовательность матери в глазах подростков проявляется в резком и непредсказуемом поведении, при котором одна тактика сменяется другой вне зависимости от действий ребенка.

Итак, между общей шкалой перфекционизма и такими параметрами материнского поведения, как директивность, враждебность и непоследовательность выявлена значимая прямая связь, что говорит о следующей тенденции: чем выше общий уровень перфекционизма у юноши или девушки, тем выше вероятность их оценки материнского поведения как контролирующего, строгого и/или непоследовательного.

Анализ связи между уровнем шкалы перфекционизма старшеклассников и стилем отцовского поведения показывает прямую значимую связь между общей шкалой перфекционизма и таким параметром отцовского поведения, как враждебность. Враждебность отца понимается детьми как его чрезмерная требовательность и строгость, ориентированность в воспитании на абстрактный образ идеального ребенка.

Связь директивности с общим уровнем перфекционизма по коэффициенту Пирсона значима на 0,01 уровне, а по коэффициенту Спирмена на 0,05, тем не менее она остается статистически значимой. Директивность в поведении отца оценивается юношами как тенденции к лидерству, конструктивным проявлениям власти и адекватным методам воспитания. Девушки рассматривают директивность отца как уверенность и строгость в воспитании, готовность внушать нормы и правила поведения, которые общепризнанны.

Коэффициент связи перфекционизма и непоследовательности в поведении отца значим на уровне 0,05. Непоследовательность отца понимается как крайняя непредсказуемость поведения, несоразмерность реакции и ситуации, которая ее вызвала.

Обратная значимая связь обнаружена между общей шкалой перфекционизма и автономностью в поведении и матери, и отца. Следовательно, чем ниже уровень перфекционизма, тем выше респонденты склонны оценивать автоном-

ность в поведении матери.

Не обнаружена какая-либо значимая связь между перфекционизмом и таким стилем родительского поведения, как позитивный интерес. Под позитивным интересом матери, согласно интерпретациям юношей и девушек, понимается эмоциональное принятие, адекватные способы общения, в отношении дочерей как очень заботливое поведение. Под позитивным интересом в поведении отца понимается наличие принятия ребенка, теплого и доверительного отношения, способность к конструктивному диалогу.

Полученные данные указывают, что в наиболее тесной связи с перфекционизмом подростка находится враждебность и директивность матери ($r=0,508$ и $r=0,507$ по Спирмену) и враждебность отца ($r=0,350$), с директивностью отца связи слабее ($r=0,266$). Это различие может объясняться тем, что восприятие и оценка одних и тех же параметров поведения отличается относительно обоих родителей. Директивность отца представляется как пример конструктивной родительской власти, в которой признается личность ребенка и есть возможность диалога отца и ребенка. Директивность же матери расценивается как поведение, направленное на «сохранение собственного лица», т. е. больше переживаний за свой статус, чем за реальное поведение ребенка, склонность к игнорированию интересов ребенка. Враждебность отца схожа по описанию с директивностью матери: боязнь родителя за свою репутацию, игнорирование интересов ребенка и требовательность, основанная на абстрактном образе идеального ребенка. Таким образом, можно предположить, что высокие коэффициенты прямой корреляции перфекционизма подростков с директивностью матери и враждебностью отца, объясняются тем, что эти параметры похожи по своему содержанию.

Относительно обратной значимой связи автономности и перфекционизма очевиден факт, что отцовская автономность представляется как юношам, так и девушкам как отстраненность отца от семейных проблем, от воспитания ребенка. Материнская автономность юношами описывается как злоупотребление своей властью, нетерпимость возражений при эмоциональном отвержении ребенка как личности, а девушками как отсутствие заботы, требований, участия в воспитании. В коэффициентах корреляции данный факт отразился так: автономность поведения отца имеет меньший уровень значимости связи с перфекционизмом (значима на уровне 0,05), чем автономность поведения матери (значима на уровне 0,01). Значит, увеличение уровня родительской автономности в оценках старшеклассников связано с уменьшением уровня перфекционизма старшеклассников

Более детальный анализ связи между перфекционизмом и стилем родительского поведения позволяет выявить, какие именно составляющие перфекционизма находятся в связи со стилем родительского поведения (табл. 2).

Итак, параметры директивности, враждебность и непоследовательность, которые показали высокий коэффициент корреляции с общей шкалой перфекционизма, при подробном анализе показывают прямую связь конкретно с тремя чертами перфекционизма. Этими чертами являются «обеспокоенность ошибками», «личные стандарты и родительские ожидания», «родительская критика и

сомнения в действиях». Значимость данных девяти коэффициентов на 0,01 уровне, что говорит о высокой достоверности полученных данных.

Таблица 2.

.Коэффициенты корреляции компонентов перфекционизма и параметров материнского поведения

Компоненты перфекционизма	Параметры материнского поведения				
	Позитивный интерес	Директивность	Враждебность	Автономность	Непоследовательность
Обеспокоенность ошибками	-0,24	0,36**	0,58**	-0,25*	0,44**
Личные стандарты и родительские ожидания	0,14	0,56**	0,36**	-0,23	0,41**
Родительская критика и сомнения в действиях	-0,35**	0,43**	0,61**	-0,25*	0,46**
Организованность	0,27**	0,18	-0,05	-0,001	-0,013

Примечания: *корреляция значима на уровне 0.05; **корреляция значима на уровне 0.01.

Директивность матери, как упоминалось выше, подразумевает требовательность и строгость, сообщение своих представлений об «идеальном ребенке». Корреляция с такими компонентами перфекционизма, как «личные стандарты и родительские ожидания», является естественной. Связь директивности и шкал обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях выражена менее явно. Вероятно, данную связь можно объяснить тем, что требовательность матери предполагает ее негативную реакцию на неудачи ребенка.

Враждебность, наоборот, в большей мере связана со шкалами обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях. Так как враждебность предполагает подозрительность при низком принятии ребенка, то данный результат также выглядит вполне естественным.

Непоследовательность, как директивность и враждебность, коррелирует с первыми тремя чертами перфекционизма, но если в случае с директивностью и враждебностью очевиден «перевес» в пользу какой-то одной шкалы, то непоследовательность относительно в равной степени связана со всеми тремя чертами перфекционизма. Возможно, что непредсказуемость поведения родителя вынуждает ребенка подстраиваться под требования родителя, учитывая все возможные варианты его реакции на ту или иную ситуацию.

Автономность показывает обратную значимую связь с такими компонентами, как «обеспокоенность ошибками», «родительская критика и сомнения в действиях». Автономное поведение матери, согласно опроснику, имеет разную оценку со стороны дочери и сына и, если автономность глазами дочери оценивается как нетребовательность и снисходительность, то автономное поведение матери глазами сына оценивается как диктат. В связи с этим полученные дан-

ные об отрицательной связи перфекционизма и автономности матери и у девушек, и у юношей, нуждаются в более подробном изучении.

Особое внимание привлекает появление прямой значимой связи позитивного интереса с такой чертой перфекционизма, как организованность. Вероятно, что старшеклассники, которые высоко оценили свою организованность, так же значительно оценили позитивный интерес в поведении родителей. Так как по Р. Фросту организованность является конструктивной чертой перфекционизма, а позитивный интерес, оцениваемый в поведении матери, говорит сам за себя, то мы можем предположить, что позитивный интерес со стороны матери стимулирует в ребенке собранность.

Таким образом, более подробный анализ связи параметров поведения матери позволяет сделать следующие выводы. Преобладание в оценке старшеклассников родительского поведения параметров директивности, враждебности и непоследовательности связано с такими проявлениями перфекционизма как обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях, родительские ожидания и личные стандарты. Автономность с этими же чертами перфекционизма показала наличие обратной связи. Обнаружена связь организованности и позитивного интереса, что является положительным признаком, так как позволяет сделать предположение о связи между конструктивными чертами перфекционизма и эмоциональным принятием ребенка со стороны матери.

Корреляции между чертами перфекционизмом подростков и стилем поведения отца отражены в табл. 3.

Таблица 3.

Коэффициенты корреляции компонентов перфекционизма и параметров отцовского поведения

Компоненты перфекционизма	Параметры отцовского поведения				
	Позитивный интерес	Директивность	Враждебность	Автономность	Непоследовательность
Обеспокоенность ошибками	-0,23	0,10	0,58**	-0,30*	0,29*
Личные стандарты и родительские ожидания	0,19	0,45**	0,27*	-0,21	0,29*
Родительская критика и сомнения в действиях	-0,10	0,11	0,37**	-0,14	0,24
Организованность	0,32*	0,26*	-0,047	0,074	-0,073

Примечания: *-корреляция значима на уровне 0.05; **-корреляция значима на уровне 0.01.

Выраженная связь директивности в поведении отца только со шкалой личные стандарты и родительские ожидания подтверждает тот факт, что под директивностью отца понимается конструктивная родительская власть, принятие ребенка как личности, регуляция поведения ребенка адекватными методами.

Связь директивности и шкал обеспокоенность ошибками, родительская критика и сомнения в действиях выражена слабо и не является статистически значимой.

Враждебность, оцениваемая старшеклассниками в поведении отца, связана сильнее со шкалами обеспокоенности ошибками и родительской критикой и сомнениями в действиях, так как под враждебностью отца понимается упорное следование традиционным представлениям о роли отца в семье, следование культурным представлениям об образцовом ребенке, невнимание к объективным успехам и достижениям ребенка. Соответственно, сравнение отцом реального поведения, личностных особенностей ребенка с образцом, который транслируется окружением, обществом, культурой, может привести к озабоченности ребенка своими ошибками и общей неуверенности.

Связь непоследовательности с первыми двумя чертами перфекционизма менее выражена, но значима. Вероятно, чередование различных реакций и заострение внимания родителя на критике действий ребенка или, наоборот, игнорирование их способствует адаптации поведения ребенка под настроение родителя методом предусмотрительности всех своих действий.

Автономность имеет обратную значимую связь с обеспокоенностью ошибками. Так как автономность отца как девушками, так и юношами оценивается как безразличное отношение к ребенку, выполнение формальных функций родительства и отстраненность от семьи, то маловероятно, что переживания по поводу ошибок имеют место.

Характерной является прямая значимая связь позитивного интереса и директивности в поведении отца с такой чертой перфекционизма, как организованность. Организованность как черта перфекционизма связана с пунктуальностью, аккуратностью, собранностью ребенка и является конструктивным проявлением перфекционизма. Вероятно, что высокая директивность отца является фактором, который помогает ребенку структурировать свою деятельность, регулировать поведение.

Итак, директивность отца в большей мере связана с личными стандартами и родительскими ожиданиями, автономность же показала наличие обратной связи с такой чертой перфекционизма, как обеспокоенность ошибками. Обнаруженная связь между таким компонентом перфекционизма, как «организованность» с позитивным интересом и директивностью в родительском поведении отца позволяет предположить, что такое сочетание в поведении отца положительно влияет на способность ребенка к организации своей деятельности.

Выводы.

1. Существует связь между перфекционизмом старших подростков и директивностью, враждебностью и непоследовательностью в поведении родителей.

2. Автономность в поведении и матери, и отца имеют обратную значимую связь с перфекционизмом старших подростков.

3. Позитивный интерес отца не имеет связи с общей шкалой перфекционизма, а матери связан с такой составляющей перфекционизма, как «организованность».

4. Директивность, враждебность и непоследовательность материнского по-

ведения имеют прямую значимую связь с такими компонентами перфекционизма как обеспокоенность ошибками, личные стандарты и ожидания, родительская критика и сомнения в действиях.

5. Материнское поведение в большей мере связано с перфекционизмом старших подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. СПб.: ФАРМиндекс, 2001. 68 с.

2. Ларских М.В., Удалых И.А. Зависимость уровня и типологии перфекционизма подростков от типа негармоничного воспитания в семье // Инновации в науке. 2015. № 45. С. 119–126. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23604489> (дата обращения: 28.03.2021).

3. Максименкова Л. О. Роль родительского влияния в формировании и развитии перфекционизма // Фундаментальные научные исследования: теоретические и практические аспекты. Сб. мат-лов V Международной науч.-практ. конф. 2017. С. 247–249. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32452564> (дата обращения: 28.03.2021).

4. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Апробация шкал измерения перфекционизма на российской выборке // Психологическая диагностика. 2009. № 1. С. 101–120.

5. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Современные модели перфекционизма // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 29. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.03.2021).

REFERENCES

1. Vasserman L.I., Gor'kovaya I.A., Romiczy`na E.E. Psikhologicheskaya metodika «Podrostki o roditelyakh» i ee prakticheskoe primeneniye. SPb.: FARMindeks, 2001. 68 s.

2. Larskikh M.V., Udaly`kh I.A. Zavisimost` urovnya i tipologii perfekczionizma podrostkov ot tipa negarmonichnogo vospitaniya v sem`e // Innovaczii v nauke. 2015. # 45. S. 119–126. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23604489> (data obrashheniya: 28.03.2021).

3. Maksimenkova L. O. Rol` roditel`skogo vliyaniya v formirovanii i razvitiie perfekczionizma // Fundamental`ny`e nauchny`e issledovaniya: teo-reticheskie i prakticheskie aspekty`. Sb. mat-lov V Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. 2017. S. 247–249. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32452564> (data obrashheniya: 28.03.2021).

4. Yasnaya V.A., Enikolopov S.N. Aprobacziya shkal izmereniya perfekczionizma na rossijskoj vy`borke // Psikhologicheskaya diagnostika. 2009. # 1. S. 101–120.

5. Yasnaya V.A., Enikolopov S.N. Sovremenny`e modeli perfekczionizma // Psikhologicheskie issledovaniya. 2013. T. 6. # 29. S. 1. URL: <http://psystudy.ru> (data obrashheniya: 01.03.2021).

6. Damian, L. E., Stoeber, J., Negru, O., & Băban, A. On the development of perfectionism in adolescence: Perceived parental expectations predict longitudinal in-

creases in socially prescribed perfectionism // Personality and individual differences. Vol. 55 (6). P. 688–693. –URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/10638038.pdf> (дата обращения: 21.03.2021).

7. Domocus I. M., Damian L. E. The role of parents and teachers in changing adolescents' perfectionism: A short-term longitudinal study// Personality and individual differences. 2018. Vol.131. P. 244–248. – URL:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.05.01> (дата обращения: 17.02.2021). –

8. Stoeber J. How Other-Oriented Perfectionism Differs from Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism: Further Findings // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2015. Vol. 37 P. 611–623. – URL: <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9485-y> (дата обращения: 17.02.2021).

9. Stoeber, J. The psychology of perfectionism: Theory, research, applications. Routledge, London, 2018 – P. 3-16.

URL: <https://kar.kent.ac.uk/59772/1/Stoeber%20%282018%29%20BC%20-%20Introduction.pdf> (дата обращения 22.02.2021).

L.I. Teplova¹, A.A. Shevchuk²

PERFECTIONISM OF HIGH SCHOOL TEENAGERS AND PARENTAL STYLE

¹Petrozavodsk State University (Petrozavodsk), ²Poduzhemskaya secondary school (Kem).

Summary. The research presents the results of studying the relationships between parenting behavior and perfectionism in high school teenagers. The research methods are "Frost scale" questionnaire, the adaptation of V.A. Yasnoy and S.N. Enikolopova, E. Shafer's questionnaire "Behavior of parents and teenagers' attitude towards them", adapted by L. I. Wasserman, I. A. Gorkova, E. E. Romitsyna. It was found that the general level of teenagers' perfectionism has a significant connection (at the level of 0.01 according to Spearman's coefficient) with such parameters of parental behavior as hostility, directiveness and inconsistency. Maternal behavior is more associated with the perfectionism of high school teenagers.

Keywords: high school teenager, perfectionism, parental style of behavior.

УДК 614.253.81

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПОДРОСТКОВ С «ПОГРАНИЧНЫМ
ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ» В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ
СТАЦИОНАРЕ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ****Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского» (Москва).³**

Резюме. На основе клинической оценки всей когорты подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в 2021-2022 гг. и соответствующих диагностическим критериям «пограничного личностного расстройства» по МКБ-11, определены клинические особенности симптоматики, коморбидные соотношения и подходы к курации, позволяющие предварительно говорить о возможности выделения «подросткового» подтипа пограничного личностного расстройства в рамках дименсиональной модели личностных расстройств для индивидуализации помощи данному контингенту больных.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, подростки, коморбидность, МКБ-11.

Пограничное личностное расстройство (ПРЛ) являет собой яркий пример «новой реальности» в психиатрии, вступающей в конфронтацию с классическими канонами и традициями клинической практики. Крайне показательно представленное во многих современных руководствах и парафированное в МКБ-11, клинически малосодержательное определение ПРЛ как «первазивного паттерна нестабильности в межличностных отношениях, образе себя, аффектах и повышенной импульсивности», где под первазивностью понимается относительная устойчивость набора определенных дизадаптивных личностных черт («traits») [30].

На наш взгляд, в этом находит свое отражение длящийся последние десятилетия процесс «размывания» клинического подхода в современных классификациях с дрейфом, в том числе, в сторону преобладающего использования при описании психопатологических расстройств семантически психологизированного контекста номенклатуры понятий [1]. Вкупе с этим операциональное обращение к труднопереводимому на русский язык понятию нарушения так на-

³**Конфликт интересов:** не заявлен.

Вклад авторов: **Корень Е.В.** – сбор материала, обработка, написание текста, утверждение рукописи для публикации; **Куприянова Т.А.** – проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Работа выполнена в рамках Государственного задания «Разработка стационарных и динамических прогностических маркеров расстройств аффективного спектра и шизоаффективного расстройства на основе клинико-патогенетических нейробиологических и психопатологических исследований». Регистрационный номер 121041300179-3.

зываемого «селфа» («self») с неопределенными клиническими границами и содержанием как стержневому расстройству при ПРЛ имеет явную отсылку к ранее доминировавшим психоаналитически ориентированным подходам [18].

В текущем «временном срезе» ПЛР относится к числу психических расстройств, вызывающих наибольший интерес как с клинических, так и с теоретических позиций. ПРЛ считается наиболее часто встречающимся в клинической практике личностным расстройством, на порядок опережая ряд других по уровню диагностирования [27], а количество публикаций, посвященных ПЛР за последние несколько десятилетий, стало рекордным по отношению к остальным категориально диагностируемым личностным расстройствам [7].

В DSM-5 и МКБ-11 ПРЛ рассматривается как устойчивый набор дизадаптивных личностных черт, определяющих специфический тип патохарактерологического личностного реагирования. Примечательно, что, несмотря на всю революционность предложенных изменений, связанных с отказом от категориального подхода в диагностике личностных расстройств, разработчики МКБ-11 сохранили «пограничный паттерн» как дополнительный спецификатор, пойдя тем самым на нарушение предложенной стройной системы из 5 доменов личностных черт [3].

Следует также отметить гетерогенность предложенного конструкта ПРЛ при использовании имеющихся в МКБ-11 диагностических указаний, согласно которым наличие для достижения диагностического порога 5 из 9 политетических признаков может давать в совокупности 151 вариант клинически значимых комбинаций, некоторые из которых могут не иметь общих симптомов [26], а в качестве диагностического критерия парадоксальным образом допускается возможность формирования в структуре «пограничного» патохарактерологического реагирования преходящих нарушений психотического регистра и диссоциативных симптомов [30].

Кроме того, исходя из представленной в МКБ-11 модели личностных расстройств, недвусмысленно заявляется об их лишь «относительной» устойчивости в зрелом возрасте, что фактически дезавуирует использование общепризнанных «ганнушкинских» критериев диагностики личностного расстройства, оправдываемым кураторами разработки МКБ-11 из Всемирной организации здравоохранения постулируемым усилением фокуса на «клинической применимости» классификации и индивидуализации терапевтических подходов применительно к больным с аномальным личностным функционированием [21].

В подростковой клинической практике проблема ПРЛ находит свое специфическое преломление. Наряду с широким распространением в последние годы таких клинико-социальных феноменов, как самоповреждающее поведение, расстройства пищевого поведения, недовольство внешностью, проблемы гендерной идентичности, наличие разного рода «сущностей», стремление «иметь» психиатрический диагноз и др., фиксируется резко возросшее за последние несколько лет число обращений за помощью детей и подростков с различными психическими расстройствами, у которых, помимо основных клинических проявлений, выявляется констелляция клинических признаков, в той или иной степени соответствующая критериям ПРЛ, что коррелирует с наблюдаемым нами значитель-

ным увеличением числа госпитализаций подростков с симптомами ПЛР [2].

Как подтверждение существующей тенденции, целый ряд обширных эпидемиологических исследований, основанных на клинических реестрах и национальных базах данных, фиксирует стабильный прирост требующих терапевтического вмешательства случаев данного расстройства [6, 10, 20].

В МКБ-10 ПЛР признается как клиническая реальность, и как диагностическая рубрика рассматривается в разделе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» как «пограничный тип» (под шифром F60.31) эмоционально неустойчивого расстройства личности МКБ-10. Согласно существующим в России правилам, отнесение ПЛР к «взрослому» разделу формально препятствует диагностике этого расстройства в детско-подростковом возрасте, что затрудняет своевременную диагностику и проведение соответствующих терапевтических вмешательств [2].

Помимо признания, вопреки постулатам МКБ-10 и сложившейся отечественной практике пользования международной классификацией, самого факта релевантной диагностики ПЛР в подростковом возрасте, и отсутствия к настоящему времени исчерпывающего объяснения отчетливого роста числа подростков с симптомами ПЛР, вероятно требующего пересмотра роли социальных факторов в формировании «новой» психопатологии, большинство профессионалов в области психического здоровья детей и подростков сходятся во мнении о возможности формирования ПЛР в подростковом возрасте (IASAPAR, 2012) [9].

Формально, дебатировавшийся несколько десятилетий вопрос о возможности формирования ПЛР в подростковом возрасте был решен к моменту принятия ревидированной версии ДСМ-4 в 2000 г. как результат накопления научных данных, показавших, что симптомы ПРЛ могут иметь конструктивную валидность и быть надежно идентифицированными у подростков [19]. В данной классификации впервые появилась четкая ссылка на возможность диагностики данного расстройства в пубертатном возрасте с использованием аналогичных взрослым больным категориальных ранговых критериев [13].

Согласно проведенным исследованиям, диагноз ПРЛ может быть надежно определен уже начиная с 11 лет [31], с достижением пика частоты симптоматики к 14 годам [11], несмотря на существование так называемого «культурального порога» в интерпретации симптомов ПЛР в разных странах, определяемого как индивидуальными и коллективными профессиональными предпочтениями специалистов в разных странах, так и культуральной спецификой репрезентации симптомов самими пациентами [9].

Подобная смена «парадигмы» может свидетельствовать о преодолении имевших место среди клиницистов «негативных» стереотипов («reluctance») в отношении возможности диагностики ПЛР в данной возрастной группе [23], связанных с субъективным диагностическим «замещением» на коморбидную или ошибочно диагностируемую, как правило, аффективную патологию и наличием объективных трудностей дифференцировки от утрированных вариантов «нормального» развития и постстрессовых расстройств, вплоть до высказывания «пограничной» точки зрения о наличии «ПРЛ-черт» как имманентной ха-

рактеристики подросткового возраста [16] и «нормативном» усилении неадаптивных личностных черт в пубертате [24].

По некоторым оценкам, устойчивый паттерн «пограничного» личностного реагирования у подростков встречается даже чаще, чем во взрослом возрасте [12]. Значительный корпус данных свидетельствует о наличии клинических особенностей проявления ПРЛ у подростков в виде колебаний уровня выраженности и характерного клинического профиля симптоматики со склонностью к более частой презентации «острых» симптомов ПЛР, таких как повторные самоповреждения и суицидальное поведение вкупе со вспышками гнева и эмоциональной нестабильностью [4, 23], доминирования тех или иных диагностических критериев ПЛР на разных этапах развития [17] и наличия симптомов, почти исключительно ассоциированных с подростковым возрастом, таких как чувство пустоты, флуктуации в самовосприятии и зависимость от специфических взаимоотношений для поддержания чувства идентичности [15].

Эти сообщения заслуживают особого внимания, поскольку делают оправданными клинические предположения о возможности рассмотрения наличия симптомов ПРЛ у подростков как своего рода эпифеномена, или даже наводят на мысль о правомерности выделения в ряде случаев как относительного самостоятельного, «подросткового подтипа» ПРЛ, со всей очевидностью требующего дальнейшего изучения.

На практике до настоящего времени сохраняется сопротивление части специалистов в сфере охраны психического здоровья детей и подростков к постановке данного диагноза. Ситуация усугубляется фиксируемым с начала ковид-эпидемии значительным ростом числа обращений за помощью подростков с симптомами ПЛР, причём значительная часть из них нуждается в стационарном лечении. Крайне актуальными остаются вопросы коморбидности данного расстройства у подростков, что создает существенные трудности для раннего распознавания, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и успешной курации данной категории больных.

