

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2023(23), №4

«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. Горьковская,
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

Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТЕРЕОТИПОВ ПРИ КАТАТОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	4
С.В. Бизюкевич, Э.П. Станько, С.А. Игумнов НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА.....	11
И.А. Горьковая, С.В. Семенова КОМПЛЕКС «НЕПОЛНОЦЕННОСТИ» И РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	18
И.Н. Власенкова, Е.М. Маслова ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	27
А.Г. Головина ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	38

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

Л.А. Тишина, А.М. Данилов, Е.В. Подвальная ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ.....	45
А.М. Щербакова, Л.А. Истомина ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ВЫГОРАНИЯ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ИСПОЛНЕННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ.....	56
В.Т.А. Сорокина, М.А. Адильжанова ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ САМООЦЕНКИ ГОЛОСА.....	65

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Ю.В. Шапошникова ПРЕДИКТОРЫ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕВУШЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	74
Е.В. Котова СПЕЦИФИКА СУБЪЕКТИВНОГО ОЩУЩЕНИЯ ОДИНОЧЕСТВА В РАННЕМ ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	79

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова ОШИБОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	85
М.А. Калинина, Е.Е. Балакирева, Г.В. Козловская, С.Г. Никитина, Т.Е. Блинова, О.В. Шушпанова, Н.И. Голубева, Г.Н. Шимонова, М.В. Иванов, И.А. Марголина, Н.В. Платонова, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Н.С. Шалина ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ЧАСТЬ 2-1.....	92
С.В. Гречаный, Ю.В. Хуторянская ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И НАДЕЖНОСТИ ШКАЛ ОПРОСНИКА «УТВЕРЖДЕНИЕ О САМОПОВРЕЖДЕНИЯХ».....	104
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ К 75-ЛЕТИЮ ВЛАДИМИРА САМУИЛОВИЧА СОБКИНА.....	119
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

L.Zh. Attaeva, I.V. Makarov

CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF STEREOTYPES IN CATATONIA
IN CHILDHOOD..... 4

S.V. Bizyukevich, E.P. Stanko, S.A. Igumnov

INTELLECTUAL DEVELOPMENTAL DISORDERS OF CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDERS ASSOCIATED WITH POLYMORPHISM OF THE FOLATE CYCLE
GENES..... 11

I.A. Gorkovaya, S.V. Semenova

«INFERIORITY» COMPLEX AND SUICIDE RISK IN ADOLESCENTS WITH DEVIANT
BEHAVIOR..... 18

I.N. Vlasenkova, E.M. Maslova

THE SPECIFICS OF BODY IMAGE OF THE ADOLESCENTS AT RISK OF DEVELOPING
EATING DISORDERS..... 27

A.G. Golovina

THE PROBLEM OF STIGMATIZATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS... 38

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

L.A. Tishina, A.M. Danilova, E.V. Podvalnaya

THE USE OF SAND THERAPY IN CORRECTIONAL AND DEVELOPMENTAL WORK
WITH CHILDREN HAVING SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS..... 45

A.M. Shcherbakova, L.A. Istomina

A STUDY OF THE RELATIONSHIP OF BURNOUT AND THE EXISTENTIAL UTILITY OF
SPECIALISTS HELPING CHILDREN WITH DISABILITIES..... 56

V.T.A. Sorokina, M.A. Adilzhanova

FEATURES OF CHILDREN'S VOICE SELF-ESTEEM..... 65

SHORT COMMUNICATIONS

Yu.V. Shaposhnikova

PREDICTORS OF NON-SUICIDAL SELF-HARM IN ADOLESCENT GIRLS..... 74

E.V. Kotova

SPECIFICITY OF SUBJECTIVE FEELINGS OF LONELINESS IN EARLY YOUNG ADULTS.. 79

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

FAILED DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD..... 85

M.A. Kalinina, E.E. Balakireva, G.V. Kozlovskaya, S.G. Nikitina, T.E. Blinova,

O.V. Shushpanova, N.I. Golubeva, G.N. Shimonova, M.V. Ivanov, I.A. Margolina,

N.V. Platonova, A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, N.S. Shalina

CHILDHOOD AUTISM - HISTORICAL ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES.

BIOLOGICAL BASIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS.

LITERATURE REVIEW, PART 2-1..... 92

S.V. Grechanyy, J.V. Khutoryanskay

ASSESSMENT OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES AND RELIABILITY OF THE SCALES

«THE INVENTORY OF STATEMENTS ABOUT SELF-INJURY»..... 104

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
СТЕРЕОТИПИЙ ПРИ КАТАТОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Психоневрологический диспансер № 15 – филиал ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева (Москва), ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», ³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).

Резюме. В сравнительном клинико-катамнестическом исследовании с целью установления клинических и динамических характеристик стереотипий при кататонических и кататоно-регрессивных расстройствах (КРР) в детском возрасте были проанализированы результаты мониторинга эпикризов, амбулаторных карт (в ретроспективной группе) и опроса родителей (в проспективной группе) стереотипий у 844 детей с шизофренией детского возраста (ШДВ) и атипичным детским аутизмом (АДА) в возрасте от 3 до 10 лет. В качестве основных методов выступили: социально-демографический, клинический, динамический, статистический. В результате для большей доли детей с КРР были характерны повторяющиеся действия в виде двигательных, речевых стереотипий, стереотипий, направленных на самоповреждения, а также различные варианты стереотипий в виде нефункциональных ритуалов и привычек. У детей с КРР трудно прервать стереотипное поведение или отвлечь их во время повторяющихся действий. Стереотипии имели тяжелую степень выраженности с незначительным, статистически не значимым динамическим их усугублением по таким параметрам, как степень отвлечения и влияние на социализацию ребенка. Установление клинических и динамических характеристик стереотипий при КРР показало их начало в 5-6 лет. Возраст начала стереотипий у детей с КРР в проспективной и ретроспективной группах значимо не отличался. При КРР стереотипии оставались в стабильных формах их проявлений в течение многих лет. В обеих группах повторяющееся и ограниченное поведение чаще всего имело сочетанную форму стереотипий. Во всех группах стереотипии имели тяжелую степень выраженности, что оказывало негативное влияние на повседневные социальные отношения детей со сверстниками и взрослыми.

Ключевые слова: кататония, кататоно-регрессивное расстройство, шизофрения детского возраста, атипичный аутизм, стереотипии, ритуалы, повторяющееся поведение, динамика.

Ведение. Ограниченное и повторяющееся поведение разнообразно и варьирует от стереотипных телодвижений до ритуалов и ограниченных интересов. Повторяющееся поведение наиболее тесно связано с аутизмом. Среди наиболее характерных двигательного-поведенческих расстройств, связанных с аутизмом, принято называть стереотипии и самоповреждения. Поэтому тяжелые формы

повторяющегося самоповреждающего поведения следует рассматривать как кататоническую стереотипию с телесными повреждениями [8]. Но стереотипии встречаются и при ряде других расстройств.

Также стереотипное поведение может встречаться у детей с нормативным развитием. В раннем детстве дети совершают ряд повторяющихся двигательных действий, например, раскачивания, хлопанье в ладоши. Также для детей раннего возраста характерно компульсивное и ритуальное поведение (например, настойчивость в определенной одежде или еде, ритуалы перед сном) [1]. В дошкольном возрасте дети начинают демонстрировать более сложное повторяющееся поведение, характеризующееся ригидностью или негибкостью. Они могут демонстрировать настойчивое стремление к одинаковости, жесткость в отношении симпатий и антипатий, ритуализацию повседневных действий и даже компульсивное упорядочение и упорядочение до тех пор, пока не будет достигнут некоторый субъективный критерий «правильности» [2]. Привязанность к любимому предмету и настойчивость на определенных мыслях и темах также характерны для дошкольников. Нормально развивающиеся дети также могут проявлять интенсивные, ограниченные интересы, которые могут возникать еще до 2-летнего возраста, быть относительно продолжительными и привлекать внимание [3, 4].

Категории ограниченного повторяющегося поведения можно разделить на две группы: двигательные действия «низшего порядка», которые характеризуются повторением движений, и более сложные, или «высокого порядка» формы поведения (навязчивые действия, ритуалы, настойчивость в одинаковости и ограниченные интересы), которые имеют отчетливый когнитивный компонент, характеризующийся приверженностью к некоторому правилу или ментальной установке [5-7].

Повторяющееся поведение также характерно для детей с шизофренией. Они играют в примитивные, однообразные игры, которые сводятся к перекладыванию, пересыпанию, верчению, трясению. Постепенно игровые интересы становятся узкими, ригидными, приобретая характер стереотипий. Для детей с шизофренией характерны односторонние интересы, одержимость камнями, этикетками и т. п. Стереотипии при шизофрении не являются специфическим симптомом, поэтому при дифференциальной диагностике стереотипий в рамках шизофрении или других расстройств необходимо обращать внимание на наследственную отягощенность, доблезненное «неблагополучие» детей из-за патологии беременности и родовых травм. В клинической картине шизофрении обращают на себя внимание: малая привязанность детей к объектам реального мира, аутизм, негативизм, недостаточное пользование речью, замедление в становлении речи или ускоренное формирование речи, использовании фраз-штампов, эхолалии, неологизмы, раздражительность, необычный характер мышления. Обнаруживаются патологические стигмы: недостаточность ночного сна, повышенная чувствительность к шумам и дискомфорту, слабая реакция на дискомфорт, стремление к несъедобным видам пищи, затруднено формирование навыков самообслуживания. Стереотипное поведение приводит к отгороженности, отсутствию общения со сверстниками. Дети не обращаются с просьбами, все реже отвечают на вопросы. Почти полностью утрачивается коммуникативное значение речи. Теряются навыки самообслуживания. Беспор-

мощность в кругу сверстников, непонимание взаимоотношений между детьми отрицательно сказываются на социальной адаптации ребенка.

Признаками перехода физиологических стереотипий в патологические стереотипии можно считать следующие: учащение тех или иных психомоторных реакций вместо естественной возрастной редукции; увеличение продолжительности проявления таких психомоторных реакций в динамике; сочетание стереотипий с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития; нарастание полиморфизма стереотипий; доминирование стереотипного поведения над другими формами поведения; невозможность отвлечь, переключить внимание ребенка; упорный возврат к повторяющейся деятельности; выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на прерывание стереотипного поведения.

Стереотипии (повторяющиеся нецелые движения) относятся к симптомам кататонии в DSM-V. В своей работе мы изучали стереотипии в рамках кататоно-регрессивного расстройства с тяжелой кататонической симптоматикой, проявлениями регресса навыков и речи.

В отечественной психиатрии отсутствуют исследования, которые направлены на рассмотрение стереотипий в раннем возрасте как предиктора психического неблагополучия или физиологического акта при нормотипичном развитии ребенка. В связи с этим цель настоящего исследования заключается в установлении клинических и динамических характеристик стереотипий при кататоно-регрессивном расстройстве в детском возрасте как раннего предиктора психического заболевания у детей.

Материал и методы. Выборка исследования сформирована на базе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева - Психоневрологического диспансера № 15» г. Москвы (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД №15») и Психоневрологического диспансера Минздрава Кабардино-Балкарской республики (ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР). В исследование были включены результаты мониторинга эпикризов, амбулаторных карт в период наблюдения пациентов с 1993 по 2020 гг. (в ретроспективной группе) и опроса родителей с помощью разработанного и валидизированного опросника для оценки проявлений и динамики стереотипий при КРР в детском возрасте от 3 до 10 лет (в период с 2021 по 2022 гг.). Опросник был ориентирован на родителей и законных представителей детей в проспективной группе. Выборки представлены 537 пациентами с КРР в ретроспективной (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД №15» - 199 человек, ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР - 338 человек) и 307 пациентов с КРР в проспективной группе (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД №15» - 73 человека, ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР – 234 человека).

Критерии включения в ретроспективную группу исследования:

- установленные диагнозы по МКБ-9 299.0, 299.91;
- установленный диагноз по МКБ-10 F84.11 «Атипичный аутизм с умственной отсталостью», F84.12 «Атипичный аутизм без умственной отсталости», F20.8 «Другой тип шизофрении».

Критерии включения в проспективную группу исследования:

- возраст ребенка на момент обследования от 3 до 10 лет (включительно);
- письменное согласие родителей (официальных представителей) на уча-

стие ребенка и личное участие родителей в исследовании;

- установленный диагноз по МКБ-10 F84.11 «Атипичный аутизм с умственной отсталостью», F84.12 «Атипичный аутизм без умственной отсталости», F20.8 «Другой тип шизофрении».

Критерии невключения в исследование:

- возраст менее 3 и более 10 лет;
- верифицированные генетические аномалии;
- умственная отсталость, обусловленная тяжелыми органическими повреждениями мозга;
- отказ родителей (официальных представителей) от участия ребенка и/или личного участия родителей в исследовании.

Критерии исключения:

- отказ родителей (официальных представителей) от дальнейшего участия ребенка и/или личного участия родителей в исследовании.

В выборку были включены пациенты, соответствующие критериям МКБ-10 для постановки диагноза F84.11 «Атипичный аутизм с умственной отсталостью», F84.12 «Атипичный аутизм без умственной отсталости», F20.8 «Другой тип шизофрении». Исследовалась группа детей, перенесших регрессивно-кататонический психоз с кататонической психотической симптоматикой с двигательным возбуждением, явлениями негативизма, тяжелого аутизма.

Проводилось изучение клинико-анамнестических, клинико-катамнестических, клинико-динамических данных о стереотипиях у ретроспективной и проспективной групп детей с КРР.

Рассматривались стереотипии:

- моторные (двигательные) стереотипии;
- оральные стереотипии (повторяющиеся движения губами или языком);
- сенсорно-двигательные стереотипии;
- стереотипные действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового материала;
- эмоционально-аффективные стереотипии;
- речевые стереотипии (бессмысленные частые повторения, не направленные на выполнение социально значимой функции);
- явно выраженные нефункциональные ритуалы и привычки;
- ограниченные интересы;
- самоповреждения.

Исследование было одобрено локальным Этическим комитетом. Проведен сравнительный анализ ретроспективной и проспективной групп детей с КРР. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программного пакета Microsoft Excel 2020 и Statistica 10,0 (StatSoft, USA). При сравнении данных использовался однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с поправкой Бонферрони на количество измерений, а также критерий Краскела-Уоллиса. Различие считалось достоверным, когда достоверность случайной разницы не превышала 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты. Согласно полученным результатам мониторинга появления

стереотипий у детей с КРР ретроспективной группы бóльшая доля (50,5%) стереотипий была выявлена в возрасте от 5 до 6 лет (средний возраст составил $5,9 \pm 0,7$ лет). В проспективной группе у большинства пациентов с КРР (46,3%) начало стереотипного поведения было выявлено в возрасте от 5 до 6 лет (средний возраст составил $5,6 \pm 0,7$ лет). Эти данные позволяют говорить о том, что возраст начала стереотипий у детей с КРР в проспективной и ретроспективной группах значимо не отличается.

В большем числе случаев как в ретроспективной, так и в проспективной группе стереотипное поведение проявлялось в повторении движений, в частности раскачивании тела и головы взад-вперед, повторяющихся движениях языком; эхолалиях в виде повторяющихся вокализаций, таких как повторение определенных звуков, слов или фраз; фиксациях на темах, представляющих особый интерес и непрерывного разговора об одном и том же; повторяющемся использовании объектов в виде многократного прослушивания одной и той же песни или просмотра одних и тех же видео; выстраивании в ряд предметов, таких, например, как игрушки, посуда, другие предметы быта; ограниченности в интересах в виде выбора игрушек определенного цвета, формы, вида; выраженных нефункциональных ритуалах и привычках в виде употребления одной и той же еды, а также стереотипиях, направленных на самоповреждение (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов с КРР в зависимости от форм проявления стереотипного поведения

Формы проявления стереотипного поведения	Ретроспективная КРР (n=537)		Проспективная КРР (n=307)	
	абс	%	абс	%
Двигательные	112	20,9	133	43,3
Речевые	387	72,1	270	87,95
Ограниченность в интересах	487	90,7	307	100
Выраженные нефункциональные ритуалы и привычки	288	53,6	245	79,8
Повторяющееся использование объектов	193	35,9	189	61,56
Аутоагрессивное поведение	530	98,7	290	94,46

В обеих группах повторяющееся и ограниченное поведение чаще всего имело сочетанную форму стереотипий, например, двигательных и речевых ее форм и т. п. Кроме того, необходимо отметить, что в проспективной группе пациентов с КРР в отличие от ретроспективной группы чаще регистрировали двигательные стереотипии ($p=0,02$).

При КРР стереотипии оставались в стабильных формах их проявлений ($p>0,05$) в течение многих лет. В большинстве анализируемых случаев ребенка с КРР трудно отвлечь или прервать у него стереотипное поведение. Во всех группах стереотипии имели тяжелую степень выраженности.

Выводы. Изучение клинических и динамических характеристик стереоти-

пий при КРР показало, что их начало приходится на возраст 5-6 лет как в ретроспективной, так и в проспективной группе.

Стереотипии при КРР не претерпевают значительных изменений в форме их проявления в течение длительного времени.

Проведенное исследование не показало изменчивости проявлений, возраста начала и течения стереотипий у детей с КРР в возрасте от 3 до 10 лет за период 1993–2022 гг.

Возраст начала и динамика стереотипий не зависели от тяжести основного заболевания и коморбидной соматической патологии.

В обеих группах преобладали стереотипии тяжелой степени выраженности, что оказывало негативное влияние на повседневные социальные отношения детей со сверстниками и взрослыми.

В проспективной группе пациентов с КРР в отличие от ретроспективной группы чаще регистрировали двигательные стереотипии, что свидетельствует о возможном патоморфозе стереотипий.

В обеих группах повторяющееся и ограниченное поведение чаще всего имело сочетанную форму стереотипий с регистрацией, например, двигательных и речевых ее форм и т. п.

По данным катамнестического наблюдения, прогноз у большинства больных в отношении психического состояния и социального функционирования неблагоприятный.

Изучение клинических и динамических особенностей стереотипий у детей допускает рассмотрение его как раннего предиктора психического неблагополучия ребенка. Понимание особенностей течения стереотипий у детей с КРР позволяет своевременно диагностировать психическое заболевание и вовремя начать лечебные и реабилитационные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аттаева Л.Ж., Макаров И.В. Стереотипии у детей // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31 (2). С. 79-85.

2. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб.: Наука и Техника, 2017. 288 с.

3. Котляров В.Л., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и соавт. Двигательные стереотипии в структуре психотических и непсихотических расстройств аутистического спектра // Психическое здоровье. 2016. Т. 14.(№ 2). С. 69-78.

REFERENCES

1. Attaeva L.Zh., Makarov I.V. Stereotipii u detej // Sozial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2021. T. 31 (2). S. 79-85.

2. Voronkov B.V. Psikhiiatriya detej i podrostkov. SPb.: Nauka i Tekhnika, 2017. 288 s.

3. Kotlyarov V.L., Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V. i soavt. Dvigatel'ny'e stereotipii v strukture psikhoticheskikh i nepsikhoticheskikh rasstrojstv autisticheskogo spektra // Psikhicheskoe zdorov'e. 2016. T. 14.(# 2). S. 69-78. 4.

Correll C.U., Cooler N.R. Negative symptoms of schizophrenia: a review and clinical guide to recognition, assessment and treatment // Neuropsychiatric diseases

and treatment. 2020. Vol.16. P. 519-534. doi.org/10.2147/NDT.S225643

5. Freeman B.J., Ritvo E.R., Yokota A., Ritvo A. A scale for rating symptoms of patients with the syndrome of autism in real life settings // J Am Acad Child Psychiatry. 1986 Jan. 25(1). P. 130-6. doi.org/10.1016/s0002-7138(09)60610-5

6. Rutter M. The development of childhood autism // Psychological medicine. 1974. Vol. 4(2). P. 147-163. doi.org/10.1017/s0033291700041982

7. Trevisan D.A., Foss-Feig J.H., Naples A.J., Srihari V., Anticevic A. and McPartland J.C. Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms // Front Psychiatry. 2020. Vol.11. P. 11:548. doi.org/10.3389/fpsy.2020.00548

8. Wachtel L.E., Dhossche D.M. Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: implications for electroconvulsive therapy // Med Hypotheses. 2010. Vol. 75 (1). P. 111–114. doi: 10.1016/j.mehy.2010.02.001. Epub 2010 Mar 3. PMID: 20202760

L.Zh. Attaeva¹, I.V. Makarov^{2,3}

CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF STEREOTYPES IN CATATONIA IN CHILDHOOD

¹Psychoneurological Dispensary No 15 – branch of Mental-Health Clinic No 1 named after N.A. Alexeev (Moscow), ²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, ³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (St.Petersburg).

Summary. In a comparative clinical and catamnestic study, in order to establish the clinical and dynamic characteristics of stereotypes in catatonic and catatonic regressive disorders (CRC) in childhood, the results of monitoring of epicrisis, outpatient charts (in the retrospective group) and a survey of parents (in the prospective group) of stereotypes in 844 children with childhood schizophrenia and atypical childhood autism (ADA) at the age of 3 to 10 years. The main methods were: socio-demographic, clinical, dynamic, statistical. As a result, a greater proportion of children with CRC were characterized by repetitive actions in the form of motor, speech stereotypes, stereotypes aimed at self-harm, as well as various variants of stereotypes in the form of non-functional rituals and habits. In children with CRC, it is difficult to interrupt stereotypical behavior or distract them during repetitive actions. Stereotypes had a severe degree of severity with insignificant statistically insignificant dynamic aggravation of them according to such parameters as the degree of distraction and the impact on the socialization of the child. The establishment of clinical and dynamic characteristics of stereotypes in CRC showed their onset at 5-6 years. The age of the onset of stereotypes in children with CRC in the prospective and retrospective groups did not differ significantly. With CRC, stereotypes remained in stable forms of their manifestations for many years. In both groups, repetitive and restricted behavior most often had a combined form of stereotypes. In all groups, stereotypes had a severe degree of severity, which had a negative impact on the daily social relationships of children with peers and adults.

Keywords: catatonia, catatonic-regressive disorder, childhood schizophrenia, atypical autism, stereotypes, rituals, repetitive behavior, dynamics.

**НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА,
АССОЦИИРОВАННЫМИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ
ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет» (Гродно). ²Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск).

Аннотация. В статье представлены результаты изучения распределения генов фолатного цикла у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в зависимости от степени нарушений их интеллектуального развития. Установлены нарушения различной степени выраженности интеллектуального развития у детей с РАС. Результаты молекулярно-генетического исследования показали, что дети с РАС в 98% (100 случаев) являются носителями генотипов по мутантной аллели и только в 2 случаях (1,1%) были выявлены гомозиготы по дикому типу. При анализе распределения полиморфизмов генов фолатного цикла в зависимости от тяжести нарушений интеллектуального развития у детей с РАС статистически значимые результаты получены для распределения гетерозиготных и гомозиготных генотипов по мутантному аллелю полиморфизма C677T гена MTHFR.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, нарушения интеллектуального развития, полиморфизм генов фолатного цикла.

Актуальность. Увеличение частоты встречаемости расстройств аутистического спектра (РАС) среди детского населения различных стран сохраняет актуальность проблемы диагностики и ранней коррекции, что находит отражение в многочисленных научных публикациях и официальной медицинской статистике. У детей с РАС в 60-75% случаев наблюдаются интеллектуальные нарушения различной степени выраженности, которые уменьшают эффективность лечебно-коррекционных мероприятий, и ухудшают качество жизни таких пациентов [5, 10]. Существует мнение, что коэффициент умственного развития (IQ) ниже 60 баллов и отсутствие коммуникативной речи к 5-летнему возрасту являются плохими прогностическими признаками [9].

Сочетание аутистических расстройств и нарушений интеллектуального развития требует от специалиста профессиональных компетенций, связанных с обеими группами психических расстройств [3], усложняющих клинические проявления друг друга и не позволяющих использовать традиционные приемы диагностики и обучения, а также ограничивающих возможности применения лечебно-коррекционных мероприятий и эмоционально ориентированных методических подходов в коррекции РАС [10]. Многие исследователи отмечают полиэтиологичность и многофакторность РАС, при этом главенствующее значение отводят влиянию биологических факторов (нейроанатомических, нейрохимических, генетических и иммунологических) и их связи с эпигенетическими факторами [5].

На сегодняшний день накоплено большое количество доказательных исследований о связи генетических мутаций и РАС. В одном из исследований секвенирование экзона в 35584 образцах генетического материала пациентов с РАС показало, что 102 гена имели тесную ассоциацию с аутистическими расстройствами. Однако исследователи говорят о «генетическом пересечении» аутизма с нарушениями интеллекта. Среди 102 генов, ассоциированных с РАС, не менее половины из них были связаны с задержкой психического развития [10, 20]. Показано, что ряд ассоциированных с интеллектуальными нарушениями и риском развития РАС генов играет существенную роль в регуляции нейронных коммуникаций и влияет на нейроонтогенетические и нейрофизиологические изменения головного мозга [10, 20]. «Генетическое пересечение» симптомов аутизма с нарушениями интеллекта не вызывает сомнений при интерпретации клинической картины ряда известных генетических синдромов и заболеваний: синдрома ломкой X-хромосомы, туберозного склероза TSC1, синдрома Ретта MECP2, синдрома Прадера–Вилли, синдрома Ангельмана, синдрома Смита–Магениса, синдрома Ди Джорджи, синдрома Фелан–МакДермид, синдрома Клифстры и др. [10, 18, 20].

Интерес представляют исследования, в которых показана ассоциация полиморфных вариантов C677T, A1298C, A66G, A2756G генов фолатного цикла MTHFR, MTRR, MTR с риском развития РАС [2, 3, 11, 12, 13, 22]. В ряде публикаций описан патогенетический механизм развития РАС, ассоциированных с полиморфизмом генов фолатного цикла через реализацию иммунных механизмов [5, 6]. В немногочисленных публикациях дальнего зарубежья показано, что полиморфные варианты генов фолатного цикла являются не только факторами риска развития РАС, но и оказывают влияние на характер поведенческих нарушений у детей с аутизмом, в большей степени оказывая влияние на выраженность агрессивного и аутоагрессивного поведения [8, 11, 22].

Нарушения интеллектуального развития являются коморбидным психическим расстройством для детей с РАС [16]. Однако лишь 18% детей с нарушениями интеллекта имеют клинические признаки РАС [23]. Очевидно, что на сегодняшний день нет достаточных сведений о взаимосвязи между РАС и степенью нарушений интеллектуального развития, так как дети с РАС, даже при отсутствии нарушений интеллектуального развития, отмечают трудности в усвоении школьной программы, что не может быть объяснено лишь степенью интеллектуального развития [17].

Несмотря на многочисленные исследования, описывающие влияние генетических факторов на риск развития РАС, публикаций, раскрывающих распределение полиморфных вариантов генов фолатного цикла в зависимости от степени интеллектуальных нарушений у детей с РАС в доступной научной литературе найти не представляется возможным, что и послужило целью настоящего исследования.

Цель исследования: изучить распределение полиморфизмов генов фолатного цикла у детей с РАС в зависимости от степени нарушений у них интеллектуального развития.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»» (УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»») при научно-

методическом содействии Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск. Перед началом исследования было получено информированное согласие родителей (законных представителей) всех детей, отобранных для участия в исследовании. Обследовано 102 ребенка с РАС, из них 86 (84,3%) мальчиков и 16 (15,6%) девочек, проходивших стационарное лечение в детском психиатрическом отделении УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Средний возраст мальчиков составил 5,0 [4,0-7,0] лет, девочек – 4,5 [4,0-7,0] лет.

Количественная оценка коэффициента интеллекта (IQ) проводилась с помощью теста WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), адаптированного для исследования детей и подростков. Диагноз умственной отсталости и дифференциальная диагностика степеней тяжести умственной отсталости проводилась в соответствии с характером клинических проявлений на основании исследовательских диагностических критериев действующей классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10).

Генотипирование изучаемых полиморфизмов генов фолатного цикла проводили методом ПЦР в режиме реального времени на приборе Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия) с использованием диагностического набора «SNP-ЭКСПРЕСС» («Синтол», Россия).

Полученные данные обработаны с использованием статистической программы STATISTICA 10.0 для Windows (AXAR207F394425FA-Q). При анализе категориальных данных использован тест χ^2 Пирсона и таблицы сопряженности. Распределение изученных полиморфизмов проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга ($p^2+2pq+q^2=1$), с помощью теста χ^2 Пирсона. Для распределения генотипов и аллелей генов фолатного цикла определяли частоты встречаемости в процентах (%). Для сравнения частот генотипов и аллелей между исследуемыми группами использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса на непрерывность. Различие сравниваемых величин считали статистически значимым при $p<0,05$.

Оценка результатов проводилась в соответствии с принципами доказательной медицины. Исследование базируется на принципах, изложенных в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования».

Результаты исследования: Результаты молекулярно-генетического исследования показали, что дети с РАС в 98% (100 случаев) являются носителями генотипов по мутантной аллели и только в 2 случаях (1,1%) были выявлены гомозиготы по дикому типу. 12 детей (6,4%) являлись носителями только одного генотипа по мутантной аллели, который был выявлен чаще всего в полиморфизме C677T гена MTHFR. Носителями двух генотипов по мутантной аллели были 20,3% детей (38 случаев). 18,7% (35 случаев) детей с РАС являлись носителями сразу трех генотипов по мутантной аллели. Носителями четырех генотипов были 8,0% (15 случаев) детей [9].

Преобладали замены нуклеотидов в гене MTRR A66G – 78,4% (49,0% A/G; 29,4% G/G), в гене MTHFR C677T – 66,6% (44,1% C/T; 22,5% T/T). Полиморфизм гена MTHFR A1298C составил 51,8 % (40,1% A/C; 11,7% C/C), гена MTR

A2756G - 50,8% случаев (35,2% A/G; 15,6% G/G). В 18,5% случаев – имел место полиморфизм в гомозиготном состоянии, преимущественно – наиболее тяжелый MTHFR T677T [19].

Исследование тяжести интеллектуальной недостаточности показало, что у 35,3% (36 человек) обследуемых детей с РАС наблюдались пограничные значения IQ. В таких случаях нарушения интеллекта были определены как: «Легкое когнитивное расстройство, вследствие дисфункции головного мозга» (F06.7) – у 10 (9,8 %) детей и «Смешанное специфическое расстройство развития» (F83) – у 26 (25,5%) человек. У 46 (45,1%) детей с РАС была установлена легкая умственная отсталость» (F70.0), у 13 (12,7%) – умеренная умственная отсталость (F71.0) и в 3 (2,9%) случаях – тяжелая умственная отсталость (F72.0). У 4 (3,92%) детей с РАС значения IQ были в пределах нормы.

При анализе распределения полиморфизмов генов фолатного цикла в зависимости от степени нарушений интеллектуального развития у детей с РАС были получены статистически значимые результаты для распределения гетерозиготных и гомозиготных генотипов по мутантному аллелю полиморфизма C677T гена MTHFR. Было отмечено, что гетерозиготный C/T и мутантный T/T генотипы полиморфного варианта C677T гена MTHFR статистически значимо распределены у детей с РАС со смешанным специфическим расстройством развития и легкой умственной отсталостью ($\chi^2=61,614$; $df=10$; $p<0,001$).

Распределение генотипов полиморфизма C677T гена MTHFR фолатного цикла в зависимости от степени нарушений интеллектуального развития у детей с РАС представлено на рис. 1.

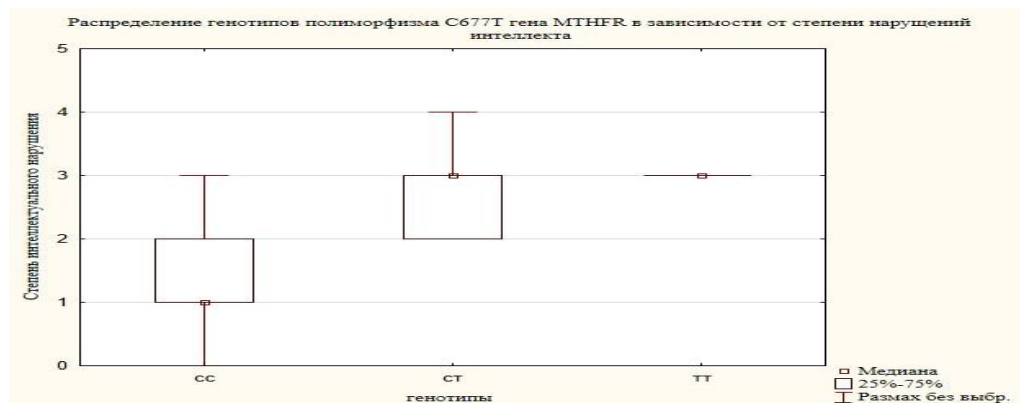


Рисунок 1. –Распределение генотипов полиморфизма C677T гена MTHFR в зависимости от степени нарушений интеллектуального развития у детей с РАС.

Носительство гетерозиготного генотипа C/T полиморфного варианта C677T гена MTHFR установлено у 27,4% детей с РАС с легкой умственной отсталостью и в 16,6% случаев у детей со смешанным специфическим расстройством развития. Наиболее неблагоприятный вариант носительства – мутантный генотип T/T полиморфного варианта C677T гена MTHFR в 15,6% случаев был выявлен у детей с РАС с легкой умственной отсталостью.

Заключение. Большинство детей с РАС, ассоциированными с генетическим полиморфизмом фолатного цикла, имеют нарушения интеллектуального развития различной степени тяжести. Так, легкая умственная отсталость установлена у 45,1% детей с РАС, у 35,3% детей с РАС значения коэффициента умственного развития трактовались, как пограничные. Дети с РАС с легкой умственной отсталостью статистически значимо являются носителями гетерозиготного С/Т и мутантного Т/Т генотипа полиморфного варианта С677Т гена МТНFR. Прямой взаимозависимости между тяжестью нарушений интеллектуального развития детей с РАС и распределением генотипов полиморфизма гена фолатного цикла, возможно, не существует. Результаты проведенного исследования могут служить началом для дальнейших научных изысканий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизюкевич С.В., Карпюк В.А. Генетические аспекты этиопатогенеза расстройств аутистического спектра. Обзор литературы // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, № 1. С. 148-156.
2. Бизюкевич С.В. Полиморфизм генов фолатного цикла и степень тяжести расстройств аутистического спектра // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т. 11, № 3. С. 479-488.
3. Бизюкевич С.В., Карпюк В.А. Сравнительная характеристика распределения аллелей и полиморфизмов генов фолатного цикла у детей с расстройствами аутистического спектра и здоровых детей г. Гродно и Гродненской области // Вестн. Витеб. гос. мед. ун-та. 2020. Т. 19, № 3. С. 106-111.
4. Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Саблина Т.Н. и др. Клинико-динамические особенности когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2014. Т. 7, № 4. С. 44-51.
5. Иммунологические аспекты расстройств аутистического спектра у детей / Д. В. Мальцев и др. // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2016. № 3. С. 9-14.
6. Мальцев Д.В., Коляденко Н.В. Иммунозависимые механизмы формирования энцефалопатии у детей с расстройствами аутистического спектра // Педиатрия. Вост. Европа. 2022. Т. 10, № 4. С. 546-562.
7. Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14, № 1. С. 9-18. doi:10.17759/autdd.20161401015/
8. Реверчук И.В., Велиллеева А.С., Игумнов С.А. Расстройство аутистического спектра в детском возрасте в практике врача-психиатра, врача-невролога. Часть 1: Учебное пособие для врачей. Самарканд, 2023. 65 с.
9. Сорокин А.Б. Нарушения интеллекта при расстройствах аутистического спектра [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2018. Т. 7, № 1. С. 3844. doi:10.17759/jmfp.2018070104
10. Ткачук Е.А. Использование синдромального подхода к диагностике аутизма у детей // Медицинский совет. 2022. Т. 16, № 12. С. 200-204. doi:10.21518/2079-701X-2022-16-12-200-204

REFERENCES

1. Bizyukevich S.V., Karpyuk V.A. Geneticheskie aspekty` e`tiopatogeneza rasstrojstv autisticheskogo spektra. Obzor literatury` // Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2019. T. 10, # 1. S. 148-156.
2. Bizyukevich S.V. Polimorfizm genov folatnogo czikla i stepen` tyazhesti rasstrojstv autisticheskogo spektra // Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya. 2020. T. 11, # 3. S. 479-488.
3. Bizyukevich S.V., Karpyuk V.A. Sravnitel`naya kharakteristika raspredeleniya allelej i polimorfizmov genov folatnogo czikla u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra i zdorovy`kh detej g. Grodno i Grodnenskoj oblasti // Vestn. Viteb. gos. med. un-ta. 2020. T. 19, # 3. S. 106-111.
4. Zabozaeva I.V., Malinina E.V., Sablina T.N. i dr. Kliniko-dinamicheskie osobennosti kognitivny`kh narushenij u detej s rasstrojstvami autisticheskogo // Vestnik YuUrGU. Seriya «Psikhologiya». 2014. T.7, # 4. S. 44-51.
5. Immunologicheskie aspekty` rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej / D. V. Mal`czev i dr. // Klin. immunologiya. Allergologiya. Infektologiya. 2016. # 3. S. 9-14.
6. Mal`czev D.V. Kolyadenko N.V. Immunozavisimy`e mekhanizmy` formirovaniya e`nccefalopatii u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Pediatriya. Vost. Evropa. 2022. T. 10, # 4. S. 546-562.
7. Morozov S.A. Morozova T.I. Belyavskij B.V. K voprosu ob umstvennoj otstalosti pri rasstrojstvakh autisticheskogo spektra // Autizm i narusheniya razvitiya. 2016. T.14, # 1. S. 9-18. doi:10.17759/autdd.20161401015/
8. Reverchuk I.V., Velillyaeva A.S., Igumnov S.A. Rasstrojstvo autisticheskogo spektra v detskom vozraste v praktike vracha-psikhiatra, vracha-nevrologa. Chast` 1: Uchebnoe posobie dlya vrachej. Samarkand, 2023. 65 s.
9. Sorokin A.B. Narusheniya intellekta pri rasstrojstvakh autisticheskogo spektra [E`lektronny`j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2018. T. 7, # 1. S. 3844. doi:10.17759/jmfp.2018070104
10. Tkachuk E.A. Ispol`zovanie sindromal`nogo podkhoda k diagnostike autizma u detej // Mediczinskij sovet. 2022. T. 16, # 12. S. 200-204. doi:10.21518/2079-701X-2022-16-12-200-204
11. Arab A., Elhawary N. Methylenetetrahydrofolate reductase gene variants confer potential vulnerability to autism spectrum disorder in a Saudi community // J. Neuropsychiatr Dis. Treat. 2019. Vol. 15. P. 3569-3581.
12. Association between MTHFR C677T polymorphism and susceptibility to autism spectrum disorders: A meta-analysis in Chinese han population / Chen-Xi Li et al. // J. Front. Pediatr. 2021. Vol. 9. Art. 598805.
13. Association of MTHFR 677C>T and 1298A>C polymorphisms with susceptibility to autism: a systematic review and meta-analysis / T. Sadeghiyeh et al. // Asian J. Psychiatry. 2019. Vol. 46. P. 54-61.
14. Bizyukevich S. Polymorphism of folate cycle genes in children with autism spectrum disorders: abstracts of the 27th European Congress of Psychiatry // European Psychiatry. 2019. Vol. 56, S1. P. 43-44.
15. Brue A.W. Wilmshurst L. Essentials of intellectual disability assessment and

identification. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc. 2016. 174 p.

16. Fernandez B.A. Scherer S.W. Syndromic autism spectrum disorders: moving from a clinically defined to a molecularly defined approach // Dialogues in clinical neuroscience. 2017. Vol. 19, №. 4. P. 353-371.

17. Kim S.H., Bal V.H., Lord C. Longitudinal follow-up of academic achievement in children with autism from age 2 to 18 // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2018. Vol. 59, №. 3. P. 258-267. doi:10.1111/jcpp.12808

18. Kraan C.M., Godler D.E., Amor D.J. Epigenetics of fragile X syndrome and fragile X-related disorders // Dev. Med. Child Neurol. 2018. Vol. 61, iss. 2. P. 121-127.

19. Methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms C677T and risk of autism in the Chinese Han population / T. Guo et al. // Genet. Test. Mol. Biomarkers. 2012. Vol. 16, iss. 8. P. 968-973.

20. Satterstrom F.K. Kosmicki J.A. Wang J. et al. Large-Scale exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism // Cell. 2020. V. 180, iss. 3, №.6. P. 568-584. doi:10.1016/j.cell.2019.12.036

21. Sener E.F., Oztop D.B., Ozkul Y. MTHFR gene C677T polymorphism in autism spectrum disorders // Genet. Res. Int. 2014. Vol. 2014. P. 1-5.

22. Study of C677T variant of methylene tetrahydrofolate reductase gene in autistic spectrum disorder Egyptian children / S. Ismail et al. // Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr Genet. 2019. Vol. 180, iss. 5. P. 305-309.

23. Tonnsen, B.L. et al. Prevalence of autism spectrum disorders among children with intellectual disability // American journal on intellectual and developmental disabilities. 2016. Vol. 121, №. 6. P. 487-500. doi:10.1352/1944-7558-121.6.487

S.V. Bizyukevich¹, E.P. Stanko¹, S.A. Igumnov²

INTELLECTUAL DEVELOPMENTAL DISORDERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS ASSOCIATED WITH POLYMORPHISM OF THE FOLATE CYCLE GENES

¹Grodno State Medical University (Grodno). ²Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk).

Summary: The article presents the distribution of folate cycle genes in children with autism spectrum disorders depending on the degree of impairment of their intellectual development. The violations of different degrees of severity of intellectual development in children with autism spectrum disorders are established. The results of the molecular genetic study showed that children with ASD in 98% (100 cases) are carriers of genotypes for the mutant allele and only in 2 cases (1.1%) homozygotes for the wild type were detected. When analysing the distribution of folate cycle gene polymorphisms depending on the severity of intellectual development disorders in children with RAS, statistically significant results were obtained for the distribution of heterozygous and homozygous genotypes for the mutant allele of the C677T polymorphism of the MTHFR gene.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, intellectual development disorders, folate cycle gene polymorphism.

И.А. Горьковая, С.В. Семенова

**КОМПЛЕКС «НЕПОЛНОЦЕННОСТИ» И РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье проведен теоретический обзор детерминант суицидального риска у подростков, отмечается противоречивость данных о самооценке подростков с девиантным поведением и крайне ограниченное количество исследований с изучением вклада самооценки в суицидальный риск. При обследовании 63 подростков 14-17 лет с девиантным поведением выявилось, что комплекс «неполноценности» встречается практически у половины подростков. Эмпирически доказано отсутствие статистически значимых взаимосвязей между различными аспектами самооценки и показателями суицидального риска у подростков с девиантным поведением вне зависимости от факта наличия/отсутствия комплекса «неполноценности».

Ключевые слова: комплекс «неполноценности», риск суицидального поведения, обобщенные самооценки, подростки, девиантное поведение.

Введение. Существует ряд исследований, в которых доказывается прямая взаимосвязь высокого суицидального риска и выраженность проявлений девиантного поведения у подростков [6] на фоне сниженного уровня психической адаптации с правосторонней латерализацией головного мозга [13], с проблемами самопринятия и эмоционального дискомфорта [12], с низкими показателями самоотношения [16]. Обычно к рискам суицидального поведения у подростков относят нарушения сферы общения, особенно с переносом коммуникаций из реальности в виртуальное пространство [17] во время выраженных эмоциональных переживаний вследствие неразделенной любви, комплекса внешности, отсутствия родительского внимания [15].

Достаточно много исследований посвящено психоэмоциональным состояниям;; в первую очередь рассматривается депрессия [7], которая у подростков по симптоматике может быть весьма разнообразной в зависимости от причин [3]. Акцентируется внимание на том факте, что у подростков «эмоция может уже не связываться с определенными событиями, а быть накопителем очередного негативного эмоционального новообразования, который запускает механизм деструктивного поведения» [1, с. 127]. Так, при анализе 126 научных публикаций [11], также описывается накопительный эффект сильного стресса из-за комплекса проблем в сфере общения со взрослыми и сверстниками, с родителями, в школе, с правоохранительной системой и т. д., что может привести к интенсивному негативному аффекту и, как следствие, к повышению суицидального риска.

Другие авторы [8] наибольшее значение придают суверенности психологического пространства в виде сохранения своей целостности вне зависимости от влияния позитивных/негативных внешних воздействий, нарушение границ ко-

того повышают риск суицидального поведения у подростков. Основную роль в нарушении суверенности психологического пространства отводят нарушенным детско-родительским отношениям, частые и несправедливые наказания и т. д. [5], деструктивным типам родительской практики с последующими суицидальными попытками как патохарактерологической протестной реакции у каждого четвертого подростка с асоциальным поведением [2], стилям неправильного воспитания в неполных семьях, неродными родителями и вне семьи [18].

Еще одно направление поиска детерминант риска суицидального поведения базируется на исследовании личностных и характерологических особенностей подростков [23] и их личностных ресурсов [4]. Выявляется взаимосвязь между акцентуациями характера с демонстративным, аффективным типами суицидального риска и такими причинами, как несостоятельность и нарушение временной перспективы [14].

Изучению самооценки как детерминанты риска суицидального поведения посвящено крайне мало научных публикаций. Основной акцент авторами делается на самооценке у подростков с девиантным поведением, причем приводятся противоречивые данные. В одних исследованиях не выявлено разницы по частоте встречаемости заниженной и повышенной самооценки у подростков вне зависимости от направленности поведения [10], утверждается, что у трети подростков с девиантным и нормативным поведением наблюдается низкая самооценка и у каждого пятого – высокая. В других исследованиях речь идет о неадекватной повышенной или пониженной самооценке у подростков с девиантным поведением [6] и адекватной самооценке в группе сравнения [9], при этом отмечается, что сниженная самооценка взаимосвязана с высоким риском суицидального поведения [19].

Итак, в результате теоретического анализа детерминант риска суицидального поведения у подростков выявлено, что исследований, посвященных изучению взаимосвязи самооценки и суицидальных рисков у подростков крайне мало, тогда как самооценка у подростков с девиантным поведением изучалась, но результаты носят противоречивый характер.

Цель эмпирического исследования заключалась в изучении взаимосвязи обобщенных самооценок и показателей риска суицидального поведения у подростков с девиантным поведением при наличии/отсутствии комплекса «неполноценности».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 63 подростка в возрасте 14-17 лет, имеющие опыт употребления психоактивных веществ, мелких краж, актов вандализма, прогулов занятий в школе и т. д. Исследование проводилось с использованием опросника суицидального риска А.Г. Шмелева в адаптации Т.Н. Разуваевой [20]. Также применялась методика изучения самооценки и определения уровня притязаний Дж. Манастера и Р. Корсини (в адаптации Е.В. Сидоренко) [24] с констатацией общей, отраженной, максимальной, перспективной и идеальной сторон самооценки с диапазоном показателей от 0 до 100. При помощи данной методики можно выявить комплекс «неполноценности» при разности между показателями идеальной и общей самооценок от 20 и более баллов, на основании чего подростки были разделены на две группы: 30 (48%) подростков с комплексом «неполноценности» и 33 (52%) подростка без

комплекса «неполноценности». Для статистической обработки результатов исследования применялся программный пакет SPSS, с помощью которого рассчитывались описательные статистики ($M \pm S$), критерий U Манна-Уитни, а также осуществлялся корреляционный анализ (коэффициент Спирмена r).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования различных аспектов обобщенной самооценки у подростков с девиантным поведением с наличием/отсутствием комплекса «неполноценности» представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Описательные статистики обобщенной самооценки подростков с девиантным поведением с наличием/отсутствием комплекса «неполноценности»

Параметры	Подростки с комплексом «неполноценности» ($M \pm S$)	Подростки без комплекса «неполноценности» ($M \pm S$)	Критерий U Манна-Уитни
Актуальная самооценка	46,96 $\pm$ 22,55	87,66 $\pm$ 16,01	0,000***
Отраженная самооценка	58,86 $\pm$ 29,24	77,18 $\pm$ 21,84	0,012**
Максимальная самооценка	71,93 $\pm$ 26,47	90,45 $\pm$ 14,73	0,001**
Перспективная самооценка	71,20 $\pm$ 29,44	89,42 $\pm$ 14,24	0,005**
Идеальная самооценка	82,76 $\pm$ 23,80	85,36 $\pm$ 23,13	0,405

Примечание: ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Как видно из табл. 1, статистические значимые различия наблюдаются по актуальной, отраженной, максимальной, перспективной самооценке, показатели которых выше у подростков с девиантным поведением без комплекса «неполноценности». При этом наибольшие различия выявлены по показателю актуальной самооценки у подростков с девиантным поведением, которая при наличии комплекса «неполноценности» почти в два раза ниже, чем у подростков без комплекса «неполноценности». На наш взгляд, полученные данные исследования разных аспектов самооценки позволяют объяснить противоречивые выводы других эмпирических исследований самооценки у подростков с девиантным поведением, что отмечается выше в теоретическом обзоре научных источников. Следует отметить более адекватные показатели актуальной, отраженной, максимальной, перспективной самооценки у подростков с девиантным поведением с комплексом «неполноценности» по сравнению с подростками с девиантным поведением без комплекса «неполноценности», тогда как у последних можно констатировать неадекватную завышенную самооценку. Обращают на себя внимание одинаково высокие показатели реальной, максимальной и идеальной самооценки у подростков с девиантным поведением без комплекса «неполноценности», что свидетельствует об отсутствии у них стремления к изменениям и априори обуславливает низкую эффективность психокоррекционных программ. У подростков с девиантным поведением с комплексом «неполноценности» показатели актуальной, максимальной и идеальной самооценки последовательно повышаются, что свиде-

тельствует о мотивации к изменениям, направленность которых будет определяться степенью их включенности в психолого-педагогические мероприятия.

Таблица 2.

Описательные статистики суицидального риска у подростков с девиантным поведением с наличием/отсутствием комплекса «неполноценности»

Параметры	Подростки с комплексом «неполноценности» (M±S)	Подростки без комплекса «неполноценности» (M±S)	Критерий U Манна-Уитни
Демонстративность	2,28±1,27	2,21±1,37	0,903
Аффективность	3,30±1,93	3,20±1,63	0,856
Уникальность	1,96±1,42	1,63±1,58	0,307
Несостоятельность	3,55±1,90	2,63±2,02	0,081
Социальный пессимизм	3,36±1,32	2,48±1,34	0,011**
Слом культурных барьеров	2,22±1,65	2,36±1,57	0,793
Максимализм	1,92±2,15	1,84±1,96	0,963
Временная перспектива	2,56±1,53	1,63±1,48	0,013**
Антисуицидальный фактор	4,05±2,51	4,36±2,37	0,953

Примечание: ** – $p < 0,01$.

Как видно из табл. 2, статистически значимые различия, более высокие у подростков с девиантным поведением с комплексом «неполноценности», наблюдаются по таким показателям суицидального риска, как «Социальный пессимизм» и «Временная перспектива», что отражается в негативном восприятии окружающего мира, своих возможностях, ожидании неудач на фоне резкого снижения возможности самостоятельного планирования своих действий в ближайшей и дальнейшей перспективе, фиксированности на текущей неприятной, травмирующей ситуации у подростков с комплексом «неполноценности».

При применении непараметрического критерия Спирмена получен неожиданный результат: ни положительных, ни отрицательных связей между показателями самооценки и показателями суицидального риска у подростков с девиантным поведением не выявлено вне зависимости от наличия или отсутствия комплекса «неполноценности».

Все показатели самооценки связаны между собой ($p < 0,01$) в обеих группах обследованных подростков, что вполне ожидаемо. При анализе связи между показателями суицидального риска обнаружено, что показатели «демонстративность», «аффективность», «уникальность», «несостоятельность», «временная перспектива» связаны между собой на статистически значимом уровне ($p < 0,05$; $p < 0,01$) у всех обследованных подростков с девиантным поведением вне зависимости от на-

личия или отсутствия комплекса «неполноценности». Также у всех обследованных подростков с девиантным поведением практически нет связи показателя «Анти-суицидального фактора» с другими показателями, кроме одной связи у подростков с комплексом «неполноценности»: «Максимализм»–«Антисуицидальный фактор» ($r=0,391$, $p<0,05$). Указанный факт свидетельствует о достаточно высоком суицидальном риске у всех обследованных подростков с девиантным поведением, так как нивелирована одна из основных сдерживающих причин в виде ответственности перед близкими, их чувствами, гражданского долга перед родителями. Обращает на себя внимание, что показатель «Слом культурных барьеров» связан с показателем «Максимализм» ($r=0,419$, $p<0,05$) и показателем «Временной перспективы» ($r=0,390$, $p<0,05$) у подростков с девиантным поведением без комплекса «неполноценности», тогда как тот же показатель «Слом культурных барьеров» у подростков с девиантным поведением с комплексом «неполноценности» не имеет связей ни с одним другим показателем. Получается парадоксальная ситуация: у подростков с девиантным поведением без комплекса «неполноценности» с неадекватно завышенной самооценкой суицидальный риск выше, чем у подростков с девиантным поведением с комплексом «неполноценности» с более низкой самооценкой. Данный факт требует дополнительного изучения.

Выводы. В ходе исследования выявлено:

1. Встречаемость комплекса «неполноценности» у подростков с девиантным поведением распределилась практически равномерно – 48% подростков с комплексом «неполноценности» и 52% подростков без комплекса «неполноценности» за счет резкого снижения актуальной самооценки у подростков с комплексом «неполноценности» и практически с одинаковой степенью выраженности идеальной самооценки у всех обследованных подростков с девиантным поведением. При этом у подростков с девиантным поведением с комплексом «неполноценности» различные аспекты самооценки близки к адекватным, у подростков с девиантным поведением без комплекса «неполноценности» показатели самооценки неадекватно завышены.

2. Статистически значимых связей между показателями самооценки и показателями суицидального риска у подростков с девиантным поведением не выявлено вне зависимости от факта наличия или отсутствия комплекса «неполноценности».

3. Наибольшее количество значимых взаимосвязей наблюдается по таким показателям суицидального риска вне зависимости от наличия/отсутствия комплекса «неполноценности», как «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Временная перспектива». При этом у подростков с комплексом «неполноценности» показатели «Социальный пессимизм», «Слом» не коррелируют ни с одним из показателей суицидального риска, в отличие от подростков без комплекса «неполноценности», у которых нет связей с показателем «Антисуицид».

К перспективам можно отнести расширение методического аппарата, а именно поиска и апробации методик и программ превенции риска суицидального поведения у подростков. Данные попытки уже предпринимаются. В связи с

этим следует отметить сделанный на высоком уровне систематический обзор систематических обзоров методик [21], в результате которого появилась возможность ознакомиться с 18 методиками с анализом их прогностической валидности, а также сделан вывод о наибольшей прогностической валидности методик-самоотчетов по сравнению с компьютеризированными методиками. Также анализируются 15 программ превенции самоубийств [21] с описанием контингента, критериев и показателей эффективности, адресности этих программ, с использованием опыта которых можно разработать программу первичной и вторичной профилактики риска суицидального поведения у подростков с девиантным поведением с акцентом на преодоление комплекса недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсланов А.Н., Бурангулова Ю.Д. Эмоциональное состояние подростка как первопричина суицидального риска // Достижения науки и образования. 2022. № 6 (86). С. 126-128.
2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Идентификация суицидального риска у подростков с учетом типов семейных взаимоотношений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1. С. 59-64.
3. Болеев Т., Жаркинбаева Д., Бактыбаева К. Исследование депрессивного состояния как фактора суицидального поведения подростков // Актуальные научные исследования в современном мире. 2021. № 10-4 (78). С. 93-102.
4. Васягина Н.Н., Баринаева Е.С., Григорян Е.Н., Шемпелева Н.И. Связь риска суицидального поведения и личностных ресурсов обучающихся // Национальный психологический журнал. 2023. № 1 (49). С. 114-125.
5. Виноградова Е.А. Суицидальные риски у детей с девиантным поведением // Центральный научный вестник. 2017. Т. 2. № 22 (39). С. 9-10.
6. Вэтра А.В., Ганишина И.С., Марьин М.И. Психологические особенности самоотношения несовершеннолетних, подозреваемых, обвиняемых, осужденных за насильственные преступления [Электронный ресурс] // Психология и право. 2022. Т. 12. № 1. С. 91-102. DOI:10.17759/psylaw.2022120108.
7. Габдулина А.А. Особенности эмоциональной сферы и девиантное поведение подростков // Аллея науки. 2022. Т. 1. № 1 (64). С. 422-426.
8. Елкина О.А. Особенности суверенности психологического пространства у подростков с разным уровнем суицидального риска // Вестник Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского. 2020. № 3. С. 55-62.
9. Иванова Е.А. Характеристика самооценки у подростков с девиантным поведением // Психологические и биологические особенности нарушенного поведения. Мат-лы всероссийского научно-практ. круглого стола с международным участием / Под ред. Т.А. Шиловой. М., 2021. С. 75-80.
10. Кажарская О.Н., Суховерхова К.С. Особенности самооценки у старших подростков с девиантным поведением // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2021. № 3. С. 148-154. DOI: 10.47581/2021/FA-09/IE/53/03/025
11. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Сычуглов Е.М. Взаимосвязь суицидального и агрессивного поведения у подростков и молодежи (по данным

зарубежной литературы) // Суицидология. 2023. Т. 14. № 1 (50). С. 65-83.