Цель исследования. С целью изучения особенностей коморбидных и клинических соотношений ПЛР клинически обследованы все подростки в возрасте с 11 до 17 лет, госпитализированные в детское отделение Московского НИИ психиатрии в 2021-2022 гг. и соответствующие диагностическим требованиям для постановки диагноза ПЛР по МКБ-11. Средний возраст пациентов 16,6 лет.

Результаты: Временной период от начала появления симптомов до обращения за помощью и установления диагноза ПЛР составил 2,8 лет. У всех 74 обследованных подростков (женского пола 72 пациента) наблюдались коморбидные расстройства. Комплексная коморбидность – у 31 (43%) больных. Наличие «буллинга» в анамнезе имело место в 47 (63,5%) наблюдениях. Тревожные и постстрессовые расстройства предшествовали клинической манифестации симптомов ПЛР в 64 (86,5%) случаях.

- Самоповреждающее поведение и суицидальные попытки отмечались у 58 (78,4%) пациентов.

- Проблемы самоидентификации, включая вопросы гендерных предпочте-

ний, наблюдались у 56 (75,7%) подростков.

- Трудности в межличностных отношениях, включая страх «быть покинутым», у 64 (86,5%) больных.

- Диссоциативные симптомы определялись у 41 (55,4%) больного, из них у 23 (31,1%) симптомы, ассоциируемые со слуховыми обманами восприятия, включая жалобы на «голоса». Диссоциативное расстройство идентичности (идентификация себя как «мы», «множественные личности», «сущности») - в 12 (16,2%) случаях.

- Клинически значимые проявления различных нарушений пищевого поведения – 16 (21,6%) наблюдений.

С позиций оценки краткосрочной терапевтической динамики за период пребывания в отделении существенного улучшения в виде прекращения самоповреждений, стабилизации аффективного фона, купирования тревожных проявлений и установления у подростков позитивных в терапевтическом отношении установок удалось достичь в 65 (87,8%) клинических наблюдениях. По клиническому впечатлению, наибольшие трудности курации наблюдались у больных с массивной диссоциативной симптоматикой, стойкой «гендерной дисфорией» и наблюдаемой тенденцией к использованию патологических психологических защитных механизмов по типу обесценивания, отрицания и проактивной идентификации.

Обсуждение: Как представляется, проведение сплошной клинической оценки госпитализированных за 2 года подростков несомненно повышает научную ценность полученных результатов.

Обращает на себя внимание абсолютное преобладание пациентов женского пола, что, с одной стороны, укладывается в существующую тенденцию [14], а с другой, – предположительно ассоциируется с дополнительным присутствием истерических черт и диссоциативных симптомов. Подавляющее доминирование жалоб на «тяжелую депрессию» и «апатию» и самодиагностируемую «биполярочку» предположительно отражает культуральную специфику презентации симптомов пациентами.

Несмотря на обилие стереотипно повторяемых пациентами жалоб на «депрессию», анализ структуры состояния указывает на неустойчивость настроения с доминированием аффектов злости и раздражения, часто усиливающихся при попытках более детального расспроса касательно переживаний, при отсутствии признаков нарушений витальности в виде физических сенсаций («сене-стопатий»), колебаний суточного ритма, изменений веса, ранних пробуждений и т. д., что является ключевым моментом в дифференциальной диагностике, помимо наблюдавшихся, не характерных для депрессии, нарушений сна и выраженной изменчивости тяжести симптомов. Есть основания полагать, что сообщаемые пациентами депрессивные симптомы, достаточно часто ошибочно интерпретированные ранее специалистами как клинически выраженная депрессия, имеют отношение к симптоматике самого ПЛР, либо речь может идти об их коморбидном сочетании [25].

Также очевидным представляется наличие специфического, отличного от

биполярного, паттерна аффективной нестабильности [22,] при отсутствии достаточных клинических оснований для диагностики БАР, несмотря на настоячивые, иногда даже категоричные, заявления подростков о наличии у них «биполярного расстройства», что лишний раз подчеркивает значение достоверных анамнестических данных и следование формальным диагностическим критериям МКБ в верификации диагноза данного расстройства [22].

Достаточно длительный период между возникновением симптомов и установлением диагноза ПРЛ скорее отражает трудности раннего распознавания на ранних этапах формирования и заострения патологических черт и сопряженную с этим характерную историю ошибочно установленных диагнозов, вплоть до шизофрении, при сочетании с «голосами» и «сущностями» диссоциативного характера, закономерно ведущую к неуспешным попыткам лечения, что может указывать на неготовность соответствующих служб психиатрической помощи детям и подросткам к массовому появлению больных с симптомами ПРЛ. При этом, согласно дименсиональному подходу, следует учитывать обширный субпороговый контингент подростков, по имеющимся публикациям, также требующий вмешательства в силу выраженного негативного влияния на социальное функционирование [3].

Выявленная значительная частота самоповреждающего поведения считается «визитной карточкой» ПРЛ у подростков [4], и может быть объяснена стационарным контингентом больных. Хотя, по современным данным, встречается лишь у половины больных и не рассматривается в качестве патогномоничного для ПРЛ симптома [32].

На практическом уровне одним из прототипических маркеров риска формирования ПРЛ у подростков может оказаться выявленный высокий уровень случаев «буллинга» в анамнезе, что находит свое подтверждение в имеющейся литературе [29].

Важной находкой является сочетание во всех случаях симптомов ПРЛ с другими психическими расстройствами, как предшествующими формированию, так и сосуществующими, что поднимает вопрос о формировании ПРЛ у подростков как результата «поломки» вследствие раннего психотравмирующего опыта, или как усиления имеющейся «уязвимости», связанной с негативной аффективностью и наличием нейротических черт с началом пубертата. По данным литературы, предпочтительным по-прежнему считается рассмотрение механизмов формирования ПРЛ у подростков в рамках «стресс-диатез» модели [5].

Высокий процент больных с выраженным клиническим улучшением указывает на принципиальную курабельность ПРЛ с началом в подростковом возрасте, что критически расходится с преобладающими воззрениями в отношении терапевтических возможностей стабилизации «взрослого» ПРЛ [8]. С эвристических позиций, одним из объяснений может служить констатация более значимой стрессогенной роли в декомпенсации состояния у подростков внешних адверсивных факторов, связанных с гиперсенситивностью в интерперсональных отношениях со сверстниками и семейным контекстом, реализуемая по типу проспективного взаимодействия устойчивой, преимущественно нейротически

обусловленной предрасположенности («группе») к данному типу реагирования с ситуационными стрессорами [28].

Таким образом, массивность клинических проблем у подростков с ПЛР требует повышенного внимания со стороны специалистов в сфере психического здоровья детей и подростков. Выявленный клинический профиль симптоматики и коморбидных расстройств, а также ответ на терапию отличается от взрослых пациентов с ПРЛ и свидетельствует в пользу рассмотрения ПЛР с началом в подростковом возрасте как относительно самостоятельного подтипа и оправданности использования дименсионального подхода как основы для разработки индивидуализированных терапевтических вмешательств применительно к данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Актуальные вопросы классификации в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 1. С.27-34.

2. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Пограничное личностное расстройство в детском психиатрическом стационаре // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (2). № 4. С. 87-95.

REFERENCES

1. Koren` E.V., Kupriyanova T.A. Aktual`ny`e voprosy` klassifikaczii v detskoj psikhiiatrii v perspektive prinyatiya MKB-11 // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2018 (18). # 1. S.27-34.

2. Koren` E.V., Kupriyanova T.A. Pogranichnoe lichnostnoe rasstrojstvo v detskom psikhiiatricheskom staczionare // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (2). # 4. S. 87-95.

3. Bach B., First M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders // BMC Psychiatry. 2018. (18) 351 p.

4. Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults // Am J Psychiatry. 2002 15 Pp. 2042–2047.

5. Belsky D.W., Caspi A., Arseneault L. et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children // Dev Psychopathol. 2012 Feb;24(1):251-65. doi: 10.1017/S0954579411000812. PMID: 22293008; PMCID: PMC3547630.

6. Bernstein D., Cohen P., Velez C., Schwab-Stone M., Siever L., Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community based survey of adolescents // Am J Psychiatry. 1993 150(8). Pp. 1237–1243.

7. Blashfield R.K., Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders // American Journal of Psychiatry, 2000. 157. Pp. 472-473.

8. Bo S., Vilmar J. W., Jensen S. L., Jørgensen M. S. et al. What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model // Current Opinion in Psychology, 2021. 37, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.008>

9. Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J. Borderline personality disorder / In book:

IACAPAPe-Textbook of Child and Adolescent mental Health Chapter. Publisher: IACAPAP. 2012. Geneva, Editors: Rey J.M. pp. Chapter H.4. - 18 p.

10. Cailhol L., Pelletier É., Rochette L. et al. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001–2012 // *Can J Psychiatry*. 2017 62(5). Pp 336–342.

11. Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Callahan S., Mullet E. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students // *Can J Psychiatry*. 2001 46(9). Pp 847–849.

12. Chanen A.M., McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence // *The British Journal of Psychiatry*. 2013 202(s54). P. s24-s29.

13. Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders // *J Consult Clin Psychol*. 2004 72. Pp. 126–31.

14. Haltigan J.D., Vaillancourt T. Identifying trajectories of borderline personality features in adolescence: antecedent and interactive risk factors // *Can J Psychiatry*. 2016 61(3). Pp. 166–175.

15. Hopwood C.J., Newman D.A., Donnellan M.B. et al. The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder // *J Abnorm Psychol*. 2009 118. Pp. 806–15.

16. Iliffe S, Williams G, Fernandez V, Vila M, Kramer T, Gledhill J, Miller L: Treading a fine line: is diagnosing depression in young people just medicalising moodiness? *Br J Gen Pract* 2009, 59:156-157.

17. Kaess M., von Ceumern-Lindenstjerna I.A., Parzer P., Chanen A., Mundt C., Resch F., Brunner R. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder // *Psychopathology*. 2013 46. Pp. 55–62.

18. Kernberg O. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1976. 24. Pp. 795–829.

19. Miller A.L., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents // *Clinical Psychology Review*. 2008 28. Pp. 969-981.

20. Orts Clemmensen L., Olrik Wallenstein Jensen S., Zanarini M.C., Skadhede S., Munk-Jorgensen P. Changes in treated incidence of borderline personality disorder in Denmark: 1970-2009 // *Can J Psychiatry*. 2013 58(9). Pp. 522–528.

21. Reed G., First M. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):3-19. doi: 10.1002/wps.20611

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

23. Sharp C., Fonagy P. Practitioner review: borderline personality disorder in

adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice // J. Child Psychol Psychiatry. 2015 56(12). Pp. 1266–1288.

24. Sharp C, Vanwoerden S, Wall K: Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018, 41:669-683.

25. Skodol A.E., Stout R.L., McGlashan T.H. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) // *Depress Anxiety*. 1999 10. Pp. 175-182.

26. Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J., Siever L.J. The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure // *Biol Psychiatry*. 2002. 51. Pp. 936–50.

27. Torgersen J. Epidemiology / In: Oldham J., Skodol A.E., Bender D.S. Textbook of personality disorders. - Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2005. Pp. 129–41.

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

29. Wolke D., Schreier A., Zanarini M. et al. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study // *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53:846–55.

30. World Health Organization. ICD-11 guidelines. <https://gcp.network/en/>

31. Zanarini M.C., Horwood J., Wolke D., Waylen A., Fitzmaurice G., Grant B.F. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults // *J Pers Disord*. 2011 25(5). Pp. 607–619.

32. Zimmerman M., Lena Becker L. The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior // *Psychol Med*. 2022 Jul 29;1-8. doi: 10.1017/S0033291722002197.

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

CLINICAL PROFILE OF INPATIENT ADOLESCENCES

WITH «BORDERLINE PERSONALITY DISORDER»: PILOT STYDY

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

Summary. Based on clinical assessment of all cohort of inpatient adolescents admitted in 2021-20222 and met ICD-11 criteria for «borderline personality disorder» were revealed converging profile of clinical features, comorbidity interrelations and convincing response on treatment encouraging assumption for consideration in some cases borderline personality disorder in adolescence as specific fledged “adolescent” subtype contrasting with adult presentation and testify in favor of dimensional frameworks for diagnosis to develop individualized treatment approaches targeting on this group of patients.

Keywords: borderline personality disorder, adolescents, comorbidity, mental disorders, ICD-11.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПЕРЕЖИВАНИЙ В ХОДЕ КОМПЛЕКСНОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский универси-
тет» (Смоленск).**

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного дифференцированного (в зависимости от фактора сиротства) изучения динамики травматических переживаний у подростков, впервые поступивших в социально-реабилитационный центр. Полученные данные позволяют говорить о разной картине критериев травматических проявлений в группах сравнения и различиях в динамике их купирования в ходе предложенной психокоррекционной работы, что определяет персонифицированный вектор оказания психологической помощи. Результаты сопоставлены с другими данными комплексного обследования воспитанников, что позволило оценить в целом эффективность предложенных медико-психологических мероприятий, направленных на улучшение адаптационных возможностей данного контингента.

Ключевые слова: воспитанники социально-реабилитационного центра; динамика травматических переживаний; алгоритм медико-психологической помощи.

Введение. Трудные жизненные ситуации, в которых оказываются воспитанники учреждений социальной защиты, представляют собой особые случаи психологических, социально-психологических и медико-психологических ситуаций, что в конечном итоге определяет специфику детско-подростковой психотерапии и психокоррекции данного контингента – она находится на пересечении психологических, клинико-психиатрических, социальных и педагогических координат. Однако вопросы оказания медико-психологической помощи детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в настоящее время проработаны недостаточно.

С позиций концепции реляционных расстройств, стрессовые события могут не только приводить к известным в клинической практике нарушениям адаптации, но и трансформироваться в многообразные смещенные во времени реакции. При этом в провоцирующих ситуациях стрессовые переживания, пусть и в видоизмененной форме, могут проявляться вновь [14].

Согласно МКБ-10 (класс XXI: факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения, которые отражены в рубриках) поступление в учреждения социальной защиты может быть расценено как новое стрессовое событие, в свою очередь, приводящее к новым нарушениям адаптации у детей и подростков, имевшим в прошлом психические травмы [2]. В связи с этим представляет интерес изучение характера травматических переживаний при поступлении детей и подростков в реабилитационный центр для оказания своевременной дифференцированной (в зависимости от фактора сиротства) медико-психологической помощи и предупреждения в дальнейшем у данного

контингента признаков социально-психологической дизадаптации.

Цель работы – изучить динамику травматических переживаний в ходе реализации предложенного алгоритма комплексной медико-психологической помощи в зависимости от фактора сиротства у подростков, впервые поступивших в социально-реабилитационный центр.

Материал и методы. В результате сплошного психопатологического обследования воспитанников учреждений социальной защиты (263 человека) было выделено две группы подростков с повышенным риском социальных девиаций, различающихся по фактору сиротства. В 1-ю основную группу (41 человек) вошли сироты (истинные и социальные), а во 2-ю основную группу (41 человек) – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшиеся в социально-реабилитационном центре в силу трудной жизненной ситуации. В ходе проведенного ранее обследования данного контингента нами была обозначена необходимость их комплексного дифференцированного медико-психологического сопровождения по следующим выделенным психологическим мишеням – последствиям травматических переживаний, алекситимическим проявлениям, копинг-стратегиям поведения, структурным проявлениям агрессивности и враждебности [1, 4, 7-13]. В ходе проведенного исследования был разработан алгоритм оказания комплексной медико-психологической помощи по обозначенным мишеням. Подростки-сироты (I группа) и подростки, проживающие в семьях (II группа) проходили курс психокоррекции, который включал 10 индивидуальных сессий и 5 групповых занятий с привлечением родителей/опекунов. Длительность каждой сессии от 40 до 60 мин.

В данной статье представлены результаты сравнительного изучения динамики травматических переживаний у подростков социально-реабилитационного центра в зависимости от фактора сиротства до и после психокоррекции.

Для оценки клинической и социально-психологической картины травматических переживаний использовано полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПТВПСД), разработанное А.И. Щепиной и А.В. Макачук (2004). Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев А, В, С, D, и F (ПТСР DSM-IV). Для ответов детей были использованы шкалы Ликерта («да» – «не знаю» – «нет» либо «никогда» – «один раз за последний месяц» – «более одного раза за последний месяц»). Общий индекс ПТВПСД показывает общий уровень выраженности посттравматического стресса, в целом отражая тяжесть последствий травматического события [5, 6].

Перед началом исследования было получено добровольное информированное согласие со стороны родителей, опекунов и представителей СЗУ. Диагностика психических нарушений произведена по МКБ-10 (редакция 2003 г.).

Этический аспект. Исследование проведено в соответствии с протоколом, согласованным с независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет». Исследование проведено с согласия руководителя социально-реабилитационного центра «Феникс», который являлся уполномоченным представителем детей и подростков, включенных в исследование.

Статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 с поправкой Йетса, критерию Стьюдента [3].

Результаты. Ранее представленные результаты сравнительного изучения клинических и социально-психологических последствий травматических переживаний у воспитанников учреждения социальной защиты свидетельствуют о разных профилях реагирования на стресс в группах сравнения по критериям ПТСР DSM-IV: А («немедленное реагирование»), В («навязчивое воспроизведение»), С («избегание»), D («возросшая возбудимость») и F («нарушения функционирования») [11-13]. Так, при первичном поступлении в реабилитационный центр у подростков I подгруппы (подростки-сироты) отмечены статистически значимые превалирования балльных оценок по критериям «немедленное реагирование» и «возросшая возбудимость» в ответ на перенесенные стрессовые ситуации. Достоверных различий в группах сравнения по балльным оценкам остальных критериев не выявлено (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты анализа клинических и социально-психологических критериев травматических переживаний в группах сравнения подростков социально-реабилитационного центра

Критерии ПТСР	Подростки-сироты (n=41) M(SD)	Подростки из семей(n=41) M(SD)	p по критерию Стьюдента
немедленное реагирование	8,02(1,79)	6,85(2,78)	0,0064
навязчивое воспроизведение	11,56(2,54)	11,82(2,23)	0,4217
избегание	14,17(2,97)	13,63(2,52)	0,3074
возросшая возбудимость	12,90(2,50)	11,82(3,53)	0,0326
нарушения функционирования	7,41(2,08)	7,56(1,78)	0,3371

Выделенные особенности определили дифференцированный характер психологического сопровождения подростков реабилитационного центра в зависимости от принадлежности к группе и легли в основу предложенного алгоритма комплексной медико-психологической помощи данному контингенту. Наряду с выделенными критериями травматических переживаний в качестве мишеней психологической помощи выступили алекситимические проявления, копинг-стратегии поведения, структурные проявления агрессивности и враждебности [12].

По окончании психокоррекционной работы в рамках алгоритма для оценки эффективности мероприятий были проведены повторные обследования подростков I и II групп опросником ПИВППСД для оценки частоты встречаемости травматических переживаний.

У подростков-сирот по общему баллу в оценке критерия «немедленного реагирования» статистических различий до и после психокоррекции не выявлено ($p=0,6378$). Однако практическую значимость проведенных интервенций показывают статистически достоверные уменьшения частоты ответов «нет» на

вопросы: «Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить?», «Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации?», что косвенно может указывать на появление критической оценки ситуации и возможности принятия помощи со стороны и формирования фактора доверия.

Вместе с тем выявлены статистически значимые различия в частоте встречаемости травматических переживаний до и после психокоррекции по критериям «навязчивое воспроизведение» ($p=0,0586$); «избегание» ($p=0,0077$) и критерию «нарушения функционирования» ($p=0,0362$). Следует отметить, что в результате проведенных медико-психологических мероприятий подростки-сироты (истинные и социальные) стали заметно чаще контактировать со сверстниками и окружающими их взрослыми, чаще вовлекаться в групповые мероприятия реабилитационного центра и школы, чаще стали представлять себя в будущем и более активно говорить о своей позиции в настоящем.

Несмотря на то, что подростки-сироты после предложенных психокоррекционных интервенций стали значительно реже жаловаться на нарушения памяти, внимания, трудности обучения, явления гиперестезии, статистических различий в оценках общих баллов по критерию «возросшая возбудимость» до и после психокоррекции не выявлено ($p=0,5091$).

Результаты анализа частоты встречаемости травматических переживаний у подростков-сирот до и после психокоррекции представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Динамика частоты встречаемости последствий травматических переживаний у подростков-сирот в ходе психокоррекции*

Последствия травматических переживаний	Подростки I основной подгруппы до психокоррекции (n=41) %	Подростки I основной подгруппы после психокоррекции (n=41) %	p по хи-квадрату с поправкой Йетса
Критерий А «немедленное реагирование»			
Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило?	34,78	25,60	0,3516
Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить?	40,90	12,50	0,0004
Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации?	37,64	14,11	0,0039
Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило?	33,50	23,56	0,2931
Критерий В «навязчивое воспроизведение»			
Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли? Если да, то как часто?	39,69	19,09	0,0193
Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях? Если	26,02	17,80	0,3368

ли да, то как часто? Если нет, то не рассказываешь потому, что не вспоминаешь?			
Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	35,64	23,76	0,2070
Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?	36,68	14,79	0,0075
Бывает ли так, что неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?	32,95	20,45	0,1589
Критерий С «избегание»			
Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников?	18,69	14,63	0,6551
Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых?	13,03	12,34	0,0018
Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии?	36,61	18,57	0,0372
Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	59,20	20,89	0,0530
Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	40,57	12,57	0,0005
Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?	14,37	36,52	0,0064
Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	32,11	30,27	0,9437
Критерий D «возросшая возбудимость»			
Бывает ли тебе трудно за-	37,80	12, 19	0,0012

снуть? Если да, то как часто?			
Бывает ли, что ты просыпашься ночью? Если да, то как часто?	34,89	10,06	0,0010
Бывает ли, что ты просыпашься слишком рано утром? Если да, то как часто?	36,47	15,29	0,0102
Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?	34,17	13,92	0,0112
Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?	34,05	21,62	0,1702
Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	33,96	14,46	0,0153
Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?	35,75	18,43	0,0444
Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?	32,51	17,17	0,0665
Критерий F «нарушения функционирования»			
Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками?	35,75	18,43	0,0444
Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями?	32,20	21,46	0,2369
Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?	36,50	20,10	0,0640

Примечание* $p \leq 0,05$ по критерию χ^2 с поправкой Йетса.

Подросткам из семей, воспитывающимся в реабилитационном центре, также повторно после психокоррекционных мероприятий на фоне медикаментозного лечения в зависимости от нозологических форм психических расстройств было предложено ответить на вопросы опросника травматических переживаний.

В результаты проведенного сравнительного анализа у подростков из семей выявлены статистически значимые различия по общим баллам следующих критериев: «немедленное реагирование» ($p=0,0369$); «избегание» ($p=0,0043$); «возросшая возбудимость» ($p=0,0000$) и «нарушение функционирования» ($p=0,0504$). По критерию «навязчивое воспроизведение» статистических различий в частоте встречаемости травматических переживаний не выявлено ($p=0,6671$), несмотря на то что статистически реже стали отмечаться жалобы навязчивого характера о травматических событиях.

Таблица 3.

Динамика частоты встречаемости травматических проявлений у подростков из семей в ходе психокоррекции*

Последствия травматических переживаний	Подростки из семей до психокоррекции (n=41) %	Подростки из семей после психокоррекции (n=41) %	p по хи-квадрату с поправкой Йетса
Критерий А «немедленное реагирование»			
Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило?	29,54	23,86	0,5797
Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить?	35,83	16,76	0,0231
Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации?	33,72	17,75	0,0592
Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило?	31,03	21,83	0,3185
Критерий В «навязчивое воспроизведение»			
Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли? Если да, то как часто?	42,24	13,90	0,0006
Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях? Если да, то как часто? Если нет, то не рассказываешь потому, что не вспоминаешь?	30,57	17,19	0,0538
Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	33,89	19,77	0,1071
Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?	31,46	22,47	0,3361
Бывает ли так, что неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?	26,54	22,84	0,7487
Критерий С «избегание»			
Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников?	23,08	15,75	0,1258

Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых?	30,48	19,51	0,2088
Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии?	32,00	27,00	0,6554
Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	32,54	18,93	0,1145
Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	34,21	11,84	0,0038
Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?	23,68	33,15	0,3193
Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	33,13	17,47	0,0627
Критерий D «возросшая возбудимость»			
Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто?	38,06	9,03	0,0001
Бывает ли, что ты просыпаешься ночью? Если да, то как часто?	32,86	9,79	0,0018
Бывает ли, что ты просыпаешься слишком рано утром? Если да, то как часто?	32,21	12,75	0,0120
Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?	37,08	8,60	0,0001
Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?	29,33	16,00	0,1002
Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	26,23	6,55	0,0029
Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?	33,33	16,04	0,0356
Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?	26,17	30,89	0,6751
Критерий F «нарушения функционирования»			
Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками?	36,25	12,50	0,0026

Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями?	31,46	22,47	0,1681
Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?	34,68	17,91	0,0490

Примечание* $p \leq 0,05$ по критерию χ^2 с поправкой Йетса.