12. Кацero А.А. Суицидальное поведение подростков: выявление факторов риска // Современные проблемы науки и образования. 2022. № 6-1. С. 23.

13. Конончук В.В., Давыдов А.Т., Тюканов А.И. К вопросу о корреляции показателей суицидального риска и уровней психической адаптации у подростков // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11. № 5-1. С. 222-231.

14. Косцова Д.С., Косцова М.В., Сухорукова Е.В., Гришина А.В. Поиск коррелятов между акцентуаций характера и суицидальным риском в подростковом возрасте // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. 2023. № 52. С. 219-231.

15. Ледовская М.А. Социальные сети как предиктор суицидального риска несовершеннолетних подростков // Проблемы современного педагогического образования. 2019. № 64-4. С. 112-115.

16. Локайчук К.Р. Взаимосвязь самоотношения и суицидального риска подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // FORCIPE. 2020. Т. 3. № S1. С. 384.

17. Лучинкина А.И., Руденко Е.С. Особенности коммуникативного поведения личности подростков с разными уровнями суицидальных рисков при смене реальности // Российский психологический журнал. 2022. Т. 19. № 2. С. 118-128. DOI: 10.21702/rpj.2022.2.9

18. Мухторов Б.О., Бабабахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование несуйцидального самоповреждающего поведения у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 1. С. 80-85.

19. Пилипенко А.В. Взаимосвязь суицидального риска и уровня самооценки у подростков // Психологическая студия. Сб. науч. статей студентов, магистрантов, аспирантов кафедры психологии ВГУ им. П.М. Машерова. Витебск. 2021. Выпуск 14. С. 122-124.

20. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть. 1993. 26 с.

21. Разваляева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 2. С. 33-67. DOI: <https://doi.org/10.17759/gpp.2023310202>

22. Розанов В.А., Семенова Н.В., Самерханова К.М., Вукс Д.О. Программы превенции самоубийств (систематический обзор русскоязычных источников) // Суицидология. 2023. Т. 14. № 1 (50). С. 38-64. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-38-64

23. Руденко Е.С. Формы и факторы суицидального поведения подростков // Научный результат. Педагогика и психология образования. 2022. Т. 8. № 2. С. 148-161.

24. Сидоренко Е.В. Экспериментальная групповая психология. Комплекс «неполноценности» и анализ ранних воспоминаний в концепции Альфреда Адлера. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1993. 152 с.

REFERENCES

1. Arslanov A.N., Burangulova Yu.D. E`mocziional`noe sostoyanie podroстка

kak pervoprichina suiczidal'nogo riska // Dostizheniya nauki i obrazovaniya. 2022. # 6 (86). S. 126-128.

2. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K. Identifikatsiya suiczidal'nogo riska u podrostkov s uchetom tipov semejnykh vzaimootnoshenij // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 1. S. 59-64.

3. Boleev T., Zharkinbaeva D., Baktybaeva K. Issledovanie depressivnogo sostoyaniya kak faktora suiczidal'nogo povedeniya podrostkov // Aktual'ny'e nauchny'e issledovaniya v sovremennom mire. 2021. # 10-4 (78). S. 93-102.

4. Vasyagina N.N., Barinova E.S., Grigoryan E.N., Shempeleva N.I. Svyaz riska suiczidal'nogo povedeniya i lichnostnykh resursov obuchayushhikhsya // Natsional'nyj psikhologicheskij zhurnal. 2023. # 1 (49). S. 114-125.

5. Vinogradova E.A. Suiczidal'ny'e riski u detej s deviantny'm povedeniem // Czentral'nyj nauchnyj vestnik. 2017. T. 2. # 22 (39). S. 9-10.

6. Ve'tra A.V., Ganishina I.S., Mar'in M.I. Psikhologicheskie osobennosti samootnosheniya nesovershennoletnikh, podozrevaemykh, obvinyaemykh, osuzhdennykh za nasil'stvenny'e prestupleniya [E'lektronnyj resurs] // Psikhologiya i pravo. 2022. T. 12. # 1. S. 91-102. DOI:10.17759/psylaw.2022120108.

7. Gabdulina A.A. Osobennosti e'mocional'noj sfery i deviantnoe povedenie podrostkov // Alleya nauki. 2022. T. 1. # 1 (64). S. 422-426.

8. Elkina O.A. Osobennosti suverenosti psikhologicheskogo prostranstva u podrostkov s razny'm urovnem suiczidal'nogo riska // Vestnik Omskogo gosudarstvennogo universiteta im. F.M. Dostoevskogo. 2020. # 3. S. 55-62.

9. Ivanova E.A. Kharakteristika samoocenki u podrostkov s deviantny'm povedeniem // Psikhologicheskie i biologicheskie osobennosti narushennogo povedeniya. Mat-ly' vserossijskogo nauchno-prakt. kruglogo stola s mezhdunarodny'm uchastiem / Pod red. T.A. Shilovoj. M., 2021. S. 75-80.

10. Kazharskaya O.N., Sukhoverkhova K.S. Osobennosti samoocenki u starshikh podrostkov s deviantny'm povedeniem // Innovacionnaya e'konomika: perspektivy razvitiya i sovershenstvovaniya. 2021. # 3. S. 148-154. DOI: 10.47581/2021/FA-09/IE/53/03/025

11. Kasimova L.N., Svyatogor M.V., Sy'chugov E.M. Vzaimosvyaz suiczidal'nogo i agressivnogo povedeniya u podrostkov i molodezhi (po danny'm zarubezhnoj literatury) // Suiczidologiya. 2023. T. 14. # 1 (50). S. 65-83.

12. Kaczero A.A. Suiczidal'noe povedenie podrostkov: vy'yavlenie faktorov riska // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2022. # 6-1. S. 23.

13. Kononchuk V.V., Davy'dov A.T., Tyukanov A.I. K voprosu o korrelyaczii pokazatelej suiczidal'nogo riska i urovnej psikhicheskoy adaptaczii u podrostkov // Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennyye issledovaniya. 2022. T. 11. # 5-1. S. 222-231.

14. Kosczova D.S., Kosczova M.V., Sukhorukova E.V., Grishina A.V. Poisk korrelyatov mezhdu akczentuaczij kharaktera i suiczidal'ny'm riskom v podrostkovom vozraste // Psikhologiya i pedagogika v Kry'mu: puti razvitiya. 2023. # 52. S. 219-231.

15. Ledovskaya M.A. Soczial'ny'e seti kak prediktor suiczidal'nogo riska nesovershennoletnikh podrostkov // Problemy sovremennogo pedagogicheskogo

obrazovaniya. 2019. # 64-4. S. 112-115.

16. Lokajchuk K.R. Vzaimosvyaz` samootnosheniya i suicidal'nogo riska podrostkov, okazavshikhsya v trudnoj zhiznennoj situacii // FORCIPE. 2020. T. 3. # S1. S. 384.

17. Luchinkina A.I., Rudenko E.S. Osobennosti kommunikativnogo povedeniya lichnosti podrostkov s razny`mi urovnyami suicidal'ny`kh riskov pri smene real'nosti // Rossijskij psikhologicheskij zhurnal. 2022. T. 19. # 2. S. 118-128. DOI: 10.21702/rpj.2022.2.9

18. Mukhtorov B.O., Bababakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sulejmanov Sh.R., Sharipova F.K. Vliyanie stilej roditel'skogo vospitaniya na formirovanie nesuicidal'nogo samopovrezhdayushhego povedeniya u podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 1. S. 80-85.

19. Pilipenko A.V. Vzaimosvyaz` suicidal'nogo riska i urovnya samoocenki u podrostkov // Psikhologicheskaya studiya. Sb. nauch. statej studentov, magistrantov, aspirantov kafedry` psikhologii VGU im. P.M. Masherova. Vitebsk. 2021. Vy`pusk 14. S. 122-124.

20. Razuvaeva T.N. Diagnostika lichnosti. Shadrinsk: Iset`. 1993. 26 s.

21. Razvalyaeva A.Yu., Pol'skaya N.A., Basova A.Ya. Metodiki ocenki riska suicidal'nogo povedeniya v podrostkovom vozraste: sistematičeskij obzor sistematičeskikh obzorov // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 2. S. 33-67. DOI: <https://doi.org/10.17759/gpp.2023310202>

22. Rozanov V.A., Semenova N.V., Samerkhanova K.M., Vuks D.O. Programmy` prevenczii samoubijstv (sistematičeskij obzor russkoyazy`chny`kh istočnikov) // Suicidologiya. 2023. T. 14. # 1 (50). S. 38-64. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-38-64

23. Rudenko E.S. Formy` i faktory` suicidal'nogo povedeniya podrostkov // Nauchny`j rezul'tat. Pedagogika i psikhologiya obrazovaniya. 2022. T. 8. # 2. S. 148-161.

24. Sidorenko E.V. E`ksperimental'naya gruppovaya psikhologiya. Kompleks «nepolnocennosti» i analiz rannikh vospominanij v koncepczii Al'freda Adlera. SPb.: Izd-vo SPbGU, 1993. 152 s.

I.A. Gorkovaya, S.V. Semenova

«INFERIORITY» COMPLEX AND SUICIDE RISK IN ADOLESCENTS WITH DEVIANT BEHAVIOR

St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg).

Summary. The theoretical analysis of determinants of adolescent suicide risk showed the inconsistency of the obtained data on self-esteem of adolescents with deviant behavior and limited research examining the contribution of self-esteem to suicide risk. Among 63 adolescents with deviant behavior aged 14-17 almost half had an «inferiority» complex. The results showed no statistically significant relationships between aspects of self-esteem and indicators of suicide risk in adolescents with deviant behavior regardless of the «inferiority» complex presence.

Keywords: «inferiority» complex, suicide risk, general self-evaluations, adolescents, deviant behavior.

И.Н. Власенкова, Е.М. Маслова

**ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА
У ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ****ФГБОУ ВПО МГППУ «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).**

Резюме. В статье представлено исследование особенностей образа тела у подростков с риском развития расстройств пищевого поведения. В исследовании использовался метод опроса, всего 6 методик: Eating Attitudes Test (EAT-26), Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи (ООСТ); Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) О.А. Скугаревского, Шкала Штункарда, Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. В ходе исследования выявлено, что подростки с риском развития расстройств пищевого поведения по сравнению с контрольной группой имеют выраженное нарушение образа тела, выраженный уровень перфекционизма и алекситимии.

Ключевые слова: подростки, образ тела, нарушение пищевого поведения, перфекционизм, алекситимия.

Введение. Исследование факторов, влияющих на развитие расстройств пищевого поведения (РПП), представляется важным в связи с ростом заболеваемости данными расстройствами, несущими не только негативные последствия для физического здоровья, но и имеющими высокие суицидальные риски. РПП, как правило, дебютируют в подростковом и юношеском возрасте и значительно влияют на качество жизни, поэтому крайне важно проводить профилактику их развития среди данной возрастной группы [5].

Среди факторов отдельно выделяют нарушение образа тела, состоящее из трех компонентов: искаженного представления о своем теле, неудовлетворенности им, а также избегающего поведения [8]. Многие исследователи отмечают социокультурное влияние на образ тела [2, 3].

Среди психологических факторов также выделяют личностные особенности людей, склонных к развитию данного расстройства, а именно невротический перфекционизм, заниженную самооценку, повышенную тревожность, также нередко наблюдается алекситимия [1, 6, 8]. Отмечается, что данные личностные особенности взаимосвязаны с нарушением образа тела. Например, перфекционизм, присутствующий у девушек с нервной анорексией, проявляется в желании быть идеальной во всем: либо я безусловно красива, либо совершенно безобразна, среднего не дано [8].

Несмотря на то что тема РПП на данный момент находится в центре внимания специалистов различных отраслей, достаточно малое количество работ посвящено непосредственно исследованиям образа собственного тела у подростков с риском возникновения РПП; существующие же исследования этой про-

блемы датируются преимущественно первым десятилетием 21 века. Мы попытались глубже изучить особенности образа тела и возможные взаимосвязи между ними и личностными особенностями у подростков с риском развития РПП. Полученные данные могут помочь в проведении профилактических мер в целях снижения рисков развития данного расстройства.

Цель исследования: изучить особенности образа тела у подростков с риском развития РПП.

Нами было выдвинуто следующее **предположение**: неудовлетворенность образом собственного тела выше у подростков с риском развития РПП, чем у подростков без риска развития РПП.

Материал исследования. Исследование проводилось в общеобразовательных школах г. Москва. Для формирования исследуемой группы нами было обследовано 134 подростка, из них 93 девушки и 41 юноша в возрасте от 13 до 17 лет. Из данной когорты были выделены подростки с риском развития РПП (результат по опроснику Eating Attitudes Test выше 20 баллов) в количестве 28 человек, из них 27 девушек и 1 юноша, средний возраст 16 лет. Далее по критериям возраста и пола была отобрана из оставшихся подростков контрольная группа без риска развития РПП (результат по опроснику ЕАТ-26 ниже 20 баллов).

Методы. В нашем исследовании мы используем метод опроса, всего 6 опросников:

- Eating Attitudes Test (ЕАТ-26) [11];
- Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи (ООСТ) [9];
- Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом О.А. Скугаревского (ШУСТ) [7];
- Шкала Штункарда [4];
- Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) [10];
- Опросник перфекционизма Н.Г. Гараян и А.Б. Холмогоровой [1].

Для нахождения значимых различий между показателями исследуемой и контрольной групп использовался критерий Манна-Уитни. Для нахождения корреляций между показателями внутри групп использовался коэффициент корреляции Спирмена. Для статистической обработки данных использовались программы Microsoft Office Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 26.0.

Результаты. Проведя сравнение в двух группах подростков (исследуемая и контрольная группы), мы обнаружили значимые различия по нескольким показателям.

При изучении особенностей образа тела подростков двух групп было выявлено, что в группе риска развития РПП уровень неудовлетворенности образом тела выше по всем трем опросникам (ООСТ, ШУСТ и Шкала Штункарда), чем в контрольной группе (см. табл. 1). По Шкале Штункарда можно отметить, что подростки в исследуемой группе считают идеалом внешности более худощавые фигуры, а также видят себя более полными, чем подростки в контрольной группе.

Таблица 1.

Значимые различия между показателями образа тела исследуемой и контрольной групп

Группы	Исследуемая группа		Контрольная группа		Значимость различий U-критерия Манна-Уитни
Показатели образа тела	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	
ООСТ ¹	8,39	1,31	6,11	2,23	0,000*
общий балл ШУСТ ²	3,44	1,07	4,56	0,87	0,000*
«как я выгляжу» ³	4,71	1,41	3,93	1,21	0,031*
«идеал фигуры» ⁴	2,46	0,79	3,25	0,89	0,002*
BID ⁵	2,25	1,17	1,18	0,72	0,000*

Примечание. Под номером 1 представлен общий балл удовлетворенности образом тела по ООСТ О.А.Скугаревского и С. В. Сивухи. Под номером 2 представлен общий балл удовлетворенности собственным телом по ШУСТ О.А. Скугаревского. Под номером 3 представлен выбор номера фигуры, которая соответствует представлению испытуемых об их фигурах, по Шкале Штункарда. Под номером 4 представлен выбор номера фигуры, которую испытуемые считают своим идеалом внешности, по Шкале Штункарда. Под номером 5 представлен коэффициент BID (Body Image Dissatisfaction) по Шкале Штункарда, уровень удовлетворенности образом тела.

*Различия статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

В группе риска все подростки, кроме одной девушки, хотели бы выглядеть стройнее, чем они есть (рис.1). Интересно, что в контрольной группе присутствуют испытуемые, желающие выглядеть полнее, хотя девушки-подростки, как правило, стремятся быть более стройными, а не наоборот.

В исследуемой группе почти все подростки, кроме юноши и одной девушки, имеют эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты неудовлетворенности образом своего тела по ООСТ, которые могут выражаться в переживаниях из-за своей внешности, в негативных установках по поводу своего тела и в избегающем поведении, которое связано со страхом внимания и осуждения окружающих из-за их внешности (рис.2). При этом в контрольной группе количество подростков, удовлетворенных и неудовлетворенных образом собственного тела, разделилось пополам, что не является удивительным, так как девушки подросткового возраста часто не удовлетворены своим телом.

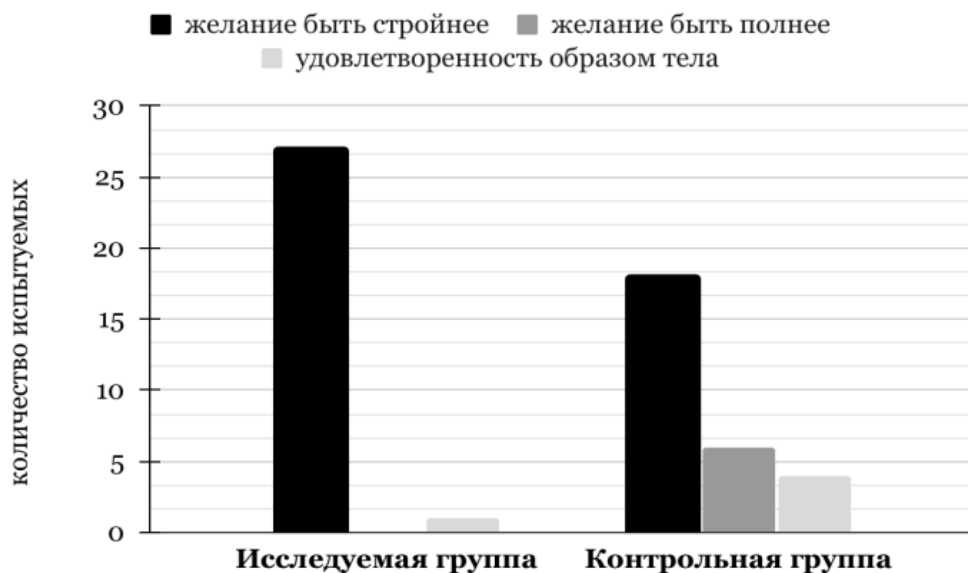


Рисунок 1. Сравнение количества испытуемых, желающих выглядеть стройнее, полнее и удовлетворенных образом собственного тела, в исследуемой и контрольной группах по Шкале Штункарда.

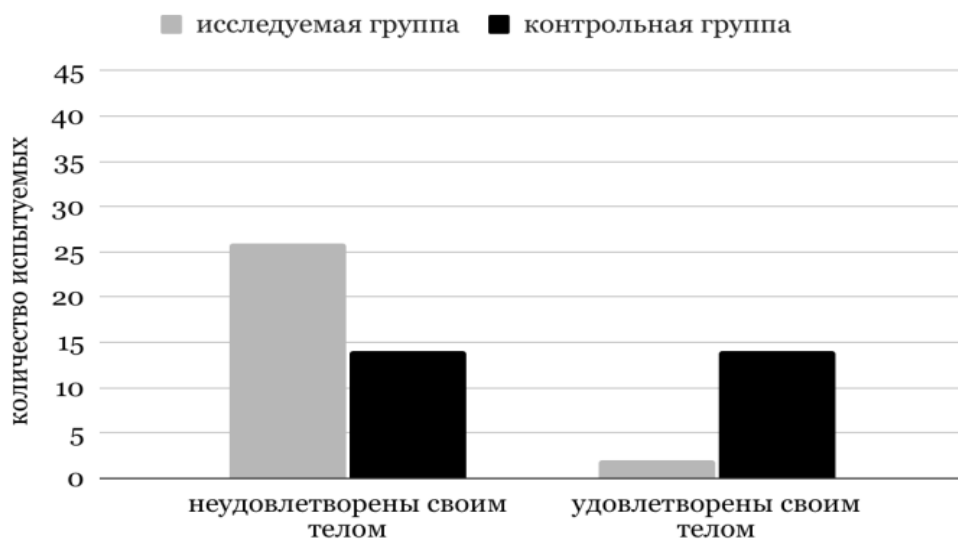


Рисунок 2. Сравнение количества испытуемых, неудовлетворенных и удовлетворенных собственным телом, в исследуемой и контрольной группах по ООСТ.

В исследуемой группе также ниже уровень удовлетворенности отдельными частями тела по ШУСТ (рис.3). Как можно увидеть, практически все части тела, которыми подростки в группе риска удовлетворены меньше, чем подростки в контрольной группе, имеют жировые отложения. Также меньше всего подростки в группе риска удовлетворены своим животом.

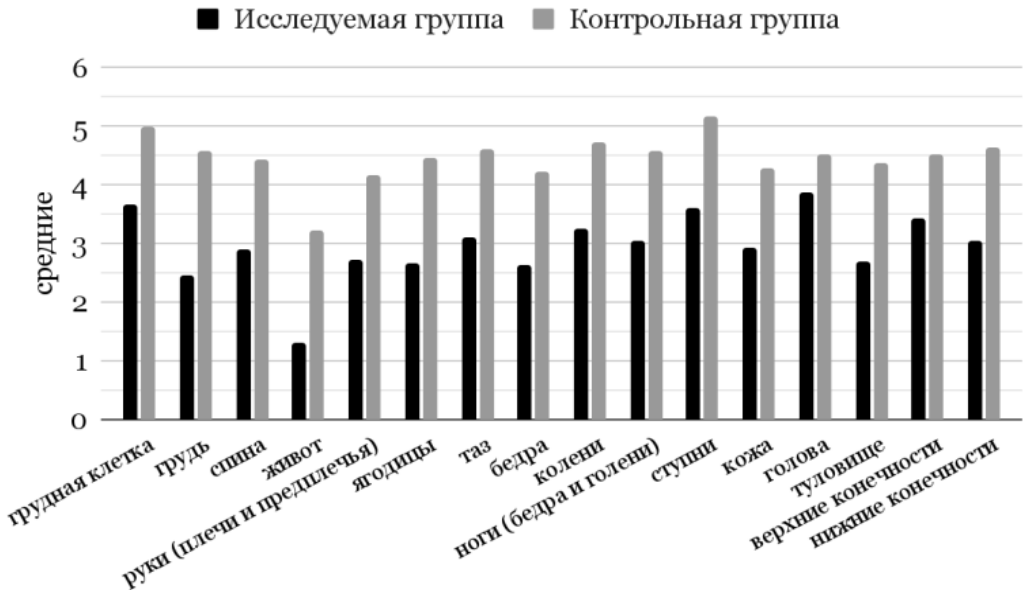


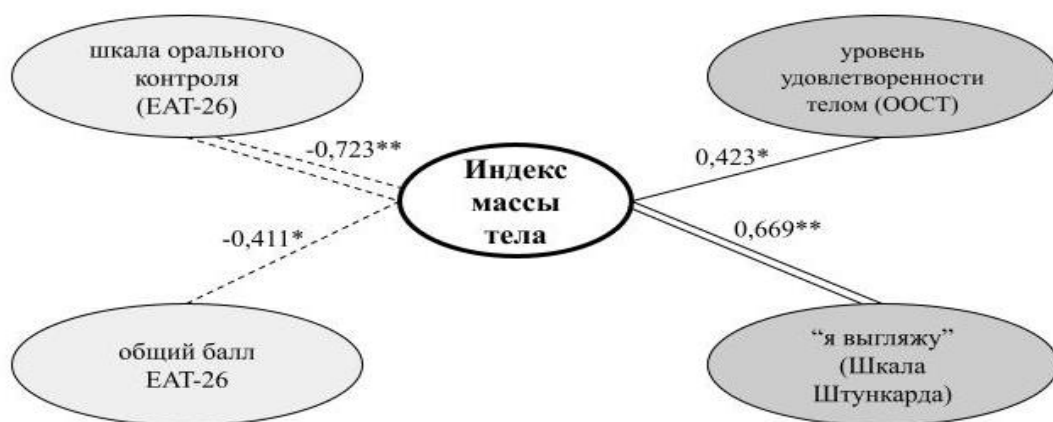
Рисунок 3. Значимые различия между показателями удовлетворенности отдельными сегментами тела исследуемой и контрольной групп по ШУСТ.

Примечание. *Различия статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Отрицательная взаимосвязь между степенью проявления нарушения пищевого поведения и индексом массы тела может говорить о влиянии данного типа нарушения пищевого поведения на снижение веса подростков с риском возникновения расстройств пищевого поведения (Рис.4).

Похожий вывод можно сделать про отрицательную взаимосвязь между оральным контролем и выбором фигуры, которая, по мнению испытуемого, отражает тип его фигуры: нарушение пищевого поведения оказывает влияние на снижение массы тела (рис. 5).

Отрицательная взаимосвязь между несколькими показателями пищевого поведения по опроснику EAT-26 (общий показатель, шкала диеты и шкала орального контроля) и выбором фигуры, которую испытуемый считает идеалом, как бы он хотел выглядеть, по Шкале Штункарда может свидетельствовать о влиянии завышенных и даже нездоровых стандартов красоты, основанных на худобе, на пищевое поведение (рис.5).



*Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

**Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Рисунок 4. Значимые взаимосвязи между индексом массы тела и показателями пищевого поведения и образа тела в исследуемой группе.

Между пищевым поведением и уровнем перфекционизма найдена положительная взаимосвязь, которая может отражать влияние уровня перфекционизма на степень проявления нарушенного пищевого поведения (рис.5). Стоит отметить, что положительная связь между пищевым поведением и первой шкалой опросника перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б Холмогоровой может отражать негативное влияние склонности сравнивать себя с другими и желания быть лучшим для окружения, чтобы не разочаровать его, на пищевое поведение.

Между шкалой булимии опросника EAT-26 и уровнем алекситимии по опроснику TAS-20 обнаружена положительная взаимосвязь, которая может отражать влияние трудностей с идентификацией и описанием своего эмоционального и физического состояния на развитие булимии (рис. 5).

Были также выявлены различия по показателям перфекционизма и алекситимии между группами. Уровень перфекционизма по опроснику Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой выше в группе риска, чем в контрольной группе, кроме того в группе риска найдена большая выраженность перфекционизма по всем шкалам, кроме четвертой (см. табл. 2). Интересно отметить влияние уровня перфекционизма на образ тела. Так, прямую взаимосвязь с уровнем неудовлетворенности телом имеют следующие показатели перфекционизма: «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерные ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)», «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных», «Селектирование информации о неудачах и ошибках» (рис. 6).

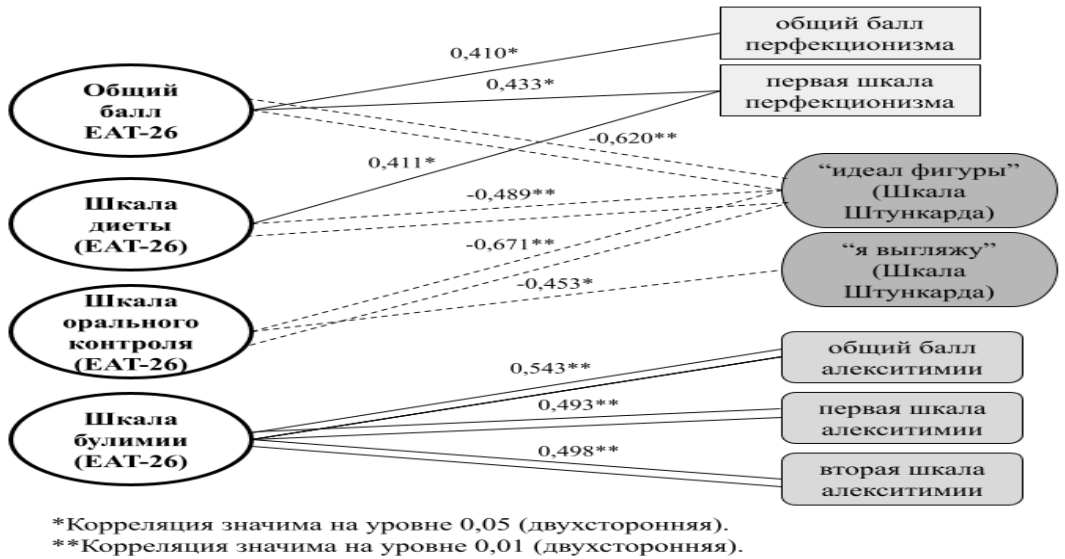


Рисунок 5. Значимые взаимосвязи между показателями пищевого поведения и показателями перфекционизма, образа тела и алекситимии в исследуемой группе

Таблица 2.

Значимые различия между показателями перфекционизма исследуемой и контрольной групп

Группы	Исследуемая группа		Контрольная группа		Значимость различий U-критерия Манна-Уитни
Показатели перфекционизма	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	
общий балл	72,89	19,41	52,86	13,34	0,000*
первая шкала	21,04	6,79	14,14	5,26	0,000*
вторая шкала	13,21	4,89	9	2,93	0,000*
третья шкала	12,57	3,89	9,79	3,19	0,005*
пятая шкала	8,36	3,38	5,71	3,34	0,003*

Примечания. Под номером 1 представлены показатели по опроснику на перфекционизм (Н.Г.Гаранян и А.Б. Холмогорова): общий балл перфекционизма, первая шкала «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерные ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)», вторая шкала «Завышенные притязания и требования к себе», третья шкала «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных», пятая шкала «Поляризованное мышление».

*Различия статистически достоверны ($p \leq 0,05$).



Рисунок 6. Значимые взаимосвязи между показателями образа тела и показателями перфекционизма и алекситимии в исследуемой группе

Опираясь на данные корреляции, можно отметить следующие закономерности: на неудовлетворенность образом тела подростков с риском развития РПП влияет их желание быть лучшими. Также присутствующая прямая взаимосвязь между первой шкалой перфекционизма «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерные ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)» и выбором фигуры, которая, по мнению испытуемого, отражает то, как он выглядит, по Шкале Штункарда, может отображать усиление чувства тревоги и ощущения давления со стороны окружения, а также желания сравнивать себя с ними при увеличении полноты фигуры.

Таблица 3.

Значимые различия между показателями алекситимии исследуемой и контрольной групп

Группы	Исследуемая группа		Контрольная группа		Значимость различий U-критерия Манна-Уитни
Показатели алекситимии	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	
трудности идентификации чувств ¹	25,71	6,13	21,36	6,33	0,024*

Примечание. Под номером 1 представлена шкала из опросника TAS-20, «Трудности идентификации чувств».

* Различия статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Выше и уровень алекситимии в исследуемой группе (см. табл. 3). По опроснику TAS-20 у группы риска наблюдаются более выраженные трудности с идентификацией своих чувств, чем в контрольной группе.

Обратная корреляция между уровнем удовлетворенности телом по ШУСТ) О.А. Скугаревского и уровнем алекситимии по TAS-20 в группе риска может свидетельствовать о влиянии уровня алекситимии на удовлетворенность отдельными частями тела у подростков с риском развития РПП (рис. 6).

Резюме. Проведенное исследование особенностей образа собственного тела у подростков с риском возникновения расстройств пищевого поведения позволяет сделать следующие выводы:

- Получены значимые различия между показателями образа тела в исследуемой и контрольной группах: у подростков с риском развития РПП неудовлетворенность образом собственного тела выше, чем у подростков без данного риска.

- Подростки с риском развития РПП характеризуются выраженной неудовлетворенностью отдельными частями тела, имеющими жировые отложения, а также кожей, ступнями, головой, грудной клеткой и тазом по сравнению с контрольной группой. У них отмечается выраженное желание быть стройнее, чем они есть, а идеалом внешности являются более худощавые типы фигур.

- У подростков с риском развития РПП выявлены высокий уровень перфекционизма, полярность мышления и выраженный уровень алекситимии.

- Выявлена положительная связь между высоким уровнем перфекционизма и выраженной неудовлетворенностью образом тела, которая может оказывать влияние на развитие нарушений пищевого поведения.

- Трудности идентификации своих чувств и своего физического состояния имеют положительную связь и могут оказывать влияние на развитие нервной булимии, а также на увеличение уровня неудовлетворенности образом тела у подростков с риском развития РПП.

- Чем сильнее проявляется нарушение пищевого поведения по типу «оральный контроль», тем ниже вес у подростков с риском развития РПП.

- Представления об идеале фигуры и степени ее полноты имеют отрицательную связь с риском развития РПП.

- Индекс массы тела имеет положительную связь с показателями образа тела и может оказывать влияние на неудовлетворенность образом тела у подростков с риском развития РПП.

Полученные результаты можно использовать в профилактической деятельности психолога при работе с подростками. Стоит отметить, что нами по большей мере были изучены особенности образа тела подростков женского пола, так как РПП больше распространены среди девушек, из-за чего в группу риска вошел всего один юноша. При дальнейшем исследовании стоит уделить внимание изучению особенностей образа тела мальчиков и их взаимосвязи с пищевым поведением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Т. 9. № 4. С. 18–48.

2. Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Генетические и эпигенетические аспекты нервной анорексии (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020 (20). № 4. С. 95–105.

3. Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. 2013. Т. 18. № 2. С. 25-34.

4. Задорожная Л.В., Ромашко К.С., Година Е.З. Гендерный, этнический и возрастной аспекты восприятия своего телосложения у детей школьного возраста // Вестник МГУ. Серия XXIII. Антропология. 2015. № 3. С. 47-58.

5. Особенности гендерной идентификации девушек подросткового возраста, страдающих нервной анорексией / В.В. Грачев, Ю.С. Шевченко, Т.А. Низова, Е.А. Гордеева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. (19). № 2. С. 14-23.

6. Попов Ю.В., Пичиков А.А., Скрипченко П.А. Роль перфекционизма в формировании особенностей восприятия временной перспективы и образа собственного тела у девушек с нервной анорексией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 73-79.

7. Скугаревский О.А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. 2005. 34 с.

8. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. М.: БГМУ, 2007. 340 с.

9. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал. 2006. Т. 10. № 2. С. 40-48.

10. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е.Г. Старостина, Г.Д. Тэйлор, Л.К. Квилти и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 4. С. 31-38.

REFERENCES

1. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfekczionizm, depressiya i trevoga // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2001. Т. 9. # 4. S. 18–48.

2. Grachev V.V., Shevchenko Yu.S. Geneticheskie i e`pigeneticheskie aspekty` nervnoj anoreksii (obzor literatury`) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. – 2020 (20). # 4. S. 95–105.

3. Durneva M.Yu., Meshkova T.A. Vliyanie socziokul`turny`kh standartov privlekatel`nosti na formirovanie otnosheniya k telu i pishhevogo povedeniya u devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2013. Т. 18. # 2. S. 25-34.

4. Zadorozhnaya L.V., Romashko K.S., Godina E.Z. Genderny`j, e`tnicheskij i vozrastnoj aspekty` vospriyatiya svoego teloslozheniya u detej shkol`nogo vozrasta // Vestnik MGU. Seriya XXIII. Antropologiya. 2015. # 3. S. 47-58.

5. Osobennosti gendernoj identifikaczii devushek podrostkovogo vozrasta, stradayushhikh nervnoj anoreksiej / V.V. Grachev, Yu.S. Shevchenko, T.A. Nizova, E.A. Gordeeva // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2019. (19). # 2. S. 14-23.
6. Popov Yu.V., Pichikov A.A., Skripchenko P.A. Rol` perfekczionizma v formirovanii osobennostej vospriyatiya vremennoj perspektivy` i obraza sobstvennogo tela u devushek s nervnoj anoreksiej // Obozrenie psikiatrii i mediczinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016. # 4. S. 73-79.
7. Skugarevskij O.A. Metody` diagnostiki narushenij pishhevogo povedeniya // Ministerstvo zdavookhraneniya Respubliki Belarus`. 2005. 34 s.
8. Skugarevskij O.A. Narusheniya pishhevogo povedeniya. M.: BGMU, 2007. 340 s.
9. Skugarevskij O.A., Sivukha S.V. Obraz sobstvennogo tela: razrabotka instrumenta dlya ocenki // Psikhologicheskij zhurnal. 2006. T. 10. # 2. S. 40-48.
10. Torontskaya shkala aleksitimii (20 punktov): validizaczija russkoyazy`chnoj versii na vy`borke terapevticheskikh bol`ny`kh / E.G. Starostina, G.D. Te`jlor, L.K. Kvilti i dr. // Soczial`naya i klinicheskaya psikiatriya. 2010. # 4. S. 31-38.
11. The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates / D.M. Garner, M.P. Olmsted, Y. Bohr, P.E. Garfinkel // Psychological Medicine. 1982. № 12.

I.N. Vlasenkova, E.M. Maslova

THE SPECIFICS OF BODY IMAGE OF THE ADOLESCENTS AT RISK OF DEVELOPING EATING DISORDERS

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The goal of this paper is to study the specifics of body image in teenagers at risk of developing eating disorders. The survey method was used in the research, a total of 6 methods: Eating Attitudes Test (EAT-26), the Questionnaire for the image of one's own body by O.A. Skugarevsky and S.V. Sivukhi; The scale of assessment of the level of satisfaction with One's Own Body by O.A. Skugarevsky, the Stunkard Scale, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Perfectionism Questionnaire by N.G. Garanyan and A.B. Kholmogorova. The research revealed that teenagers at risk of developing eating disorders have an expressed body image disturbance, a pronounced level of perfectionism and alexithymia compared to the control group. They have a stronger desire to be slimmer than they are, as well as their ideal appearance is leaner body types than in the control group.

Keywords: teenagers, body image, eating disorder, perfectionism, alexithymia.

**ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье обсуждается проблема стигматизации подростков с психическими расстройствами. Анализ данных 238 пациентов 15-17 лет с психической патологией различного генеза и выраженности показал, что у 51,7% подростков источником стигматизации являлись родители, треть родителей же отмечала негативное отношение к себе и больному. Для 55,4% подростков источником стигмы были сверстники. В 44,1% случаев стигматизирующим оказывалось взаимодействие с учителями. Сформулированы особенности стигмы у подростков с психическими расстройствами, направления и характер необходимых вмешательств.

Ключевые слова: стигматизация, подростки, психические расстройства

Стигматизация пациентов с психическими расстройствами – это, в соответствии с дефиницией, данной B.Link, J. Phelan в 2001 г. [6], сочетание «навешивания ярлыка, клиширования, отвержения, потери статуса и дискриминации». Данная проблема является актуальной в связи с распространенностью этого феномена и отсутствием единых методологических подходов к его исследованию, неоднозначностью и противоречивостью полученных в результате различных изысканий данных [14], в том числе, связанных с социоэкономическими и культуральными различиями стран, где проводились разработки. Стигматизация ассоциирована с тяжестью, длительностью и мультимодальностью вызываемых ею последствий. Она может привести к снижению качества жизни, профессиональному дрейфу, инвалидизации, а также сокращению срока жизни больных вследствие их отказа от обращения за медицинской помощью, т. к. этот негативизм нередко распространяется не только на психиатров, но и на врачей общей практики, хирургов и иных специалистов [3, 15]. Для лиц на этапе взросления наличие стигмы нередко влечет за собой снижение мотивации к получению образования, неоправданное лимитирование его уровня, преждевременный отказ от продолжения обучения, полноценной профессиональной реализации.

К сожалению, вмешательства, применяющиеся в настоящее время, оказываются недостаточно эффективными [12], а полученные результаты – краткосрочными [1]. Принято выделять стигматизацию *общественную* – «внешнюю» (макро- и микросоциальную – исходящую как от отдельных лиц, так и от различных социальных групп, структур, сообществ, включая тематические и профессиональные, всемирную сеть Интернет, социальные сети, СМИ, стереотипные образы в общественном сознании и произведениях искусства) и *личную* – «внутреннюю», Последняя подразделяется на *воспринимаемую* (убеждения/ожидания пациентов в плане отношения общества к ним и их болезни), *испытываемую* (реальные ограничения/дискриминация, претерпеваемые больными в повседневной жизни) и *самостигматизацию* (совокупность реакций личности на негативные стереотипы макро- и микросоциума, снижение самооценки и искажение позитивных представлений о себе). Эта проблема оказывается непростой для исследова-

телей, тем более что варианты внутренней стигмы часто трудноразделимы, в ряде случаев же границы между ними оказываются весьма условными. Тот факт, что предубеждения, касающиеся психических заболеваний, распространяются не только на пациентов и их родственников, но и на психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, работающих с больными, формирует вторичную стигматизацию, затрудняя оказание помощи. Кроме того, такие предрассудки часто существуют и в профессиональном медицинском сообществе, в том числе открыто вербализуются преподавателями на общемедицинских кафедрах еще в процессе обучения студентов-медиков, могут частично/подсознательно разделяться даже самими психиатрами [11]. Самостигматизация способна являться предиктором выраженности депрессии, определять выбор пациентом неадаптивных копинг-стратегий, создавать трудности формирования комплайенса, ослаблять приверженность терапии [4, 2]. Подростки с психической патологией, процесс взросления у которых еще не завершен, особенно чувствительны к мнению окружающих, склонны к формированию сниженной самооценки в связи с имеющимися в социальной среде сложившимися устойчивыми отрицательными представлениями в отношении подобных расстройств и особенно предрасположены к возникновению самостигматизации. Работы, посвященные проблеме стигматизации таких пациентов, опирающиеся на их собственные переживания и оценку ситуации, остаются немногочисленными [9, 13, 5].

Цель данной работы - исследование особенностей стигматизации у подростков с психическими расстройствами, обратившихся за помощью к психиатру в амбулаторное звено первичной психиатрической помощи.

Материал и методы исследования. Работа состояла из двух этапов. На предварительном этапе были осмотрены 395 пациентов (241 юноша и 156 девушек) 15-17 лет с психической патологией различного генеза и выраженности, наблюдавшиеся в подростковом кабинете одного из ПНД г. Москвы в 2018-2022 гг. *Критериями включения* были: возраст 15-17 лет, наличие психического расстройства по критериям МКБ-10, информированное согласие подростка и его законных представителей на участие в исследовании. *Критериями невключения* являлись: наличие острого психотического состояния на момент осмотра, грубого органического/шизофренического дефекта, умственной отсталости любой степени, тяжелые соматоневрологические заболевания в стадии декомпенсации, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами.

На основном этапе работы анализировались данные 238 пациентов (60,2% - 145 юношей и 93 девушки), отобранные из числа этих пациентов по критерию наличия у них активно высказанных или выявленных в ходе обследования жалоб на стигматизацию. Соотношение юноши:девушки составило 1,56:1.

В работе использовались клинико-психопатологический и математико-статистический методы.

Информация по поводу испытываемой подростками стигматизации и ее предполагаемых источников была получена в ходе неструктурированного клинического интервью пациентов и их родственников, а также из данных мед. документации. шкалированные методики при этом не использовались, т.к. имеющиеся опросники предназначены, в основном, для взрослых пациентов, существующие же детские/подростковые не являются общепризнанными и не адаптированы для использования отечественными исследователями, что делало допус-

тимым на данный момент для изучения поставленной проблемы на детско-подростковом контингенте использование неструктурированного интервью.

Результаты и их обсуждение. Данные о нозологическом распределении больных в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10 представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение обследованных подростков (n = 238) по диагностическим рубрикам МКБ – 10

Диагноз и шифр по МКБ – 10	Число больных		Пол	
	абс.	%	м	ж
Органическое непсихотическое расстройство F06	54	22,6	37	17
Невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства F4	49	20,6	28	21
Аффективные расстройства F3	41	17,2	27	14
Расстройства круга шизофрении F 20, F 21	39	16,4	26	13
Расстройства личности F6	32	13,4	19	13
Расстройства поведения и эмоций с началом в детском и подростковом возрасте F92.8	18	7,5	8	10
Расстройства пищевого поведения F5	5	2,1	-	5
Итого	238	100	145	93

Из данных, представленных в таблице, видно, что среди диагнозов преобладали органические непсихотические расстройства (22,6%), второе место принадлежало невротическим, связанным со стрессом соматоформным расстройствам (20,6%), третье – аффективным нарушениям (17,2%), незначительно отличалась от них представленность расстройств круга шизофрении (16,4%), расстройства пищевого поведения же оказались единичными¹.

В ходе работы выяснилось, что у 51,7% (123 подростка – 79 юношей, 44 девушки) пациентов² родители являлись источником прямой стигматизации. Учитывая, что подросткам с психическими расстройствами свойственны нарушения нормального процесса сепарации с обостренным стремлением к дистанцированию от семейного окружения, утрированно оппозиционным поведением в сочетании с выраженной зависимостью от близких, они проявляли особую чувствительность к атмосфере в семье. Родные обследованных регулярно предъявляли им различные необоснованные/преувеличенные претензии, полагая, что те «оправдывают» наличием психических расстройств собственные «лень и капризы», напоминали о материальных и энергетических затратах, которых от них потребовала болезнь ребенка. Родители проявляли излишнюю же-

¹Психопатологические особенности, обнаруживавшиеся у обследованных подростков, а также их взаимосвязь с объектом и выраженностью стигматизации заслуживают отдельного обсуждения, их описание и оценка не входили в задачи настоящего исследования.

²Суммарный процент стигматизации превышает 100%, т. к. у одного пациента могло быть несколько ее источников.

сткость, недоверие к жалобам и проблемам подростка, холодность, невнимание или, напротив, чрезмерную тревожность, аффектированную заботливость, мелочную опеку, излишний контроль, ограничивающие функционирование подростка. Чаще всего нетерпимость, нечуткость, категорическое отрицание болезни или, напротив, назойливое подчеркивание факта ее существования, унижительный тон в адрес подростка отличали отношение отцов.

Около трети родителей больных (70 пациентов, 42 юноши, 28 девушек – 29,4%) отмечали негативное отношение со стороны лиц «ближнего круга» (проживавших отдельно родственников, друзей, нередко – соседей), использование ими некорректных/уничижительных высказываний в отношении лиц с психической патологией, мест и методов их лечения, помогающих специалистов («психи», «психушка», «дурдом», «ненормальный», «сумасшедший», «психолухи»), предубежденность, страх или неприязнь к пациенту и его семье, настойчивое декларирование ненужности/вреда лечения и наблюдения психиатром/психотерапевтом, обесценивание имеющихся проблем.

Значительная часть обследованных (132 подростка – 85 юношей, 47 девушек, 55,4%) в ходе этой работы считали источником стигмы сверстников из референтной группы (друзей, чаще – одноклассников). Пациенты отмечали охлаждение/утрату ранее существовавших дружеских отношений, попытки увеличить социальную дистанцию в общении с ними, уменьшение совместно проводимого времени, игнорирование их при организации развлечений, насмешливые высказывания и намеки в свой адрес, бестактный интерес к деталям состояния, лечения, пребывания в стационаре, эпизоды буллинга, троллинга.

Для 105 больных (62 юноши, 43 девушки – 44,1%) стигматизирующим оказывалось взаимодействие с учителями. Обследованные жаловались на их недоброжелательность, предубежденность, неприязнь, неприемлемые формы коммуникации (повышенный голос, унижительные выражения, привлечение внимания класса к проявлениям имевшихся нарушений – запинкам в речи, тикам, кожным экскорациям), пренебрежение рекомендациями врачей. В период обучения в школе травматичными для подростков часто оказывались ощутимая несправедливость в оценке их знаний и способностей, придирчивость, проявляемая педагогами в отношении соблюдения формально-дисциплинарных нормативов (прическа, косметика, одежда и обувь при отсутствии обязательного ношения формы, участие во внешкольных мероприятиях, манера держаться). При этом в ходе продолжения учебы в колледжах/ВУЗах аналогичных проблем не возникало.

Сопоставление полученных данных с приведенными в работах таких исследователей, как Т. Moses [7], показало совпадение тенденций. В указанной работе члены семьи и ближайшие родственники обследованных, страдающих эмоциональными или поведенческими расстройствами, в 46% случаев оказались источником прямой стигматизации для психически больных подростков. Родители этих детей в 31% случаев на себе испытывали негативное отношение со стороны микросоциального окружения. 62% пациентов в ходе этой работы считали источником стигмы сверстников. В 35% случаев как стигматизирующее воспринималось взаимодействие с педагогами и школьными психологами.

Обращает на себя внимание, что сравнительно легкие по регистру психопатологические нарушения, обнаруживавшиеся у подростков, были ассоциированы с высокой частотой стигматизации, в т. ч. и у их родственников, что требует со-

поставления с больными, страдающими более тяжелыми расстройствами.

Настоящее исследование позволило сформулировать *особенности стигмы у подростков с психическими расстройствами*. Ими являются:

- 1) длительность и множественность дискриминации (как по возрасту, так и в связи с болезнью);
- 2) высокая значимость неблагоприятного воздействия семьи и референтной группы сверстников;
- 3) слабая сопротивляемость стигматизации и предрасположенность к вторичной стигматизации и самостигматизации;
- 4) наличие объективно существующего и субъективно ощущаемого нейркогнитивного дефицита с различными проявлениями и выраженностью;
- 5) предпочтение неконструктивных копинг-стратегий, в частности, социальной изоляции и инкапсулирования.

Подростков отличает несформированность доверия к авторитету взрослого, в частности – специалиста (психиатра), имеющего в глазах больного негативный имидж, в связи с чем нередко возникают предубеждения в отношении фармако- и психотерапии, отказ от лечения, страх длительного сопровождения. Подкрепленная предвзятостью близких, эта позиция приводит к избеганию обращения за помощью к профильным специалистам. Это определяет необходимость проведения психообразовательных мероприятий (показавших свою результативность и длительность достигнутого при их применении эффекта, что нашло отражение в ряде работ [8, 10]), ориентированных как на самих пациентов и членов их семей, так и на другие контингенты, участвующие в жизни подростков (врачей–интернистов, педагогов, неклинических психологов, социальных работников).

Исходя из этих фактов, были выделены *направления интегрированных многоуровневых вмешательств*, ориентированных на дестигматизацию пациентов подросткового возраста:

- 1) развенчание предубеждений относительно психической патологии, одновременно удаление флера «возвышенности», романтизма, избранности (работа как с «отрицательной», так и с «ложноположительной» стигматизацией);
- 2) противодействие существующей дискриминации пациентов и врачей-психиатров со стороны социума;
- 3) демифологизация представлений о психофармакотерапии и психотерапии;
- 4) ранняя диагностика психических расстройств с использованием мультиаксиального подхода и коррекция нейркогнитивного дефицита;
- 5) профилактические превентивные мероприятия на уровне популяции, включая скрининги для выявления групп и факторов риска психической патологии;
- 6) использование персонализированных методов курации психических расстройств, стратегий реабилитации несовершеннолетних пациентов;
- 7) превенция самомаркирования, отчуждения и социальной изоляции пациентов;
- 8) вовлечение семьи в терапевтическую интервенцию, совместное планирование терапии.

Психообразовательные занятия для всех контингентов должны включать освещение не только предрасполагающих к развитию психической патологии, но и протективных факторов, снижающих риск развития/обострения психиче-

ских расстройств. К их числу относятся отказ от приема ПАВ, алкоголя, наличие поддержки родных, максимально высокий и стабильный уровень социального функционирования, включая учебно-профессиональную адаптацию, отсутствие социальной изоляции, а также обсуждение конкретных мероприятий, направленных на их достижение.

Заключение. Проблема стигматизации подростков с психическими расстройствами является особенно значимой. Ее существование и выраженность определяются не только наличием и тяжестью психической патологии, но и характерологическими свойствами, полезависимостью психологически незрелой личности от мнения и влияния микро- и макросоциума. Несмотря на все предпринимаемые для дестигматизации лиц с психической патологией мероприятия, достигнутые результаты пока не слишком значительны. Необходимы разработка и последовательная реализация многоуровневых мультидисциплинарных мероприятий, включающих профилактические, охватывающие население в целом, а не только ряд его страт (детско-подростковые контингенты больных, их родители, педагоги, психологи, врачи разных специальностей). Пациенты с психическими расстройствами в период adolescence нуждаются в проведении специальных профилактических и коррекционных мероприятий с учетом нозологической и возрастной специфики нарушений при обязательном участии семьи. При этом наиболее результативным является комплексное использование дестигматизирующих стратегий (включая психообразовательные и семейные вмешательства), учитывающих преобладающий вариант стигматизации и социальный контекст.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Freġian A.M., Graf P., Kirchhoff S., Glinphratum G., Bollweg T.M. et al. The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis // Int J Public Health. 2021. № 15. P. 1604066-1604072. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>
2. Gerlinger G., Hauser M., De Hert M., Lacluyse K., Wampers M. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions // World Psychiatry. 2013. № 12 (2). P.155- 164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
3. Heflinger C.A., Hinshaw S.P. Stigma in child and adolescent mental health services research: understanding professional and institutional stigmatization of youth with mental health problems and their families // Adm Policy Ment Health. 2010. № 37 (1-2). P. 61-70. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0294-z>.
4. Kaushik A., Kostaki E., Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review // Psych Res. 2016. № 30. P. 469-494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
5. Kaushik A., Papachritou E., Telesia L., Dima D., Fewings S. et al. Experience of stigmatization in children receiving inpatient and outpatient mental health treatment: a longitudinal study // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023. № 32(4). P.675-683. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01904-5>
6. Link B., Phelan J. Conceptualizing Stigma // Annual Review of Sociology. 2001. № 27. P.363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
7. Moses T. Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders // Soc Sci Med.

2010. № 70 (7). P. 985-993. [https:// doi.org/ 10.1016/j.socscimed.2009.12.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.022)

8. Nobre J., Oliveira A.P., Monteiro F., Sequeira C., Ferré-Grau C. Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A Scoping Review // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. № 18 (18). P. 9500. [https:// doi.org/ 10.3390/ijerph18189500](https://doi.org/10.3390/ijerph18189500)

9. O'Driscoll C., Heary C., Hennessy E., McKeague L. Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence // *Child Psychol Psychiatry*. 2012. № 53 (10). P. 1054-1062.

[https:// doi.org/ 10.1111/j.1469-7610.2012.02580.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02580.x)

10. Rodat. S. Coping with stigma and destigmatizing intervention strategies: an analytical framework // *Postmodernism Problems*. 2020. № 10(3). P.313-329. <https://doi.org/10.46324/PMP2003313>

11. Shi X.L., Li L.Y., Fan Z.G. Shi X.L. Psychiatrists' occupational stigma conceptualization, measurement, and intervention: A literature review // *World Psych*. 2023. № 13 (6). P. 298-318. [https:// doi.org/ 10.5498/wjp.v13.i6.298](https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i6.298)

12. Song N., Hugh-Jones S., West R.M. et al. The effectiveness of anti-stigma interventions for reducing mental health stigma in young people: A systematic review and meta-analysis // *Glob Ment Health (Camb)*. 2023. – 10:e39. [https:// doi.org/ 10.1017/gmh.2023.34](https://doi.org/10.1017/gmh.2023.34)

13. Telesia L., Kaushik A., Kyriakopoulos M. The role of stigma in children and adolescents with mental health difficulties // *Curr Opin Psychiatry*. 2020. № 33 (6). P. 571-576. [https:// doi.org/ 10.1097/YCO.0000000000000644](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000644)

14. Thornicroft G., Bakolis I., Evans-Lacko S., Gronholm PC, Henderson C. et al. Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination // *World Psych*. 2019. № 18 (2). P. 229-230. [https:// doi.org/ 10.1002/wps.20628](https://doi.org/10.1002/wps.20628)

15. Velasco A.A., Santa Cruz I.S.S., Billings J., Jimenez M., Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviors for common mental health problems in adolescents? A systematic review // *BMC Psychiatry*. 2020. № 20 (1). P.293. [https:// doi.org/ 10.1186/s12888-020-02659-0](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0)

A.G. Golovina

THE PROBLEM OF STIGMATIZATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

The Mental Health Research Centre» (Moscow).