Заключение. Полученные данные позволяют говорить не только о наличии разной картины травматических проявлений у впервые поступающих в реабилитационный центр воспитанников в зависимости от фактора сиротства, но и о различиях в динамике их купирования в ходе предложенной психокоррекционной работы, что в свою очередь должно учитываться при выборе персонифицированного подхода в оказании помощи в каждом конкретном случае. Так, у подростков-сирот в первую очередь снижаются проявления «навязчивого воспроизведения» травматической ситуации, уменьшается частота случаев избегающего поведения, улучшается социальное функционирование. У подростков из семей, воспитывающихся в реабилитационном центре, напротив, в первую очередь снижается выраженность общей возбудимости и «немедленного реагирования» на стрессовую ситуацию, приводя в дальнейшем к улучшению социального функционирования.

Полученные результаты сопоставлены с другими данными комплексного обследования впервые поступающих в реабилитационный центр воспитанников (динамикой копинг-стратегий поведения, алекситимическими проявлениями, изменениями выраженности агрессивности и враждебности), что позволило оценить в целом эффективность предложенных психокоррекционных мероприятий, направленных на улучшение адаптационных возможностей данного контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.Е., Уласень Т.В. Воспитанники учреждений социальной защиты: дифференцированная оценка психических расстройств и психотравмирующих факторов // Российский психиатрический журнал. 2020. № 2. С.69-79.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. 407 с.
3. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. М.: ФИЗМАТЛИТ, 2006. 816 с.
4. Сулимова Н.В., Уласень Т.В. Результаты общеклинического обследования воспитанников социозащитных учреждений // Смоленский медицинский альманах. 2019. № 3. С.148-155.
5. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
6. Тарабрина, Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.
7. Уласень Т.В. Динамика выбираемых копинг-стратегий поведения у подростков-воспитанников учреждений социальной защиты в ходе психокоррекции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022 (22). № 3. С.53-64.
8. Уласень Т.В. Комплексная оценка влияния психического здоровья на

адаптационные возможности воспитанников социозащитных учреждений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1. С.13-24

9. Уласень Т.В., Авдеева Т.Г., Марченкова О.Н. Диагностическая ценность методики определения неспецифических адаптационных реакций крови в оценке психического статуса детей и подростков // Вестник Смоленской медицинской академии. 2020. Т.19. № 1. С.124-131.

10. Уласень Т.В., Бобров А.Е. Оценка эффективности психокоррекционных мероприятий у воспитанников учреждений социальной защиты по шкале TAS-20-R // тез. докл. // Сб. мат-лов «XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению»» (Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 г.) / Под общей ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. С.1829-1831.

11. Уласень Т.В., Ваулин С.В. Полиморфизм клинико-психологических проявлений травматических переживаний у подростков, перенесенных в условиях депривационного опыта // Вестник Смоленской медицинской академии. 2017. Т. 16. № 3. С.106-113.

12. Уласень Т.В., Стунжас О.С. Психические нарушения у детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (симптомы и диагностические указатели). Учебно-методическое пособие для психиатров, клинических психологов и врачей-педиатров поликлинического звена. Смоленск. СГМУ, 2021. 69 с.

13. Уласень Т.В., Сулимова Н.В. Сравнительный анализ дезадаптивных проявлений у подростков-воспитанников социозащитных учреждений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 2. С.26-35.

14. REFERENCES

1. Bobrov A.E., Ulasen` T.V. Vospitanniki uchrezhdenij soczial`noj zashhity` : differencirovannaya ocenka psikhicheskikh rasstrojstv i psixotravmiruyushhikh faktorov // Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. 2020. # 2. S.69-79.

2. Klassifikacziya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv v detskom i podroستkovom vozraste v sootvetstvii s MKB-10. M.: Smy`s;l; Spb.: Rech`, 2003. 407 s.

3. Kobzar` A.I. Prikladnaya matematicheskaya statistika. Dlya inzhenerov i nauchny`kh rabotnikov. M.: FIZMATLIT, 2006. 816 s.

4. Sulimova N.V., Ulasen` T.V. Rezul`taty` obshheklinicheskogo obsledovaniya vospitannikov socziozashhitny`kh uchrezhdenij // Smolenskij mediczinskij al`manakh. 2019. # 3. S.148-155.

5. Tarabrina, N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.: Piter, 2001. 272 s.

6. Tarabrina, N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa. M.: Institut psikhologii RAN, 2009. 304 s.

7. Ulasen` T.V. Dinamika vy`biraemy`kh koping-strategij povedeniya u podroستkov-vospitannikov uchrezhdenij soczial`noj zashhity` v khode psikhokorrekczii // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podroستkov. 2022 (22). # 3. S.53-64.

8. Ulasen` T.V. Kompleksnaya ocenka vliyaniya psikhicheskogo zdorov`ya na adaptaczionny`e vozmozhnosti vospitannikov socziozashhitny`kh uchrezhdenij // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podroستkov. 2020 (20). # 1. S.13-24

9. Ulasen` T.V., Avdeeva T.G., Marchenkova O.N. Diagnosticheskaya czennost` metodiki opredeleniya nespeczificheskikh adaptaczionny`kh reakczij krovi v oczenke psikhicheskogo statusa detej i podrostkov // Vestnik Smolenskoj mediczinskoj akademii. 2020. T.19. # 1. S.124-131.

10. Ulasen` T.V., Bobrov A.E. Oczenka e`ffektivnosti psikhokorrekczionny`kh meropriyatij u vospitannikov uchrezhdenij soczial`noj zashhity` po shkale TAS-20-R // tez. dokl. // Sb. mat-lov «XVII S`ezd psikhiatrov Rossii sovместno s mezhdunarodny`m Kongressom Vsemirnoj psikhiatricheskoj associazcii «Interdisciplinarny`j podkhod k komorbidnosti psikhicheskikh rasstrojstv na puti k integrativnomu lecheniyu»» (Sankt-Peterburg, 15–18 maya 2021 g.) / Pod obshej red. N.G. Neznanova. SPb.: NMICz PN im. V.M. Bekhtereva, 2021. S.1829-1831.

11. Ulasen` T.V., Vaulin S.V. Polimorfizm kliniko-psikhologicheskikh proyavlenij travmaticheskikh perezhivaniy u podrostkov, perenesenny`kh v usloviyakh deprivaczionnogo opy`ta // Vestnik Smolenskoj mediczinskoj akademii. 2017. T. 16. # 3. S.106-113.

12. Ulasen` T.V., Stunzhas O.S. Psikhicheskije narusheniya u detej i podrostkov, okazavshikhsya v trudnoj zhiznennoj situaczii (simptomy` i diagnosticheskie ukazateli). Uchebno-metodicheskoe posobie dlya psikhiatrov, klinicheskikh psikhologov i vrachej-pediatrov poliklinicheskogo zvena. Smolensk. SGMU, 2021. 69 s.

13. Ulasen` T.V., Sulimova N.V. Sravnitel`ny`j analiz dezadaptivny`kh proyavlenij u podrostkov-vospitannikov sociozashhitny`kh uchrezhdenij // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2018 (18). # 2. S.26-35.

15. DSM-IV – American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.

T.V. Ulasen

THE RESULTS OF STUDYING THE DYNAMICS OF TRAUMATIC EXPERIENCES IN THE COURSE OF COMPLEX CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO ADOLESCENTS IN THE SOCIAL REHABILITATION CENTER

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

Summary. The article presents the results of a comparative differentiated (depending on the factor of orphanhood) study of the dynamics of traumatic experiences in adolescents who first entered a social rehabilitation center. The data obtained allow us to speak about a different picture of the criteria for traumatic manifestations in the comparison groups and differences in the dynamics of their relief in the course of the proposed psycho-correctional work, which determines the personalized vector of psychological assistance. The results are compared with other data of a comprehensive survey of pupils, which made it possible to assess the overall effectiveness of the proposed medical and psychological measures aimed at improving the adaptive capabilities of this contingent.

Keywords: pupils of the social rehabilitation center; dynamics of traumatic experiences; algorithm of medical and psychological assistance.

Г.Г. Буторин, Л.А. Бенько

**НЕВРОПАТИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИЗОНТОГЕНЕЗА
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)****Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск).**

Резюме. В детской психиатрии и клинической психологии утвердилось положение, что в континууме между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза определенное положение занимают так называемые пограничные состояния. В медико-биологическом плане смена возрастных этапов определяется успешным созревaniem высших психических функций. При этом динамика у каждого ребенка своя, то есть спектр «нормального» развития достаточно широк, но именно это и определяет качественное своеобразие развития каждого ребенка, его индивидуальные особенности. Возрастной фактор может не только способствовать возникновению и становлению психических заболеваний, но и выступать как своеобразная патогенетическая основа этого процесса. Большинство исследователей считает, что механизмом невропатии является биологическая недостаточность нервной системы, при которой мозговые функции развиваются неравномерно, следствием чего является дисгармоническое или искаженное развитие психики.

Ключевые слова: дизонтогенез, невропатия, периодизация возрастного развития

Актуальность. При анализе любого возрастного периода всегда встают вопросы, связанные с характеристикой самого онтогенетического развития в наиболее типичных пределах, в рамках которых рассматривается возрастная периодизация. Понимание механизмов развития психических свойств ребенка с позиций принципа соотношения биологических (внутренних) и социальных (внешних) условий при ведущей роли последних дает возможность оценить основные показатели онтогенетического развития.

В детской психиатрии и клинической психологии утвердилось положение, что в континууме между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза определенное положение занимают так называемые пограничные состояния. Они рассматривают «возрастные симптомы», и их возникновение соотносится с определенным уровнем онтогенетического реагирования на те или иные неблагоприятные условия [11, 12, 16]. Более того, так как эти симптомы в большей степени являются «проявлением» возраста и в меньшей степени отражают специфику заболевания, то они получили название «возраст-зависимых». Другими словами, одни и те же симптомы могут встречаться при различной патологии и при любом виде дизонтогенетического развития, включая клинику органических поражений головного мозга (пограничных психических расстройств, психосоматических состояний и др.). Такие нарушения имеют прямую связь с этапом возрастного развития. При этом они расцениваются как нарушения, которые специфичны детского возраст. Эта специфичность проявляется прежде все-

го в виде изменений общей и нервной реактивности. Эволюционно-динамический подход к оценке возрастных закономерностей психического развития позволяет такую возрастную специфичность как онтогенеза, так и дизонтогенеза использовать как один из критериев периодизации индивидуального развития, который отражает поэтапный переход от одного качественного состояния к другому. Известно, что возрастные симптомы отражают клиническую специфику того заболевания, которое его вызвало. Наряду с этим, располагаясь на стыке между симптомами болезни и дизонтогенеза, возраст-зависимые симптомы могут свидетельствовать об определенных нарушениях развития.

Идея систематизировать периоды индивидуального развития используется при исследованиях в возрастной физиологии [1], в сравнительно-возрастной психологии [3], в детской психиатрии [17].

Анализ и систематизация проблемы. Принято считать, что любой этап онтогенеза есть не что иное как промежуточный этап, мостик, или смена одного состояния организма на другое на качественном уровне. Если говорить о психике, то речь идет, прежде всего, о расширении психологического содержания, появлении и утверждении различных новообразований, соответствующих каждому возрастному этапу. В медико-биологическом плане смена возрастных этапов определяется успешным созреванием высших психических функций. Именно они определяют общее движение или динамику развития. При этом динамика у каждого ребенка своя, то есть спектр «нормального» развития достаточно широк, но именно это и определяет качественное своеобразие развития каждого ребенка, его индивидуальные особенности.

В.В. Ковалев высказал мысль о том, что именно смена качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на различные вредности и определяет патогенетическую основу психических расстройств, преимущественных для разных периодов детского и подросткового возрастов [11]. Предложенная им концепция «возрастных уровней преимущественно патологического нервно-психического реагирования» на любые факторы окружающей среды, которые могут оказать патогенное влияние на формирование психики, нашла признание не только в детской психиатрии, но и в клинической психологии. Такой подход позволяет не только решать широкий круг клинико-диагностических задач, но и на качественном уровне соотносить отдельные проявления тех или иных расстройств с онтогенетическими (структурно-динамическими) позиций.

С клинической точки зрения с уровнями патологического нервно-психического реагирования на всевозможные вредности среды может ассоциироваться этапность периодизации возрастного развития. В то же время концепция уровней патологического реагирования допускает, что при дизонтогенетическом развитии может наблюдаться определенная возрастная последовательность возникновения патологических проявлений. Именно такая закономерность и наблюдается в клинической картине формирования ребенка с невропатией, где достаточно явно можно проследить этапность его развития.

Возрастной фактор, будучи проявлением внутренних условий, несомненно, оказывает влияние на общую и нервную реактивность организма ребенка при

различных патологических процессах. Более того, он может не только способствовать возникновению и становлению психических заболеваний, но и выступать как своеобразная патогенетическая основа этого процесса. Определенные периоды онтогенетического развития, известные в психологии как «критические», или «кризисные», многими специалистами относятся именно к такому фактору. Г.Е. Сухарева [16] очень метко называла их как «критические периоды возрастной ранности». Сегодня как в детской психиатрии, так и в психологии утвердилось достаточно устойчивая классификация критических периодов, где от 2 до 4 лет происходит первый количественный и качественный скачок в развитии ребенка. В 6-8 лет мы наблюдаем проявления второго кризиса, который во многом находит свое отражение в проблемах школьного обучения. Но, пожалуй, самый яркий в своих клинических проявлениях – это третий возрастной критической период, который приходится на пубертатный (подростковый) возраст от 12 до 17 лет.

Наряду с этим в педиатрической литературе существует суждение о том, что сам по себе процесс развития является естественной нагрузкой и функциональной пробой, приводящей организм ребенка в состояние ограниченной адаптации или даже временной декомпенсации каких-то функций в период критических состояний развития, которые относят к так называемым «микроальтернациям», или «микронеоптимальности» развития, когда неблагоприятные воздействия (такие как неоптимальность питания или режима жизни) могут приводить к нарушениям развития и могут определять снижение потенциала интеллектуальных возможностей, физической работоспособности, способности социализации, резистентности к инфекциям или обменным нарушениям [13]. В этих случаях любое острое или относительно нетяжелое заболевание ребенка, а тем более сумма последовательно переносимых заболеваний, сопровождаются более или менее значимыми системными нарушениями развития, относящимися к микроальтернациям.

Критические состояния развития составляют особую главу не только детской психиатрии, но и педиатрической науки. Как считают специалисты, эти состояния представляют собой временные транзиторные дизадаптации организма ребенка к собственному новому уровню развития. Иногда они очень напоминают болезни, могут иметь яркую картину жалоб и объективных симптомов нездоровья. Однако, в отличие от болезни, критические состояния являются доброкачественными и преходящими, которые дети могут «перерасти», хотя они представляют собой состояния риска для трансформации его в острое или хроническое заболевание. При заболеваниях такие альтернации могут быть обусловлены как действием этиологического фактора, так и особенностями изменяющегося питания или действием лечебных средств. Кроме того, плохие социальные условия или характеристики семьи уже являются полной гарантией неадекватного развития и нарушенного здоровья ребенка. Это одно из наиболее значимых состояний риска.

Специалисты педиатрической науки и практики считают, что диагностика возникновения альтернаций клиническими, лабораторными или инструментальными методами в ранние сроки затруднена. Она возможна только через распознавание неоптимальности интегральной среды развития ребенка (педиатрическая гигиена, экология и социология развития или «общая экология детства»).

В психологической науке утвердилось положение, что выделение отдельных уровней патологического нервно-психического реагирования носит достаточно условный характер, что не снижает их содержательной ценности. При этом признается, что наблюдаемая симптоматика может не только сменять и отодвигать друг друга во времени, но и проявляться в новых качествах и даже формировать новые типы клинико-психологической структуры нарушений.

При этом уместно заметить, что в клинико-динамических закономерностях невропатической симптоматологии с позиций эволюционного подхода выделяются этапы динамики: 1) начальный этап, 2) этап формирования ведущих характерологических расстройств, 3) заключительный этап.

Динамическими формами являются психические реакции, психические состояния и психические развития. Такая этапность в определенной мере раскрывает существующие принципы периодизации.

В рамках медицинской модели достаточно очевидно, что ребенок, демонстрирующий признаки болезни, не может считаться здоровым. При этом оценка детского нездоровья будет зависеть, с одной стороны, от количества таких признаков – чем большее количество характеристик разных уровней наблюдается, тем сильнее предполагается снижение и жизненных возможностей, и качества жизни ребенка. С другой, такая оценка во многом опирается на особенности, значимые для принятия врачебных решений и рекомендаций, направленных на улучшение прогноза качества и продолжительности жизни.

А.В. Мазурин и И.М. Воронцов [13] обращают внимание на то, что термин «качество жизни» появился в педиатрической литературе в 80-х годах прошлого столетия. Это было связано с тем, что в то время впервые были сделаны попытки сделать больного человека достаточно дееспособным в такой мере, чтобы он сам себя максимально обслуживать и «количественно» и «качественно», несмотря на наличие заболевания. В.Я. Семке [15] рассматривает концепцию «качества жизни» (КЖ) как важную характеристику, входящую в содержание современного научного поля валеопсихологии и превентивной психиатрии. Под качеством жизни он понимает возможность человеком достигать желаемого и испытывать удовлетворение от достигнутого. Исходя из этого им были выделены как субъективные (полученные на основе самоотчетов обследуемых), так и объективные критерии качества жизни. Первая группа параметров, напрямую связана с тем, как субъект оценивает эмоциональную удовлетворенностью жизнью, свое самочувствие, общение в семье, с друзьями, физическое состояние и т. д. В графическом виде эти параметры очень наглядно представляются в виде т. н. «Розы качества жизни».

В изучение невропатии, возникающей, как известно, в результате экзогенно-органических воздействий в перинатальном и раннем постнатальном периоде, большой вклад внесли отечественные детские психиатры [10, 11, 14, 16 и др.]. Как считает большинство авторов, при органической невропатии ее признаки наблюдаются с рождения и включают симптомы как невропатии, так и органического поражения центральной нервной системы.

Приоритет в постановке многих вопросов проблемы резидуально-органических психических расстройств у детей принадлежит С.С. Мнухину [14]. В

созданную им клинико-физиологическую классификацию автор включает «органические», или «резидуальные» невропатии, главным проявлениям которых он считает: повышенную возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций, нарушение сна, аппетита, чувствительность к любым внешним раздражителям, неустойчивость настроения, наличие рассеянных неврологических симптомов.

С этой точки зрения представляет интерес современное описание невропатии в работе В.А. Гурьевой [6]. По ее трактовке «невропатия» как научное понятие появилось еще в конце прошлого столетия. Введенное в научное поле как «врожденная детская нервность» она включала ряд симптомов, которые обнаруживаются уже на ранних этапах развития и определяют ее клиническую картину.

- В первые же недели ребенок проявляет двигательное беспокойство, у него отмечаются нарушение сна и склонность к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта.

- В ясельном возрасте это чаще всего нервная диспепсия, анорексия. После двух лет нередки невротические страхи: боязнь темноты, мелких животных.

- В дошкольном возрасте наблюдается нарушение аппетита, избирательность в еде, предпочтение жидкой пищи, склонность к поеданию мела, извести и т. п.

- В школьном возрасте преобладают функциональные сосудистые нарушения, в двигательной сфере имеют место беспокойство, суетливость, нередко возникает ночное недержание мочи. Школьная успеваемость у невропатичных детей крайне неровная. Легко возникающие у невропатов психогенные расстройства чаще всего носят характер невротических реакций с депрессивными, вегетативно-соматическими или двигательными расстройствами.

По мере приближения к пубертату (к 12 годам) невротические реакции становятся сложнее и разнообразнее. Усиливаются личностные компоненты невротического реагирования (неуверенность в себе, заниженная самооценка, возникновение различных аффективных и невротических реакций). В период пубертатного криза при психогенных воздействиях нередко присоединяются ипохондрические симптомы. Невротические реакции на невропатической почве легко принимают затяжной характер и трансформируются в развернутые формы неврозов, а после этапа невротической депрессии — в невротическое развитие личности.

В 1971 г. Г.Л. Гречихина [5] описала клинику и динамику невропатических состояний на различных возрастных этапах в двух группах детей.

В первой группе были дети с врожденной формой невропатии, которая характеризовалась большой хрупкостью и возбудимостью соматовегетативной сферы. Дети были крикливы, плохо сосали, мало спали, резко реагировали на внешние раздражители. Позднее в невротических проявлениях преобладали тики, энурез, страхи. В старшем возрасте социальная адаптация определялась больше эмоционально-волевыми нарушениями: эмоциональной возбудимостью, двигательной расторможенностью, робостью, пугливостью.

К пубертатному возрасту у половины детей симптомы невропатии исчезали. В большинстве остальных случаев наблюдалось формирование астениче-

ского варианта психопатии, в небольшом проценте появлялись инициальные признаки шизофренического процесса.

Дети второй группы с резидуально-невропатическими состояниями уже в раннем дошкольном возрасте отличались боязливостью, повышенной возбудимостью, склонностью к невропатическим реакциям в сочетании с неврозоподобными проявлениями. В старшем возрасте наряду с соматовегетативными неврозоподобными расстройствами обнаруживались явления церебрастении.

В процессе динамического наблюдения в одной трети случаев наблюдались признаки невротического развития личности. У остальных под влиянием лечебно-коррекционных мероприятий наступало улучшение состояния.

Е.И. Кириченко и Л.Т. Журба [10], изучавшие детей с проявлением невропатии в специализированных отделениях патологии нервной системы новорожденных родильных домов, а также в детских поликлиниках, невропатическую симптоматику выявляли с первых дней и недель жизни ребенка при длительности наблюдений до 3–4 лет.

Следует заметить, что невропатическая симптоматика в подростковом возрасте описана не столь подробно, как в раннем детстве. Однако В.П. Белов [2], давая характеристику клинических особенностей невропатии, отмечал, что наиболее ответственным с точки зрения дальнейшего формирования личности является пубертатный период. Согласно В.П. Белову невропатия – состояние повышенной возбудимости нервной системы в сочетании с ее повышенной истощаемостью. Ведущая роль в возникновении невропатии принадлежит в ряде случаев наследственному фактору, о чем свидетельствует семейная отягощенность нервно-психическими заболеваниями. Имеют значение также «неблагоприятные воздействия» в период внутриутробного развития плода, асфиксия во время родов, частые инфекционные заболевания, диспепсия и черепно-мозговые травмы в первые месяцы жизни ребенка.

Наиболее полно и дифференцированно клинический подход к проблеме невропатии был осуществлен В.В. Ковалевым с сотрудниками. В.В. Ковалев [11], также как и Г.Е. Сухарева, рассматривает синдром невропатии как «преимущественный» синдром детского возраста, относя его в группу негативнодизонтогенетических синдромов. Комплексные клинико-психологические исследования позволили не только сформулировать основное клиническое содержание невропатии, но и определить значение возрастных факторов в ее формировании, течении и исходе. Полученные данные свидетельствуют о том, что синдром невропатии (врожденной детской нервности) является наиболее распространенным синдромом психических расстройств в раннем возрасте (до 3 лет). В последующем он либо постепенно исчезает, либо сменяется в процессе этапности индивидуального развития другой психопатологической симптоматикой, соответствующей возрасту. Согласно В.В. Ковалеву, признаки невропатии обнаруживаются, как правило, на раннем этапе онтогенеза и наиболее типичны в первые два года жизни. Эти признаки проявляются:

- нарушениями сна;
- повышенной психомоторной возбудимостью;

- повышенной чувствительностью к любым внешним раздражителям;
- быстрой утомляемостью.

В числе антенатальных причин В.И. Гарбузов [4], как и А.И. Захаров [8], особо выделяют тяжелые переживания матери в период беременности. Автор считает, что если мать много нервничала — «нервничал» и плод, поэтому не случайно невропатия определяется как врожденная детская нервность. Невропатия чаще возникает в перинатальном периоде в результате асфиксии плода во время родов.

В постнатальном периоде особое значение в развитии расстройства В.И. Гарбузов придает темпераменту, то есть генетически закрепленным физическим и психическим качествам человека. Ребенок, считает автор, с различными проявлениями темперамента при невропатии выглядит по-разному.

Меланхолический темперамент автор не рассматривает, так как с его точки зрения такого темперамента не существует, а есть лишь меланхолический характер.

Д.Н. Исаев [9], научные труды которого охватывают широкий круг проблем психиатрии недоразвития детей (с соматогенными и психосоматическими расстройствами), в учебнике для вузов детскую невропатию относит к разделу «Психопатологические синдромы в младенческом и раннем возрасте». К ее основным признакам автор относит:

- начало с 2–3 лет;
- соматовегетативные нарушения расстройство сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;
- снижение активности как двигательной, так и психической;
- недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения;
- неврологическая симптоматика не обнаруживается;
- коэффициент психического развития без отклонений.

Вместе с тем автор выделяет наиболее распространенные варианты невропатических синдромов:

- органическая, или резидуальная невропатия как сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики. Синдром появляется сразу после рождения и обостряется при соматических заболеваниях и психогениях. На втором году жизни на первый план выходят признаки церебрастенических и гипердинамических состояний, дети отвлекаемы, у них плохая работоспособность с быстрым насыщением и истощаемостью. Психическое развитие этих детей чаще всего на уровне низкой нормы;

- смешанная форма расстройств — сочетание невропатической симптоматики с энцефалопатией (последствия органического поражения ЦНС). Невропатические проявления возникают с рождения, но их выраженность не зависит от степени тяжести органических нарушений. У старших детей симптомы энцефалопатии — главным образом в форме неполной компенсации явлений внутричерепной гипертензии. У этих детей рано появляются робость, застенчивость, вялость, а также капризность, негативизм, эгоцентризм. У них могут появляться аффективно-респираторные судороги, а в дальнейшем патохарактерологические реакции. Психическое развитие этих детей — в пределах низкой и даже высокой нормы.

И.В. Добряков, В.Г. Вахарловский [7] отмечают, что невропатия чаще всего развивается на фоне резидуально-органических поражений центральной нервной системы, а также с определенной ролью конституциональной предрасположенности и связана, прежде всего, с недостаточностью вегетативной нервной системы. Проявления невропатической симптоматики описываются авторами следующим образом:

- дети-невропаты, как правило, изящны, худы, очень подвижны, ловки и музыкальны;
- они опережают своих сверстников в психическом развитии, быстрее начинают говорить;
- у них неустойчиво внимание, очень лабильны эмоции;
- они часто конфликтуют со сверстниками и слывут непослушными;
- у них часты нарушения желудочно-кишечного тракта (расстройства аппетита, тошноты, рвоты, неустойчивый стул);
- повышенная потливость, кожные высыпания;
- сон невропатов очень чуток;

Дети-невропаты, как подчеркивают авторы, трудно лечатся, но с возрастом при правильном воспитании, учитывающем их особенности, они выравниваются.

Заключение. Что касается вопроса о патогенезе невропатии, следует отметить, что большинство исследователей считает, что его механизмом является врожденная или рано приобретенная биологическая недостаточность нервной системы, при которой мозговые функции развиваются неравномерно, следствием чего является дисгармоническое или искаженное развитие психики. Эти представления нашли отражение в работах, в которых невропатия трактуется с точки зрения врожденного или приобретенного дизонтогенеза. Если рассматривать невропатию как дизонтогенез, обусловленный наследственными, органическими и социальными факторами, то следует признать, что этим устанавливается ее диагностическое, прогностическое и профилактическое значение для теории и практики детской и подростковой психиатрии.

В этом контексте следует признать, что проблема невропатии не только не устарела, но продолжает оставаться для детской психиатрии и клинической психологии достаточно актуальной. Вместе с тем необходимо заметить, что количество работ, посвященных комплексной многодисциплинарной оценке онтогенетического развития в детском возрасте, остается крайне ограниченным. Следует полагать, что только комплексный подход с полипрофессиональным объединением всех специалистов может оказаться наиболее результативным при оказании коррекционно-педагогической и медико-психолого-психотерапевтической помощи в лечении и реабилитации этих детей. Главными в координации всего этого взаимодействия должны оставаться педиатры, специалисты по возрастной физиологии и психологии, детские неврологи и психиатры, педагоги и социальные работники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. М.: Медицина, 1967. 474 с.

2. Белов В.П. URL: <http://www.medbazar.ru/malaya-meditsinskaya/nevropatiya.html> (Дата обращения 08.11.2022).
 3. Валлон А. Психическое развитие ребенка. М.: Просвещение, 1967. 35 с.
 4. Гарбузов В.И. Нервные дети: советы врача. Л.: Медицина, 1990. 176 с.
 5. Гречихина Г.Л. О невропатических состояниях у детей // Материалы к 3-й Всероссийской науч. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста (15–18 ноября 1971 г.) М.: МЗ РСФСР, 1971. С. 226–228.
 6. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М.: МИА изд., 2007. 488 С.
 7. Добряков И.В. Вахарловский В.Г. Перинатальная психология и психиатрия // Детская психиатрия: учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. С. 175-216.
 8. Захаров А.И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста // Неврозы и пограничные состояния / Под ред. В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского, А.Е. Личко. Л., 1972. С. 53-55.
 9. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: «Питер», 2000. 512 с.
 10. Кириченко Е.И., Журба Л.Т. Клинико-патогенетическая классификация невропатии у детей раннего возраста // 4-й Симпозиум детских психиатров социалистических стран. М., 1976. С. 223-227.
 11. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. 2-е изд. М.: Медицина, 1995. 560 с.
 12. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2011. 144 с.
 13. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. 928 с.
 14. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Труды Ленинградского педиатрического мед. ин-та. Л., 1968. С. 5–22.
 15. Семке В.Я. Клиническая персонология. Томск: МГП «РАСКО», 2001. 376 с.
 16. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. М.: Медицина, 1974. 320 с.
 17. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 392 с.
- REFERENCES
1. Arshavskij I.A. Ocherki po vozrastnoj fiziologii. M.: Mediczina, 1967. 474 s.
 2. Belov V.P. URL: <http://www.medbazar.ru/malaya-meditsinskaya/nevropatiya.html> (Data obrashheniya 08.11.2022).
 3. Vallon A. Psikhicheskoe razvitie rebenka. M.: Prosveshhenie, 1967. 35 s.
 4. Garbuzov V.I. Nervny`e deti: sovery` vracha. L: Mediczina, 1990. 176 s.
 5. Grechikhina G.L. O nevropaticheskikh sostoyaniyakh u detej // Materialy` k 3-j Vserossijskoj nauch. konf. po nevrologii i psikhiatrii detskogo vozrasta (15–18 noyabrya 1971 g.) M.: MZ RSFSR, 1971. S. 226–228.
 6. Gur`eva V.A. Klinicheskaya i sudebnaya podroostkovaya psikhiatriya. M.: MIA izd., 2007. 488 S.

7. Dobryakov I.V. Vakharlovskij V.G. Perinatal'naya psikhologiya i psikhatriya // Detskaya psikhatriya: uchebnik / Pod red. E`G. E`jdemillera. SPb.: Piter, 2005. S. 175-216.
8. Zakharov A.I. K izucheniyu roli anomalij semejnogo vospitaniya v patogeneze nevrozov detskogo vozrasta // Nevrozy` i pogranichny`e sostoyaniya / Pod red. V.N. Myasishheva, B.D. Karvasarskogo, A.E. Lichko. L., 1972. S. 53-55.
9. Isaev D.N. Psikhosomaticheskie rasstrojstva u detej: rukovodstvo dlya vrachej. SPb.: «Piter», 2000. 512 s.
10. Kirichenko E.I., Zhurba L.T. Kliniko-patogeneticheskaya klassifikacziya nevropatii u detej rannego vozrasta // 4-j Simpozium detskikh psikhiatrov so-cialisticheskikh stran. M., 1976. S. 223-227.
11. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta. 2-e izd. M.: Mediczina, 1995. 560 s.
12. Lebedinskij V.V. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste. M.: Akademiya, 2011. 144 s.
13. Mazurin A.V., Voronczov I.M. Propedevtika detskikh boleznej. SPb.: IKF «Foliant», 2000. 928 s.
14. Mnuhkhin S.S. O rezidual`ny`kh nervno-psikhicheskikh rasstrojstvakh u detej // Trudy` Leningradskogo pediatricheskogo med. in-ta. L., 1968. S. 5-22.
15. Semke V.Ya. Klinicheskaya personologiya. Tomsk: MGP «RASKO», 2001. 376 s.
16. Sukhareva G.E. Lekczii po psikhii detskogo vozrasta. Izbranny`e glavy`. M.: Mediczina, 1974. 320 s.
17. Ushakov G.K. Detskaya psikhatriya. M.: Mediczina, 1973. 392 s.

G.G. Butorin, L.A. Benko

NEUROPATHY AS A MANIFESTATION OF DYSONTOGENESIS IN CHILDHOOD (CLINICAL ESSAY)

South Ural State Medical University (Chelyabinsk).

Summary. The position that in the continuum between the symptoms of the disease and the manifestations of dysontogenesis, the so-called borderline states occupy a certain place has been established in child psychiatry and clinical psychology. In medical and biological terms, the change of age stages is determined by the successful maturation of higher mental functions. At the same time, each child has its own dynamics, that is, the spectrum of "normal" development is quite wide, but this determines the qualitative originality of each child's development, his individual characteristics. The age factor can not only contribute to the emergence and formation of mental illnesses, but also act as a kind of pathogenetic basis for this process. Most researchers believe that the mechanism of neuropathy is a biological insufficiency of the nervous system, in which brain functions develop unevenly, resulting in disharmonic or distorted of mental development.

Keywords: dysontogenesis, neuropathy, periodization of age development.

УДК 616.896

Н.С. Шалина, Е.Е. Балакирева, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев,
С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова

**ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ШИЗОФРЕНИИ И АУТИЗМОМ
ФГБНУ Научный центр психического здоровья (Москва).**

Резюме. Психотические формы детского аутизма и детская шизофрения, начинающиеся в раннем возрасте кататоническим или полиморфным психозом с явлениями регресса и без них, в начале заболевания фактически не различимы для психиатров. Однако дизонтогенетические явления нередко отмечаются уже на первом году жизни до манифестации психоза. Их обнаружение и оценка как фактора риска развития инвалидизирующего психического заболевания может помочь в своевременной диагностике и оказании помощи пациентам. Наиболее важными с прогностической точки зрения оказались показатели речевого развития и аутистические дизонтогенетические черты в клинической картине.

Ключевые слова: дизонтогенез, шизофрения, аутизм, кататония.

Исторически термин «дизонтогенез» принадлежит Густаву Швальбе [12], эмбриологу и тератологу, обозначившему так в 1927 г. отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального варианта развития, т. е. прежде всего телесные уродства. В дальнейшем происходило расширение значения термина с включением в него также иных онтогенетических нарушений, в частности, постнатального периода до достижения зрелости морфологических систем организма, а потом и вовсе на протяжении всей жизни индивида [2]. В дальнейшем наиболее значимый вклад в изучение и классификацию дизонтогенеза в отечественной психиатрии и психологии внесли и отразили в своих трудах Л.С. Выготский [3], А.Р. Лурия [8], Г.Е. Сухарева [11], Г.К. Ушаков [12], В.В. Ковалев [5], В.В. Лебединский [7], Н.В. Зверева [4].

В 1943 г. Л. Каннером было сделано описание группы детей с «крайне аутичным одиночеством» и «навязчивым стремлением к однообразию» [9]. Практически одновременно, в 1944 г., Г. Аспергером были сделаны описания детей с клинической картиной, близкой к шизоидной психопатии у взрослых. Эти описания легли в основу учения об аутизме как отдельном заболевании и стали поводом для споров на эту тему, но также послужили классическим описанием примера искаженного варианта дизонтогенеза по В.В. Лебединскому [7]. Изучением дизонтогенетических особенностей детей с шизофренией в разные временные периоды занимались Т.П. Симсон [10], О.П. Юрьева [13], М.Ш. Вроно [2], В.М. Башина [1], детей с атипичным аутизмом Н.В. Симашкова [9].

Как указывал В.В. Лебединский, разные варианты дизонтогенеза могут существовать при одном заболевании, что позволяет рассматривать их не как независимые и самостоятельные образования, а как синдромы аномального раз-

вития, которые могут сочетаться друг с другом в разном соотношении с преобладанием того или иного варианта [7]. Искаженный вариант дизонтогенеза, характерный для детского аутизма, является сложным по структуре. Однако в зависимости от возраста развития психических заболеваний у детей, степени прогрессиентности и злокачественности болезненного процесса могут обнаруживаться и другие варианты дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому [7]): от отставания в виде задержанного развития вплоть до клиники недоразвития или клиники поврежденного развития. Исход психотического состояния у детей приводит как к искаженному, так и нередко к задержанному развитию (вплоть до тотальной задержки) и зависит от множества факторов, таких как нейроиммунологические, генетические, средовые, ятрогенные. Немаловажную роль играет и возраст начала болезни. Если манифест психоза, нередко с регрессом ранее приобретенных навыков, происходит в самые первые годы жизни, когда ребенок только начинает овладевать первыми словами, фразовой речью, пониманием обращенной речи и навыком ходьбы, это часто ошибочно принимается родителями за вариант «нормального поведения», а врачами-соматологами и неврологами расценивается как проявления гиперактивности и не диагностируется как заболевание.

Развернутая клиническая картина психозов раннего возраста подробно описана видными отечественными психиатрами [1, 2, 9-11]. Однако при сборе анамнестических сведений родители нередко указывают на особенности развития детей уже на первом году жизни, т. е. до манифеста психоза можно говорить о проявлениях дизонтогенеза. Описание и уточнение особенностей развития у детей на первом году может помочь врачам, психологам и родителям проявить настороженность в возможности манифестации у детей в дальнейшем психотических состояний, будет способствовать более раннему обращению к квалифицированным профильным специалистам и, при необходимости, послужит началом проведения медикаментозного лечения. Учитывая, что раннее начало заболевания зачастую значительно менее благоприятно, нами была выдвинута гипотеза, что у детей с детским типом шизофрении и аутизмом отмечаются схожие признаки дизонтогенеза, которые нередко довольно выражены, в то время как у детей с другими типами шизофрении, начинающимися, как правило, не в столь раннем возрасте, явления дизонтогенеза в первые годы жизни либо не встречаются вовсе, либо мало выражены. В связи с ранней манифестацией детского типа шизофрении и аутизма важную роль играет оценка параметров развития пациента на первом году жизни.

Целью данного исследования является выявление возможных клинических предикторов неблагоприятного течения заболевания у детей с разными типами шизофрении и аутизмом на первом году жизни.

Материалы и методы. Выборку составили 58 пациентов (44 мальчика и 14 девочек), проходивших стационарное лечение в детском отделении ФГБНУ НЦПЗ с 2020 по 2023 гг. Критериями включения стали: возраст пациентов от 2 до 18 лет; верифицированные в ходе лечения в стационаре диагнозы: Шизофрения недифференцированная (F20.3), Шизофрения, детский тип (F20.8xx3), Па-

раноидная шизофрения (F20.0), Гебефреническая шизофрения (F20.1), Кататоническая шизофрения (F20.2), Атипичный аутизм (с умственной отсталостью и без умственной отсталости, F84.1), Детский аутизм (F84.02). Критериями невключения стали: возраст пациентов младше 2 или старше 18 лет, синдромальные формы аутизма (синдром Каннера, Аспергера, Ретта и другие), умственная отсталость (F70-F79). Использовались клинико-анамнестический и статистический методы. Проводился клинико-анамнестический и статистический анализ наиболее важных физиологических показателей первого года жизни детей как наиболее значимого и во многом определяющего дальнейшее развитие ребенка.

С учетом схематически выделенных В.В. Ковалевым [5] уровней нервно-психического реагирования, на первом году оценивались различные признаки невропатии, моторное, речевое развитие, особенности сна, питания и коммуникации. Особое внимание уделялось поиску специфических аутистических дизонтогенетических особенностей: слабости контакта, отсутствию эмоционального реагирования, гиперчувствительности к обычным сенсорным раздражителям, недостаточности инстинктивной сферы (снижению аппетита, недостаточной реакции на физиологический дискомфорт, снижению инстинкта самосохранения).

Результаты и их обсуждение. Выделено 4 группы пациентов.

Первую группу составили пациенты с Детским типом шизофрении (ДШ, F20.8xx3) в количестве 10 человек (n=10), 7 мальчиков и 3 девочки. Манифестация психоза в группе приходилась на возраст от 12 месяцев до 9 лет, но у подавляющего большинства пациентов (90%, n=9) возраст манифестации психоза составил от 12 месяцев до 2 лет 6 мес. Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 5 лет 2 мес. до 14 лет 11 мес.. Большинство пациентов (80%, n=8) переносили кататонно-регрессивный приступ, 10% (n=1) – кататонический приступ, 10% (n=1) – полиморфный психотический приступ.

Вторую группу составили пациенты с диагностированным иным типом шизофрении, кроме детского (n=15), 5 мальчиков и 10 девочек. Сюда вошли преимущественно пациенты с Недифференцированной шизофренией (НШ, F20.3, n=11), а также пациенты с Параноидной (ПШ, F20.0, n=2), Кататонической (КШ, F20.2, n=1) и Гебефренической формой шизофрении (ГШ, F20.1, n=1). Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 12 лет 11 мес. до 15 лет 9 мес. Психотические приступы характеризовались полиморфными расстройствами, их манифестация приходилась на возраст от 8 лет (больные переносили первый приступ до обращения в ФГБНУ НЦПЗ) до 14 лет 4 мес.

Третью группу составили пациенты с Атипичным аутизмом (АА, F84.1), n=13, 10 мальчиков и 3 девочки. Их возраст на момент обследования варьировал от 5 лет 6 мес. до 13 лет 5 мес. Возраст дебюта манифестного психоза составлял от 12 мес. до 3 лет. Пациенты третьей группы переносили кататонно-регрессивные (77%, n=10), полиморфно-регрессивные, кататонические и полиморфные приступы (в 7.7% соответственно).

Четвертую группу составили пациенты с верифицированным Детским аутизмом (ДА, F84.02), n=20, 17 мальчиков и 3 девочки. Их возраст на момент обследования варьировал от 2 лет 10 мес. до 11 лет 6 мес. Манифестация приступа

приходилась на возраст от 10 мес. до 3 лет. Отмечались кататонно-регрессивные (70%, $n=14$), полиморфно-регрессивные (5%, $n=1$), кататонические (20%, $n=4$) и полиморфные (5%, $n=1$) приступы.

В группе пациентов с ДШ ($n=10$) особенности моторного развития на первом году в виде его неравномерности встречались в 40% ($n=4$) случаев. Особенности развития речи с первых месяцев в виде бедного лепета и гуления или задержки темпов их появления отмечались у 70% ($n=7$) пациентов. До манифестации психотических нарушений избирательность при введении прикорма и сниженный аппетит на первом году отмечались у одного пациента (10%). Отчетливые указания на неустойчивый зрительный контакт со слабой реакцией оживления на появление матери отмечались в анамнезе у 40% ($n=4$). Нарушения сна отмечались у 40% ($n=4$) пациентов, из которых у 2 сон был поверхностным с пробуждениями, трудностями при засыпании с первых месяцев, а у 2 других такие же нарушения возникли после 6 мес. с формированием отчетливого искаженного варианта дизонтогенеза к 12 мес.

В группе пациентов с иными типами шизофрении ($n=15$), включавшей преимущественно больных с Недифференцированной шизофренией (НШ, 73%, $n=11$), на первом году нарушения моторного развития отмечались у 21% ($n=3$) и заключались в его неравномерности ($n=2$, 14%) и задержке ($n=1$, 7%). Нарушения речевого развития в виде его задержки на первом году отмечались у двух пациентов (14%). Нарушения сна (беспокойный, прерывистый сон, трудности при засыпании) отмечались у 40% ($n=6$). Избирательности в еде на первом году у пациентов не выявлялось, у 20% ($n=3$) отмечался сниженный аппетит. Особенности контакта отмечались у двух (14%) пациентов, в одном случае они заключались в малой эмоциональной реакции на улыбку, попытки привлечь внимание, в другом – в отторжении тактильного контакта. Т.о., в указанной группе особенности развития на первом году были меньше представлены по сравнению с другими группами и более разрозненны. Искажения развития не выявлялись, с наступлением дошкольного и школьного возрастов отмечались особенности характера в виде личностного своеобразия (чаще с шизоидными чертами). У пациентов с признаками задержки речевого развития на фоне течения болезни нарастала выраженная школьная дизадаптация и когнитивные нарушения.

В группе пациентов с АА ($n=13$) у 92% ($n=12$) до манифестного психоза отмечались особенности моторного развития в виде его неравномерности или относительно небольшой темповой задержки; часто отмечалось выпадение навыка ползания или его появление после навыка ходьбы. Часто (77%, $n=10$) такие дети в первые месяцы жизни мало гулили и лепетали по сравнению со сверстниками, в некоторых случаях гуление или лепет отсутствовали, либо лепет был однообразным. Длительность периода между остановкой в речевом развитии и появлением кататонической симптоматики варьировала, по нашим подсчетам, от 1 до 12 мес. С приостановкой речевого развития и дальнейшим регрессом нарастал весь спектр явлений искаженного варианта дизонтогенеза. У 46% ($n=6$) пациентов искаженное развитие сочеталось с признаками задержанного, а у 46% ($n=6$) пациентов отмечалась близкая к тотальной задержка. Нару-

шения сна на 1-м году отмечались у 46% (n=6) пациентов. Сон был чуткий, прерывистый с пробуждениями, только в катящейся коляске и нахождение матери при засыпании. У 61.5% (n=8) детей с первых месяцев отмечались аутистические черты в виде неустойчивого зрительного контакта, слабости «комплекса оживления» и слабости реакции на физиологический дискомфорт, нарушения аппетита на первом году жизни отмечались у 46% (n=6) в виде избирательности еды или отсутствия чувства насыщения, частых срыгиваний, рвотного рефлекса. Обращало на себя внимание наличие двигательных стереотипий (раскачиваний, поворотов головы из стороны в сторону, потряхиваний кистями) у 38% (n=5) пациентов из группы еще до наступления явлений регресса и/или развертывания кататонической симптоматики в рамках психотических приступов без регрессивных явлений.

В группе пациентов с ДА (n=20) на первом году отмечались особенности моторного развития в виде неравномерности у 30% (n=6) его темпов. Небольшая задержка моторного развития встречалась у 15% (n=3) пациентов. Особенности развития речи с первых месяцев в виде бедности гуления и лепета отмечались у 60% (n=12) детей. В дальнейшем речевое развитие отчетливо останавливалось, затем у большинства (70%, n=14) наступал регресс речи. Черты искажения преобладали над чертами задержки. У 35% (n=7) пациентов на первом году отмечались нарушения аппетита в виде избирательности в пище, отсутствия чувства насыщения, трудностей жевания. Только в 10% (n=2) случаев отмечались особенности контакта на первом году в виде отсутствия внимания к окружающим, слабой реакции на дискомфорт и невыраженного «комплекса оживления». Нарушения сна встречались у 30% (n=6) пациентов. Результаты исследования наглядно отражены на рис. 1.

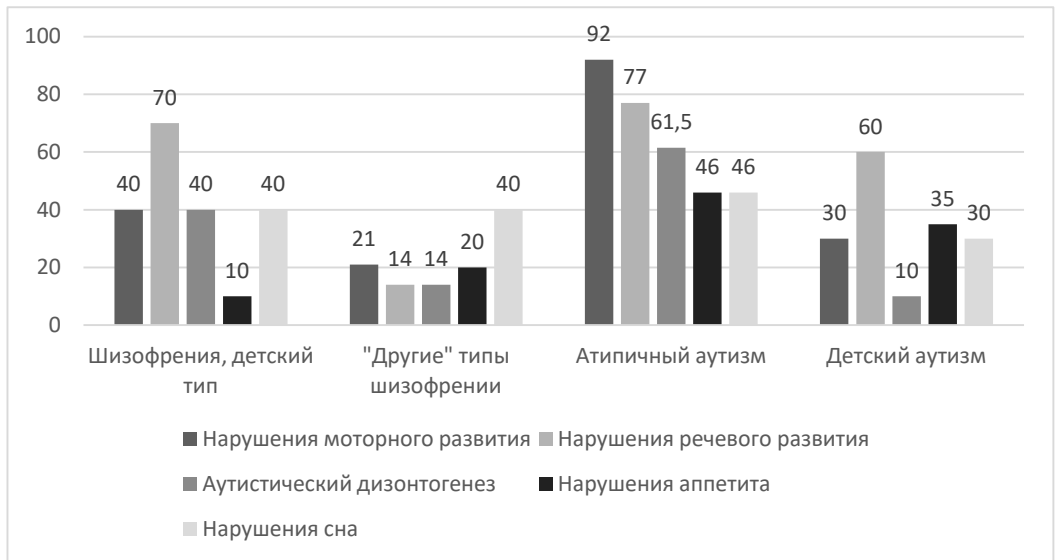


Рисунок 1. Соотношение нарушений развития, выявленных в представленных группах пациентов, %.