Summary. The article discusses the problem of stigmatization of adolescents with mental disorders. An analysis of the data of 238 patients aged 15-17 with mental pathology of various genesis and severity showed that parents were the source of stigmatization in 51.7% of adolescents, while a third of parents noted a negative attitude towards themselves and the patient. For 55.4% of adolescents, the source of stigma was peers. In 44.1% of cases, interaction with teachers was stigmatizing. The features of stigma in adolescents with mental disorders, directions and nature of necessary interventions are formulated.

Keywords: stigmatization, adolescents, mental disorders.

УДК 376

Л.А. Тишина, А.М. Данилова, Е.В. Подвальная
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИОННО-
РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ
ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).

Резюме. В статье рассмотрены вопросы использования песочной терапии специалистами службы психолого-педагогического сопровождения в системе работы с обучающимися с особыми образовательными потребностями и представлены результаты исследования в рамках анкетирования и наблюдения за работой специалистов, применяющих на занятиях коррекционной направленности элементы песочной терапии. В статье отмечен потенциал реализации междисциплинарного подхода к решению профессиональных задач коррекционной направленности, возможности широкого применения песочной терапии в работе с детьми, относящимися к разным нозологическим группам, специфика постановки и решения коррекционно-развивающих задач самими специалистами службы психолого-педагогического сопровождения.

Ключевые слова: особые образовательные потребности, песочная терапия, коррекционно-развивающая работа.

Использование игр с песком в работе с детьми было описано Маргарет Ловенфельд, английским педиатром, еще в 1929 г. Это направление работы с маленькими пациентами интересовало и Карла Юнга, именно его ученица, швейцарский психотерапевт Дора Калф, в середине прошлого века дополнила методику, предложенную Маргарет Ловенфельд, и назвала ее «Песочной терапией». В настоящее время игры с песком используются не только в работе с детьми разного возраста, но и в составе реабилитационных мероприятий со взрослыми.

Песочная терапия на сегодняшний день широко применяется в коррекционно-развивающей работе педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, работающих с детьми с особыми образовательными потребностями. Как показывают наблюдения последних лет, в инклюзивных и специальных (коррекционных) государственных и частных образовательных учреждениях кабинеты специалистов службы психолого-педагогического сопровождения зачастую уже оборудованы не просто ванночками (ящиками, подносами) для песка и воды, столами для рисования песком или детскими световыми планшетами, а современными интерактивными песочницами. Опросы родителей детей с особыми образовательными потребностями позволяют говорить о том, что во многих семьях есть домашние детские песочницы с кинетическим песком и коллекциями миниатюрных фигурок. Миниатюрные фигурки, используемые при работе с песочницей – это и здания, и транспорт, и растения, и жи-

вотные, и человечки, а также сказочные персонажи и др. Кроме того это могут быть пластиковые или деревянные геометрические фигуры, буквы, цифры.

По мнению Т.М. Грабенко [5], М. Зейц [9], Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой [11], Н.В. Кузуб [13], Л.А. Нисневич [11], Э.И. Осипчук [13], даже самые простые и незамысловатые игры с песком позитивно влияют на эмоциональное самочувствие детей, и это делает песок прекрасным средством для развития и саморазвития ребенка.

Авторы работ, посвященных песочной терапии, выделяют несколько видов игр с песком:

1) **обучающие игры** способствуют знакомству и усвоению детьми дошкольного или младшего школьного возраста букв, цифр, геометрических фигур, а в дальнейшем положительно влияют на процесс обучения ребенка счету, чтению, грамоте. В процессе обучающих игр с песком дети учатся правильному поведению в различных ситуациях, которые могут быть смоделированы с помощью игр-сказок, отрабатывают навыки общения в парной, групповой игре.

2) **познавательные игры** направлены на получение новых знаний об окружающем мире, его предметах, объектах, процессах, явлениях, их взаимосвязи в взаимозависимости. При проведении данных игр с песком широко используются деревянные, пластиковые фигурки, плоды и семена растений (желуди, каштаны, шишки, фасоль и др.). В процессе таких игр специалисты решают такие коррекционно-развивающие задачи, как развитие мышления (анализ, сравнение, установление причинно-следственных связей), внимания, памяти, речи и ее коммуникативной функции.

3) **проективные игры** - это игры, в процессе которых ребенок с помощью творчества (рисование на песке) и стилия взаимодействия о взрослым или детьми переносит «вовне переживания, желания, умения, возможности», т. е происходит «проекция внутреннего мира ребенка».

В коррекционной педагогике и психологии песочная терапия рассматривается как комплекс некоторых игровых приемов, предлагаемых специалистами службы психолого-педагогического сопровождения детям с особыми образовательными потребностями с учетом возрастных и индивидуальных особенностей развития. Следует отметить, что к элементам и/или отдельным арт-терапевтическим технологиям специалисты коррекционного профиля неоднократно обращались в своих исследованиях: в работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра (РАС) [1, 2, 5, 7, 8, 16]; умственную отсталость [3, 13]; задержку психического развития (ЗПР) [4]; детский церебральный паралич (ДЦП) [15]; нарушения слуха [17]. На современном этапе развития системы специального и инклюзивного образования специалисты коррекционно-развивающего профиля все чаще обращаются к исследованиям междисциплинарного характера, учитывая индивидуализацию и дифференциацию содержания обучения детей с особыми образовательными потребностями.

Для оценки реализации потенциала, который несет песочная терапия, нами был проведен опрос специалистов службы психолого-педагогического сопровождения (педагогов-психологов, учителей-дефектологов, учителей-

логопедов), работающих с детьми с особыми образовательными потребностями и использующих песочную терапию на своих занятиях. Нами были опрошены специалисты дошкольных и школьных образовательных организаций г. Москвы и Московской области. В анкетировании приняли участие 134 специалиста службы психолого-педагогического сопровождения, из них 27 педагогов-психологов, 38 учителей-логопедов и 69 учителей-дефектологов, работающих с детьми, имеющими интеллектуальные, сенсорные и двигательные нарушения развития. Среди специалистов, принимающих участие в исследовании, в условиях инклюзии работают 61,9%, в условиях специальных (коррекционных) школ – 38,1%.

47,4% учителей-логопедов, принявших участие в анкетировании, отметили, что используют элементы песочной терапии в работе по формированию звукопроизношения, 31,6% предлагают детям различные игры с песком при развитии фонематического слуха. Занимательные сюжеты игр, яркие интересные фигурки, манипуляции с ними и песком занимают ребенка, делают логопедическое занятие интересным, необычным для детей как дошкольного, так и младшего школьного возраста.

Специалисты, работающие в инклюзивных и специальных (коррекционных) школах, отмечали, что систематически используют песочную терапию для развития тактильно-кинестетической деятельности (71,6%), развития и коррекции мелкой моторики рук (100%). В процессе беседы с отдельными педагогами-психологами, учителями-дефектологами мы узнали, что многие из них проводят мастер-классы для родителей детей с особыми образовательными потребностями, на которых демонстрируют приемы работы, применяемые на коррекционно-развивающих занятиях. Специалисты обучают родителей простейшим техникам песочной терапии. Объясняют, что взаимодействие с песком обладает большим значением для развития психики их особого ребенка, стабилизирует его эмоциональное состояние, влияет на развитие тактильно-кинестетической чувствительности, мелкой моторики, речи, внимания, памяти. В процессе игр с песком ребенок учится понимать себя, окружающих его людей, таким образом закладывается база для формирования эффективной коммуникации.

В процессе наблюдений за деятельностью учителей-дефектологов, учителей-логопедов, педагогов-психологов, а также с помощью анкетирования данных специалистов мы отметили, что в основном на коррекционно-развивающих занятиях с детьми с особыми образовательными потребностями при работе с песочницей используется **прием обводки** (76,1%). С помощью трафаретов, валиков на песке остаются следы (отпечатки), которые старшие дошкольники с тяжелыми нарушениями речи, задержкой психического развития обводят пальцем. Специалисты отметили, что детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с расстройствами аутистического спектра, с умственной отсталостью на начальном этапе обычно требуется помощь педагога (85,1%).

Значительное число специалистов (46,3%) **лепит** с детьми из сырого песка геометрические фигуры, цифры, буквы. Лепка происходит как с помощью специальных формочек (в основном с детьми дошкольного возраста с РАС, с умственной отсталостью), так и без них. 58,2% педагогов используют с детьми

дошкольного возраста разные сита, воронки для **просеивания** песка, лопатки и грабельки для **раскопки** «спрятанных» предметов. Такая деятельность способствует формированию у детей с особыми образовательными потребностями первоначальных навыков экспериментирования и в тоже время оказывает успокаивающий эффект.

Все специалисты с целью развития графомоторных навыков на коррекционно-развивающих занятиях **рисуют** с детьми на песке (линии, спирали, символы, несложные орнаменты, лабиринты, растения, животных, человечков и др.). Четыре педагога–психолога (14,8%) в своей работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), задержкой психического развития используют рисование на песке мандалы (с помощью специального набора). Отдельные педагоги (28,4%) используют в процессе рисования специальный песочный карандаш, который входит в стандартное оборудование песочницы. Наполнение этого карандаша песком с помощью воронки и ложечки - это еще один способ развития моторной умелости и концентрации внимания ребенка с особыми образовательными потребностями. Формочки с мелкими отверстиями для создания орнаментов применяют в работе 40,3% педагогов, цветной песок используют в работе 42 специалиста (31,3%), из них 38,1% составляют педагоги-психологи (16 человек).

Кроме приема обводки, рисования и лепки учителя-логопеды и учителя-дефектологи широко используют **письмо** цифр, букв, слогов и коротких слов на песке (49,5%). Данные анкетирования учителей-логопедов и учителей-дефектологов показывают, что письмо на песке вызывает у детей бóльший интерес, чем на листе тетради или в прописи. Обучающиеся готовы посвятить этому гораздо больше времени, чем выполнению таких же упражнений в тетради или на индивидуальной карточке.

44,7% принявших участие в анкетировании учителей-логопедов отметили, что с обучающимися школьного возраста с ЗПР, ТНР на логопедических занятиях с помощью письма на песке отрабатывают правила правописания безударных гласных, непронизносимых согласных и др., используя при этом веселые стихи или сказочные истории.

Благодаря возможности создания песочной иллюстрации происходит знакомство детей дошкольного и школьного возрастов с особыми образовательными потребностями с произведениями художественной литературы (64,5% респондентов): потешками, сказками, стихотворениями, рассказами.

Данные наблюдений специалистов службы психолого-педагогического сопровождения позволяют говорить, что с помощью **моделирования** в интерактивной песочнице дети младшего школьного возраста с ТНР, ЗПР, РАС эффективнее запоминают терминологию уроков «Окружающий мир» (овраг, холм, равнина, долина и др.), которая отрабатывается с учителем-логопедом во второй половине дня на коррекционно-развивающих занятиях. Создавая разные виды ландшафта, проговаривая их названия, выделяя характерные особенности, у школьников с особыми образовательными потребностями более точно и прочно формируются представления об изучаемых природных объектах. При

моделировании поверхностей земли с помощью камушков и других природных материалов, элементов детских конструкторов, дидактического материала к играм М. Монтессори школьники могут построить мост через реку, соорудить на ней плотину, проложить в горной долине дорогу, построить город на равнине, посадить фруктовый сад, организовать заповедник и др. Дополнительные материалы (вата, шарики пенопласта) позволяют детям моделировать айсберги, ледники горных вершин, сугробы и др.

С детьми с ЗПР и умственной отсталостью в младшем школьном возрасте учителя-дефектологи на песке рисуют план школьного участка (46,4%), улицы на которой расположена школа (49,3%). Такая деятельность развивает пространственную ориентацию, позволяет запоминать школьникам расположение объектов, путь от одного объекта к другому.

Моделирование в интерактивной песочнице сопровождается объяснениями педагога, беседой со школьниками. Элементы песочной терапии чаще всего рассматриваются учителями-логопедами как способ и средство формирования коммуникативных навыков ребенка. В работе с детьми с особыми образовательными потребностями мы опираемся на индивидуальные особенности психофизического и психоэмоционального развития, поэтому специалисты отмечают широкие возможности работы с песочницей - от формирования коммуникативных моделей «ребенок-взрослый» и «ребенок-ребенок» до обучения самостоятельному творческому рассказыванию. Элементы песочной терапии позволяют обучающемуся с особыми образовательными потребностями наглядно увидеть смоделированную педагогом конкретную речевую ситуацию и «включиться» в поиск способов ее разрешения. Игры с песком способствуют активизации самостоятельной речевой деятельности у детей с умственной отсталостью, РАС, ЗПР, ТНР, нарушениями опорно-двигательного аппарата, нарушениями слуха, позволяют сохранить мотив и замысел игрового сюжета.

Учителя-логопеды, принявшие участие в опросе, отмечают, что работа с песочницей активно применяется для развития фразовой или связной речи (100% респондентов), развития интонационной выразительности (63,2%), формирования навыков ведения диалога (100%), развития лексико-грамматических средств языка (71,1%). Вместе с тем потенциал работы с песком не ограничивается только этими аспектами. Моделирование разнообразных ситуаций с песком применяется в работе по коррекции произносительной стороны речи (78,9%), формированию фонематических процессов (65,8%), оптико-пространственных представлений (92,1%), формированию элементарных навыков чтения и письма (76,3%).

Учителя-дефектологи, работающие с детьми с ЗПР и умственной отсталостью, активно используют игры с сухим и влажным песком для формирования представлений о цифрах (75,4%), геометрических фигурах (79,7%), арифметических действиях (62,3%)

К сожалению, только 17 специалистов и только педагогов-психологов (12,7% от общего числа опрошенных нами педагогов) используют в процессе

проведения коррекционно-развивающих занятий теплый и холодный песок в качестве сенсорного стимулятора. При этом они отмечают, что гиперактивные, раздражительные дети хорошо реагируют на холодный песок, он помогает им сконцентрировать внимание, а вот стеснительные и замкнутые обучающиеся становятся расслабленными, раскованными при работе с теплым песком. Все эти специалисты работают с детьми с РАС.

68,7% специалистов психолого-педагогического сопровождения отмечают, что целенаправленно используют моделирование в песочнице в диагностических целях нарушений речевого и психологического развития обучающихся с ОВЗ, особенно в случаях отсутствия или резкого ограничения вербальных средств общения. В этом случае они предлагают ребенку построить свой город на песке, с использованием игрушечных фигурок, и других подручных средств (кубиков, пуговиц, ракушек, элементов конструкторов и др.), а затем подробно рассказать о построенных объектах, о том, кто живет в этом городе, чем занимаются его жители, хотел бы сам ребенок жить в придуманном городе и др.

Особо хочется отметить, что 2 специалиста, что составляет 1,5% от участников анкетирования, во второй половине дня в формате внеурочной деятельности проводят занятия со школьниками с умственной отсталостью первого и второго года обучения: «Я учусь играть» (педагог-психолог) и «Волшебный песок» (учитель-дефектолог), на которых широко используют методы и приемы песочной терапии. У педагогов составлены программы внеурочных занятий, которые проводятся раз в неделю в течение учебного года.

Во время занятий с использованием игр с песком или элементов песочной терапии ребенок, проигрывая ту или иную ситуацию с помощью фигурок, рисуя на песке, в процессе лепки из мокрого песка и т. д. освобождается от внутреннего напряжения, проявляет любознательность - отмечают соответственно 66,7% и 74,1% педагогов-психологов.

При работе с песочницей в процессе проведения коррекционно-развивающих занятий специалисты службы психолого-педагогического сопровождения отмечали некоторые необходимые правила:

1. Песочница должна располагаться в учебном помещении так, чтобы к ней был удобный подход со всех сторон.

2. Во время проведения занятия на столе в отдельных ящичках, корзиночках, лоточках должны быть расположены только необходимые материалы, которые потребуются обучающимся для выполнения задания.

3. Учитывая индивидуальные особенности психофизического и психоэмоционального развития ребенка с особыми образовательными потребностями необходимо исключить из работы мелкие фигурки.

4. Не разрешать обучающимся бросаться песком друг в друга, высыпать песок на пол, играть с песком за пределами песочницы.

5. Соблюдать социально-гигиенические навыки при работе с песком: до и после занятий обучающиеся обязательно моют руки и вытирают их насухо.

6. После окончания занятий песочницу необходимо закрыть специальной крышкой, а все детали убирать в ящички для хранения.

7. Игры с песком и песочная терапия не проводятся с детьми, страдающими аллергией на пыль, астмой, имеющими кожные заболевания или порезы на руках.

В результате наблюдений за проведением коррекционно-развивающих занятий с использованием элементов песочной терапии, бесед со специалистами, данными анкет, можно сделать вывод о том, что использование песочной терапии в работе с детьми с особыми образовательными потребностями позволяет решать различные дидактические задачи. Наиболее частотные, выделенные специалистами, представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Блок дидактических задач, сочетаемых с песочной терапией

Образовательные	Воспитательные
-формирование и совершенствование навыков рисования, письма, -формирование навыков экспериментирования, - развитие игровой деятельности, -формирование представлений о предметах, объектах, явлениях окружающего мира, -развитие чувства симметрии, -развитие творческих способностей, -формирование операций моделирования и конструирования	-развитие самостоятельности, -формирование умения работать в паре, группе, -формирование операций самоконтроля и саморегуляции, -развитие коммуникативных навыков, -преодоление стрессовых состояний, -преодоление эмоционального и мышечного напряжения, -воспитание аккуратности.

Кроме образовательных и воспитательных задач педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом при использовании игр с песком и элементов песочной терапии решается большой ряд коррекционно-развивающих задач (табл. 2).

Проведенное исследование позволило доказать междисциплинарность, комплексность и системность рассматриваемой нами технологии и ее роль в системе коррекционно-развивающей работы. Учитывая высокий потенциал песочной терапии в системе коррекционно-развивающих занятий, можно с уверенностью говорить о том, что работа с песком может быть использована в работе с разными категориями детей, обучающимися разных возрастных групп для решения разнообразных коррекционно-развивающих задач.

Как показывают результаты исследования, элементы песочной терапии активно используются в работе с детьми, имеющими речевые и когнитивные расстройства. Чем сложнее структура дефекта, тем больше коррекционно-развивающих задач решается в песочной терапии. В связи с этим важно обсуждать вопросы не только содержательного характера в решении практико-ориентированного подхода, но и специфику проектирования и реализации программ комплексного развития обучающихся с особыми образовательными потребностями.

Таблица 2.

Блок коррекционно-развивающих задач, сочетаемых с песочной терапией

Коррекционно-развивающие задачи		
Учитель-логопед	Учитель-дефектолог	Педагог-психолог
Развитие активной звукоподражательной деятельности	Развитие представлений о своем теле	Развитие ориентации в пространстве
Развитие лексико-грамматических средств языка	Развитие воображения	Развитие концентрации внимания
Развитие фразовой и связной речи	Развитие творческого мышления	Формирование учебного поведения
Коррекция нарушений произносительной стороны речи	Развитие произвольного внимания	Развитие эмоционально-волевой сферы
Формирование фонематических процессов	Формирование коммуникативных навыков	Формирование коммуникативных навыков
Формирование буквенного гнозиса	Развитие навыков имитации	Развитие разных видов восприятия на основе ведущего сенсорного канала
Коррекция нарушений письменной речи	Развитие высших психических функций, которые являются базой речи (внимание, восприятие, память, мышление)	Нормализация психического состояния и социально-личностного развития
Развитие мелкой моторики и графомоторных навыков	Формирование оптико-пространственных представлений	Развитие более позитивной Я-концепции
Формирование диалогической и монологической речи	Формирование элементарных математических представлений	Развитие социальных навыков

ЛИТЕРАТУРА

1. Адильжанова М.А. Технология применения имитативных модулей у детей с аутизмом на логопедических занятиях // Европейский журнал социальных наук. 2014. № 11-1 (50). С. 252-257.

2. Артемова Е.Э., Белосветова Д.Е. Применение арт-терапевтических методов в работе по формированию коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17. № 4 (65). С. 35-42.

3. Баблумова М.Е. Коррекционно-педагогическая работа по формированию коммуникативных умений у дошкольников с умеренной умственной отсталостью: дисс. ... канд. пед. наук. М., 2014.

4. Борякова Н.Ю., Фридман З.З. Особенности наглядного мышления дошкольников с задержкой психического развития // Современная

дефектология: междисциплинарный подход к теоретическим и практическим проблемам нарушений развития у детей. Сб. мат-лов IV Международной науч. конф. / Под общей ред. Т.Г. Визель. М., 2022. С. 284-288.

5. Голобородько Н.А., Тишина Л.А. Предпосылки к развитию коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра // Логопедическая помощь в условиях специального и инклюзивного образования: традиции и инновации. Сб. науч. статей по мат-лам Международной научно-практ. конф. М., 2019. С. 83-87.

6. Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Чудеса на песке. Песочная игротерапия. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1998. 50 с.

7. Данилова А.М., Подвальная Е.В. Организационно-педагогические условия развития изобразительной деятельности школьников с расстройствами аутистического спектра в системе инклюзивного образования / Социально-педагогическая поддержка лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. Сб. статей по мат-лам VII Международной научно-практ. конф. // Под научной ред. Ю.В. Богинской. Симферополь, 2023. С. 112-115.

8. Данилова А.М., Подвальная Е.В., Цуканова А.С. Учет индивидуальных особенностей обучающихся с расстройствами аутистического спектра в процессе обучения рисованию // Современная дефектология: междисциплинарный подход к теоретическим и практическим проблемам нарушений развития у детей. Сб. мат-лов IV Международной научной конф. / Под общей ред. Т.Г. Визель. М., 2022. С. 414-419.

9. Занятия с детьми 3-7 лет по развитию эмоционально-коммуникативной и познавательной сфер средствами песочной терапии / авт.-сост. М.А. Федосеева. Волгоград: Учитель, 2015. 122 с.

10. Зейц М. Пишем и рисуем на песке. Настольная песочница: [адаптированный перевод с англ.] М.: ИНТ, 2010. 94 с.

11. Зеленцова-Пешкова Н.В. Элементы песочной терапии в развитии детей раннего возраста. СПб.: Детство-пресс, 2015. 96 с.

12. Зиневич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А. Как помочь «особому» ребенку: Книга для педагогов и родителей. СПб.: Детство-пресс, 2001. 125 с.

13. Киреева М.Е. Организация и содержание коррекционной работы по формированию коммуникативных умений у дошкольников с умеренной умственной отсталостью // Специальная педагогика и специальная психология. Сб. науч. статей V Международного теоретико-методологического семинара. М., 2013. С. 103-105.

14. Кузуб Н.В., Осипук Э.И. В гостях у Песочной Феи. Организация «педагогической песочницы» и игр с песком для детей дошкольного возраста // Вестник практической психологии образования. 2006. Т. 3. № 1. С. 66-74.

15. Сорокина В.Т.А., Федотовских Л.М. Взаимодействие психолога и логопеда в работе с детьми с церебральным параличом // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2005. № 2. С. 22.

16. Тишина Л.А., Адильжанова М.А. Вариативность нарушений в структурировании диалога у дошкольников с расстройствами аутистического

спектра // Центральные механизмы речи. Сб. мат-лов X Всероссийской (с международным участием) научно-практ. конф. им. проф. Н.Н. Трауготт / Под общей ред. Е.И. Гальпериной. СПб., 2022. С. 141.

17. Труханова Ю.А., Рудзик А.С. Социально-психологические игры в развитии речевой коммуникации у слабослышащих младших школьников // Общение в эпоху конвергенции технологий. М., 2022. С. 605-608.

REFERENCES

1. Adil`zhanova M.A. Tekhnologiya primeneniya imitativny`kh modulej u detej s autizmom na logopedicheskikh zanyatiyakh // Evropejskij zhurnal soczial`ny`kh nauk. 2014. # 11-1 (50). S. 252-257.

2. Artemova E.E., Belosvetova D.E. Primenenie art-terapevticheskikh metodov v rabote po formirovaniyu kommunikativny`kh navy`kov u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Autizm i narusheniya razvitiya. 2019. T. 17. # 4 (65). S. 35-42.

3. Bablumova M.E. Korrekcionno-pedagogicheskaya rabota po formirovaniyu kommunikativny`kh umenij u doshkol`nikov s umerennoj umstvennoj otstalost`yu: diss. ... kand. ped. nauk. M., 2014.

4. Boryakova N.Yu., Fridman Z.Z. Osobennosti naglyadnogo my`shleniya doshkol`nikov s zaderzhkoj psikhicheskogo razvitiya // Sovremennaya defektologiya: mezhdisciplinarnyj podkhod k teoreticheskim i prakticheskim problemam narushenij razvitiya u detej. Sb. mat-lov IV Mezhdunarodnoj nauch. konf.. / Pod obshhej red. T.G. Vizel`. M., 2022. S. 284-288.

5. Goloborod`ko N.A., Tishina L.A. Predposylki k razvitiyu kommunikativny`kh navy`kov u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Logopedicheskaya pomoshh` v usloviyakh speczial`nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya: tradicii i innovacii. Sb. nauch. statej po mat-lam Mezhdunarodnoj nauchno-prakt. konf. M., 2019. S. 83-87.

6. Grabenko T.M., Zinkevich-Evstigneeva T.D. Chudesna na peske. Pesochnaya igroterapiya. SPb.: Institut speczial`noj pedagogiki i psikhologii, 1998. 50 s.

7. Danilova A.M., Podval`naya E.V. Organizacionno-pedagogicheskie usloviya razvitiya izobrazitel`noj deyatel`nosti shkol`nikov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v sisteme inklyuzivnogo obrazovaniya / Soczial`no-pedagogicheskaya podderzhka licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya: teoriya i praktika. Sb. statej po mat-lam VII Mezhdunarodnoj nauchno-prakt. konf. // Pod nauchnoj red. Yu.V. Boginskoj. Simferopol`, 2023. S. 112-115.

8. Danilova A.M., Podval`naya E.V., Czukanova A.S. Uchet individual`ny`kh osobennostej obuchayushhikhsya s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v processe obucheniya risovaniyu // Sovremennaya defektologiya: mezhdisciplinarnyj podkhod k teoreticheskim i prakticheskim problemam narushenij razvitiya u detej. Sb. mat-lov IV Mezhdunarodnoj nauchnoj konf. / Pod obshhej red. T.G. Vizel`. M., 2022. S. 414-419.

9. Zanyatiya s det`mi 3-7 let po razvitiyu e`mocional`no-kommunikativnoj i poznavatel`noj sfer sredstvami pesochnoj terapii / avt.-sost. M.A. Fedoseeva. Volgograd: Uchitel`, 2015. 122 s.

10. Zejcz M. Pishem i risuem na peske. Nastol`naya pesochnicza:

[adaptirovannyj perevod s angl.] M.: INT, 2010. 94 s.

11. Zelenczova-Peshkova N.V. E`lementy` pesochnoj terapii v razvitii detej rannego vozrasta. SPb.: Detstvo-press, 2015. 96 s.

12. Zinevich-Evstigneeva T.D., Nisnevich L.A. Kak pomoch` «osobomu» rebenku: Kniga dlya pedagogov i roditel'ej. SPb.: Detstvo-press, 2001. 125 s.

13. Kireeva M.E. Organizacziya i sodержanie korrekcionnoj raboty` po formirovaniyu kommunikativny`kh umenij u doshkol`nikov s umerennoj umstvennoj otstalost`yu // Speczial`naya pedagogika i speczial`naya psikhologiya. Sb. nauch. statej V Mezhdunarodnogo teoretiko-metodologicheskogo seminar. M., 2013. S. 103-105.

14. Kuzub N.V., Osipuk E`.I. V gostyakh u Pesochnoj Fei. Organizacziya «pedagogicheskoy pesochniczy`» i igr s peskom dlya detej doshkol`nogo vozrasta // Vestnik prakticheskoy psikhologii obrazovaniya. 2006. T. 3. # 1. S. 66–74.

15. Sorokina V.T.A., Fedotovskikh L.M. Vzaimodejstvie psikhologa i logopeda v rabote s det`mi s czerebral`ny`m paralichom // Korrekcionnaya pedagogika: teoriya i praktika. 2005. # 2. S. 22.

16. Tishina L.A., Adil`zhanova M.A. Variativnost` narushenij v strukturirovanii dialoga u doshkol`nikov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Czentral`ny`e mekhanizmy` rechi. Sb. mat-lov X Vserossijskoj (s mezhdunarodny`m uchastiem) nauchno-prakt. konf. im. prof. N.N. Traugott / Pod obshhej red. E.I. Gal`perinoj. SPb., 2022. S. 141.