Выводы. Особенности развития на первом году жизни могут иметь важное прогностическое значение в отношении риска возникновения психического заболевания. Наиболее важными с точки зрения возможности развития эндогенных психозов в раннем возрасте являются бедность и недостаточность контакта с окружающими и замедление темпов речевого развития у детей на первом году жизни. Наиболее тяжелое течение болезни с выраженной дизадаптацией в социуме, стереотипным поведением отмечалось у детей, речевое развитие которых с первых месяцев носило характер задержанного в сочетании со слабостью контактов, бедностью эмоциональных реакций и проявлениями слабости общего психического тонуса, т. е. с чертами аутистического дизонтогенеза. В дальнейшем развитие приобретало черты не только задержанного вплоть до тотального недоразвития, но и искаженного.

В результате исследования сделан вывод, что больший «удельный вес» искаженного варианта дизонтогенеза по сравнению с задержанным прогностически более благоприятен. Первичное наличие признаков задержанного развития и аутистических черт уже на первом году жизни наименее благоприятно при дальнейшем присоединении кататонии как стержневого синдрома при детских психозах и искажении развития. Преобладание в структуре дизонтогенеза черт задержки развития по сравнению с его искажением прогностически менее благоприятно. У детей с аутизмом, детским типом шизофрении встречаются задержанный или диссоциированный типы дизонтогенеза или их сочетание, у детей с иными типами шизофрении дизонтогенетических явлений чаще может не встречаться. Это, возможно, подтверждает относительную обособленность детского типа шизофрении и правомерность ее выделения в отдельную нозологию, но также и сближает детский тип шизофрении прежде всего с атипичным аутизмом и детским аутизмом. Кататонический синдром, имеющий место в структуре детских психозов, развившихся в первые годы жизни, тотально нарушает развитие пациентов, приводит к искаженному и задержанному типам дизонтогенеза. Выявлена неразрывная связь кататонических нарушений с психотическими формами аутизма и детским типом шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.
2. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект) // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста: сборник научных трудов / под ред. М. Ш. Вроно. М.: ВНИЦПЗ, 1986. 174 с.
3. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. М: Смысл, Эксмо, 2005. 512 с.
4. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению «Психология» и психологическим специальностям. М.: Академия, 2008. 201 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд, перераб. и доп. М.: Медицина, 1995 558 с.
6. Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития: дис... канд. мед. наук: М., 2003. 247 с.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии. 4-е изд. М.: Академия, 2007. 140 с.
8. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека: монография. СПб.: Питер, 2008. 621 с.
9. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте: автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 2006. 44 с.

10. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М.: Акад. мед. наук СССР, 1948. 136 с.

11. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1-3. М.: Медгиз, 1955–1965.

12. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 392 с.

13. Юрьева О.П. Клиника вялотекущей шизофрении у детей и подростков: автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 1971. 25 с.

REFERENCES

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

2. Vrono M.Sh. Detskaya shizofreniya i dizontogenez (klinicheskij aspekt) // Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta: sbornik nauchnykh trudov / pod red. M. Sh. Vrono. M.: VNCzPZ, 1986. 174 s.

3. Vy'gotskij L.S. Psikhologiya razvitiya rebyonka. M: Smy'sl, E'ksmo, 2005. 512 s.

4. Zvereva N.V., Kaz'mina O.Yu., Karimulina E.G. Patopsikhologiya detskogo i yunosheskogo vozrasta: ucheb. posobie dlya studentov vy'sshikh uchebnykh zavedenij, obuchayushhikhsya po napravleniyu «Psikhologiya» i psikhologicheskim speczial'nostyam. M.: Akademiya, 2008. 201 c.

5. Kovalev V.V. Psikhiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachej. 2-e izd, pererab. i dop. M.: Mediczina, 1995 558 c.

6. Krasnopyorova M.G. Klinika i psikhopatologiya proczessual'nogo detskogo autizma, protekayushhego s manifestny'mi psikhozami i zaderzhkoj psikhicheskogo razvitiya: dis... kand. med. nauk: M., 2003. 247 s.

7. Lebedinskij V.V. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste: uchebnoe posobie dlya studentov vy'sshikh uchebnykh zavedenij, obuchayushhikhsya po napravleniyu i speczial'nostyam psikhologii. 4-e izd. M.: Akademiya, 2007. 140 c.

8. Luriya A.R. Vy'sshie korkovy'e funkczii cheloveka: monografiya. SPb.: Piter, 2008. 621 s.

9. Simashkova N.V. Atipichny'j autizm v detskom vozraste: avtoref. dis... d-ra med. nauk. M., 2006. 44 s.

10. Simson T.P. Shizofreniya rannego detskogo vozrasta. M.: Akad. med. nauk SSSR, 1948. 136 s.

11. Sukhareva G.E. Klinicheskie lekczii po psikhiiatrii detskogo vozrasta. T. 1-3. M.: Medgiz, 1955–1965.

12. Ushakov G.K. Detskaya psikhiatriya. M.: Mediczina, 1973. 392 s.

13. Yur'eva O.P. Klinika vyalotekushhej shizofrenii u detej i podrostkov: avtoref. dis... d-ra med. nauk. M., 1971. 25 s.

N.S. Shalina, E.E. Balakireva, A.V. Kulikov, A.A. Koval'-Zajcev,

S. G. Nikitina, T.E. Blinova

SOME FEATURES OF THE FIRST YEAR OF LIFE

AMONG CHILDREN WITH SCHIZOPHRENIA AND AUTISM

FSBSI Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. Psychotic forms of autism and childhood-onset schizophrenia, beginning with psychosis at an early age with or without developmental regression, are difficult to diagnose by psychiatrists. However, some dysontogenetic signs are often take place during the first year of life before the psychosis starts. Their detection and assessment as a risk factor for the development mental illness may help in the timely diagnosis and care of patients. The most important indicators were the development of speech and «autistic dysontogenetic traits» in the clinical picture.

Keywords: dysontogenesis, schizophrenia, autism, catatonia.

УДК 616.896

Т.Е. Блинова, Н.В. Зверева, Е.Е. Балакирева, А.В. Куликов,
С.Г. Никитина, Н.С. Шалина

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ
С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. Вопрос изучения обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) в детском и подростковом возрасте остается до настоящего времени актуальным и дискуссионным в связи с тем, что симптомы психической патологии, как правило, имеют «нетипичный», незавершенный характер, что затрудняет своевременную диагностику заболевания. Важное значение имеет оценка первичных симптомов при манифестации заболевания и их видоизменение в течение болезни.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, детский аутизм, шизотипическое расстройство, патопсихологический профиль.

ОКР в детском возрасте изучались как многими отечественными [1-7], так и зарубежными авторами [8, 9]. К ОКР относятся как моторные (движения, действия), так и идеаторные (мысли, воспоминания, сомнения, страхи) нарушения, которые возникают независимо от воли пациента. В разных возрастных периодах ОКР проявляются различными симптомами. У детей дошкольного возраста ОКР наблюдается преимущественно в виде тикозных расстройств; у младшего школьного возраста моторные проявления усложняются и могут приобретать вид целенаправленных действий, служащих «ритуалами», зачастую с присоединением идеаторных проявлений ОКР. Наиболее часто выявляются расстройства кататонического регистра в виде стереотипий, которые по мере течения заболевания могут трансформироваться в двигательные навязчивости. Двигательные проявления ОКР могут встречаться при различных заболеваниях, в том числе при детском аутизме (ДА) и шизотипическом расстройстве (ШР). При изучаемых патологиях у пациентов выявляются определенные психологические особенности в когнитивной, эмоционально-личностной и социальной сферах. Пациенты, вошедшие в исследование, были разного возраста, в связи с чем при патопсихологическом обследовании использовался комплексный качественный анализ данных, что позволило провести сопоставление патопсихологического профиля у пациентов изучаемых групп при разных нозологиях с учетом клинических параметров.

Целью настоящего исследования являлось сопоставление патопсихологического профиля у пациентов с ДА и ШР, имевших в клинической картине ОКР, с учетом возрастных и клинических факторов (возраст начала заболевания, ведущий синдром при заболевании).

Материалы исследования. Работа выполнена на базе клиники ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», в отделе детской психиатрии. В исследовании приняли участие 45 пациентов (18 девочек и 27 мальчиков) в возрасте от 4 до 16 лет, имевших в клинической картине ОКР, с верифицированным диагнозом по МКБ-10 «Детский аутизм F84.02» - ДА (10 больных) и верифицированным диагнозом по МКБ-10 «Шизотипическое

неврозоподобное расстройство F21.3» - ШР (35 больных).

Методы исследования: Использовался метод интегративной оценки показателей дефицитарности в интеллектуальной и мотивационно-личностной сферах психики по 8 выделенным параметрам, таким как диссоциация, шизоидность, интеллектуальное развитие, эмоционально-личностная сфера, мотивация, инфантильность, общение, произвольная регуляция - с использованием балльной оценки (чем выше балл, тем хуже результат). Методы -клинический, катamnестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический методы (в стат. пакете SPSS 22) и метод качественного анализа результатов с использованием балльной оценки.

Результаты. В данном исследовании использовалась кластеризация данных оценки патопсихологического профиля пациентов с помощью пакета SPSS-22. По результатам работы пациенты распределились на четыре кластера. Сравнительная оценка всех параметров патопсихологических профилей образовавшихся кластеров имеет достоверные отличия между ними по большинству показателей на уровне достоверности $p \leq 0,001$ (критерий Краскала-Уоллиса), вместе с тем имеют место и сходные показатели, не отличающие, а объединяющие пациентов в каждом из кластеров, а именно наличие особенностей эмоционально-личностной сферы ($p \leq 0,066$, критерий Краскала-Уоллиса)⁴.

В кластер 1 вошли 14 пациентов (31%), из них 8 мальчиков, с диагнозом ДА, с ранним началом заболевания – 1,4 года. Средний возраст пациентов 5, 6 лет, по патопсихологическому профилю суммарный балл составил 15,4 балла. Таким образом, в 1-м кластере наблюдались пациенты преимущественно дошкольного возраста, с ранним началом заболевания, с выраженными нарушениями развития. Больше всего баллов было выявлено по параметрам интеллекта, произвольной регуляции деятельности, эмоционально-личностному, мотивационному профилям и инфантильности.

В кластер 2 вошли 16 пациентов (35,5%), из них 8 мальчиков, с диагнозом ШР, средний возраст пациентов в группе составил 14,8 лет, возраст начала заболевания 11,7 лет. По патопсихологическому профилю суммарный балл составил 9,1 балла. Анализ данных показал, что во 2-м кластере наблюдались подростки с относительно поздним началом заболевания, имевшие хорошее познавательное развитие, но с особенностями, которые свойственны пациентам с заболеваниями шизофренического спектра. У изученных пациентов основные трудности выявлялись в эмоционально-личностной сфере.

В кластер 3 вошли 19 пациентов (42,2%), из них 15 мальчиков, с диагнозом ДА и ШР, но преобладали пациенты с диагнозом ШР. Средний возраст пациентов в группе составил 10,6 лет, а возраст начала заболевания 3,7 лет (от 1 до 7 лет). По патопсихологическому профилю суммарный балл составил 9,9 балла. Таким образом, в 3-й кластер вошли преимущественно мальчики школьного возраста с относительно ранним началом заболевания, имевшие относительно хорошее интеллектуальное развитие, но с чертами, свойственными шизоидному складу психики, с проявлениями инфантилизма, мотивационными и эмоционально-личностными нарушениями.

В кластер 4 вошли 2 пациента (4,4%), мальчики в возрасте 4 лет, с диагнозом ДА, у которых заболевание манифестировало в возрасте 2 лет. У

⁴Математическую обработку данных проводила канд.психол.наук Зверева М.В.

обоих пациентов отмечалась грубая задержка речевого развития, а также гипоманиакальный синдром, сохранявшийся на всем протяжении заболевания. По патопсихологическому профилю суммарный балл у пациентов в этом кластере был самым высоким среди обследованных вошедших в исследование, и составил 21 балл. Таким образом был выявлен дефицит всех анализируемых параметров патопсихологического профиля.

При изучении выборки по половому признаку выявлено, что у девочек отмечалось более позднее начало заболевания, а также невысокий балл по патопсихологическому профилю с преобладанием нарушений в эмоционально-личностной и мотивационной сферах. У мальчиков выявлено более раннее начало заболевания, чем у девочек, и выше балл по патопсихологическому профилю. У мальчиков преобладали нарушения в произвольной регуляции и эмоционально-личностной сферах. При рассмотрении данной выборки по диагнозам, выявлено более раннее начало заболевания, так же как и возраст больных при ДА, а также высокий суммарный балл по патопсихологическому профилю. У пациентов с ДА наиболее выражены нарушения в эмоционально-личностной сфере, мотивации, а также произвольной регуляции. Пациентам с ШР свойственно более позднее начало заболевания, без значимых интеллектуальных нарушений, но нередко с особенностями по шизоидному типу. У пациентов с ШР отчетливо выявлялась дефицитарность эмоционально-личностной сферы.

Выводы. Комплексная оценка патопсихологических и психопатологических данных у пациентов с ОКР при ДА и ШР показывает своеобразие психического развития и проявлений дефицитарности для пациентов с разными нозологиями и разным возрастом начала заболевания. Более выраженные нарушения по всем сферам оценки патопсихологического профиля встречаются у пациентов при ДА с ранним началом заболевания. Патопсихологический профиль у детей с ОКР при ДА и ШР показывает также и общие черты в виде дефицитарности эмоционально-личностной сферы и различных вариантов интеллектуального развития. Выявлены особенности по признаку пола: девочки при ОКР заболевают позже, без формирования когнитивного дефекта, в то время как у мальчиков, вошедших в исследование, заболевание манифестирует в более раннем возрасте с формированием выраженного когнитивного дефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1989. 253 с.
2. Блинова Т.Е., Зверева Н.В., Жукова О.Н. Обсессивно-компульсивные нарушения при шизотипическом расстройстве и детском аутизме // Сб. мат-лов Всероссийской науч.-практ. конф с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно / Под ред. Н.В. Симашковой. М.: НЦПЗ, 2018. С. 110-111.
3. Калинина М.А. Синдром навязчивости при малопрогредиентной шизофрении в детском возрасте (психопатологический, клинико-динамический, сравнительно-возрастной аспекты). Автореф... канд. мед. наук. М., 1993. 23 с.
4. Калинина М.А. Синдром навязчивостей в раннем детском возрасте // Психиатрия, 2007. № 5. С. 25-29.
5. Корень Е.В., Масихина С.Н. Обсессивно-компульсивные расстройства в детском и подростковом возрасте. Клинические рекомендации. М., «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.

Сербского», 2015. 41 с.

6. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II, часть 2. М.: Медицина, 1959. 406 с.

7. Шевченко Ю.С. Динамика и исходы невроза навязчивых состояний, начавшегося в детском и подростковом возрасте в свете катamnестического обследования // Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. 1979. № 10. С. 1392-1396.

REFERENCES

1. Bashina V.M. Rannaya detskaya shizofreniya (statika i dinamika). M.: Mediczina, 1989. 253 s.

2. Blinova T.E., Zvereva N.V., Zhukova O.N. Obsessivno-kompul'sivny'e narusheniya pri shizotipicheskom rasstrojstve i detskom autizme // Sb. mat-lov Vserossijskoj nauch.-prakt. konf s mezhdunarodny'm uchastiem, posvyashhennoj 100-letiyu so dnya rozhdeniya professora M.Sh. Vrono / Pod red. N.V. Simashkovej. M.: NCzPZ, 2018. S. 110-111.

3. Kalinina M.A. Sindrom navyazchivosti pri maloproгредиientnoj shizofrenii v detskom vozraste (psihopatologicheskij, kliniko-dinamicheskij, sravnitel'no-vozrastnoj aspekty). Avtoref... kand. med. nauk. M., 1993. 23 s.

4. Kalinina M.A. Sindrom navyazchivostej v rannem detskom vozraste // Psikhiatriya, 2007. # 5. S. 25-29.

5. Koren' E.V., Masikhina S.N. Obsessivno-kompul'sivny'e rasstrojstva v detskom i podrostkovom vozraste. Klinicheskie rekomendaczii. M., «Federal'nyj mediczinskiy issledovatel'skij cenzr psikhii i narkologii im. V.P. Serbskogo», 2015. 41 s.

6. Sukhareva G.E. Klinicheskie lekczii po psikhii detskogo vozrasta. T. II, chast' 2. M.: Mediczina, 1959. 406 s.

7. Shevchenko Yu.S. Dinamika i iskhody' nevroza navyazchivy'kh sostoyaniy, nachavshegosya v detskom i podrostkovom vozraste v svete katamnesticeskogo obsledovaniya // Zh. nevrol. i psikhiatr im. S.S. Korsakova. 1979. # 10. S.

8. Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive- compulsive disorder and related disorders. // International Journal of Clinical Practice, 61:98-104.

9. Homburger, August. "Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters". Berlin 1926. Pgs 304-324

**T.Ye. Blinova, N.V. Zvereva, E.E. Balakireva, A.V. Kulikov, S.G. Nikitina,
N.S. Shalina**

PATHOPSYCHOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS

IN CHILDHOOD AUTISM AND SCHIZOTYPAL DISORDER

FSBSI «Mental Health Research Centre» (Moscow).

Summary. The issue of studying obsessive-compulsive disorders (OCD) in childhood and adolescence remains relevant and debatable to date, due to the fact that the symptoms of mental pathology, as a rule, have an "atypical", incomplete nature, which makes it difficult to diagnose the disease in a timely manner. It is important to assess the primary symptoms during the manifestation of the disease and their modification during the course of the disease.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, childhood autism, schizotypal disorder, pathopsychological profile.

УДК 37.064.3

В.В. Щербаков**ПОСЛЕДСТВИЯ ШКОЛЬНОЙ ТРАВЛИ ДЛЯ СВИДЕТЕЛЕЙ
(ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)****Федеральный научно-методический центр в области психологии и педагогики толерантности (Москва).**

Резюме. В статье рассматривается возникновение негативных последствий школьной травли для свидетелей, через призму возникающих у них когнитивных искажений. Исходя из исследований видно, что травля в школе оказывает негативное влияние на психическое и физическое здоровье свидетелей, а также повышает риск суицидального и самоповреждающего поведения, в том числе повышает риск употребления ПАВ.

Ключевые слова: буллинг, последствия буллинга, последствия буллинга для свидетеля, свидетель буллинга, травма свидетеля.

Введение. Буллинг (травля) – глобальное явление, которое только в конце XX века привлекло внимание психологов. С того времени, более чем за 30 лет исследования феномена были сформулированы определения и признаки, выявлены отличие травли от других форм агрессии, цели и причины, последствия, а также методы профилактики буллинга и противодействия ему.

Буллинг – это преднамеренное систематически повторяющееся агрессивное поведение, включающее неравенство социальной власти или физической силы [33]. Это определение травли, ставшее классическим, к нему немецкий психолог Хорст Каспер, создатель опросника буллинга SMOB, добавляет важный параметр: «у жертвы почти нет шансов своими силами справиться с данной ситуацией» [26]. Буллинг – это групповое явление [40]. В ролевой модели буллинга выделяют три основных участника: жертву, агрессора и свидетеля. Последствиям буллинга для жертв и агрессоров посвящено много исследований, и в настоящий момент известно, что буллинг вносит вклад в повышение рисков самоповреждающего и суицидального поведения, употребления психоактивных веществ (ПАВ), криминализации. Вовлеченность в ситуацию буллинга негативно отражается на физическом и психическом здоровье, успеваемости и вовлеченности в учебную деятельность, дружеских и супружеских отношениях, трудоустройства в будущем и финансовом благополучии выросших школьников [1].

Учитывая огромное количество исследований на тему последствий травли для жертв и агрессоров, и недостаток изученности последствий, которые касаются непосредственно свидетелей, мы решили сосредоточить свою работу именно на последних участниках травли. Это особенно важно в силу того, что несмотря на малую изученность последствий травли для свидетелей, именно им отведена главная роль в профилактике и предотвращении травли, в большинстве антибуллинговых программ [5].

Многие исследователи в своих работах говорят о том, что опыт свидетелей травли требует большего внимания [1, 18, 45 но, несмотря на это, роль свидетеля по-прежнему остается мало изучена [40]. Это связано с тем, что вред, зачастую физический, нанесенный непосредственно жертвам, очевиден [15, 35], в то время как психологический вред от наблюдения травли, полученный свидетелями, заметить сложнее [12, 35]. Тем не менее, свидетели травли составляют большинство ее участников, и опыт наблюдения за травлей может иметь для них негативные последствия [3, 7, 29. Порой даже чаще, чем жертвы, свидетели сообщают о симптомах депрессии, тревоге и страхе незащищенности [14, 46]. Некоторые исследователи и вовсе утверждают, что свидетелей травли, следует рассматривать как обычных жертв издевательств [48], потому что дети, погруженные в образовательный процесс на протяжении многих лет, покидая школу, ожидают на выходе столкнуться с процессами и отношениями, аналогичными тем, что были в школе [11], и существует вероятность того, что наблюдение за травмирующими событиями может заставить их иначе думать о себе и мире [31].

Имея ввиду перечисленные наблюдения, а именно важность деятельного участия свидетелей в ситуации травли как главных субъектов ее профилактики, а также малую изученность последствий травли для свидетелей, мы ставим перед собой главную исследовательскую задачу – обобщить данные зарубежных работ и систематизировать их для дальнейших исследований роли свидетеля в ситуации травли. Мы ставим акцент на работах зарубежных авторов ввиду того, что данных в российской научной литературе, освещающих последствия травли для свидетелей, крайне мало.

В нашей работе для наглядности мы будем рассматривать возникновение негативных последствий травли для свидетелей через когнитивные искажения, которые в эпизодах травли приобретают для свидетелей характер психологических защит, т. е., с одной стороны, защищают свидетелей от неблагоприятных воздействий травли, с другой, наоборот, оказывают краткосрочное и долгосрочное негативное влияние на психическое здоровье. В нашей обзорной статье мы рассмотрим когнитивный диссонанс, моральное отчуждение ответственности, персонализацию, катастрофизацию и генерализацию.

Когнитивный диссонанс. Первое, с чем сталкиваются свидетели в ситуации травли, – это состояние когнитивного диссонанса. Так или иначе, в независимости от направленности личности, перед свидетелями встает выбор, как поступить в ситуации буллинга? Защитить жертву, поддержать агрессора или попытаться игнорировать травлю? Ситуация, в которой оказывается свидетель, вызывает в нем когнитивный диссонанс - состояние психического дискомфорта, вызванное столкновением в сознании конфликтующих представлений, идей, верований, ценностей или эмоциональных реакций [17]. В ситуации травли свидетель испытывает его, когда считает, что издеательства - это неправильно, и хочет вмешаться, прекратить травлю, но не может этого сделать из-за страха стать следующей жертвой [23, 25, 31, 34, 36, 40, 48].

Страхи свидетелей часто носят социальный характер, ввиду того, что агрессоры в большинстве случаев обладают более высоким социальным статусом,

чем жертвы и свидетели [25, 36, 39]. Опасаясь за собственную безопасность, свидетели могут примкнуть к сверстникам, поддерживающим травлю [20]. Также к социальному фактору, оказывающему давление на свидетелей, относится страх социальной изоляции. Свидетели могут бояться оказать поддержку жертвам из-за опасения что их статус среди сверстников может снизиться и они окажутся в одиночестве или меньшинстве и, в конечном итоге, сами могут стать жертвами травли [30, 50].

Таким образом, переживание свидетелями когнитивного диссонанса, связанного с неминуемым выбором позиции в ситуации травли, может привести к психологическим травмам, дистрессу и депрессии у свидетелей, а некоторые исследования показывают, что независимо от предпринятых действий, свидетели в любом случае приобретут психологические или соматические симптомы [8]. Как вмешательство, так и невмешательство связано с эмоциональными расстройствами [50].

Моральное отчуждение ответственности. Подверженные влиянию травли свидетели, находящиеся в состоянии когнитивного диссонанса, сталкиваются со следующим психологическим явлением, которое носит название «моральное отчуждение ответственности». Из-за невыносимого выбора, вызванного когнитивным диссонансом, психика свидетелей пытается совладать с психологическим дискомфортом [4]. Независимо от того, какую позицию свидетели занимают в травле, будь то активное участие на стороне агрессора, пассивное одобрение его действий или попытка игнорирования травли и желание сохранить нейтралитет, или попытки прекратить буллинг, моральное отчуждение ответственности позволяет свидетелям воспринимать негативное воздействие травли в более позитивном свете в результате оправдания любых своих действий [6, 27].

Частым проявлением морального отчуждения ответственности является виктимблейминг, который заключается в том, что свидетели перекладывают ответственность за травлю на жертву. Свидетели могут обвинять жертву: «сам виноват», игнорировать, и искажать поведение агрессора по отношению к жертве: «это просто шутки, ничего страшного». Подобным образом оправдывая травлю, не пытаясь ее прекратить, свидетели испытывают меньше вины [9].