17. Trukhanova Yu.A., Rudzik A.S. Soczial`no-psikhologicheskie igry` v razvitii rechevoj kommunikaczii u slabosly`shashhikh mladshikh shkol`nikov // Obshhenie v e`pokhu konvergenczii tekhnologij. M., 2022. S. 605-608.

L.A. Tishina, A.M. Danilova, E.V. Podvalnaya
THE USE OF SAND THERAPY IN CORRECTIONAL
AND DEVELOPMENTAL WORK WITH CHILDREN
HAVING SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article discusses the issues of using sand therapy by specialists of the psychological and pedagogical support service in the system of working with students with special educational needs and presents the results of a study within the framework of a questionnaire of specialists using elements of sand therapy in correctional classes. The article highlights the potential of implementing an interdisciplinary approach to solving professional tasks of correctional orientation, the possibility of widespread use of sand therapy in working with children belonging to different nosological groups, the specifics of setting and solving correctional and developmental tasks by the specialists of the psychological and pedagogical support service themselves.

Keywords: special educational needs, sand therapy, correctional and developmental work.

А.М. Щербакова, Л.А. Истомина

**ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ВЫГОРАНИЯ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ
ИСПОЛНЕННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ****Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).**

Резюме. В статье приведены результаты эмпирического исследования, направленного на изучение связи экзистенциальных переживаний и уровня выгорания специалистов, работающих с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Всего в исследовании приняли участие 70 человек: 21 психиатр, 25 психологов и 24 педагога. Использована методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В.Бойко), опросник «Профессиональное выгорание» (ПВ) и «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглер. Отмечена специфика проявления выгорания и уровня экзистенции у различных групп специалистов комплексной помощи. Выявлены корреляционные связи между показателями экзистенциальной исполненности специалистов, работающих с детьми с ОВЗ, и симптомами выгорания.

Ключевые слова: экзистенциальная исполненность, дети с ограниченными возможностями здоровья, выгорание.

Введение. Психиатры, психологи и педагоги играют важную роль в восстановлении здоровья и благополучия детей, получающих помощь в рамках медицинских учреждений. Характер взаимодействия специалистов помощи детям с ОВЗ является составляющей среды — жизненного пространства детей с ОВЗ [9]. Специфика лечебно-коррекционной сферы предполагает большую эмоциональную нагрузку, высокие требования к работе, что может привести к перегрузке и выгоранию специалистов. Профессиональное выгорание у представителей медицинской и психолого-педагогической помощи — серьезная проблема, способная привести к негативным последствиям как для самого специалиста, так и для пациентов лечебных учреждений [1].

Понятие «эмоциональное выгорание» впервые было предложено Дж. Фрейденбергером. В его определении эмоциональное выгорание — это «переживание физического, эмоционального и умственного истощения, вызванное длительной вовлеченностью в эмоционально сложные ситуации» [14, с. 56]. К. Маслач с коллегами определили выгорание как синдром эмоционального истощения (усталость, соматические симптомы, снижение эмоциональных ресурсов, ощущение, что человеку нечего больше дать другим), деперсонализация (развитие негативного, циничного отношения и безличных чувств по отношению к своим клиентам, отношение к ним как к объектам) и редукция профессиональных достижений (чувство некомпетентности, неэффективности, невостребованности) [6]. Данное определение выгорания наиболее широко используется в литературе, при этом новейшие исследования все больше склоняются к пересмотру объяснительного конструкта, исходя из того, что модель К. Маслач имеет

недостаточно теоретического или эмпирического обоснования [12].

Проявления синдрома выгорания могут быть обнаружены у специалистов различных профессий, при этом ряд исследований подтверждает, что выгорание чаще встречается у представителей помогающих профессий [7]. Согласно исследованиям, у помогающих специалистов симптомы выгорания, такие как эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение личной эффективности, встречаются в 50% случаях [20]. Одно из последних исследований синдрома выгорания, проведенное в 2020 году, показало, что выгорание часто возникает у специалистов, которые непосредственно работают с людьми, страдающими от психических расстройств. Исследователи отметили, что высокий уровень эмпатии и необходимость работать с трудными клиентами может привести к эмоциональному истощению и выгоранию [18].

Далее мы рассмотрим, какие еще факторы влияют на повышенный уровень стресса у исследуемой группы.

Факторы риска профессионального выгорания у специалистов лечебно-коррекционной службы. К. Маслач разделила источники профессионального выгорания у специалистов медицинских служб на две группы: внешние и внутренние. Внешние опосредованы профессионально-организационными факторами. Среди них — высокие требования к работе, ответственность перед руководством, необходимость соответствовать ожиданиям пациентов и их семей, которые не всегда реалистичны. Еще один фактор риска развития синдрома выгорания данной группы — это высокая рабочая нагрузка и нехватка времени для отдыха. Психиатры, психологи и педагоги часто работают сверхурочно, берут работу на дом, остаются на связи с подопечными вне рабочего времени в попытках удовлетворить потребности пациентов. Большое количество рабочих часов, часто невысокая оплата труда и недостаток возможностей для профессионального и личностного роста также будут вносить свой вклад в развитие профессионального выгорания помогающих специалистов [11].

Данные, полученные в ходе исследования личностных черт специалистов, подразумевают, что те самые личностные характеристики, которые привлекают людей к психиатрии как профессии, могут также отвечать за их большую чувствительность к стрессорам [19].

Положительные мотивирующие факторы или источники удовлетворения от работы, такие как благодарность за хорошо выполненную работу, ответственность за других, личное продвижение и повышение заработной платы, эффективные навыки совладания могут играть важную роль в конечном результате воздействия стресса и предотвращения синдрома.

Профессиональное выгорание и экзистенциальная исполненность. Если профессиональное выгорание — это состояние эмоционального и психического истощения, то феномен экзистенциальной исполненности несет в себе противоположные характеристики — чувство удовлетворенности и смысла в жизни.

Выгорание в рамках экзистенциального подхода рассматривается как симптом неэкзистенциального отношения человека к своей жизни. Искажение экзистенциальной реальности проявляется симптомами витальной недостаточно-

сти на соматическом и психологическом уровне, выгорание принимает форму внутренней защиты с целью предотвращения дальнейшего разрушения. А. Ленгле, рассматривая динамику развития синдрома, приходит к выводу об особой «экзистенциальной позиции», приводящей к выгоранию [4].

Теоретические размышления о выгорании находят эмпирическое подтверждение в ряде исследований. Р. Каразман обнаружил, что опрошенные врачи, переживающие свою личную и профессиональную жизнь как значимую, демонстрировали низкие или средние показатели выгорания [17]. При этом специалисты, обнаружившие проявления экзистенциального вакуума, показывали высокий уровень выгорания. С логотерапевтической точки зрения выгорание можно объяснить как дефицит экзистенциального смысла, характеризующегося чувством внутренней наполненности [5].

Человек экзистенциально исполнен, когда он чувствует глубокую связь с ценностями и целями своей жизни, осознает свое место в мире и понимает, что его деятельность имеет значение и влияет на окружающих людей [8]. Это чувство удовлетворения и смысла помогает преодолеть трудности в различных сферах жизни и дает ресурс для предотвращения развития эмоционального выгорания и профессиональной деформации.

Ранее нами было предпринято исследование уровня экзистенциальной исполненности у специалистов помогающих профессий, но связь показателей экзистенциальной исполненности с уровнем эмоционального выгорания не устанавливалась, что обусловило необходимость дальнейшего эмпирического исследования [10].

Эмпирическое исследование: организация и материалы. Нами было проведено эмпирическое исследование с целью выявления связи показателей экзистенциальной исполненности персонала (психиатров, психологов клинической практики и педагогов), осуществляющих взаимодействие с детьми, получающими лечение в условиях стационара, с уровнем профессионального выгорания в данных группах. В исследовании приняли участие 70 человек, 50 женщин и 20 мужчин. Выборка представлена тремя группами специалистов сферы помощи детям с ОВЗ: психиатрами (21 человек), психологами (25 человек) и педагогами (24 человека). Возраст испытуемых составил в среднем 38 лет. Все специалисты имели высшее образование. Исследование проводилось на базе научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой.

В качестве диагностического материала применялись методики:

1. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В.Бойко). Методика дает возможность диагностировать ведущие симптомы «эмоционального выгорания» и определить, к какой фазе развития стресса они относятся: «напряжения», «резистенции», «истощения».

2. Опросник «Профессиональное выгорание» (ПВ). Опросник обращается к трем субшкалам: эмоциональное истощение (измеряет чувство эмоционального перенапряжения и истощения на работе), деперсонализация (измеряет реакцию безразличия по отношению к получателям услуг, ухода, лечения или т. д.) и редукция личных достижений (ощущение профессиональной невостребованности, обесценивание своей экспертности).

3. «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглер в адаптированном варианте И.Н. Майниной, А.Ю. Васанова. Методика представляет собой личностный опросник, направленный на измерение экзистенциальной наполненности, а также базируется на концепции четырех фундаментальных мотиваций А. Лэнгле.

Результаты и их обсуждение. Качественное описание проводилось с опорой на интерпретации, предложенные авторами использованных диагностических методик.

На **первом этапе** были рассмотрены высокие показатели субшкал методик, оценивающих выгорание.

С помощью опросника «Профессиональное выгорание» (К.Маслач) анализировались ведущие стороны выгорания: «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция достижений». При проведении оценки выгорания у 36 испытуемых хотя бы по одной из субшкал показатели выгорания имели высокие баллы.

В методике диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В.Бойко) анализировались фазы развития выгорания: «напряжение», «резистенция», «истощение». У 40 испытуемых одна из фаз выгорания сформировалась или была на стадии формирования.

Также нами было проведено сравнение результатов по двум методикам выгорания. Так у испытуемых под номерами 2, 6, 15, 16, 19, 22, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 63, 64, то есть у 28 респондентов из 70, обнаружались признаки профессионального выгорания по обоим методикам. Специалисты всех трех профессиональных групп представлены в почти равном количестве (10 врачей, 9 психологов, 9 педагогов).

Далее были рассмотрены экстремально низкие и высокие показатели по шкале исполненность (G) методики «Шкала экзистенции».

Низкие показатели по общей шкале исполненность (G), измеряющей, насколько наполнена смыслом экзистенция, мы получили у испытуемых под номерами 2, 57, 61 ($G < 169$). Такое положение дел может говорить о наличии дефицитов в сферах ведущих фундаментальных мотиваций, отсутствии аутентичных экзистенциальных установок личности у рассматриваемых специалистов.

Испытуемые под номерами 12, 33, 42, 68, 69 продемонстрировали максимально высокие показатели по общей шкале ($G > 249$). Данные могут говорить о том, что человек переживает себя очень открытым, доступным, восприимчивым, решительным, ясным, готовым к действию и имеющим чувство долга. Наличие очень структурированных, последовательно реализуемых требований к самому себе и, возможно, также и к другим, сужает свободное пространство, что не позволяет спонтанно творить, расцветать, живя без какого-то плана, или просто и непосредственно наслаждаться жизнью.

На **втором этапе** исследовалась связь выгорания и уровня экзистенциальной исполненности. Анализ полученных данных показал, что у части испытуемых, имеющих экстремально низкие показатели по общему показателю (G) шкалы экзистенции, были высокие показатели профессионального выгорания.

У испытуемого под номером 2 при низком общем показателе (G) обнару-

жилося эмоциональное истощение и деперсонализация, при этом у специалиста были сформированы сразу две фазы выгорания (фаза напряжения и истощения).

У испытуемого 61 при низкой экзистенциальной исполненности (G) обнаруживались высокие баллы по шкале «деперсонализация» при сформированной стадии резистенции. Низкие показатели экзистенциальной исполненности (G) обнаружили и у испытуемого под номером 57 при актуальности фазы напряжения и резистенции.

Для проверки гипотезы о наличии значимых взаимосвязей между изучаемыми показателями проведен корреляционный анализ с применением непараметрического критерия Спирмена. Анализировались показатели группы специалистов, у которых наличие выгорания было подтверждено по результатам двух методик (28 респондентов из 70).

По результатам анализа были выявлены следующие значимые взаимосвязи

Таблица. 1.

Значимые взаимосвязи показателей эмоционального и профессионального выгорания

		Само- дистан- цирова- ние	Само- тран- ценден- ция	Свобо- да	Ответст- венность	Персо- наль- ность	Экзи- стенци- альность	Испол- нен- ность
Фаза на- пряже- ния	Correlation coefficient	-,041	-,184	-,118	-,469*	-,121	-,312	-,272
	Sig. (2-tailed)	,834	,349	,549	,012	,540	,106	,161
Фаза ре- зистен- ции	Correlation coefficient	-,210	-,151	-,057	-,233	-,171	-,223	-,297
	(2-tailed)	,284	,444	,772	,233	,383	,254	,125
Фаза на- пряже- ния	Correlation coefficient	-,328	-,365	-,337	-,477*	-,392*	-,446*	-,521**
	(2-tailed)	,088	,058	,080	,010	,039	,017	,004
Эмоцио- нальное истоще- ние	Correlation coefficient	-,150	-,399*	-,317	-,497**	-,255	-,514**	-,496**
	(2-tailed)	,445	,035	,100	,007	,190	,005	,007
Деперсо- нализа- ция	Correlation coefficient	-,321	-,438*	-,215	-,162	-,398*	-,315	-,419*
	(2-tailed)	,096	,020	,271	,409	,036	,103	,026
Редукция достиже- ний	Correlation coefficient	,005	,239	,244	,194	,101	,229	,152
	(2-tailed)	,979	,222	,210	,323	,609	,240	,440
Выгора- ние	Correlation coefficient	-,235	-,391*	-,189	-,347	-,315	-,374	-,462*
	(2-tailed)	,229	,040	,334	,070	,103	,050	,013

Показатель самотрансценденция (ST) имеет обратную корреляцию с показателями эмоциональное истощение (-,399) и деперсонализация (-,438), то есть неспособность ощущать экзистенциальную значимость происходящего связана с такими симптомами выгорания, как обеднение эмоционального фона и развитие циничного, отстраненного реагирования на внешние ситуации.

Показатель ответственность (V) имеет обратную корреляцию с показателями по шкалам фаза напряжения (-,469), фаза истощения (-,477) и эмоциональное истощение (-,497). Следовательно, если человек не чувствует персональной включенности в жизнь, которая в малой степени поддается планированию, то это будет приводить к таким состояниям, как опустошенность, падение общего энергетического тонуса и ослабление нервной системы.

Показатель личность (P) имеет обратную связь с показателями шкал фаза истощения (-, 392) и деперсонализация (-,398). Подобная связь может говорить о том, что заикленность на себе и отсутствие «открытости в отношении к миру» связаны с чрезмерной отстраненностью в общении с другими людьми и эмоциональными дефицитами.

Показатель по шкале экзистенциальность (E) имеет обратную корреляцию с показателями по шкалам фаза истощения (-,446) и эмоциональное истощение (-,514), что может говорить о том, что малая способность выдерживать нагрузки, чувствительность к помехам, склонность начинать действовать на основании внешних побуждающих причин без внутреннего соотнесения может приводить к психоэмоциональному истощению.

Анализ продемонстрировал, что, чем ниже общий показатель (G), тем сильнее выражены фаза истощения (-,521), эмоциональное истощение (-,496), деперсонализация (-,419), выгорание (-,462).

Таким образом, мы можем сделать предположение о том, что низкая способность переживания персональных ценностей, осознания собственных потребностей и задач, дефициты в переживании своей деятельности, как наполненной смыслом, может выступать фактором развития профессионального выгорания.

Наш интерес вызвала шкала самодистанцирования (SD). Хотя корреляционный анализ и не подтвердил наличия связи между этой шкалой и показателями выгорания, тем не менее считаем необходимым поделиться результатами качественного анализа.

Мы обнаружили, что у 8 обследуемых с выгоранием, подтвержденным двумя методиками, были выявлены экстремально низкие показатели по субшкалам методики «Шкалы экзистенции». У 6 из 8 испытуемых низкие показатели были по субшкале самодистанцирование (SD).

Среди всех 70 опрошенных низкое самодистанцирование (SD) выявлено у респондентов под номерами 2, 3, 4, 21, 32, 35, 41, 49, 52, 61, при этом у испытуемых под номерами 2, 21, 32, 35, 49, 52, 61 одна из методик демонстрировала наличие выгорания, то есть у 7 из 10 специалистов мы видим связь по указанным показателям (низкое самодистанцирование (SD) при наличии выгорания), при этом в равной степени представлены специалисты всех трех профессиональных групп.

Выводы:

1. 40 % специалистов комплексной помощи детям с ОВЗ переживают состояние профессионального выгорания;

2. фактором развития эмоционального выгорания у специалистов комплексной помощи детям с ОВЗ может выступать низкая способность к переживанию своей деятельности как наполненной персональными смыслами;

3. Риск развития выгорания у специалистов комплексной помощи детям с ОВЗ не связан со спецификой профессиональной деятельности, так как в группу респондентов, демонстрировавших наличие выгорания, вошли специалисты всех трех рассматриваемых групп (психиатры, психологи, педагоги).

Заключение. В статье представлено описание исследования связи профессионального выгорания и экзистенциальной исполненности специалистов помощи детям с ОВЗ. Мы обнаружили, что 40% специалистов комплексной помощи детям с ОВЗ переживают состояние профессионального выгорания, при этом развитие выгорания не связано со спецификой профессиональной деятельности рассматриваемых групп. Исследование также продемонстрировало, что существует связь показателей экзистенциальной исполненности специалистов с группами симптомов эмоционального выгорания. Создание программ профилактики с применением экзистенциально-аналитического подхода, направленных на обнаружение и коррекцию таких экзистенциальных феноменов, как опустошение, дефицит самодистанцирования и исполнения, способно привести специалиста к внутреннему согласию с содержанием реальной деятельности и экзистенциальной исполненности и, следовательно, будет снижать риск профессионального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водопьянова Н.В., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. СПб.: «Питер», 2016. 336 с.
2. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. М.: Академия. 2004. 304 с.
3. Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции (Existenzskala) // Экзистенциальный анализ. 2009. Бюллетень № 1. С. 141–171.
4. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. М.: Генезис, 2001. 128 с.
5. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 37–57.
6. Маслач К. Выгорание: многомерная перспектива. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. 147 с.
7. Синдром эмоционального выгорания // Русский медицинский сервер. URL: http://www.rusmedserv.com/medgazeta/2005g/43/article_3322.html (дата обращения: 18.09.2020)
8. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: пер. с англ. и нем. / Под общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. М.: Прогресс, 1990. 366 с.
9. Щербакова А.М. Роль среды в самореализации человека с интеллектуальной недостаточностью // Инклюзивное образование:

методология, практика, технологии. С. 45 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://psyjournals.ru/inclusive_edu/issue/44020.sht

10. Щербакowa A.M., Истомина Л.А. Экзистенциальные позиции специалистов помогающей сферы в аспекте проблемы профессионального выгорания // Вопросы психологии. 2022. № 5. С. 103-114.

11. REFERENCES

1. Vodop`yanova N.V., Starchenkova E.S. Sindrom vy`goraniya. SPb.: «Piter», 2016. 336 s.

2. Klimov E.A. Psikhologiya professional`nogo samoopredeleniya. M.: Akademiya. 2004. 304 s.

3. Krivczova S.V., Le`ngle A., Orgler K. Shkala e`kzistenczii (Existenzskala) // E`kzistenczial`ny`j analiz. 2009. Byulleten` # 1. S. 141–171.

4. Le`ngle A. Zhizn`, napolnennaya smy`sлом. Prikladnaya logoterapiya. M.: Genezis, 2001. 128 s.

5. Le`ngle A. E`moczial`noe vy`goranie s poziczii e`kzistenczial`nogo analiza // Voprosy`y` psikhologii. 2008. # 2. S. 37–57.

6. Maslach K. Vy`goranie: mnogomernaya perspektiva. M.: Izd-vo In-ta psikhoterapii, 2004. 147 s.

7. Sindrom e`moczial`nogo vy`goraniya // Russkij mediczinskij server. URL: http://www.rusmedserv.com/medgazeta/2005g/43/article_3322.html (data obrashheniya: 18.09.2020)

8. Frankl V. Chelovek v poiskakh smy`sла: Sbornik: per. s angl. i nem. / Pod obshh. red. L.Ya. Gozmana i D.A. Leont`eva. M.: Progress, 1990. 366 s.

9. Shherbakova A.M. Rol` sredey` v samorealizaczii cheloveka s intellektual`noj nedostatochnost`yu // Inklyuzivnoe obrazovanie: metodologiya, praktika, tekhnologii. S. 45 [E`lektronny`j resurs]. – Rezhim dostupa: https://psyjournals.ru/inclusive_edu/issue/44020.sht

10. Shherbakova A.M., Istomina L.A. E`kzistenczial`ny`e poziczii speczialistov pomagayushhej sfery` v aspekte problemy` professional`nogo vy`goraniya // Voprosy` psikhologii. 2022. # 5. S. 103-114.

11. Ackerley G., D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 19(6), 624–631. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>

12. Bianchi R., Wac K., Sowden JF., Schonfeld IS. Burned-out with burnout? Insights from historical analysis. Front Psychol. 2022 Sep 8;13:993208. doi: 10.3389/fpsyg.2022.993208

13. Cushman L.A., Dijkers M.P. Depressed mood in spinal cord injured patients: Staff perceptions and patient realities // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1990. V. 71. N 3. P. 191–196.

14. Freudenberger H. J. (1973b). The psychologist in a free clinic setting: an alternative model in health care. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 10(1), 52–61.

15. Guthrie E. & Black D. (1997) Psychiatric disorder, stress and burn-out. Advances in Psychiatric Treatment

16. Holloway (Holloway F. Szmukler G. Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000.6:226–235.)
17. Karazmann R. (1994) Das Burnout-Syndrom. Phänomenologie, Verlauf, Vergleich. Vortrag an der österreichischen van Swieten-Tagung vom 27. 10. 1994.
18. McCormack HM., MacIntyre TE., O'Shea D., Herring MP., Campbell MJ. The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2018 Oct 16.9:1897. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01897
19. Pfeiffer D. A bibliography of studies on religious, cultural, ethnic, and national perspectives on disability // *Disability Studies Quarterly*. 2002. 22 (4). P. 78-93.
20. Reid Y., Johnson S., Morant N. *et al* (1999a) Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 301–308.
21. Van Hoy A., Rzeszutek M. Burnout and Psychological Wellbeing Among Psychotherapists: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2022 Aug 15.13:928191. doi: 10.3389/fpsyg.2022.928191

A.M. Shcherbakova, L.A. Istomina

A STUDY OF THE RELATIONSHIP OF BURNOUT AND THE EXISTENTIAL UTILITY OF SPECIALISTS HELPING CHILDREN WITH DISABILITIES

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article presents the results of an empirical study aimed at studying the relationship between existential experiences and the level of burnout of specialists working with children with disabilities. A total of 70 people took part in the training, including psychiatrists (21 people), psychologists (25 people) and teachers (24 people). The method of diagnosing the level of emotional burnout (V.V. Boyko), the questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) and «The scale of Existence» by A. Langle, K. Orgler were used. Specific manifestations of burnout and levels of existence in various groups of specialized comprehensive care are noted. Correlations between indicators of existential fulfillment of specialists working with children with disabilities with groups of symptoms of burnout were revealed.

Key words: existential fulfillment, burnout, children with disabilities, burnout.

В.Т.А. Сорокина, М.А. Адильжанова**ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ САМООЦЕНКИ ГОЛОСА****ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (Москва).**

Резюме. Статья посвящена вопросу изучения особенностей самооценки голоса учащимися общеобразовательной школы. Представленная авторами методика исследования самооценки голоса детьми позволяет выяснить отношение ребенка к собственному голосу, привлечь внимание к его особенностям. В ходе исследования выяснены представления детей об «идеальном голосе», определен уровень сформированности мотивации к фонопедическим занятиям, определены группы учащихся в зависимости от их отношения к собственному голосу и уровня мотивации к преодолению нарушений голоса.

Ключевые слова: голос, самооценка голоса, младшие школьники, нарушение голоса, идеальный голос, мотивация

Голос – это не только универсальное средство коммуникации, это еще и индикатор психоэмоционального состояния человека. Именно благодаря голосу мы можем уловить нюансы разговора, подчеркнуть личное отношение к ситуации, завершить или продолжить общение. Даже не видя собеседника, именно по голосу мы понимаем не только эмоциональное состояние, но и пол, возраст, состояние здоровья говорящего. Трудно переоценить значение голоса в социальной жизни человека, но, к сожалению, внимания, которое обычно ему уделяется, явно недостаточно.

Любое расстройство голоса отрицательно сказывается не только на психоэмоциональном состоянии индивида, но в случае с лицами голосо-речевых профессий способно привести к нетрудоспособности [3, 4]. Нарушение голоса – дисфония проявляется в нарушении силы, высоты, чистоты тембра, мелодики высказывания, выносливости голоса, то есть дисфония снижает возможности коммуникативной функции речи, следовательно, влияет на качество жизни.

Принято считать, что ребенок должен освоить мелодико-интонационную сторону речи, средством выражения которой является голос, при естественном общении со взрослым, для этого не требуется какое-то специальное обучение. Вследствие распространенности этого мнения среди родителей качеству голоса детей уделяется недостаточное внимание [2]. В специальной литературе подчеркивается отрицательное влияние расстройства голосовой функции на формирование личности ребенка, на его социальное и психоэмоциональное состояние [8, 13], на возникающие вследствие расстройства голосовой функции, эмоциональное напряжение и трудности в усвоении школьной программы [1].

В настоящее время распространённость дисфонии среди детского населения изучена недостаточно. Данные, приводимые разными учеными, очень сильно различаются – скорее всего это связано с различными методами оценки и исследования голосовой функции.

Так, R. Pribuisiene, K. Pribuisis, V. Liutkevicius, T. Balsevicius, R. Milasiene, V. Uloza [15] говорят о том, что дисфония встречается у детей от 4 до 12 лет от 6% до 23% случаев, причем у мальчиков от 8 до 14 лет она увеличивается ввиду наличия различных поведенческих проблем, связанных с эмоциональными срывами, во время которых наблюдается форсированное использование голоса, зачастую приводящее к фонотравме [15]. Ю.Е. Степанова, опираясь на данные специальной литературы, говорит о том, что дисфония в детском возрасте встречается от 6% до 41% [10]. По нашим данным, частота возникновения дисфонии в младшем школьном возрасте достигает почти 49% [9].

Причины возникновения дисфонии достаточно разнообразны. Ю.Е. Степанова относит к ним соматическую и неврологическую патологию, голосовую нагрузку в период ОРВИ, стрессовую (конфликтную ситуацию), неадекватную голосовую нагрузку в школе и при занятиях хором (вокалом), медицинские и бытовые травмы [10]. О.С. Орлова относит к первичной патологии функциональные причины и мутационную патологию [5]. Исследуя причины охриплости голоса у детей Ю.Л. Солдатский выделяет инфекционный, травматический, неопластический, психогенный и эндокринный генез расстройства, а также подчеркивает, что важное значение в развитии дисфонии имеет гастроэзофагеальный рефлюкс [7], об этом же говорят Н. Mackiewicz-Nartowicz, A. Sinkiewicz, A. Bielecka, H. Owczarzak, M. Mackiewicz-Milewska, P. Winiarski [14] и др.

Следует отметить, что практически все авторы отмечают поведенческие, эмоциональные расстройства, несформированность самоконтроля и самокоррекции у детей как наиболее частую причину возникновения нарушений голоса. На сегодняшний день при обучении младших школьников большое внимание уделяется формированию регулятивных универсальных учебных действий, в число которых входят, самоконтроль и самокоррекция [12]. Развитие этих качеств личности обучающегося позволит не только снизить уровень фонотравм, но и повысить эффективность всей проводимой коррекционно-педагогической работы [11].

В настоящее время, как в отечественной, так и в зарубежной фонопедагогике разработано значительное количество методов и приемов коррекционного воздействия, направленных на преодоление дисфоний среди как детей, так и взрослых. В отечественной фонопедагогике на первом этапе коррекционного воздействия предлагается проводить психокоррекционную работу, одно из направлений которой заключается в повышении мотивации пациента к фонопедическим занятиям.