Также, моральное отчуждение ответственности способствует возникновению диффузии ответственности - это феномен, благодаря которому свидетели не вмешиваются в травлю, перекладывая ответственность за прекращение травли на других свидетелей, иными словами, так как свидетелей много, они надеются, что жертве поможет кто-нибудь другой [44].

Таким образом, как бы ни поступили свидетели в ситуации травли, моральное отчуждение ответственности «убеждает» их в том, что они на самом деле в любом случае «поступают правильно». Это устраняет любую существенную мотивацию для прекращения травли и снижает уровень эмпатии свидетелей [44].

Персонализация. Персонализация - это форма когнитивного искажения, которая предполагает принятие на себя ответственности за события которые происходят с другими людьми [10]. Особенно подвержены персонализации в ситуации травли свидетели, которые в прошлом имели опыт жертвы. Они ис-

пытывают больше сочувствия к жертвам в отличие от тех свидетелей, которые не имеют подобного опыта в прошлом [43]. Также свидетели, в прошлом бывавшие в статусе жертвы, могут испытывать психологическую ретравматизацию посредством эмпатичного сопереживания страданиям жертвы, которую они наблюдают в настоящем [13, 36]. Для свидетелей же, не имеющих в прошлом опыта жертвы, персонализация не является травмирующей, но в зависимости от развитости эмпатии свидетеля может иметь разную степень интенсификации психологического дискомфорта. Например, свидетели имеющие высокий уровень эмпатии, могут испытывать чувство вины за то, что не предпринимают попыток прекратить травлю [39, 47, 48]. «Да, я виню себя. Я могла бы помочь подруге, ну или позвонить кому-нибудь, или пожаловаться, но я не смогла, поэтому я виню себя» [2].

В ситуации травли персонализация способствует возникновению у свидетелей чувства вины из-за неспособности вмешаться или остановить издевательства. Даже в тех случаях, когда свидетели мало что могут сделать, чтобы остановить травлю, они все равно принимают на себя ответственность за происходящее. «Я вмешалась, сказав хулигану, что драться нехорошо. Я накричала на него и пригрозила, что пожалуюсь директору, но он просто проигнорировал меня и продолжил издеваться над жертвой» [2].

У свидетелей может не получиться остановить конкретный эпизод травли и тогда они начинают сомневаться в том, что их усилия могут повлиять на прекращение травли, это может вызвать чувство некомпетентности, негативно повлиять на самооценку свидетелей и привести к психологической фрустрации [41].

Катастрофизация. Катастрофизация - это форма когнитивного искажения, которая искажает восприятие человека и влияет на интерпретацию им той или иной ситуации, усиливая негативную реакцию. В случае травли катастрофизация проявляется у свидетелей не непосредственно при наблюдении травли, а именно в моментах тревожного ожидания следующего эпизода, вызывая страх стать следующей жертвой [10, 19, 36]. «Мне кажется, что хулиганы могут сделать со мной то, что сделали с другими ребятами. Мне становится страшно, когда я думаю о том, что они могут переключиться на меня» [2].

Погружение в катастрофические мысли является одной из причин бессонницы и психоэмоционального истощения [36]. «Мне снятся плохие сны. В них хулиганы издеваются на до мной. Меня мучает из-за этого бессонница» [2]. Также из-за тревоги, возникшей на фоне наблюдения за травлей и страха стать следующей жертвой, свидетели могут часто отвлекаться на уроках - это может негативно сказаться на их успеваемости [16, 31, 49]. «Я не могу сосредоточиться на материале, который преподает учитель, я постоянно отвлекаюсь на мысли о том, что хулиганы могут начать травить меня» [2].

Генерализация. Генерализация - форма когнитивного искажения, когда на основе отдельно взятого факта человек строит обобщения [10]. Генерализация усугубляет у свидетелей негативное восприятие школьной безопасности. Свидетелям травли в негативном школьном климате может не хватать чувства безопасности, необходимого для эффективного усвоения материала [42]. «Даже

когда я пишу контрольную, я могу начать думать о травле, которую видела недавно» [2]. Также, свидетели могут начать прогуливать школу [16]. «Мне не нравится ходить в школу, потому, что я не чувствую себя в безопасности». «Травля заставляет меня бояться школы. Иногда, когда мама будит меня, я такой: нет, не буди меня, я не хочу идти в школу» [2].

Таким образом, генерализация у свидетелей травли позволяет им вывести общее правило, исходя из наблюдаемых эпизодов травли, о том, что мир небезопасен и представляет угрозу [11, 31].

Заключение. Список симптомов, которые встречаются у свидетелей буллинга, широк: навязчивые мысли, печаль, эмоциональное истощение, стыд, чувство вины, гнев, страх, беспокойство, вспышки гнева и уход в себя [21, 50]. В сравнении с теми детьми, которые не сталкивались с издевательствами, у свидетелей выше уровень тревоги и риск возникновения депрессии [22, 28, 32, 36]. Значительно чаще, чем те, кто не участвовал в травле и не был ее очевидцем, свидетели указывали на беспомощность и суицидальные мысли [37]. Также, свидетели могут быть склонны к риску употребления ПАВ [16, 38].

Таким образом, обобщив негативные последствия травли для свидетелей и рассмотрев их когнитивные искажения, мы предполагаем, что в силу отсутствия в отечественной научной литературе исследований на тему последствий травли для свидетелей, наша обзорная статья, суммирующая зарубежные данные по этой теме, поможет отечественным исследователям в области буллинга в их будущих работах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочавер А.А. Последствия школьной травли для ее участников // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2021. Т. 18. № 2. С. 393-409.

REFERENCES

1. Bochaver A.A. Posledstviya shkol'noj travli dlya ee uchastnikov // Psikhologiya. Zhurnal Vy'sshej shkoly e'konomiki. 2021. T. 18. # 2. S. 393-409.

2. Adewoye S.E., du Plessis A. Early adolescent bystanders' experiences of school bullying in a South African school // Journal of Education (University of KwaZulu-Natal). 2021. № 85. С. 111-127.

3. Baldry A.C., Farrington D.P., Sorrentino A. School bullying and cyberbullying among boys and girls: Roles and overlap // Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2017. Т. 26. № 9. С. 937-951.

4. Bandura A. Moral disengagement: How people do harm and live with themselves. Worth publishers, 2016.

5. Bauman S. et al. Experiences of adolescent witnesses to peer victimization: The bystander effect // Journal of school psychology. 2020. Т. 80. С. 1-14.

6. Bjarehed M. et al. Mechanisms of moral disengagement and their associations with indirect bullying, direct bullying, and pro-aggressive bystander behavior // The Journal of Early Adolescence. 2020. Т. 40. № 1. С. 28-55.

7. Boyes M.E. et al. Bullying victimisation, internalising symptoms, and conduct problems in South African children and adolescents: A longitudinal investigation // Journal of abnormal child psychology. 2014. Т. 42. № 8. С. 1313-1324.

8. Callaghan M., Kelly C., Molcho M. Bullying and bystander behaviour and health outcomes among adolescents in Ireland // J Epidemiol Community Health. 2019. T. 73. № 5. C. 416-421.
9. Caravita S. et al. Peer influences on moral disengagement in late childhood and early adolescence // Journal of youth and adolescence. 2014. T. 43. № 2. C. 193-207.
10. Creed T.A., Reisweber J., Beck A.T. Cognitive therapy for adolescents in school settings. Guilford Press, 2011.
11. Crosnoe R. Schools, peers, and the big picture of adolescent development // Adolescent vulnerabilities and opportunities. 2011. C. 182-204.
12. Darney C., Howcroft G., Stroud L. The impact that bullying at school has on an individual's self-esteem during young adulthood // International Journal of Education and Research. 2013. T. 1. № 8. C. 1-16.
13. D'Augelli A. R., Pilkington N. W., Hershberger S. L. Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school // School Psychology Quarterly. 2002. T. 17. № 2. C. 148.
14. Deng N., Bi H., Zhang W. Bystander behavior of adolescents in school bullying: A family functioning perspective // Social Behavior and Personality: an international journal. 2021. T. 49. № 8. C. 1-15.
15. Englander E.K. Understanding cyberbullying in 8-to-10 year olds: New research // 2013 AAP National Conference and Exhibition. American Academy of Pediatrics, 2013.
16. Farrington D. P., Ttofi M. M. Bullying as a predictor of offending, violence and later life outcomes // Criminal behaviour and mental health. 2011. T. 21. № 2. C. 90-98.
17. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford university press, 1962. T. 2.
18. Gini G., Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems: A meta-analysis // Pediatrics. 2013. T. 132. № 4. C. 720-729.
19. Glew G.M. et al. Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school // Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2005. T. 159. № 11. C. 1026-1031.
20. Glover D. et al. Bullying in 25 secondary schools: Incidence, impact and intervention // Educational research. 2000. T. 42. № 2. C. 141-156.
21. Greeff P., Grobler A.A. Bullying during the intermediate school phase: A South African study // Childhood. 2008. T. 15. № 1. C. 127-144.
22. Groves B.M. A. Mental health services for children who witness domestic violence // The Future of Children. 1999. C. 122-132.
23. Howard A.M., Landau S., Pryor J.B. Peer bystanders to bullying: Who wants to play with the victim? // Journal of abnormal child psychology. 2014. T. 42. № 2. C. 265-276.
24. Hutchinson M. Exploring the impact of bullying on young bystanders // Educational Psychology in practice. 2012. T. 28. № 4. C. 425-442.
25. Juvonen J., Galvan A. Peer influence in involuntary social groups: Lessons from research on bullying. 2008.

26. Kasper H., Heinzelmann-Arnold I. Schülermobbing – tun wir was dagegen! Smob-Fragebogen mit Anleitung und Auswertungshilfe. Klasse 5–13. Lichtenau: AOL-Verlag, 2010. 48 S.
27. Killer B. et al. A meta-analysis of the relationship between moral disengagement and bullying roles in youth // Aggressive behavior. 2019. T. 45. № 4. C. 450-462.
28. Kitzmann K.M. et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review // Journal of consulting and clinical psychology. 2003. T. 71. № 2. C. 339.
29. Lambe L.J. et al. Does defending come with a cost? Examining the psychosocial correlates of defending behavior among bystanders of bullying in a Canadian sample // Child Abuse & Neglect. 2017. T. 65. C. 112-123.
30. Matthews T. et al. Social isolation and mental health at primary and secondary school entry: a longitudinal cohort study // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2015. T. 54. № 3. C. 225-232.
31. Midgett A., Dumas D.M. The impact of a brief bullying bystander intervention on depressive symptoms // Journal of Counseling & Development. – 2019. T. 97. № 3. C. 270-280.
32. Midgett A., Dumas D.M. Witnessing bullying at school: The association between being a bystander and anxiety and depressive symptoms // School mental health. 2019. T. 11. № 3. C. 454-463.
33. Olweus D. Bullying at school: What we know what we can do. N.Y.: Wiley-Black - well, 1993a.
34. Pepler D., Craig W. Bullying: Research and interventions // Youth Update. 1997. T. 15. № 1. C. 1-15.
35. Rigby K., Johnson B. Expressed readiness of Australian schoolchildren to act as bystanders in support of children who are being bullied // Educational psychology. 2006. T. 26. № 3. C. 425-440.
36. Rivers I. et al. Observing bullying at school: The mental health implications of witness status // School Psychology Quarterly. 2009. T. 24. № 4. C. 211.
37. Rivers I., Noret N. Potential suicide ideation and its association with observing bullying at school // Journal of Adolescent Health. 2013. T. 53. № 1. S32-S36.
38. Russell S.T., Franz B.T., Driscoll A.K. Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence // American journal of public health. 2001. T. 91. № 6. C. 903.
39. Salmivalli C. Bullying and the peer group: A review // Aggression and violent behavior. 2010. T. 15. № 2. C. 112-120.
40. Salmivalli C. Participant roles in bullying: How can peer bystanders be utilized in interventions? // Theory into practice. 2014. T. 53. № 4. C. 286-292.
41. Smokowski P.R., Kopasz K.H. Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies // Children & Schools. 2005. T. 27. № 2. C. 101-110.
42. Strøm I.F. et al. Violence, bullying and academic achievement: A study of 15-year-old adolescents and their school environment // Child abuse & neglect. 2013. T. 37. № 4. C. 243-251.

43. Thornberg R. et al. Bystander motivation in bullying incidents: To intervene or not to intervene? // *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012. T. 13. № 3. С. 247.
44. Thornberg R., Jungert T. School bullying and the mechanisms of moral disengagement // *Aggressive behavior*. 2014. T. 40. № 2. С. 99-108.
45. Tsang S.K.M., Hui E.K.P., Law B. Bystander position taking in school bullying: The role of positive identity, self-efficacy, and self-determination // *The Scientific World Journal*. 2011. T. 11. С. 2278-2286.
46. Ttofi M. M. et al. School bullying and drug use later in life: A meta-analytic investigation // *School psychology quarterly*. 2016. T. 31. № 1. С. 8.
47. Twemlow S.W., Sacco F.C. How & why does bystanding have such a startling impact on the architecture of school bullying and violence? // *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. 2013. T. 10. № 3. С. 289-306.
48. Twemlow S.W., Sacco F.C., Williams P. Perspective on the bully-victim-bystander relationship // *Clinic*. 1996. T. 60. № 31. С. 296-313.
49. Vidourek R.A., King K.A., Merianos A.L. School bullying and student trauma: Fear and avoidance associated with victimization // *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. 2016. T. 44. № 2. С. 121-129.
50. Wu W.C., Luu S., Luh D.L. Defending behaviors, bullying roles, and their associations with mental health in junior high school students: a population-based study // *BMC Public Health*. 2016. T. 16. № 1. С. 1-10.

V.V. Shcherbakov

CONSEQUENCES OF SCHOOL BULLYING FOR WITNESSES (REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)

Federal Scientific and Methodological Center in the Field of Psychology and Pedagogy of Tolerance (Moscow).

Summary. The article looks at the negative effects of school bullying on witnesses, through the lens of the cognitive distortions they experience. Studies show that bullying at school has a negative impact on the mental and physical health of bystanders, and increases the risk of suicidal and self-harmful behavior, including increased risk of substance use.

Keywords: bullying, consequences of bullying, consequences of bullying for a witness, witness of bullying, witness injury.

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: NOTA BENE!****Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Резюме. Диагностические концепции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других расстройств, непосредственно связанных со стрессом, интенсивно обсуждаются научным сообществом. ПТСР и расстройство адаптации являются одними из наиболее широко используемых диагнозов в психиатрической помощи во всем мире. В статье описываются предложения авторов, направленные на максимальное клиническое применение классификации и группировки расстройств, непосредственно связанных со стрессом, в предстоящем 11-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-11). Предложения авторов включают более узкую концепцию посттравматического стрессового расстройства - постдидактическое стрессовое расстройство (ПДСР), которая позволяет ставить диагноз на основании анамнеза и имеющихся симптомов ПДСР. В статье показана роль таких заболеваний, как сахарный диабет, бронхиальная астма, рак в возникновении ПТСР у детей и подростков. Рассматриваются вопросы психотерапии при ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, сахарный диабет, бронхиальная астма, рак, дети и подростки.

Актуальность. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что буллинг, виктимизация, педагогическое насилие и дидактогения широко распространены в образовательной среде [1, 4, 8, 10, 11, 19, 20, 27, 30]. В литературе о травмах у детей обычно рассматриваются последствия травмирующих событий, таких как стихийное бедствие, война, сексуальное или физическое насилие, домашнее или общественное насилие. Но негативные воздействия образовательной среды, школьного климата, буллинга, виктимизации, педагогического насилия, дидактогенных факторов также могут вызывать реакции посттравматического стресса и негативно влиять на психическое и физическое состояние здоровья детей и подростков [3-5, 7, 12, 16, 18, 22, 24, 25].

В настоящее время среди врачей и психологов активно обсуждается Проект клинических рекомендаций «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), в котором дается определение ПТСР: «Посттравматическое стрессовое расстройство - психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующие-

ся со стрессором» [6].

По нашему мнению, Проект клинических рекомендаций по ПТСР своевременен, очень нужен клиницистам и реабилитологам, т. к. в настоящее время считается, что ПТСР входит в пятерку основных психологических патологий. Но данный Проект рассматривает ПТСР только у взрослых. Основной недостаток Проекта, по нашему мнению, в том, что в нем не рассматривается ПТСР у детей различных возрастных групп и подростков. А факторы, вызывающие ПТСР у детей, зависят от их возраста и пола, поэтому диагностика, лечение и реабилитация детей с ПТСР во многом будет отличаться от таковых у взрослых.

Цель исследования. Обратить внимание специалистов различных сфер деятельности на существование проблемы ПТСР и обсудить пути профилактики, диагностики и реабилитации детей и подростков с посттравматическим стрессовым расстройством.

В МКБ-11 предлагаемая новая группа «Расстройств, непосредственно связанных со стрессом» включает расстройство адаптации, ПТСР и сложное ПТСР [23]. Однако в данном разделе не выделено ПДСР детей, обусловленное школьной средой, буллингом и педагогическим насилием. Мы считаем, что ПДСР является одним из частных случаев ПТСР и оно может быть включено в рубрику МКБ-11.

Проведенное ранее нами анкетирование 220 учащихся выявило у них после конфликта с учителями следующие 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 у 14,9%. Данные отклонения в состоянии здоровья мы расценили как постдидактическое стрессовое расстройство (ПДСР) [2, 3].

Нами предложена классификация ПДСР у детей и подростков [4], в которой представлены периоды, течение и тяжесть постстрессового расстройства (табл. 1).

Таблица 1.

Классификация постдидактического стрессового расстройства.

Период	Течение ПДСР	Тяжесть
Фаза острого кризиса	Острое	Легкое
Фаза ПДСР	Подострое	Среднетяжелое
Ранний восстановительный период	Хроническое	Тяжелое
Поздний восстановительный период	Отсроченное	Очень тяжелое
Период остаточных явлений	Деформации эмоционально-волевой сферы	Суицидальный исход

Тяжесть ПДСР у детей и подростков можно определять по Индексу

реакции ребенка на посттравматический стресс (CPTS-RI). Данный индекс предназначен для оценки реакций после различных травматических событий у детей школьного возраста и подростков. Это самооценка, 5-балльная шкала Лайкерта, которая варьирует от «ни разу» (0) до «большую часть времени» и содержит 20 пунктов. Общий балл получается путем суммирования всех пунктов после корректировки на пункты с обратным баллом. Общий балл 12-24 указывает на легкий уровень ПТСР; балл 25-39 указывает на умеренный уровень; балл 40-59 указывает на тяжелый уровень и; балл выше 60 указывает на очень тяжелый уровень реакции на травму.

Первый и второй пункты шкалы исследуют категорию А (наличие травматического жизненного события) диагностических критериев «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — DSM) для ПТСР; пункты 3, 4, 5, 6, 17, 19 предназначены для оценки категории В (вторжение); пункты 7, 8, 9, 10, 14, 16 относятся к категории С (избегание), а пункты 11, 12, 15, 20 относятся к категории D (возбуждение). Оставшиеся 2 пункта связаны с горем и регрессией [28].

По данным ряда авторов, психологическое воздействие ПТСР может сохраняться в течение многих лет и обычно ухудшается, если его не лечить. А в долгосрочной перспективе ПТСР может иметь негативные последствия для самооценки, самоэффективности и регуляции аффекта. Оно также может влиять в оптимальное развитие ребенка, мешая становлению его когнитивных, академических и социальных способностей [8, 9].

N.W. Alhussaini, M. Riaz в своем исследовании показали, что ПТСР часто распространено среди взрослых, которые испытали физическое или сексуальное насилие в детстве. [14].

T.T. Tamir et al. в своем исследовании при обследовании 422 детей, перенесших физическую травму, у 22,03% выявили ПТСР. Особое внимание при диагностике, по их мнению, следует уделять пациентам женского пола в возрасте от 8 до 10 лет, имеющим хронические заболевания, и тем, кто жалуется на сильные боли [32].

В целенаправленных научных исследованиях ученые постоянно обнаруживали значительные показатели симптомов ПТСР у детей и подростков с различными хроническими заболеваниями. Исследования педиатрических пациентов и их родителей неизменно обнаруживали высокие показатели распространенности симптомов ПТСР при различных хронических заболеваниях.

Ş.G. Şişmanlar, E. Demirbaş-Çakır, I. Karakaya et al. были рассмотрены два вида связи между диабетом и травмой, а следовательно, и ПТСР. ПТСР оценивали по индексу детской посттравматической стрессовой реакции у 54 детей с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 8 до 18 лет. У 18,5% детей было выявлено ПТСР тяжелой или очень тяжелой степени, а у 51,9% - ПТСР средней степени тяжести. Результаты данного исследования подтверждают то, что симптомы ПТСР нередки у детей с диабетом, и даже если они не являются серьезными, приступ гипогликемии может восприниматься ребенком с диабетом как травма-

тический. Поэтому педиатры и другие медицинские специалисты должны помнить о возможности возникновения ПТСР у детей с диабетом [28].

М.А. Alderfer, N. Navsaria, А.Е. Kazak провели исследование, в котором изучалось функционирование семьи и взаимосвязь между функционированием семьи и ПТСР у подростков, переживших рак в детстве. Чтобы оценить функционирование семьи 144 подростков, переживших рак в возрасте от 1 до 12 лет, после лечения рака (М = 5,3 года) их родители заполнили анкету для оценки семьи (FAD - Family Assessment Device). Для оценки ПТСР подросткам было проведено структурированное диагностическое интервью. Почти половина (47%) подростков, одна четвертая (25%) матерей и одна треть (30%) отцов сообщили о плохом функционировании семьи. Семьи, в которых у выжившего после рака было ПТСР, имели худшее функционирование, чем другие семьи. Три четверти подростков с ПТСР были выходцами из семей с категорически неудовлетворительным семейным функционированием. В этих семьях подростков, переживших рак, сообщалось об очень высоком уровне плохого функционирования семьи. Подростки с ПТСР более чем в 5 раз чаще выходили из плохо функционирующей семьи по сравнению с благополучной семьей. Авторы считают, что данное исследование предоставляет доказательства того, что функционирование семьи связано с посттравматическими реакциями, связанными с раком, у выживших подростков. [13].

О. Taïeb et al., в своем исследовании представили модель посттравматического стресса для понимания воздействия опасного для жизни заболевания на взрослых и детей. В обзоре литературы за 10 летний период они проанализировали 20 исследований, в которых сообщалось о симптомах посттравматического стресса и ПТСР у детей, перенесших рак в детстве, и у их родителей. Распространенность симптомов ПТСР у детей и их родителей наблюдались от 2% до 20% у выживших и от 10% до 30% у их родителей даже спустя много лет после окончания лечения рака. Время, прошедшее с момента постановки диагноза рака, обычно не являлись предиктором стойких симптомов. А субъективная оценка угрозы жизни и убеждения в болезни являлись более важными предикторами, чем объективные медицинские данные. Наличие симптомов у выживших детей после рака не всегда было связано с таковыми у их родителей. Авторы исследования считают, что модель посттравматического стресса обновляет подход и понимание психопатологических реакций детей с онкологическими заболеваниями в отношении особенностей травмы и роли родительских реакций [31].

D. Vanderbilt et al. провели исследование взаимосвязи ПТСР у детей с тяжестью бронхиальной астмы в возрасте от 7 до 17 лет. Дети также прошли измерения тяжести астмы, симптомов ПТСР и качества жизни, связанного с астмой. Было обнаружено, что ПТСР в значительной степени связано с тяжестью астмы, качеством жизни и обращением за медицинской помощью. Выявление и лечение симптомов ПТСР у детей с тяжелой астмой может помочь улучшить течение астмы и их качество жизни. [34].

Е.М. Kean et al., оценили распространенность симптомов ПТСР у подростков с бронхиальной астмой и без нее и их родителей, а также взаимосвязь меж-

ду симптомами ПТСР и заболеваемостью астмой. В данном исследовании приняли участие три группы подростков с 12 до 18 лет, в т. ч. 49 подростков, перенесшие опасный для жизни эпизод астмы, 71 - из контрольной группы с астмой и 80 здоровых детей контрольная группа. 20% подростков с опасной для жизни астмой соответствовали критериям ПТСР по сравнению с 11% в контрольной группе с астмой и 8% в контрольной группе здоровых детей. 29% родителей подростков с опасной для жизни астмой соответствовали критериям ПТСР по сравнению с 14% родителей контрольной группы с астмой и 2% контрольной группы здоровых детей. Подростки с астмой и их родители, особенно те, кто пережил угрожающее жизни событие, имели высокий уровень симптомов ПТСР, связанных с заболеваемостью астмой. Поэтому вмешательства, направленные на улучшение исходов астмы, должны включать оценку и лечение травм и симптомов ПТСР [20].