В связи с этим возникла идея оценить отношение учащихся к собственному голосу и проанализировать личностную детскую оценку собственных тембральных характеристик.

С целью изучения особенностей самооценки голоса учащимися общеобразовательной школы нами было предпринято экспериментальное исследование, в котором принимали участие 47 детей, обучающихся в третьих классах общеобразовательных школ г. Москвы. Для чистоты экспериментального исследования из выборки были исключены лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью.

Исследование проходило в три этапа: на первом этапе детям предлагалось дать характеристику качествам собственного голоса; на втором этапе - описать

идеальный, по их мнению, голос; на третьем этапе респонденты сравнивали собственную оценку голоса с представлениями об идеальном голосе и отвечали на вопрос – хочет ли ребенок улучшить качества собственного голоса.

С целью исследования самооценки голоса мы использовали модифицированную для детей методику О.С. Орловой [6]. Детям предлагалось написать в два столбика положительные и отрицательные качества своего голоса. Изначально школьники были проинструктированы, что качеств должно быть не менее 5, но, как показало исследование, это условие выполнили около 50% обследованных.

Для более показательных результатов самооценки голоса детьми общеобразовательной школы была разработана система количественно-качественной оценки, критерии которой были сформулированы следующим образом:

4 балла – задание выполнено полностью;

3 балла – ребенок записал менее 5, но не более 3 качеств голоса, и были записаны как положительные, так и отрицательные качества;

2 балла – ребенок записал менее 3 качеств, но были записаны как положительные, так и отрицательные качества;

1 балл – ребенок записал только положительные или только отрицательные качества голоса вне зависимости от количества записанных характеристик;

0 баллов – задание не выполнено.

После завершения детьми этого задания голос каждого учащегося был оценен фонопедогом с целью выявления соответствия самооценки голоса ребенком и действительным состоянием голоса. С результатом оценки голоса экспертом детей не знакомили.

При анализе результатов первого этапа исследования мы сделали вывод о том, что это задание детям понравилось, не было ни одного случая отказа. Обучающиеся с интересом приступили к решению поставленной задачи, но большинство школьников пыталось нарушить инструкцию, попросив друга или соседа описать свой голос. После выполнения задания многие дети признавались, что не ожидали, что оно окажется таким сложным. Однако мы не фиксировали число детей, признавших, что у них возникли трудности.

В целом 24 (51,1%) школьника задание выполнили полностью, получив по 4 балла. 14 (29,8%) человек набрали по 3 балла, так как они записали менее пяти качеств, но при этом отметили как положительные, так и отрицательные. 9 (19,1%) детей получили по 1 баллу, из них 4 (8,5%) записали только отрицательные качества, а 5 (10,6%) – только положительные. 2 балла за выполнение задания не получил ни один ребенок.

Качественный анализ результатов показал, что большинство респондентов сумели прислушаться к собственному голосу, найти в нем как положительные, так и отрицательные характеристики. Необходимо признать, что многие из этих детей посещали занятия в музыкальной школе или драмкружке, поэтому были знакомы с возможными и личностными характеристиками голоса.

Наибольший интерес вызвали учащиеся, описавшие только положительные или только отрицательные качества. Причем утверждать, что дети, отметившие только отрицательные качества своего голоса, имеют заниженную са-

мооценку, было бы неправильно, так как в некоторых случаях они имели выраженную степень дисфонии, и то, какие характеристики они дали своему голосу, абсолютно соответствовало действительности. На вопрос «Почему он/она не написали положительных качеств?» обучающиеся отвечали, что «голос плохой и нужно лечиться», что «мне уже некогда», что «я всегда кричу» и др.

Школьники, описавшие только положительные качества голоса, не всегда демонстрировали адекватное отношение не только к своему голосу, но и заданию в целом. Например, Таня К., на вопрос, почему она не написала отрицательные качества своего голоса, ответила, что ей «надоело думать», Саша А. сказала, что «у нее голос такой же, как у популярного блогера, поэтому нет отрицательных качеств», также дети говорили, что «себя нужно любить» и др.

В целом наиболее частотными характеристиками были «хороший/плохой» (87,2%), «грубый» (89,4%), «тихий» (36,2%), «хриплый» (23,4), «красивый» (40,4%), «волшебный» (10,6%), «добрый» (12,8%), в единичных случаях встречались такие описания, как «солнечный», «командующий», «веселый», «как у котенка» и др.

Экспертная оценка состояния голоса детей показала, что 21 (44,7%) человек оценили свой голос адекватно, характеристика, данная голосу ребенка фонопедогом, соответствовала детской самооценке не менее, чем на 75%. У 15 (31,9%) школьников оценка голоса экспертом соответствовала самооценке голоса не менее, чем на 50%, причем, у 10 (21,3%) человек отмечалась завышенная самооценка голоса, а у 5 (10,6%), наоборот, заниженная. У 11 (23,4%) обследованных оценка голоса экспертом-фонопедогом совпадала с оценкой голоса ребенком менее чем на 25%, эти дети отнеслись к выполнению задания достаточно формально, их характеристика чаще всего ограничивалась общими понятиями «иногда красивый/некрасивый», «иногда плохой/хороший» и др., причем данные характеристики могли присутствовать одновременно.

Результаты первого этапа исследования и образцы выполнения заданий детьми представлены на рис. 1 и рис. 2 соответственно.

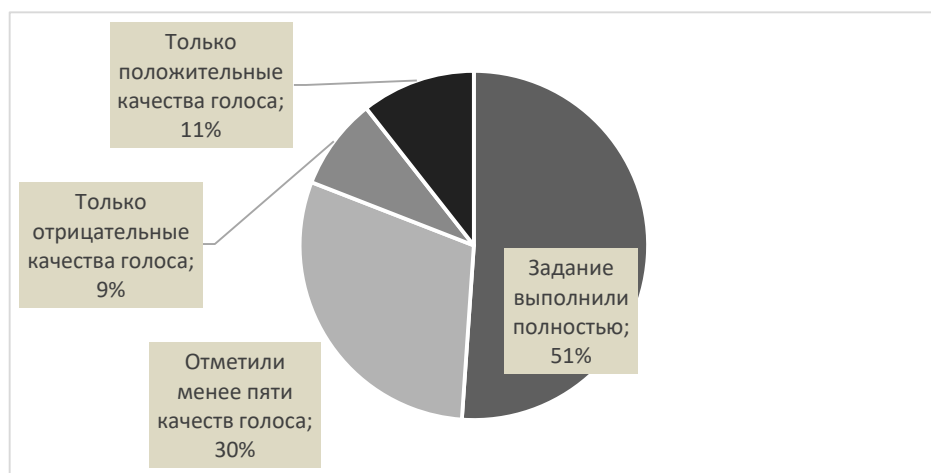
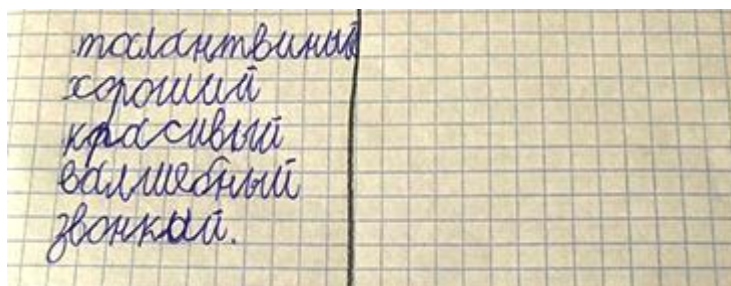


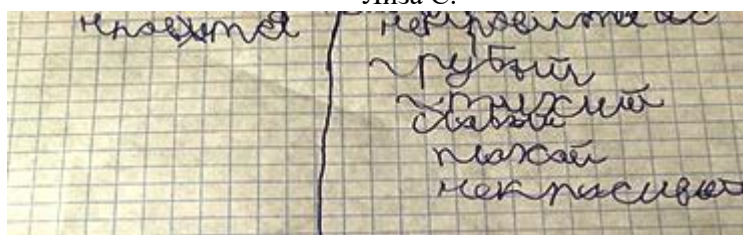
Рисунок 1. Результаты исследования детской самооценки голоса.



Миша П.



Лиза С.



Денис А.

Рисунок 2. Образцы выполнения задания детьми.

На втором этапе исследования детям было предложено описать идеальный, по их мнению, голос. При инструктировании школьников перед выполнением задания мы не стали ограничивать детей определенным количеством качеств, которые они должны указать. Кроме того, так как задание носило творческий характер, мы не стали прибегать к количественной оценке результатов, был проведен только качественный анализ.

Так, практически все обследуемые школьники начали описание идеального голоса с того, что он должен быть «хорошим» или «красивым», 43 (91,5%) ребенка указали, что голос должен быть «громкий», «слышимый», «не тихий», несколько респондентов для описания идеального голоса сослались на голос родителей или значимых взрослых «как у моей мамы/бабушки или «папы/брата/дедушки». 32 (68%) школьника написали, что голос должен быть «добрым/веселым». В большинстве случаев, характеризуя идеальный голос, дети использовали прилагательные, больше подходящие для описания личностных характерологических особенностей человека. Мы связываем это с тем, что для ребенка голос – это индикатор настроения. В возрасте 8–10 лет лексическая система языка находится на стадии своего активного формирования. В этот период интонационная система, опережая словарный запас, сформирована гораздо лучше. Именно поэтому ребенку проще показать свое отношение, настроение, оттенки настроения, прибегая к интонации, а

не детализированному подбору семантических единиц для точного названия этого настроения или характеристики. У 70,2% детей мы отмечали описание «от противного» - «не грубый», «не тихий», «не грустный», «не строгий» и др. Большинство школьников обозначили более пяти качеств идеального голоса. Максимальное количество характеристик дала одна девочка – 8.

В целом респонденты справились со вторым заданием, никто из детей не перепутал положительные и отрицательные качества голоса, все описанные младшими школьниками характеристики соответствовали общепринятым нормам хорошего голоса.

Третье задание оказалось самым трудным: никто из обследованных не задумывался о том, что им будет предложено сравнить оценку собственного голоса с идеальным. На этом этапе мы столкнулись с прямым отказом от выполнения задания в 4 (8,5%) случаях с завуалированным («я не знаю») в 5 (10,6%). Практически все учащиеся (74,5%) пришли к выводу, что их голос не похож на идеальный, абсолютное большинство детей хотело бы изменить свой голос, но заниматься с фонопедом согласились только 40,4%, а выполнять предлагаемые специалистом домашние задания менее трети.

В результате проведенного исследования были выявлены три группы детей в зависимости от их внимания к собственному голосу и уровню мотивации к фонопедическим занятиям:

В первую группу вошли 16 (34,0%) обучающихся с достаточным уровнем внимания к собственному голосу – дети этой группы подробно описали свой голос, самооценка тембральных характеристик голоса соответствовала оценке голоса экспертом, уровень мотивации к занятиям был высоким.

Во вторую группу вошли 22 (46,8%) ребенка с удовлетворительным уровнем внимания к собственному голосу – обучающиеся, составившие эту группу, не проявляли высокой заинтересованности при выполнении задания, но при этом постепенно, «втягивались», им становилось интересно, они проявляли старательность. Описанные детьми этой группы тембральные характеристики собственного голоса в большинстве случаев соответствовали оценке эксперта. Мотивация к занятиям – удовлетворительная, дети хотели бы заниматься с фонопедом, но им не хотелось выполнять домашнее задание.

В третью группу вошли 9 (19,2%) детей с низким уровнем внимания к собственному голосу. Школьники этой группы не обращают внимание на звучание собственного голоса, описываемые ими тембральные характеристики, в большинстве случаев, были усредненные и не соответствовали действительному состоянию голосовой функции. Мотивация к занятиям была недостаточная или отсутствовала.

В результате проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

- среди учащихся младших классов общеобразовательной школы отмечены те, кто в повседневной жизни не обращает достаточного внимания на звучание собственного голоса, не замечает его особенностей и индивидуальности. Судя по ответам учащихся, сформулированных по принципу *«все кричат, и я кричу»*, дети в бытовых ситуациях пренебрегают элементарными правилами гигиены

голоса, не задумываются о важности сохранения красивого, звучного голоса, что безусловно, повышает риск возникновения дисфонии;

- с целью увеличения эффективности всей коррекционно-педагогической работы по преодолению нарушений голоса, необходимо мотивировать детей к занятиям с фонопедагогом, а для этого необходимо всячески привлекать внимание к голосу как литературных и кинематографических персонажей, так и к собственному голосу ребенка, давать характеристику индивидуальным качествам голоса, в выразительном чтении учить «подстраиваться» под идеальный голос.

Состояние голоса ребенка, его отношение к собственному голосу, влияние голоса на качество жизни индивида – это те вопросы, которые требуют популяризации среди родителей. К сожалению, в настоящий момент взрослые проявляют интерес к голосу только поющих детей, бытовой голос не вызывает интереса, и такие проблемы рассматриваются как несущественные, не требующие безотлагательного решения. Безусловно, такое отношение необходимо менять, популяризируя знания о голосе среди специалистов и родителей, студентов педагогических и медицинских вузов, обучать детей техникам расслабления гортани, правильному дыханию, голосоподаче и голосоведению.

В настоящий момент возникла необходимость разработки методики экспресс-обследования голосовой функции детей дошкольного и младшего школьного возраста, доступной не только специалистам, но и родителям.

Следует отметить, что при наличии нарушений голоса или отдельных просодических характеристик, которые входят в структуру дефекта при разной речевой патологии (дисфония, ринолалия, дизартрия, заикание), родители обучающихся с ОВЗ хорошо осведомлены об этой проблеме, поскольку находятся в тесном контакте с разными специалистами (врачами, педагогами-психологами, фонопедагогами, учителями-логопедами), осуществляющими коррекционно-развивающую работу, а в ряде случаев реабилитационные мероприятия. В этом ключе родители детей, не относящихся к категории ОВЗ, оказываются вне информационного поля относительно изучаемой проблематики. На наш взгляд, разработка комплекса просветительских мероприятий, проводимых междисциплинарной командой специалистов, будет способствовать решению проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева С.Н. Патогенетическая взаимосвязь развития дисфонии с наличием хронических заболеваний верхних дыхательных путей у населения промышленного мегаполиса // Российская оториноларингология. 2002 № 1. С.4-5.

2. Адильжанова М.А. Развитие фонематического слуха и первоначальных аудиальных компетенций на основе имитативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра/М.А. Адильжанова // Современные наукоемкие технологии. 2020. № 8. С. 97-101.

3. Акимова Н.А. Оценка степени понимания необходимости оказания коррекционно-педагогической помощи тяжело и длительно болеющим детям в условиях продолжительной госпитализации // Лучшее научное исследование 2022: сб. мат-лов международного конкурса, Москва, 14 ноября 2022 года. М.: Научно-издательский центр «Империya», 2022. С. 5-10.

4. Артемова Е.Э. Особенности формирования просодики у дошкольников с речевыми нарушениями: специальность: Автореф. дис. канд. пед. наук. М., 2005. 25 с.

5. Дифференцированная система коррекционно-педагогического воздействия при функциональных и органических нарушениях голоса у детей / О.С. Орлова, Е.Э. Артемова, Н.Ю. Бирюлина [и др.] // Российская оториноларингология. 2002. № 1(1). С. 46-47.

6. Орлова О.С. Детский голос в норме и патологии: пособие для врачей. М.: МЗРФ, 2002. 11с.

7. Структура охриплости в детском возрасте / Ю.Л. Солдатский, В.А. Сорокина, Е.К. Онуфриева [и др.] // Вестник оториноларингологии. 2010. № 2. С. 28-31.

8. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К. Охриплость у детей // Лечащий врач. 2003. № 9. С. 2-3.

9. Сорокина В.Т.А. Нарушения мелодико-интонационной стороны речи у первоклассников // Школьный логопед. 2005. № 5-6 (8-9). С. 55-60.

10. Степанова Ю.Е. Этиологические, патогенетические и клинические основы нарушений голоса у детей: Автореф. дис. докт. мед. наук. СПб., 2005. 39 с.

11. Тишина Л.А., Адильжанова М.А. Вариативность нарушений в структурировании диалога у дошкольников с расстройствами аутистического спектра // Центральные механизмы речи. Сб. мат-лов X Всероссийской (с международным участием) научно-практ. конф. им. проф. Н.Н. Трауготт, Санкт-Петербург, 24–26 октября 2022 года / Под общей ред. Е.И. Гальпериной. СПб.: ООО «Издательство ВВМ», 2022. С. 141.

12. Чурилова В.А., Тишина Л.А. Формирование самоконтроля у обучающихся с нарушением письма // Психолого-педагогическое сопровождение общего, специального и инклюзивного образования детей и взрослых. Сб. мат-лов III Всероссийской научно-практ. конф. с международным участием, Тула, 06 апреля 2023 года / Науч. ред. С.Г. Лещенко. Чебоксары: ООО Издательский дом «Среда», 2023. С. 115-117.

REFERENCESS

1. Avdeeva S.N. Patogeneticheskaya vzaimosvyaz` razvitiya disfonii s nalichiem khronicheskikh zabolevanij verkhnikh dy`khatel`ny`kh putej u naseleniya promy`shlennogo megalopolisa // Rossijskaya otorinolaringologiya. 2002 # 1. S.4-5.

2. Adil`zhanova M.A. Razvitie fonemacheskogo slukha i pervonachal`ny`kh audial`ny`kh kompetenczij na osnove imitativny`kh navy`kov u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra/M.A. Adil`zhanova // Sovremenny`e naukoemkie tekhnologii. 2020. # 8. S. 97-101.

3. Akimova N.A. Oczenka stepeni ponimaniya neobkhodimosti okazaniya korrekcionno-pedagogicheskoy pomoshhi tyazhelo i dlitel`no boleyushhim detyam v usloviyakh prodolzhitel`noj gospitalizaczii // Luchshee nauchnoe issledovanie 2022: sb. mat-lov mezhdunarodnogo konkursa, Moskva, 14 noyabrya 2022 goda. M.: Nauchno-izdatel`skij cenztr «Imperiya», 2022. S. 5-10.

4. Artemova E.E`. Osobennosti formirovaniya prosodiki u doshkol`nikov s rechevy`mi narusheniyami: spezial`nost`: Avtoref. dis. kand. ped. nauk. M., 2005. 25 s.

5. Differenczirovannaya sistema korrekcionno-pedagogicheskogo vozdejstviya pri funkczional`ny`kh i organicheskikh narusheniyakh golosa u detej / O.S. Orlova, E.E`. Artemova, N.Yu. Biryulina [i dr.] // Rossijskaya otorinolaringologiya. 2002. # 1(1). S. 46-47.

6. Orlova O.S. Detskij golos v norme i patologii: posobie dlya vrachej. M.: MZRF, 2002. 11s.
7. Struktura okhriplosti v detskom vozraste / Yu.L. Soldatskij, V.A. Sorokina, E.K. Onufrieva [i dr.] // Vestnik otorinolaringologii. 2010. # 2. S. 28-31.
8. Soldatskij Yu.L., Onufrieva E.K. Okhriplost` u detej // Lechashhij vrach. 2003. # 9. S. 2-3.
9. Sorokina V.T.A. Narusheniya melodiko-intonaczionnoj storony` rechi u pervoklassnikov // Shkol`ny`j logoped. 2005. # 5-6 (8-9). S. 55-60.
10. Stepanova Yu.E. E`tiologicheskie, patogeneticheskie i klinicheskie osnovy` narushenij golosa u detej: Avtoref. dis. dokt. med. nauk. SPb., 2005. 39 s.
11. Tishina L.A., Adil`zhanova M.A. Variativnost` narushenij v strukturirovanii dialoga u doshkol`nikov s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Czentral`ny`e mekhanizmy` rechi. Sb. mat-lov X Vserossijskoj (s mezhdunarodny`m uchastiem) nauchno-prakt. konf. im. prof. N.N. Traugott, Sankt-Peterburg, 24–26 oktyabrya 2022 goda / Pod obshej red. E.I. Gal`perinoj. SPb.: OOO «Izdatel'stvo VVM», 2022. S. 141.
12. Churilova V.A., Tishina L.A. Formirovanie samokontrolya u obuchayushhikhsya s narusheniem pis`ma // Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obshhego, speczial`nogo i inkluzivnogo obrazovaniya detej i vzrosly`kh. Sb. mat-lov III Vserossijskoj nauchno-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem, Tula, 06 aprelya 2023 goda / Nauch. red. S.G. Leshhenko. Cheboksary`: OOO Izdatel'skij dom «Sreda», 2023. S. 115-117.
13. Dejonckere P. Social Environmental factors: their importance of pediatric otorhinolaryngology // VII international congress of pediatric otorhinolaryngology. Abstracts. Helsincki, 1998: 126.
14. Mackiewicz-Nartowicz H, Sinkiewicz A, Bielecka A, Owczarzak H, Mackiewicz-Milewska M, Winiarski P. Long term results of childhood dysphonia treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014.78(5):753–5.
15. Pribuisiene R, Pribuisis K, Liutkevicius V, Balsevicius T, Milasiene R, Uloza V. Glottal function index questionnaire for screening of pediatric dysphonia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019. 123:97–101.

V.T.A. Sorokina, M.A. Adilzhanova

FEATURES OF CHILDREN'S VOICE SELF-ESTEEM

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. This article addresses the evaluation of voice self-esteem in secondary school students. The methodology proposed by the authors enables an assessment of children's attitudes towards their own voices, highlighting their unique characteristics. By exploring children's perceptions of an "ideal voice" and assessing their motivation levels for phonopedic (voice therapy) classes, we can categorize students into groups. These groups are based on their self-perception of their vocal abilities and their motivation levels. This categorization allows for tailored approaches in addressing voice disorders among primary schoolchildren.

Keywords: Voice, voice self-esteem, primary schoolchildren, voice disorder, ideal voice, motivation.

УДК 616.89-008.45; 616.89-008.48

Ю.В. Шапошникова

**ПРЕДИКТОРЫ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ
У ДЕВУШЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ****КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер
№ 1» (Красноярск).**

Резюме. Определены предположительные предикторы несуицидальных самоповреждений у подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня. Диагнозы выставлены, согласно критериям МКБ-10. В ходе исследования использовались: клинико-психопатологический метод, клинико-анамнестический метод, статистический метод. Своевременное выявление предикторов самоповреждающего поведения играет важную роль при определении тактики оказания помощи, что влияет на дальнейшее психическое состояние подростков.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, предикторы, подростки, НССП.

Введение. Несмотря на небольшое количество данных о несуицидальных самоповреждениях (НССП) до начала 2000-х годов, имеется тенденция к их распространению в последние годы [11]. К настоящему времени во многих странах мира были проведены исследования, посвященные оценке распространенности самоповреждающего поведения, показавшие высокую встречаемость данного феномена в неклинических подростковых выборках.

Подростковый возраст наиболее уязвим для развития НССП [5]. Возраст людей к периоду начала самоповреждений приходится в среднем на 14-16 лет, хотя встречаются исследования, свидетельствующие о более раннем начале [10, 9, 6, 12]. В исследовании, проведенном К. Навтон и соавторами, из 2410 английских учащихся 168 (6,9 %) сообщили как минимум об одном эпизоде самоповреждений за прошедший год, при этом в 12,6% случаев потребовалось обращение за медицинской помощью [7]. При скрининговом обследовании 604 московских школьников 7-11-х классов (средний возраст 14 лет) было выявлено, что 100 (16, 9%) указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия, причем 330 (54%) имели однократный опыт, 270 (46%) из них делали это неоднократно [1]. Обращаемость за помощью к психиатру у девушек выше, чем у юношей. Преобладание женщин среди лиц, практикующих самоповреждения, находит подтверждение во многих исследованиях, но, однозначного мнения по этому поводу нет, возможно, половые различия имеют значения лишь в тех случаях, когда речь заходит о частоте проявлений самоповреждающего поведения. В результате исследования (SEYLE) в 11 европейских странах, помимо возраста, женский пол был определен в качестве фактора риска для НССП [4].

Социальные факторы риска НССП играют значительную роль. К ним относятся развод родителей, очень молодой возраст матери на момент рождения пациента, депрессия у матери, школьный буллинг, проживание за чертой бедности, наличие среди знакомых лиц, прибегающих к НССП [6, 3, 2,]. По данным

16 зарубежных исследований, НССП у подростков с личностными особенностями связаны с наличием НССП в окружении подростков [8]. НССП в ряде случаев может быть предиктором суицидальной попытки, также зачастую может вызывать последствия, которые негативно влияют на психологическое благополучие и на физическое здоровье подростков.

Цель исследования: Выявление предикторов несуйцидальных самоповреждений в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Всего обследовано 100 подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня (диагнозы выставлены, согласно критериям МКБ-10 (F92.8, F92.0, F32.0, F32.1, F50.2). Основная группа: 60 подростков с НССП, группа сравнения: 40 подростков, не прибегающие к нанесению самоповреждений.

Критерии включения: 1. Средний возраст $16 \pm 1,5$ лет. 2. Наблюдение проводилось в течение 2020-2022 гг. на базе КГБУЗ ККПНД № 1, детское диспансерное отделение. 3. Пациенты с психическими расстройствами непсихотического уровня. 4. Все наблюдаемые обучались в общеобразовательных школах.

Критерии не включения: 1. Возраст старше 18 лет; 2. Возраст младше 15 лет. 3. Лица, имеющие психическое заболевание психотического уровня, в т. ч. находящиеся в остром психотическом состоянии; 4. Нежелание пациента участвовать в настоящем исследовании; 5. Лица, имеющие интеллектуальные нарушения. 6. Нанесение самоповреждений по бредовым мотивам.

В ходе исследования использовались: Клинико-психопатологический метод, клинико-анамнестический метод, статистический метод (U-критерий Манна-Уитни), патопсихологическое исследование: Тест личностных акцентуаций (А.Е. Личко), Шкала тревоги Бека (BAI), Шкала депрессии Бека (BDI – II), Оценка детско-родительских отношений (АСВ Э.Г. Эйдемиллер, ADOR E. Шафер).

Результаты и их обсуждение. У всех подростков выявлена акцентуация характера.

В исследуемой группе *истероидный тип акцентуации* выявлен у 30 девушек (50%). У 15 наблюдаемых (50%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 14 (46,6%) средний уровень, у 1 (3,3%) подростка высокий уровень тревоги и депрессии. Детско-родительские отношения характеризовались потворствующей гиперпротекцией у 15 (50%) подростков, доминирующей гиперпротекцией у 10 (33,3%) наблюдаемых. Сложности во взаимоотношениях со сверстниками у 5 подростков (16,6%), неуспешность в школьной ситуации у 5 подростков (16,6%). У 20 (66,6%) подростков среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

Астеноневротический тип акцентуации выявлен у 10 (16,6%) человек. У 3 (30%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 4 (40%) средний уровень, у 3 (30%) высокий уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу потворствующей гиперпротекции у 3 (30%), доминирующей гиперпротекции у 2 (20%) подростков. В 3 (30%) случаях выявлялась неуспешность в школьной ситуации. У 3 (30%) подростков среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

НССП *Лабильно-сенситивный тип* выявлен у 5 подростков (8,3%). У 3 наблюдаемых (60%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 2 (40%) средний

уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу доминирующей гиперпротекции в 2 (40%) случаях. У 2 (40%) подростков выявлена неуспешность в школьной ситуации, в 1 случае (20%) сложные отношения с одноклассниками. У 4 (80%) подростков среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

Эпилептоидно-неустойчивый тип акцентуации выявлен у 5 подростков (8,3%). У 4 (80%) наблюдаемых выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 1 (20%) средний уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу потворствующей гипопротекции в 3 (60%) случаях, доминирующей гиперпротекции в 2 (40%) случаях. У 2 (40%) подростков выявлены сложности во взаимоотношениях с одноклассниками. В 2 (40%) случаях выявлялась неуспешность в школьной ситуации. У 3 (60%) подростков среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

В группе сравнения *истероидный тип акцентуации* выявлен у 10 девушек (25%). У 8 наблюдаемых (80%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 2 (20%) средний уровень. Детско-родительские отношения характеризовались потворствующей гиперпротекцией у 5 (50%) подростков. Сложности во взаимоотношениях со сверстниками, неуспешность в школьной ситуации не выявлялись в данной группе. У 1 (20%) подростка среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

Астеноневротический тип акцентуации выявлен у 10 (25%) человек. У 8 (80%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 2 (20%) средний уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу потворствующей гиперпротекции у 1 (10%), доминирующая гиперпротекция у 1 (10%) подростка. В 1 (10%) случае выявлялась неуспешность в школьной ситуации. У 1 (20%) подростка среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

Шизоидный тип акцентуации выявлен у 10 (25%) наблюдаемых. У 7 (70%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 3 (30%) средний уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу потворствующей гиперпротекции у 1 (10%) наблюдаемой, по типу доминирующей гиперпротекции у 1 (10%). У 1 (10%) подростка выявлялась неуспешность в школьной ситуации. У 1 (10%) подростка среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

Лабильно-сенситивный тип выявлен у 5 подростков (12,5%). У 3 наблюдаемых (30%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 2 (20%) средний уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу доминирующей гиперпротекции в 1 (20%) случае. У 1 (20%) подростка выявлена неуспешность в школьной ситуации, в 1 случае (20%) сложные отношения с одноклассниками. Наличие среди знакомых лиц, прибегающих к НССП, не выявлено.