N.W. Alhussaini, M. Riaz провели исследование эффективности фармакологических и психологических вмешательств для лечения ПТСР у взрослых, перенесших жестокое обращение в детстве. [14].

D. Gillies et al. провели обзор 14 исследований, включающих 758 участников. Типы травм, которым подверглись участники, включали сексуальное насилие, гражданское насилие, стихийное бедствие, насилие в семье и автомобильные аварии. Психологической терапией, для которой были получены наилучшие доказательства эффективности, была когнитивно-поведенческая терапия. Улучшение было значительно лучше в течение года после лечения. Авторы не выявили четких доказательств эффективности одной психологической терапии по сравнению с другими. Также не было выявлено достаточных доказательств, чтобы сделать вывод о том, что дети и подростки с определенными типами травм с большей или меньшей вероятностью реагируют на психологическую терапию, чем другие. [17].

Y. Xiang et al. в своей работе представили данные о сравнительной эффективности и приемлемости психотерапии ПТСР у детей и подростков. Исследование позволило им сравнить и ранжировать различные типы и форматы психотерапии ПТСР у детей и подростков. Авторы включили 56 рандомизированных контролируемых испытаний с 5327 пациентами, в которых сравнивали 14 различных типов психотерапии и 3 контрольных состояния. По эффективности терапия когнитивной обработки (CPT - cognitive psychotherapy), поведенческая терапия (BT - behavioral therapy), индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на травму (TF-CBT - trauma-focused individualized cognitive behavioral therapy), десенсибилизация и переработка движениями глаз, а также групповая TF-CBT значительно превосходили все контрольные условия. Более того, CPT, BT и индивидуальная TF-CBT были более эффективны, чем поддерживающая терапия [35].

A.C. Roach et al. при анализе родительской программы у 205 детей в возрасте с 2 до 9 лет в 156 случаях полного вмешательства при ПТСР показали, что тайм-аут был эффективным компонентом родительских программ для детей, подвергшихся стрессу. [26].

M.A. Landolt et al опросили с помощью индекса реакции детского ПТСР 209 детей в возрасте 6,5-14,5 лет, 180 матерей и 175 отцов этих детей через 5-6 недель после несчастного случая, вновь выставленного диагноза рака или сахарного диабета 1 типа. 16% отцов и 23,9% матерей соответствовали полным диагностическим критериям для текущего ПТСР. Авторы сделали вывод, что тип травмы по-разному влияет на родителей и детей. [21].

L. Stoppelbein, L. Greening провели измерения депрессии, ПТСР, тревоги и стиля преодоления у 150 родителей в семьях, имеющих детей с раком. Регрессионный анализ показал, что симптомы уменьшались в зависимости от более частого использования оценки проблемы и стратегии эмоциональной регуляции (социальная поддержка) и увеличивается в зависимости от более частого использования стратегий решения проблем, избегающего преодоления (употребление психоактивных веществ) и другой стратегии эмоциональной регуляции (негативное самообвинение) [29].

K. Astitene, A. Barkat and L. Lahlou изучали влияние ПТСР у подростков в школах для оценки сопутствующих заболеваний и на их социальную и академическую жизнь. Обследован 871 школьник в возрасте от 12 до 17 лет. У 63,9% учащихся было выявлено ПТСР, но с разным уровнем (19,5% ПТСР низкое, 25,1% ПТСР умеренное, 18,1% ПТСР тяжелое и только 1,2% ПТСР очень тяжелое). А 88,69% подростков пережили хотя бы одно травмирующее событие в своей жизни. ПТСР, тревога и депрессия негативно сказывались на школьной жизни учащихся, т. к. 72,5% учащихся имели плохие оценки [15].

Заключение. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что ПТСР детей и подростков носит полипрофильный характер. Поэтому необходимо объединить усилия ведущих детских психиатров, психологов, педиатров-клиницистов, врачей скорой медицинской помощи и службы МЧС, реабилитологов, юристов и специалистов социальной и других служб нашей страны для разработки Клинических рекомендаций МЗ РФ по ПТСР у детей и подростков. В нем особо следует выделить главу диагностики, лечения и реабилитации детей с ПТСР в зависимости от возраста и пола. А реабилитацию планировать не только в остром периоде, но и длительно на различных этапах медицинской помощи в стационаре, дневном отделении, амбулаторно, в семье и детских образовательных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде // Современная наука. 2019. Том 12. № 2. С. 236-330.
2. Ганузин В.М. Влияние психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте на их жизненную парадигму (обзор) // Практическая медицина. 2021. Т. 19, № 6, С. 26-31. DOI: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31.
3. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. Т. 5 № 5. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15150. (дата обращения: 02.01. 2023).
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>

5. Ганузин, В.М. Буллинг, дидактогения и синдром педагогического насилия в отечественных и зарубежных исследованиях // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 4. С. 106-114.

6. Клинические рекомендации (проект) «Посттравматическое стрессовое расстройство». <https://psy.su/content/files/6016.pdf> (дата обращения: 02.01.2023).

7. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2. С. 162–163. (приложение). <http://www.acpp.ru/sbornik.pdf> (дата обращения: 02.01.2023).

8. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 69–87. DOI:10.17759/cpp.2021290306

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

10. Северный А.А., Иовчук Н.М. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. Т. 4. № 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (дата обращения: 02.01.2023).

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

12. Черная Н.Л., Ганузин В.М., Маскова Г.С., Ермолина Е.А. Сравнительная характеристика вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков, обучающихся в сельских и городских школах // Детская больница. 2009. № 1. С. 33–37.

REFERENCES

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

2. Ganuzin V.M. Vliyanie psikhotravmiruyushhikh faktorov v detskom i podrostkovom vozraste na ikh zhiznennuyu paradigmu (obzor) // Prakticheskaya mediczina. 2021. Т. 19, # 6, S. 26-31. doi: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31.

3. Ganuzin V.M. Sindrom pedagogicheskogo nasiliya kak forma didaktogenii [E`lektronny`j resurs] // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2013. Т. 5 # 5. DOI: 10.24411/2219-8245-2013-15150. (data obrashheniya: 02.01. 2023).

4. Ganuzin V.M., Borokhov B.D. Psikhotravmiruyushhie 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>

5. 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.

6. Klinicheskie rekomendaczii (proekt) «Posttravmaticheskoe stressovoe

rasstrojstvo». <https://psy.su/content/files/6016.pdf> (data obrashheniya: 02.01 2023).

7. Mirosnichenko 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). <http://www.acpp.ru/sbornik.pdf> (data obrashheniya: 02. 01. 2023).

8. Padun M.A. Kompleksnoe PTSR: osobennosti psikhoterapii posledstvij prolongirovannoj travmatizacii // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2021. T. 29. # 3. S. 69–87. DOI:10.17759/cpp.2021290306

9. Portnova A.A. Psikhicheskie narusheniya u detej i podrostkov pri chrezvy`chajny`kh situaciyakh. Avtoref. diss... dok. med. nauk. M., 2004. 40s.

10. Severny`j A.A., Iovchuk N.M. K voprosu o didaktogenny`kh depressiyakh u mladshikh shkol'nikov [E`lektronny`j resurs] // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2012. T. 4. # 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (data obrashheniya: 02.01.2023).

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

12. Chernaya N.L., Ganuzin V.M., Maskova G.S., Ermolina E.A. Sravnitel'naya kharakteristika vegetativnoj ustojchivosti i soczial'noj adaptirovannosti podrostkov, obuchayushhikhsya v sel'skikh i gorodskikh shkolakh // Detskaya bol'nicza. 2009. # 1. S. 33–37.

13. Alderfer M.A., Navsaria N., Kazak A.E. Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. J Fam Psychol. 2009, 23: 717-725. DOI: 10.1037/a0015996

14. Alhussaini N.W., Riaz M. Effectiveness of pharmacological and psychological interventions for treating post-traumatic stress disorder in adults with childhood abuse: protocol for a systematic review and network meta-analysis. BMJ Open. 2021 Dec 13;11(12):e048790. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048790 PMID: 34903534; PMCID: PMC8671926

15. Astitene K., Barkat A. and Lahlou L. (2018) Post Traumatic Stress Disorder among Adolescents Schooled in Public Schools. Open Access Library Journal, 5: e5019. <https://doi.org/10.4236/oalib.1105019>

16. 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. T. 12. № MAR. C. 644-653. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644653>

17. Gillies., Taylor F, Gray C., O'Brien L., D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD006726. DOI: 10.1002/14651858.CD006726.pub2 PMID: 23235632.

18. Goodwin R.D., Weisberg S.P.: Childhood abuse and diabetes in the community. Diabetes Care. 2002, 25: 801-802. 10.2337/diacare.25.4.801.

19. 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.

T. 14. № 2. P. 30-36. DOI: 10.21500/20112084.5109

20. Kean E.M., Kelsay K., Wamboldt F., Wamboldt M.Z. Posttraumatic stress in adolescents with asthma and their parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006, 45: 7886.10.1097/DOI: 10.1097/01.chi.0000186400.67346.02

21. Landolt M.A., Vollrath M., Ribi K., Gnehm H.E., Sennhauser F.H. Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in paediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003, 44: 1199-1207. DOI: 10.1111/1469-7610.00201

22. 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. T. 18. № 1. C. 49-61. DOI: 10.1080/15388220.2017.1387128

23. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. 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

24. 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>

25. Means-Christensen A.J., Craske M.G., Sherbourne .CD., Stein M.B. Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *J Trauma Stress*. 2006, 19: 461-470. DOI: 10.1002/jts.20129

26. Roach A.C., Lechowicz M., Yiu Y., Mendoza Diaz A., Hawes D., Dadds M.R. Using Time-out for Child Conduct Problems in the Context of Trauma and Adversity: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA Netw Open*. 2022 Sep 1;5(9):e2229726. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.29726. PMID: 36048440; PMCID: PMC9437765.

27. 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>

28. Şişmanlar, Ş.G., Demirbaş-Çakır, E., Karakaya, I. et al. Posttraumatic stress symptoms in children diagnosed with type 1 diabetes. *Ital J Pediatr* 38, 13 (2012). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-38-13>

29. Stoppelbein L., Greening L. Brief report: The risk of Posttraumatic Stress Disorder in mothers of children diagnosed with paediatric cancer and type I diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2007, 32: 223-229.

30. 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>

31. Taïeb O., Moro M.R., Baubert T., Revah-Lévy A., Flament M.F. Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003,

12: 255-264. 10.1007/s00787-003-0352-0.

32. Tamir T.T., Kassa S.F., Gebeyehu D.A. A multi-institutional study of post-traumatic stress disorder and its risk factors in Ethiopian pediatric patients with physical trauma. *BMC Psychiatry*. 2022 Apr 15;22(1):271. DOI: 10.1186/s12888-022-03930-2. PMID: 35428231; PMCID: PMC9011951.

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

34. Vanderbilt D., Young R., MacDonald H.Z., Grant-Knight W., Saxe G., Zuckerman B. Asthma severity and PTSD symptoms among inner city children: a pilot study. *J Trauma Dissociation*. 2008, 9: 191-207. DOI: 10.1080/15299730802046136

35. Xiang Y., Cipriani A., Teng T., Del Giovane C., Zhang Y., Weisz J.R., Li X., Cuijpers P., Liu X., Barth J., Jiang Y., Cohen D., Fan L., Gillies D., Du K., Ravindran A.V., Zhou X., Xie P. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2021 Nov;24(4):153-160. Epub 2021 Oct 1. PMID: 34599050; PMCID: PMC8543231. DOI: 10.1136/ebmental-2021-300346

V.M. Ganuzin

PTSD IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: NOTA BENE!

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. Diagnostic concepts for post-traumatic stress disorder (PTSD) and other disorders directly related to stress are intensely debated by the scientific community. PTSD and adjustment disorder are among the most widely used diagnoses in mental health care worldwide. This article describes proposals aimed at maximizing the clinical application of the classification and grouping of disorders directly related to stress in the forthcoming 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). The authors' proposals include a narrower concept of post-traumatic stress disorder - post-didactic stress disorder (PTSD), which allows for a diagnosis based on the history and symptoms of PTSD. The article shows the role of such diseases as diabetes mellitus, bronchial asthma, cancer in the occurrence of PTSD in children and adolescents. The issues of psychotherapy in PTSD are considered.

Keywords: post-traumatic stress disorder, diabetes mellitus, bronchial asthma, cancer, children and adolescents.

А.Н. Султанова, В.А. Луговенко

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА И ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ТИКОЗНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ОБЗОР)

Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск).

Резюме. Важность изучения эмоциональных нарушений у детей с тикозными расстройствами обусловлена тем, что при успешной редукции этих нарушений улучшается прогноз течения заболевания, вплоть до существенной редукции клинических проявлений. В данной статье освещены вопросы эмоциональной сферы, особенности тревожности, личностных и когнитивных изменений у детей с тикозными расстройствами.

Ключевые слова: эмоциональная сфера, дети, тикозные расстройства, тревожность, личностные особенности.

Изучение тикозных расстройств (ТР) предполагает комплексное наблюдение за ребенком. Важно отметить, что ТР снижают качество жизни ребенка и, как следствие, влияют на психологическое благополучие, что предполагает необходимость актуализации диагностического и коррекционного сопровождения психоэмоциональной сферы [11]. В то же время, наличие ТР в анамнезе детей приводит не только к нарушениям в эмоциональной сфере, но и к определенному когнитивному дефициту. Авторы отмечают эмоционально-поведенческую нестабильность детей с ТР, которая проявляется беспричинными перепадами настроения, выраженностью вербальной и физической агрессии и фоновой раздражительностью.

Закономерно рассмотрение показателей эмоциональной сферы с анализом формирующихся личностных черт. Авторы указывают на выраженность таких типов характера как, застревание, гипертимность и демонстративность. Указанный репертуар характерологических проявлений у детей с тикозными нарушениями формируется вследствие задержки аффекта (невротическое переживание) экспрессивности и поведенческой расторможенности, направленной на привлечение внимания. В то же время, несмотря на внешнюю направленность детей с ТР, парадоксальным является факт преобладания пессимистичного взгляда на себя и свое будущее. Данный факт объясняется фоновым физическим дискомфортом, который патогенетически первичен в комплексном снижении субъективного качества жизни. Авторы выделяют прямую корреляцию между широтой клинических проявлений ТР и тяжестью симптоматики с показателями с уровнем эмоциональных нарушений [4]. Дети с ТР в анамнезе проявляют сложности реагирования в стрессовых для них ситуациях, что проявляется в эмоционально неадекватных переживаниях неудачи и накоплении фрустрации.

Периоды манифестации расстройств часто сопровождаются вспышками агрессии, нестабильной самооценкой, снижением успеваемости в школе. Одна-

ко, особенности эмоциональной сферы могут отличаться в зависимости от тяжести симптоматики и интенсивности ТР. В период наиболее сильной манифестации расстройства наблюдаются вспышки агрессии, нестабильная самооценка, снижение успеваемости в школе, депрессивные наклонности [7, 23].

Современные исследования показывают, что наличие ТР у детей ведет к нарушениям их эмоциональных и когнитивных сфер. Так, в их поведении наблюдается эмоциональная нестабильность, сопровождаемая резкими беспричинными перепадами настроения. Кроме того, отмечается наличие нарушений эмоциональных реакций, которые выражаются в неадекватности переживания неудачи и фрустрации [10]. Анализируя причины вышеуказанных эмоционально-поведенческих нарушений, авторы отмечают стремление к обретению автономности (самостоятельности) как доминирующую. Исследователи прослеживают формирование патологического порочного круга, где «стремление к автономности» становится триггером эмоционального напряжения в связи с нереализуемостью этого коренного желания [1].

Вышеуказанная эмоционально-негативная симптоматика приводит к устойчивости формирования характерологических черт, патогенетически зависящих от аффективной сферы. Актуальность рассмотрения формирования личности ребенка связана с тем, что дизадаптивные черты влияют на интериоризацию негативно окрашенных представлений о себе, что повышает риск эмоционально-личностных расстройств на следующих возрастных этапах развития [17]. Статистика распределения акцентуированных черт характера детей (88,1% случаев) с ТР: эмоционально-лабильные - 29,6%, истерические - 20,5%, тревожные - 4%, сенситивные - 2,9% и лабильные - 2,6% случаев [20].

Нарушенные черты характера проявляются в социальной дизадаптивности, в частности, проблемах школьного обучения, где эмоционально-поведенческие отклонения принимают затяжной характер. Одной из ведущих причин аффективной нестабильности, агрессивного поведения, незрелости эмоционального контроля авторы выделяют вегетативную дисфункцию у детей с ТР (чаще незрелость). Эмоциональная сфера детей с ТР отличается аффективной нестабильностью, приступами злости и негодования, низким эмоциональным контролем, импульсивностью. Кроме того, авторы выделили предполагаемую причину неустойчивой эмоционально-волевой сферы. По их мнению, вегетативная дисфункция детей с ТР влияет на проявление эмоциональных особенностей.

Диапазон эмоционально-личностных нарушений достаточно широк: часто наблюдаются реактивные субдепрессивные состояния (астенопатический синдром) вплоть до клинически диагностируемых депрессивных эпизодов с разной степенью тяжести, этиологическим фактором которых выступают психосоциальные ситуации, влияющие на формирование личностных черт (низкая самооценка, а также внутренняя неудовлетворенность своим положением в обществе и семье) [29]. Вышеуказанная дизадаптивная структура личности ребенка с ТР запускает деструктивный формат защитных стратегий, что проявляется в привычных для этих детей стереотипах эмоционального реагирования, таких как отгороженность, упрямство, плаксивость и вспыльчивость. Дети с ТР для

самозащиты формируют различные стереотипы эмоционального реагирования: отгороженность, упрямство, обидчивость, плаксивость, вспыльчивость [27]. Многие авторы отмечают, что эмоциональные нарушения у всех детей, в том числе страдающих ТР, зависят от их исходного темперамента, при этом степень выраженности в проявлениях эмоций у них разная. Для всех детей с эмоциональными нарушениями общим является то, что эмоции носят защитно-приспособительный характер [14, 15, 24].

Современные ученые сходятся во мнении, что ТР значительно снижают самооценку ребенка, приводят к ухудшению качества межличностных взаимоотношений, в эмоциональной сфере наблюдается дизадаптивность. Серьезной проблемой для формирования личности ребенка является то, что вышеуказанные отклонения отражаются на социальной жизни детей, ухудшая усвоение образовательной программы как в дошкольном возрасте, так и в школьном звене. Такой эмоциональный фон отражается на социальной жизни детей. Тикозные расстройства способствуют ухудшению обучения в школе и в дошкольных учреждениях [11, 25].

Важно отметить, что эмоциональные нарушения влияют на поведенческую сферу детей с ТР. В первую очередь доминируют протестные реакции в социальном контексте с различными видами агрессии. Агрессивные проявления зависят от статусного эмоционального состояния ребенка с ТР, так как им свойственен низкий самоконтроль эмоций и нарушенность восприятия чувств и эмоций других людей. Для детей с ТР характерна неадекватность поведенческого реагирования в ситуации межличностного отношения, что часто усугубляется неэффективными копинг-стратегиями. Это происходит при коморбидных депрессивных нарушениях, гипотимии, что влечет за собой негативное восприятие окружающего социума. Как следствие, у этих детей нарушается процесс социального функционирования со снижением эффективности целенаправленной деятельности и уменьшением работоспособности. Депрессивная симптоматика детей с ТР очень схожа с проявлениями классической депрессии и проявляется как искажением восприятия, так и нарушением адекватного преломления событий, что влечет за собой дискommunikативные проявления в поведении ребенка с ТР [19]. Таким образом, у детей с ТР при коморбидных симптомах депрессии и дистимии часто проявляются нарушения волевой сферы, сопровождающиеся сниженным контролем над своим поведением. Сложность патогенетического развития гиперкинетических проявлений заключается в дезорганизации всей психической деятельности личности.

Анализируя характер агрессивных проявлений детей с ТР выявлено, что ведущими факторами являются проявления ТР и коморбидные психические нарушения, в числе которых ведущими являются депрессивные состояния. Исследователи дифференцировали агрессивные проявления у подростков и детей дошкольного и младшего школьного возраста: у подростков с ТР в поведении доминировали импульсивные симптомы, а дети с ТР чаще проявляют рефлексивность [16]. Агрессивное поведение ребенка с ТР часто проявляется тяжелыми психосоциальными последствиями как для него самого, так и для объекта аг-

рессии [14]. Следует отметить, что симптоматика депрессивного синдрома у детей с ТР широко варьируется и коморбидные поведенческие нарушения дебютируют с аутоагрессивными симптомами. Указанные аутодеструктивные тенденции необходимо рассматривать с позиции формирования асоциального поведения, и с целью предупреждения этих проявлений важно своевременно прогнозировать их возникновение как с клинических, так и с психодинамических позиций. В данном контексте необходимо определять риск формирования агрессивных тенденций, их вероятность, характер и степень выраженности [20].

Актуализация профилактических мероприятий аутодеструктивного проявления включает в себя предупреждение суицидальных действий и антисоциальных поступков. Если ТР воспринимаются семьей и другим ближним окружением как медицинская проблема, то аутодеструктивное поведение и антисоциальные поступки личностно затрагивают социальное окружение ребенка с ТР, что дестабилизирует эмоциональный фон и снижает стрессоустойчивость, запуская дисгармоничные взаимоотношения, всё это усугубляет симптоматику имеющегося расстройства у ребенка [15].

Вышеуказанные эмоционально-личностные клинические проявления ТР в большинстве случаев сопровождаются тревожной симптоматикой. Тревожность у детей с ТР необходимо рассматривать с разных позиций: это может быть фоновый триггерный фактор вышеуказанной психопатологии либо следствие дисфункционального взаимодействия социума в результате тех же психопатологических симптомов. Многогранность рассмотрения тревожности диктует необходимость дифференциации тревожных проявлений от типа ТР: высокие значения тревожной симптоматики характерны для детей с временными тикозными расстройствами. Дети с временными ТР чаще подвержены критике окружающих относительно самоконтроля и проявлений их заболевания, что усугубляет их тревогу. Патогенез тревожной симптоматики у детей с хроническими ТР включает более глубокое личностное реагирование, и тревожность диагностируется как стабильная характерная черта [21]. При разных формах ТР усиление тревоги сопровождается высоким эмоциональным напряжением, вегетативной симптоматикой, внутренним страхом, головокружением и головными болями [8]. В то же время чувство страха, смущения и ситуации беспокойства усугубляют симптоматику ТР. В периоды эмоциональной расслабленности и концентрации внимания, на развлечениях, в комфортных для ребенка ситуациях, симптоматика гиперкинезов уменьшается. При страхе, смущении и беспокойстве усиливаются проявления ТР [6].

В научной литературе последних лет приводятся различные варианты классификации феномена тревожности детей и подростков. Основные критерии, учитываемые при рассмотрении и применимые в клинической практике, – это фактор дискомфорта в ситуации массовых мероприятий (публичная тревожность) и, как вариант, тревожность в ситуации нахождения при большом скоплении людей (социальная тревожность); также возникают приступы тревоги после психической травмы в анамнезе (посттравматическая тревожность) и тревожность при смене привычной обстановки, либо при отсутствии социально

значимых лиц (разделенное тревожное состояние).

Спектр проявлений тревожных расстройств у детей достаточно широк, начиная с чрезмерного беспокойства в повседневной жизни, проявляясь в симптомах, в специфических фобиях и в навязчивых мыслях или действиях [13]. Детский и подростковый возраст характерен тем, что тревога часто возникает в форме различных страхов и фобий: страх потери близкого, страх темноты и т. д. Эти страхи социально дизадаптируют ребенка, он изолируется от сверстников, начинает отставать в учебе и др.

Отечественные исследования по проблеме тикозных расстройств у детей эмпирически доказывают наличие высокого уровня как личностной, так ситуативной тревоги в изучаемой выборке. Повышенная личностная тревожность проявляется клинически симптомами неуверенности в себе, общей слабостью, повышенной волевой истощаемостью, подверженностью долгим переживаниям и рефлексии в ситуации прошедшего дня. В то же время уровень ситуативной тревоги проявляется симптомами волнения, страха и неуверенностью перед предстоящим событием с сопутствующей вегетативной симптоматикой [7].

Предпосылками для повышенной тревожности у детей с невротическими нарушениями является повышенная сенситивность личности, при этом авторы отмечают, что не каждый сенситивный ребенок становится тревожным, это зависит от социальных факторов, в первую очередь, – от стиля воспитания в семье [9]. Формирование тревожных черт личности ребенка, страдающего ТР, связано с гиперопекаемым стилем воспитания и повышенной критикой относительно как эмоциональных проявлений, так и проявлений самих тиков, что способствует подкреплению неуспешных черт личности и самоподкреплению личностной тревожности.

«Благоприятным» фоном для формирования тревожно-фобических признаков у детей с ТР становится обстановка в семьях, где у взрослых превалируют алекситимичные черты (сдержанность в проявлении чувств, неконгруэнтность чувствам ребенка), доминирует строгий, авторитарный стиль воспитания [27].

Проблема коморбидности психологических нарушений и психиатрических нозологий все более актуализируется в работах последних десятилетий. Рассматривая сопутствующие нарушения при ТР, авторы акцентируют свои исследования на когнитивной достаточности детей с ТР, в частности выявляется дефицит внимания, мнестических функций, что нарушает формирование логического компонента мышления и влияет на общий уровень интеллекта. Однако когнитивные нарушения при ТР являются вторичными; в основе лежат нарушения эмоциональной сферы, и указанная коморбидность в последнее время актуализируется в работе многих авторов [2, 3].

Доминирующие коморбидные нарушения, которые встречаются в клинике у детей с ТР, чаще связаны с нарушением эмоциональной сферы, такими как тревожно-депрессивный спектр и фобические проявления различной выраженности [1,3]. Важно отметить, что вышеуказанные эмоциональные проявления, в свою очередь, коморбидны с поведенческими дизадаптивными отклонениями, часто проявляющимися как внешней, так и внутренней аутоагрессией. Боль-

шинство ученых отмечает наличие у детей с ТР расстройств поведения, проявляющихся агрессивными поступками [12]. Причем редко встречаются публикации, рассматривающие донозологические эмоциональные нарушения у детей с данной патологией. Повышение уровня тревоги фиксируется более чем у 80% детей, гипотимия диагностирована у 45%, страдающих ТР [14].

Дифференцирование личностных факторов выявило, что дети с ТР отличаются особенностями структуры характера, когнитивных способностей, уровня самооценки, стрессоустойчивости и отношения к заболеванию [10, 12]. Среди социальных факторов авторы чаще выделяют чувствительность двух основных сфер для ребенка – это семья (особенность отношений в семье и со сверстниками) и школа. Авторы указывают, что высокому риску формирования эмоциональных нарушений подвержены дети с фоновыми биологическими личностными и социальными факторами риска, описанными выше. Тяжесть клинического проявления эмоциональных нарушений, частые рецидивы связаны с большим процентом факторов риска в жизни отдельного ребенка.

Различные по выраженности и структуре эмоциональные нарушения в любом случае запускают процесс нарушения социальной адаптации у ребенка в семье и школе, что способствует прогрессированию ТР [26].

Выраженные эмоциональные нарушения у детей с ТР препятствуют адекватному общению со сверстниками, формируя дискommunikативные навыки и, как следствие, приводят к сложности адаптации в социальном окружении [20]. Учитывая, что современные образовательные стандарты предполагают доминирующее количество заданий творческого уровня, детям с ТР сложно справляться с предъявляемым уровнем. Недоразвитие креативного потенциала личности ребенка патогенетически связано с нарушениями эмоциональной сферы, в частности, с высоким уровнем тревожного компонента в эмоциональной сфере, это означает, что дети с ТР не имеют истинного снижения интеллектуальных функций, такое состояние связано со страхом и тревогой [22].

Таким образом, тикозные расстройства обуславливают особенности эмоциональной сферы и тревоги. У детей с ТР наблюдается эмоциональная лабильность, обидчивость, плаксивость, высокая тревожность, затяжные эмоциональные реакции, слабая способность аффективного контроля и агрессивность. Эти эмоциональные нарушения влияют на нарушение личности ребенка, что проявляется в пессимистическом видении будущего и резко сниженной самооценке. Анализ личностных свойств у детей с ТР выявил, что высоко-тревожные дети с ТР в репертуаре личности проявляют такие черты, как застревание, гипотимность и демонстративность. Среди психологических причин эмоционального дискомфорта выделяют недоступность к расслаблению, автономности и избавлению от тиков. Учитывая, что все вышеуказанные особенности проявляются при высокой фоновой тревожности, тревожность – это, с одной стороны, «запускающий механизм» вышеперечисленных нарушений, а с другой стороны – поддерживающий механизм порочного круга комплексности отклонений. Качественный анализ проявлений тревожности у детей выявил, что для этих детей характерно чрезмерное беспокойство, ожидание будущих событий в негатив-

ном контексте, также у них проявляются симптомы специфических фобий и ночных кошмаров. Одним из вариантов поддерживающего патогенеза тревожности является постоянное стремление ребенка контролировать тикозные приступы.

Взамоподдерживающий механизм психопатологических проявлений является деструктивным в формировании как личностной, так эмоциональной сферы ребенка. Серьезными негативными проявлениями являются: частота суицидального и аутоагрессивного риска, депрессивная симптоматика и неконтролируемые вспышки гнева. Исследования, направленные на изучение детей с ТР, отмечают наличие эмоциональных и когнитивных нарушений с акцентом на уровень тревожности, что снижает субъективный уровень, приводя к дизадаптации и нарушению социализации.

Анализ современной литературы показывает, что вопросы исследования детей с ТР остаются актуальными, в частности по проблемам эмоциональной сферы (высокий уровень тревожности), влияющей на остальные сферы личности ребенка, но это ограничивается, как правило, диагностикой, тогда как особенности эмоциональной сферы и тревожности у таких детей требуют дополнительного изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова Н.М. Тикозные гиперкинезы у детей и их коморбидность // Вестник Казахского Национального Медицинского Университета. 2016. № 2. С. 178–182.

2. Алиева Д.М. Коморбидные расстройства у детей с тикозными гиперкинезами // Неделя молодежной науки – 2020. Мат-лы Всероссийского научного форума с международным участием, посвященного 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. 2020. 217 с.

3. Альбин Р.Л. Синдром Туретта: расстройство сети принятия социальных решений // Мозг. 2017. 141 (2). С. 332–347.

4. Астаулов Н.Д., Артемьева М.С., Шумейко Д.Е. Психофизиология и психофармакология агрессии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2021. № 12. С. 968–972.

5. Гасанов Р.Ф. Состояние активности моноаминов у детей с тикозными гиперкинезами и комбинированным типом синдрома дефицита внимания // Психиатрия. 2021. Т. 19. № 2. С. 46–54.

6. Грибова Н.П. Тики у детей - клинический, нейропсихологический и электроэнцефалографический анализ // Смоленский медицинский альманах. 2017. № 4. С. 30–33.

7. Зайцев И.Д. Психопатологические особенности и социально-демографические характеристики больных с синдромом Жили де ля Туретта : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2021. 126 с.

8. Зая О.В. Неврозы у детей // Медработник дошкольного образовательного учреждения. 2018. № 5. С. 34–48.

9. Зыков В.П. Современные подходы к диагностике и лечению тикозных гиперкинезов у детей // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение.

2019. Т. 3. № 3. С. 39–44.

10. Каюмова А., Усманова Ф. и др. Клиническая характеристика детей с различными тиками // Проблемы биологии и медицины. 2017. № 4 (97). С. 52–55.

11. Конева Е.В., Солондаев В.К. и др. «Неуставные отношения» в учебных коллективах // Вестник Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова. Серия: Гуманитарные науки. 2017. № 2 (40). С. 95–99.

12. Левитина Е.В., Колчанова М.И. и др. Структура коморбидных расстройств при тиковых гиперкинезах у детей // Медицинская наука и образование Урала. 2020. № 4. С. 72–74.

13. Серикова И.Ю., Шумахер Г.И. и др. Актуальность проблемы тиков и синдрома Туретта у детей и подростков (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. № 5. С. 31–37.

14. Софронов А.Г., Зайцев Д.Е. и др. Связь коморбидных расстройств с представленностью и выраженностью клинической картины синдрома Жиля де ля Туретта // Неврологический вестник. 2020. Т. 52. № 1. С. 14–18.

15. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. и др. Когнитивные нарушения у детей с хроническими тиками и их лечение // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 8. С. 24–31.

REFERENCES

1. Azimova N.M. Tikozny`e giperkinezy` u detej i ikh komorbidnost` // Vestnik Kazakhskogo Naczional`nogo Mediczinskogo Universiteta. 2016. # 2. S. 178–182.

2. Alieva D.M. Komorbidny`e rasstrojstva u detej s tikozy`mi giperkinezami // Nedelya molodezhnoj nauki – 2020. Mat-ly` Vserossijskogo nauchnogo foruma s mezhdunarodny`m uchastiem, posvyashhennogo 75-letiyu Pobedy` v Velikoj Otechestvennoj vojne. 2020. 217 s.

3. Al`bin R.L. Sindrom Turetta: rasstrojstvo seti prinyatiya soczial`ny`kh reshenij // Mozg. 2017. 141 (2). S. 332–347.

4. Astaulov N.D., Artem`eva M.S., Shumejko D.E. Psikhofiziologiya i psikhofarmakologiya agressii // Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i nejrokhirurgii. 2021. # 12. S. 968–972.

5. Gasanov R.F. Sostoyanie aktivnosti monoaminov u detej s tikozy`mi giperkinezami i kombinirovanny`m tipom sindroma deficizita vnimaniya // Psikhiiatriya. 2021. Т. 19. # 2. S. 46–54.

6. Gribova N.P. Tiki u detej - klinicheskij, nejropsikhologicheskij i e`lektroe`nczefalograficheskij analiz // Smolenskij mediczinskij al`manakh. 2017. # 4. S. 30–33.

7. Zajczew I.D. Psikhopatologicheskie osobennosti i soczial`no-demograficheskie kharakteristiki bol`ny`kh s sindromom Zhilya de lya Turetta : dis. ... kand. med. nauk. SPb., 2021. 126 s.

8. Zaya O.V. Nevrozy` u detej // Medrabotnik doshkol`nogo obrazovatel`nogo uchrezhdeniya. 2018. # 5. S. 34–48.

9. Zy`kov V.P. Sovremenny`e podkhody` k diagnostike i lecheniyu tikozy`kh giperkinezov u detej // Russkij mediczinskij zhurnal. Mediczinskoe obozrenie. 2019.

T. 3. # 3. S. 39–44.

10. Kayumova A., Usmanova F. i dr. Klinicheskaya kharakteristika detej s razlichny`mi tikami // Problemy` biologii i medicziny`. 2017. # 4 (97). S. 52–55.

11. Koneva E.V., Solondaev V.K. i dr. «Neustavny`e otnosheniya» v uchebny`kh kollektivakh // Vestnik Yaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta im. P. G. Demidova. Seriya: Gumanitarny`e nauki. 2017. # 2 (40). S. 95–99.

12. Levitina E.V., Kolchanova M.I. i dr. Struktura komorbidny`kh rasstrojstv pri tikozny`kh giperkinezakh u detej // Mediczinskaya nauka i obrazovanie Urala. 2020. # 4. S. 72–74.

13. Serikova I.Yu., Shumakher G.I. i dr. Aktual`nost` problemy` tikov i sindroma turetta u detej i podrostkov (obzor literatury`) // Vestnik novy`kh mediczinskikh tekhnologij. E`lektronnoe izdanie. 2020. # 5. S. 31–37.

14. Sofronov A.G., Zajczew D.E. i dr. Svyaz` komorbidny`kh rasstrojstv s predstavlennost`yu i vy`razhennost`yu klinicheskoy kartiny` sindroma Zhilya de lya Turetta // Nevrologicheskij vestnik. 2020. T. 52. # 1. S. 14–18.

15. Chutko L.S., Surushkina S.Yu. i dr. Kognitivny`e narusheniya u detej s khronicheskimi tikami i ikh lechenie // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2019. T. 119. # 8. S. 24–31.

16. Danielle C.C., Hedderly T., Ludolph A.J. et al. European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part I: assessment // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011. Vol. 20. P.155–171.

17. Depienne C, Ciura S, Trouillard O, Tremor Other Hyperkinet Mov. NY, 2019. 9. URL: <https://doi.org/10.7916/tohm.v0.693> (accessed 26.01.2023)

18. Hendriks L, de Kleine RA, Heyvaert M, et al. Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design // J Child Psychol Psychiatry. 2017. 58. 1229. 38 p.

19. Hienert M, Gryglewski G, Stamenkovic M, Kasper S, Lanzenberge R. Striatal dopaminergic alterations in Tourette's syndrome: a meta-analysis based on 16 PET and SPECT neuroimaging studies. Transl // Psychiatry. 2018. 8. 143 p. DOI: 10.1038/s41398-018-0202.

20. Liu S, Tian M, He F, Li J, Xie H, Liu W Mutations in ASH1L confer susceptibility to Tourette syndrome // Mol Psychiatry. 2020. 25(2). P. 476–490. – URL: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0560-8> (accessed 26.01.2023).

21. Ma I., Holstein M.V, Mies G., Mennes M., Scheres A. Ventral striatal hyperconnectivity during rewarded interference control in adolescents with ADHD // Cortex. 2016. 82. P. 225–236. DOI: 10.1016/j.cortex.2016.05.021.

22. Martino D, Ganos C, Worbe Y. Neuroimaging Applications in Tourette's Syndrome // Int Rev Neurobiol. 2018. 143. P.65–108. – URL: <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.09.008> (accessed 26.01.2023).

23. Modafferi S., Stornelli M., Chiarotti F. et al. Sleep, anxiety and psychiatric symptoms in children with Tourette syndrome and tic disorders // Eur J Paediatr Neurol. 2016. Vol. 20(5). P. 696–703.

24. Morello F, Voikar V, Parkkinen P, Panhelainen A, Rosenholm M, Makkonen A, Rantamäki T, Piepponen P, Aitta-Aho T, Partanen J. ADHD-like be-

haviors caused by inactivation of a transcription factor controlling the balance of inhibitory and excitatory neuron development in the mouse anterior brainstem. *Transl // Psychiatry*. 2020. 10(1). 357 p. DOI: 10.1038/s41398-020-01033-8.

25. Pringsheim T, Holler-Managan Y, Okun M.S., Jankovic J, Piacentini J, Cavanna A.E., Martino D, Müller-Vahl K, Woods D.W., Robinson M, Jarvie E, Roessner V, Oskoui M. Comprehensive systematic review summary: Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders // *Neurology*. 2019. № 92(19). P. 907–915. DOI: 10.1212/WNL.00000000000007467.

26. Pringsheim T. Tic severity and treatment in children: the effect of comorbid attention deficit hyperactivity disorder and obsessive compulsive behaviors // *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017. № 48. P. 960–966.

27. Ramkiran S, Heidemeyer L, Gaebler A, Shah NJ, Neuner I. Alterations in basal ganglia-cerebello-thalamo-cortical connectivity and whole brain functional network topology in Tourette's syndrome // *Neuroimage Clin*. 2019. 24. 101998. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101998> (accessed 26.01.2023).

28. Robertson M.M. Gill de la Tourette syndrome: the complexities of phenotype and treatment // *Br. J Hosp Med (Lond)*. 2011. Vol. 72 (2). P.100–107.

29. Wang Y, Li A. Regulatory effects of Ningdong granule on dopaminergic and serotonergic neurotransmission in a rat model of Tourette syndrome assessed by PET // *Molecular Medicine Reports*. 2019. 20(1). P. 191–197. DOI: 10.3892/mmr.2019.10243.

A.N. Sultanova, V.A. Lugovenko

EMOTIONAL SPHERE AND INDIVIDUAL PERSONALITY CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH TIC DISORDERS

Novosibirsk State Medical University (Novosibirsk).

Summary. The importance of studying emotional disorders in children with tic disorders is due to the fact that with successful reduction of these disorders, the prognosis of the course of the disease improves, up to a significant reduction in clinical manifestations. This article highlights the issues of the emotional sphere, features of anxiety, personal and cognitive changes in children with tic disorders.

Keywords: emotional sphere, children, tic disorders, anxiety, personality traits.

УДК 159.9

А.А. Сергиенко, А.Е. Антонова

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ: О КОНФЕРЕНЦИИ К 95-ЛЕТИЮ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. Статья посвящена итогам прошедшим в Москве 23-24 марта 2023 г. Третьим Поляковским чтениям по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова). Организаторами конференции выступили Научный центр психического здоровья и Московский государственный психолого-педагогический университет. На конференции обсуждались актуальные проблемы психодиагностики, коррекции и психотерапии в детском и подростковом возрасте.

Ключевые слова: научная конференция, клиническая психология детства, патопсихология, нейропсихология, психотерапия, Ю.Ф. Поляков, Поляковские чтения 2023.

В Москве 23-24 марта 2023 г. состоялась научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 95-летию выдающегося отечественного ученого в области медицинской (клинической) психологии Юрия Федоровича Полякова. Юбилейная конференция собирает психологов, психиатров, педагогов и других специалистов России и зарубежных стран уже в третий раз.

Конференция привлекла большое количество заинтересованных специалистов - психологов, педагогов, врачей. Общее число очных и заочных участников и слушателей конференции составило более 700 человек. Очно посетило конференцию более 200 участников. Среди участников конференции - сотрудники медицинских учреждений (психиатрических клиник), медицинские и школьные психологи, сотрудники реабилитационных центров научно-исследовательских институтов, преподаватели вузов, студенты, магистранты и аспиранты. География участников конференции: Россия, Белоруссия, Узбекистан, Латвия, ОАЭ, Казахстан, Азербайджан, Киргизия. По итогам прошедшей конференции были выпущены сборник материалов и монография [1, 2].

На конференции обсуждались вопросы фундаментальных исследований в клинической психологии (патопсихологии, нейропсихологии, психосоматике), современное развитие идей Ю. Ф. Полякова, проблемы цифровизации в медицине и образовании, вопросы подготовки специалистов в области клинической психологии.

Организаторы конференции - Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ) и Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ). Конференция проходила в течение двух дней в смешанном (очном и дистанционном) формате. Во время конференции провели работу тринадцать секций и тринадцать мастер-классов.

Вопросам психического здоровья детей и подростков были посвящены

следующие **секции**: «Психическое здоровье детей младенческого и раннего возраста: определяющие факторы, диагностическая классификация ДК: 0-5, ранняя помощь», «Клиническая психология детства», «Психосоматика», «Клиническая психология семьи».

Были представлены результаты исследований о пре- и постнатальных факторах психического здоровья детей, а также озвучены возможности современной психодиагностики и коррекции в раннем возрасте. Обсуждались фундаментальные вопросы дизонтогенеза детей и подростков при эндогенной психической патологии, современные методы диагностики и коррекции интернет-зависимости у подростков, направления индивидуальной и групповой психотерапии при работе с подростками, демонстрирующими делинквентное (противоправное) поведение, нейроркогнитивный статус детей рожденных с помощью вариативных репродуктивных технологий.

Особый интерес вызвало обсуждение работы психолога с суицидальным поведением подростков в скорпомощном стационаре, а также проблема сокрытия суицидального поведения при обращении к помогающим специалистам и актуальные средства предупреждения повторных случаев отравления с целью суицида (В.И. Быкова, Е.А. Львова).

В выступлении Н.Л. Горбачевской были описаны корреляции клинических проявлений шизотипических расстройств у детей и подростков с психологическими и нейробиологическими показателями. В ходе спектрального анализа биоэлектрической активности головного мозга больных и изучения ее корреляции с психологическими характеристиками было показано, что уровень бета-активности частотой 17-27 Гц отрицательно коррелирует с объемом непосредственного запоминания и способностью к обобщению и положительно - с показателями агрессивности. В дальнейшем исследователи планируют провести дифференцированный анализ разных клинических форм шизотипических расстройств.

Психиатры В.Л. Малыгин и Ю.А. Меркурьева представили на конференции дифференцированную модель психологической коррекции интернет-зависимости у подростков. На основе выделенных факторов (биологического и психологического) формирования интернет-аддикции была сформирована дифференцированная программа, которая включает как нейропсихологическую коррекцию, техники релаксации, телесно-ориентированную психотерапию, так и обучение навыкам регуляции эмоций, коммуникации, разрешения конфликтных ситуаций и тайм-менеджмента. По результатам оценки эффективности обеих программ была выявлена значимость первичной нейропсихологической диагностики, а также предложена схема отбора в коррекционные группы в соответствии с преобладанием различных факторов формирования аддикции.

Особое внимание было уделено вопросу психообразовательной работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В докладе О.И. Богачевой отмечалось, что большинство родителей детей с РАС (53%) оценивает свои знания о возможностях лечения и формах помощи как недостаточно удовлетворительные. В ходе психообразовательной программы специа-

листы провели с родителями семинары, посвященные этиологии РАС, особенностям эмоционального развития и социальной адаптации, а также современным подходам в лечении и реабилитации детей с РАС. По предварительным результатам исследования, родители в большей степени стали осознавать и принимать болезнь ребенка, а также у них появилось больше знаний в отношении способов помощи их детям.

В ходе конференции обсуждались и вопросы психического здоровья детей младенческого и раннего возраста. Так, в докладе Р.Ж. Мухамедрахимова был представлен анализ многоосевой системы диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития ребенка (ДК:0-5). Было отмечено, что ДК:0-5 служит основой для межпрофессионального взаимодействия и формирования общих для профессионалов раннего детства представлений о клинических расстройствах у ребенка в контексте условий его жизни.

В выступлениях Н.В. Зверевой, А.А. Сергиенко с соавт. в контексте психолого-медико-педагогического и социального сопровождения современных детей обсуждались возможные последствия использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) на последующее психофизическое развитие ребенка. Анализировались как возможные проблемы нейроразвития, связанные с применением ВРТ, так и возможные варианты их нивелирования за счет развивающих, коррекционных современных технологий. Отмечалось, что дети, зачатые с помощью ВРТ (ЭКО и ИКСИ) представляют собой разнородную группу по параметрам психического развития, что позволяет выделить среди них нормативное и дизонтогенетическое развитие, требующее коррекционно-развивающего и, при необходимости, врачебного вмешательства. Получен спектр развития от высокой нормы до выраженного дефицита (отставания) по результатам нейropsychологической диагностики в группе ЭКО.

За два дня конференции было проведено более десятка мастер-классов, многие из которых были направлены на формирование у специалистов (психологов, психиатров и др.) новых знаний и умений для работы с детьми и подростками как в рамках психологического обследования, так и в процессе психотерапии. Особенно стоит отметить следующие мастер-классы: «Сила собственного «Я»: самоактивация делинквентных подростков» (Т.В. Шинина), «Системное консультирование семей с детьми с ОВЗ» (М.А. Жиронкина), «Новые формы диагностики в детской клинической психологии (продолжение традиций Ю.Ф. Полякова)» (Н.В. Зверева с соавт.), Методика «Пиктограмма»: Диагностические возможности (П.В. Цыганкова А.К. Ерамишанцева).

Конференция продемонстрировала большой интерес к проблемам предупреждения, диагностики и психокоррекции психических расстройств в детском и подростковом возрасте, а также подчеркнула необходимость мультидисциплинарной работы в вопросах детской клинической психологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поляковские чтения 2023. «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф.Полякова)». Научное издание. Сб/ мат-лов Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием (23–24 марта 2023 г)

/ под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: МГППУ, 2023. 659 с. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library250.pdf> (дата обращения 11.05.2023).

2. Клиническая психология 21 века: методология, теория, практика. Научное издание. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2023. 584 с. ISBN 978-5-6042918-2-5 URL: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/clinpsy_xxi_2023/clinpsy_xxi_2023.pdf (дата обращения 12.05.2023).

REFERENCES

1. Polyakovskie chteniya 2023. «Tret'i Polyakovskie chteniya po klinicheskoy psikhologii (k 95-letiyu Yu.F.Polyakova)». Nauchnoe izdanie. Sb/ mat-lov Vserossiyskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny'm uchastiem (23–24 marta 2023 g) / pod red. N.V. Zverevoy, I.F. Roshhinoj. M.: MGPPU, 2023. 659 s. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library250.pdf> (data obrashheniya 11.05.2023).

2. Klinicheskaya psikhologiya 21 veka: metodologiya, teoriya, praktika. Nauchnoe izdanie. Kollektivnaya monografiya / pod red. N.V. Zverevoy, I.F. Roshhinoj. M.: FGBNU NCzPZ, 2023. 584 s. ISBN 978-5-6042918-2-5 URL: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/clinpsy_xxi_2023/clinpsy_xxi_2023.pdf (data obrashheniya 12.05.2023).

A.A. Sergienko, E.A. Antonova

TOPICAL ISSUES OF MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: ABOUT THE CONFERENCE ON THE 95TH ANNIVERSARY U.F. POLYAKOV

FSBSI «Mental Health Research Centre» (Moscow).

Summary. The article is devoted to the results of the Third Polyakov's Readings in Clinical Psychology held in Moscow on March 23-24, 2023 (to the 95th anniversary of U.F. Polyakov). The conference was organized by the Scientific Center for Mental Health and the Moscow State Psychological and Pedagogical University. The conference discussed topical issues of psychodiagnostics, correction and psychotherapy in childhood and adolescence.

Keywords: scientific conference, clinical psychology of childhood, pathopsychology, neuropsychology, psychotherapy, U.F. Polyakov.

**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: **УДК**, 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 19.06.2023 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