Эпилептоидно-неустойчивый тип акцентуации выявлен у 5 подростков (12,5%). У 4 (80%) наблюдаемых выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 1 (20%) средний уровень. Со стороны детско-родительских отношений выявлен дисгармоничный стиль воспитания по типу потворствующей гипопротекции в 2

(40%) случаях. У 1 (20%) подростка выявлены сложности во взаимоотношениях с одноклассниками. В 1 (20%) случае выявлялась неуспешность в школьной ситуации. У 1 (20%) подростка среди знакомых имелись лица, прибегающие к НССП.

В результате статистической обработки выявлено достоверное преобладание депрессивной симптоматики в основной группе ($p<0,05$), преобладание тревожной симптоматики в основной группе ($p<0,05$), преобладании нарушений детско-родительских отношений в основной группе ($p<0,05$), преобладание неуспешности в школьной ситуации в основной группе ($p<0,05$), преобладание в основной группе среди знакомых лиц, прибегающих к нанесению несуицидальных самоповреждений ($p<0,05$).

Выводы. В результате исследования к предположительным предикторам НССП у девушек в подростковом возрасте относятся: характерологические особенности в сочетании с депрессивной и тревожной симптоматикой, характерологические особенности в сочетании с воздействием психосоциальных факторов (неуспешность в школьной ситуации, сложности во взаимоотношениях со сверстниками, нарушения детско-родительских отношений), наличие среди знакомых лиц, прибегающих к нанесению НССП. Своевременное выявление предикторов НССП играет важную роль при определении тактики оказания помощи, что влияет на дальнейшее психическое состояние подростков.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи

Соответствие принципам этики. Исследование соответствует нормам современных этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА, и получило одобрение в локальном этическом комитете ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. Войно-Ясенецкого (протокол № 119/2023 от 07.06.2023)

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 42-68.
2. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. Т. 1. С. 39-49.
3. Польская Н.А. Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения // Клиническая и социальная психология. 2012. Т. 2. С. 40-52.

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Vedushhie mekhanizmy` samopovrezhdayushhego povedeniya u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel`ny`kh uchrezhdeniyakh // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2016. T. 24. # 3. S. 42-68.
2. Pol'skaya N A. Vzaimosvyaz` pokazatelej shkol'nogo bullinga i samopovrezhdayushhego povedeniya v podrostkovom vozraste // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2013. T. 1. S. 39-49.

3. Pol'skaya N.A. Rol' social'ny'kh faktorov v razvitii samopovrezhdayushhego povedeniya // Klinicheskaya i social'naya psikhologiya. 2012. T. 2. S. 40-52.
4. Bresin K., Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis // Clinical Psychology Review. 2015. Vol. 38. Pp.55–64. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
5. Casey B.J., Getz S., Galvan A. The adolescent brain // Cognitive Neuroscience. 2008. Pp. 62-77. DOI: 10.1196/annals.1440.010.
6. Hankin B.L., Abela J.R.Z. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in 2 1/2 year longitudinal study // Psychiatry Research. 2011. Vol. 186. No 1. Pp. 65–70. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.07.056.
7. Hawton K., Saunders K., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents // The Lancet. 2012. Vol. 379. No 9834. Pp. 2373–2382. DOI: 10.1016/s0140 – 6736(12)60322-5.
8. Jarvi S., Jackson B., Swenson L., Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature // Archives of Suicide Research. 2013. Vol. 17. No. 1. Pp. 1–19. DOI: 10.1080/13811118.2013.748404.
9. Klonsky E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographic, topography and functions // Psychological Medicine. 2011. Vol.186. Pp. 1981–1986. DOI: 10.1017/S0033291710002497.
10. Nixon M.K, Cloutier P., Jansson S.M. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey // Canadian Medical Association Journal. 2007. Vol. 178. No 3. Pp. 306–312. DOI: 10.1503/cmaj.061693.
11. Swannell S.V., Martin G.E., Page A., Hasking P., John N.J. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples : systematic review, meta-analysis and meta-regression // Suicide and Life - Threatening Behavior. 2014. Vol. 44. No 3. Pp. 273–303. DOI: 10.1111/sltb.12070.
12. Wilkinson P.O., Qiu T., Neufeld S., Jones P.B., Goodyer I.M. Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorder by 17 years prospective cohort study // The British Journal of Psychiatry. 2018. Vol. 212. Pp. 222-226. DOI: 10.1192/bjp.2017.45.

Yu.V. Shaposhnikova

PREDICTORS OF NON-SUICIDAL SELF-HARM IN ADOLESCENT GIRLS

Krasnoyarsk regional psychoneurological dispensary No. 1» (Krasnoyarsk).

Summary. Presumptive predictors of non-suicidal self-harm in female adolescents with non-psychotic mental disorders have been determined. Diagnoses are made according to the criteria of ICD-10. In the course of the study, the following methods were used: Clinical-psychopathological method, clinical-anamnestic method, statistical method. Timely identification of predictors of self-harming behavior plays an important role in determining the tactics of assistance, which affects the further mental state of adolescents.

Keywords: non-suicidal self-harm, predictors, adolescents, NSSI.

**СПЕЦИФИКА СУБЪЕКТИВНОГО ОЩУЩЕНИЯ ОДИНОЧЕСТВА
В РАННЕМ ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

ФГБВОУ ВО «Академия гражданской защиты МЧС России» (Московская обл., Химки).

Резюме: В связи со спецификой раннего юношеского возраста, когда для личности наиболее значимой является приверженность к группе ровесников, переживание одиночества может приобретать очень тяжелые формы. В статье представлены результаты исследования субъективного ощущения одиночества в раннем юношеском возрасте, что имеет практическое значение для оказания своевременной психологической помощи и профилактики девиаций.

Ключевые слова: юношеский возраст, одиночество, глубина переживания, акцентуации характера.

В наше время существует масса причин, из-за которых индивид может испытывать чувство одиночества. По утверждению Г.С. Абрамовой, ранний юношеский возраст представляет собой один из периодов личностного развития, который в значительной мере влияет на развитие личности и ее дальнейшую судьбу. Этот возраст отличается яркостью и выраженностью переживаний различных психоэмоциональных состояний человеком [1]. О.Н. Истратова и Т.В. Эксакусто в своих работах указывают на то, что именно в этот период в наиболее заостренной форме впервые проявляет себя состояние одиночества. Поскольку в раннем юношеском возрасте общение является главной потребностью, то ощущение одиночества на этом возрастном этапе может оказаться одним из самых острых и болезненных чувств ребенка [5]. П.С. Гуревич рассматривал одиночество в качестве эмоционального состояния личности, связанного с нехваткой близких, позитивных эмоциональных взаимоотношений с людьми или страхом потери их вследствие вынужденной или имеющей психологические причины социальной изоляции [2]. Изучением проблемы подросткового одиночества занимались такие исследователи как И.С. Кон, Е.В. Неумоева-Колчеданцева, О.Б. Долгинова и др. [3, 6, 10]. И.С. Кон в своих работах говорил, что в подростковом возрасте, который является предшественником ранней юности, у личности может появиться представление о чувстве одиночества, которое будет связано с моральным состоянием человека, с его самоощущением, а не с фактической, физиологической изоляцией от других людей [6].

Большинство ученых подчеркивает, что одиночество может оказывать влияние на человека со всех сторон развития личности, особенно сильным это влияние будет на этапах развития и становления личности, то есть в период подросткового и раннего юношеского возрастов. К примеру, С.Г. Корчагина в своих трудах рассматривала одиночество как «уединенность». Это состояние, переживаемое как психологическое отделение, автономность, самостоятельность. Уединенность имеет временные рамки, добровольно и свободно выбира-

ется подростком. Уединение представляется наиболее «выгодным» для субъекта поведением в конкретный временной промежуток. С.Г. Корчагина полагает, что одиночество, рассматриваемое в этом контексте, способно положительно повлиять на молодых людей, поскольку в одиночестве человек может чувствовать свою индивидуальность и глубоко осознать свой внутренний мир [7]. С другой стороны, ярко выраженное негативное одиночество может вызвать у личности раннего юного возраста различные поведенческие отклонения, способствовать переживанию депрессии и даже привести к суициду [4].

В стремлении избежать одиночество человек в этом возрастном периоде способен на рискованные поступки, может приобретать негативные привычки, и даже прибегать к различным формам отклоняющегося поведения. Поэтому поведение в раннем юношеском возрасте может находиться под влиянием таких движущих сил, как необходимость взаимодействия и коммуникации со сверстниками и принадлежности к их группе, с другой стороны, как избегание одиночества. В то же время представитель раннего юношеского возраста может даже не понимать, что его решения не принадлежат ему. С.В. Малышева и Н.А. Рождественская выделили четыре основных причины, из-за которых появляется субъективное ощущение одиночества, а именно: осознание себя как уникальной, ни на кого не похожей личностью; отсутствие достаточного количества межличностных контактов со сверстниками; экзистенциальный кризис «смысла жизни»; принудительное удержание личности в каких-либо группах [8, 9].

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБПОУ Технологический колледж г. Москвы. В исследовании приняли участие обучающиеся первых и вторых курсов колледжа в количестве 30 человек с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а также 30 условно здоровых студентов первых и вторых курсов, в возрасте от 15 до 17 лет. Для изучения параметров субъективного ощущения одиночества нами были использованы следующие методики: тест-опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда «Акцентуации характера и темперамента личности»; тест-опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной; методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела, М. Фергюсона.

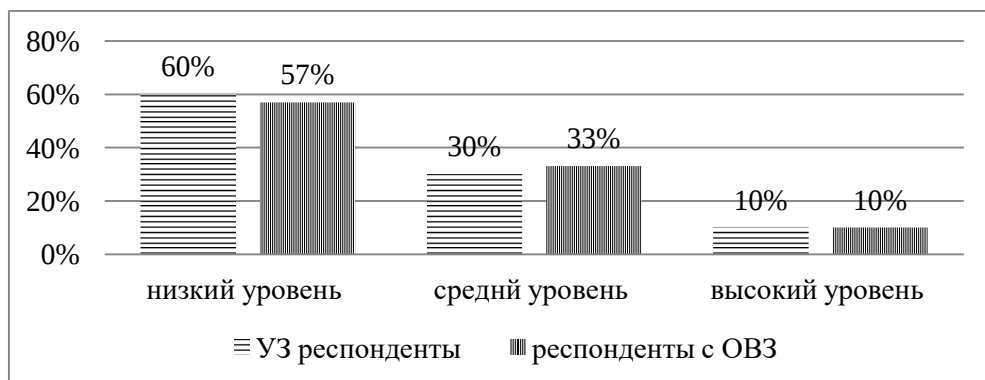


Рисунок 1. Результаты исследования уровня субъективного ощущения одиночества (по «Методике субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона).

Было определено, что порядка 10% всех респондентов имеют высокий уровень субъективного ощущения одиночества (рис. 1). Результаты методики С.Г. Корчагиной также указывают на то, что уровень одиночества среди респондентов достаточно высок: так, в группе условно здоровых респондентов зафиксированы показатели одиночества на среднем и высоком уровне (у 30% и 37% респондентов соответственно). Тогда как в группе респондентов с ОВЗ средний уровень одиночества наблюдается лишь у 50% опрошенных, высокий уровень одиночества на момент исследования переживали 17% респондентов (рис. 2).

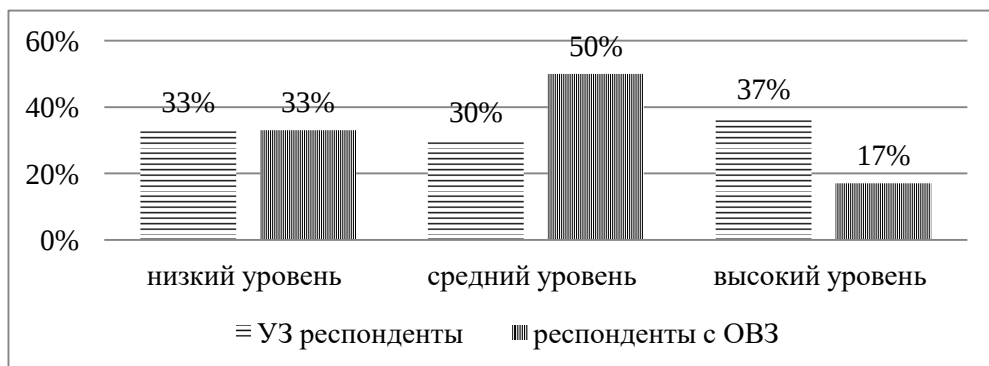


Рисунок 2. Результаты участников исследования уровня одиночества (по опроснику «Одиночество» С.Г. Корчагиной).

По методике «Акцентуации характера» у респондентов обеих групп были выявлены акцентуации характера. В обеих группах преобладающим типом акцентуации характера является возбудимый тип – в группе условно здоровых респондентов 40% участников имеют данный тип акцентуации характера, в группе респондентов с ОВЗ порядка 37% участников показали этот результат. Для лиц, имеющих возбудимый тип акцентуации характера свойственны такие качества личности, как повышенная импульсивность, грубость, мрачность, гневливость, конфликтность, вспыльчивость. Таким людям бывает сложно контролировать свои страсти и побуждения, зачастую они находятся под властью физиологических потребностей, живут сегодняшним днем и отдают предпочтения развлечениям.

Также выражен демонстративный тип, 33% из группы условно здоровых респондентов и 23% респондентов с ОВЗ имеют этот тип акцентуации характера. Главной особенностью для данного типа характера является потребность во внимании к собственной персоне, эгоцентризм, желание выделяться.

В одинаковой степени представлены педантичный и аффективно-экзальтированный типы акцентуаций: по 30% из группы условно здоровых респондентов и 23% респондентов из группы с ОВЗ также. Личности, у которых зафиксирован педантичный тип акцентуации характера, отличаются ригидностью, инертностью психических процессов. Такие субъекты очень пунктуальны, скрупулезны и добросовестно относятся к работе, ориентированы на высо-

кий уровень качества выполняемой работы. Аффективно-экзальтированный тип характеризуется эмпатичностью, альтруистичностью, такие подростки очень склонны находиться под влиянием сиюминутных настроений и впадать в панику, часто спорят, но при этом не конфликтны.

17% респондентов с ОВЗ имеют дистимический тип акцентуации характера, тогда как в группе условно здоровых респондентов данный показатель имеет отметку в 7%. Они отличаются низкой контактностью, обидчивостью, чувствительностью, застенчивостью, что значительно мешает им сблизиться с окружающими, именно поэтому они зачастую испытывают повышенный уровень одиночества (рис. 3).

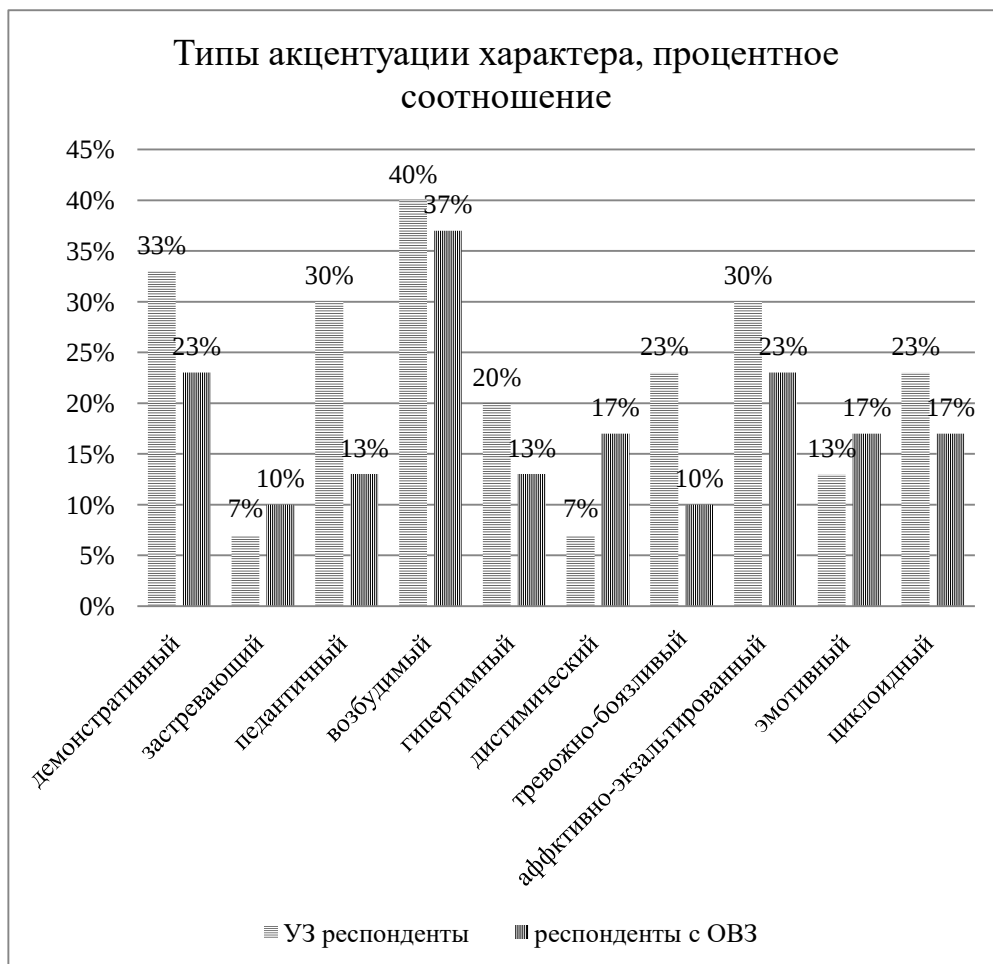


Рисунок 3. Результаты исследования типов акцентуации характера (по методике Г. Шмишека и К. Леонгарда).

Данные проведенного корреляционного анализа между исследуемыми явлениями: глубиной и уровнем переживаемого одиночества представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты корреляционного анализа между глубиной и уровнем субъективного одиночества, r – коэффициент корреляции Спирмена ($r \geq 0.49$, $p < 0.05$)

Показатели	Глубина переживания одиночества (r)	Уровень одиночества (r)
Глубина переживания одиночества в группе условно здоровых респондентов	1	-0,068
Уровень одиночества в группе условно здоровых респондентов	-0,068	1
Глубина переживания одиночества в группе респондентов с ОВЗ	1	0,187
Уровень одиночества в группе респондентов с ОВЗ	0,187	1

Результаты исследования свидетельствуют о том, что субъективное ощущение одиночества испытывают и переживают как условно здоровые обучающиеся колледжа, так и обучающиеся с ОВЗ. Кроме того, мы выявили, что уровень и глубина переживания одиночества у респондентов обеих исследуемых групп взаимосвязаны. Одиночество представляет собой одно из характерных переживаний раннего юношеского возраста. Субъективное ощущение одиночества, несмотря на тяжесть протекания процесса проживания этого чувства, жизненно необходимо, так как оказывает значительное воздействие на процесс личностного становления индивида. Имеют место различные факторы, способствующие появлению ощущения одиночества, к ним можно отнести индивидуальные, зависящие от психофизиологических особенностей личности, социальные, напрямую зависящие от ситуации развития индивида. Одиночество можно рассматривать как текущий во времени процесс или как процесс, протекающий в одной из сфер развития личности – когнитивной, эмоциональной или поведенческой.

Субъективное ощущение одиночества подразумевает под собой переживание, которое может повлечь за собой комплексные, острые чувства, выражающие определенную форму самосознания. Данное состояние впервые в наиболее острой форме проявляется в подростковом возрасте, когда происходит поиск собственной идентичности и связей с окружающим миром, в раннем юношеском возрасте это состояние может развиваться и усугубляться. Продолжительное ощущение одиночества развивается в ситуациях, когда личность на протяжении длительного периода не способна к установлению удовлетворяющих его близких социальных связей и контактов. В наиболее критических случаях необходима квалифицированная помощь психологов, психотерапевтов, психиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: учеб. пособие для студ. вузов / 4-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 672 с.
2. Гуревич П.С. Психологический словарь / Под общей ред. П.С. Гуревича. М.: ОЛМА Медиа Групп ОЛМА ПРЕСС Образование, 2007. 800 с.
3. Долгинова О.Б. Одиночество и отчужденность в подростковом возрасте: дис. ...канд. психол. наук. СПб., 1996. 86 с.

4. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 6-е изд., испр. М.: Издательский центр «Академия», 2018. 288 с.

5. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Большая книга подросткового психолога. М.: Феникс, 2010. 640 с.

6. Кон И.С. Многоликое одиночество. М., 2011. 240 с.

7. Корчагина С.Г. Психология одиночества. М.: Москва, 2007. 162 с.

8. Малышева С.В. «Образ Я» и представление о сверстнике у подростков, переживающих одиночество. М., 2003. 70 с.

9. Малышева С.В., Рождественская Н.А. Особенности чувства одиночества у подростков // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 2001. № 3. С. 63-68.

10. Неумоева-Колчеданцева Е.В. Одиночество как общественно-историческое явление и как явление индивидуальной жизни // Гуманитарный вектор. Вестник Забайкальского отделения Академии гуманитарных наук. Чита: ЗабГПУ. 2004. № 1. С.23-29.

REFERENCES

1. Abramova G.S. Vozrastnaya psikhologiya: ucheb. posobie dlya stud. vuzov / 4-e izd., stereotip. M.: Izdatel'skij cenzr «Akademiya», 1999. 672 s.

2. Gurevich P.S. Psikhologicheskij slovar' / Pod obshhej red. P.S. Gurevicha. M.: OJIMA Media Grupp OLMA PRESS Obrazovanie, 2007. 800 s.

3. Dolginova O.B. Odinochestvo i otchuzhdennost' v podrozkovom vozraste: dis. ...kand. psikhol. nauk. SPb., 1996. 86 s.

4. Zmanovskaya E.V. Deviantologiya: (Psikhologiya otklonyayushhegosya povedeniya): ucheb. posobie dlya stud. vy'ssh. ucheb. zavedenij. - 6-e izd., ispr. M.: Izdatel'skij cenzr «Akademiya», 2018. 288 s.

5. Istratova O.N., E'ksakusto T.V. Bol'shaya kniga podrozkovogo psikhologa. M.: Feniks, 2010. 640 s.

6. Kon I.S. Mnogolikoe odinochestvo. M., 2011. 240 s.

7. Korchagina S.G. Psikhologiya odinochestva. M.: Moskva, 2007. 162 s.

8. Maly'sheva S.V. «Obraz Ya» i predstavlenie o sverstnike u podrozkov, perezhiyayushhikh odinochestvo. M., 2003. 70 s.

9. Maly'sheva S.V., Rozhdestvenskaya N.A. Osobennosti chuvstva odinochestva u podrozkov // Vestnik MGU. Seriya 14. Psikhologiya. 2001. # 3. S. 63-68.

10. Neumoeva-Kolchedanczeva E.V. Odinochestvo kak obshhestvenno-istoricheskoe yavlenie i kak yavlenie individual'noj zhizni // Gumanitarny'j vektor. Vestnik Zabajkal'skogo otdeleniya Akademii humanitarny'kh nauk. Chita: ZabGPU. 2004. # 1. S.23-29.

E.V. Kotova

SPECIFICITY OF SUBJECTIVE FEELINGS OF LONELINESS IN EARLY YOUNG ADULTS

Academy of Civil Protection of EMERCOM of Russia» (Moscow region, Khimki).

Summary: Due to the specifics of early adolescence, when for the personality the most significant is the commitment to the peer group, the experience of loneliness can acquire very severe forms. The article presents the results of the study of subjective feeling of loneliness in early adolescence, which is of practical importance for the provision of timely psychological help and prevention of deviations.

Keywords: adolescence, loneliness, depth of experience, character accentuation.

УДК 614.253.81

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова

**ОШИБОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ
В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ³**

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

Резюме. В статье представлены современные подходы в отношении диагностики шизофрении в детско-подростковом возрасте и показаны концептуальные и практические трудности установления данного диагноза в РФ на основе существующих диагностических критериев МКБ-10.

Ключевые слова: шизофрения, дети, подростки, МКБ-10.

Обращение к проблематике ошибочной диагностики шизофрении в детском и подростковом возрасте в значительной степени основано на нашем опыте проведения Федеральных телеконсультаций практически по всем регионам России и консультативно-диагностической работе в детском отделении Московского НИИ психиатрии, транслирующем относительно высокий удельный вес, среди попавших в наше поле зрения пациентов, детей и подростков, с необоснованно выставленным диагнозом шизофрении. Наше сообщение не претендует на всеобъемлющий охват всех аспектов проблемы, поскольку среди запросов на уточнение диагноза мы практически не сталкивались с целым рядом болезненных состояний, включающих органические, метаболические и другие расстройства, характер симптоматики которых может потребовать проведения соответствующего дифференциального диагноза, и имеет скорее практическую направленность, отражающую проблемный характер сложившейся клинической практики.

Предмет нашей обеспокоенности корреспондирует с последними эпидемиологическим данным по России, согласно которым показатели общей заболеваемости шизофренией в детском возрасте увеличились на 6,5% - с 13,53 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 14,41 на 100 тыс. населения в 2018 г., а в группе подростков показатель заболеваемости шизофренией возрос на 44,7% - с 54,61 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 79,03 на 100 тыс. населения в 2018 г. [3]. Доля больных, страдающих шизофренией, составляет 4,4% среди общего числа детей, признанных инвалидами вследствие психического расстройства [1]. Очевидным образом причины столь значительного роста статистических показателей не могут быть объяснены истинным ростом числа заболевших шизофренией детей и подростков.

Помимо существенных негативных социальных, психологических и клинических последствий для пациентов и их семей, выявленная актуальная тен-

³Работа 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.

денция может указывать на наличие определенных кризисных явлений в отечественной детской психиатрии в целом и требует пристального внимания.

Проблема шизофрении была и остается центральным конструктом классической психиатрии с неизменно высокой актуальностью теоретических и практических аспектов ее изучения. К настоящему времени на эвристическом уровне признается наличие гетерогенного феномена шизофрении с концептуальным разделением симптоматики заболевания на так называемую позитивную и негативную, но общий итог клинических и теоретических изысканий настолько незавиден, что некоторыми исследователями высказывались предложения отказаться от самого названия расстройства.

Накопившийся корпус данных позволяет констатировать отсутствие патогномоничных для шизофрении симптомов, в том числе долгое время бывших ведущей диагностической опорой симптомов 1-го ранга, и неспецифичности других клинических признаков как в отношении продуктивной, так и негативной симптоматики. Как показано многочисленными исследованиями, эти же симптомы могут встречаться и при других психических расстройствах.

Также не нашло убедительного подтверждения концептуальное положение, что каждой форме течения шизофрении соответствует закономерная последовательность динамики психопатологических синдромов («стереотип развития» болезни), как и не увенчались успехом основательные попытки связать тип шизофрении и течение шизофренического процесса [10].

Трудно разрешимое противостояние между категориальной и прототипической диагностикой пока не имеет своего решения, и сформулированные в современных классификациях диагностические критерии шизофрении носят характер консенсуса среди экспертов с креном последних версий МКБ и ДСМ в сторону статического «среза» наличествующей симптоматики в ущерб играющей существенную роль для диагностики, клинико-динамической оценке состояния [17]. Нельзя не упомянуть и считающийся научно обоснованным отказ от традиционной типологии форм шизофрении в МКБ-11 вследствие подавляющего преобладания параноидной симптоматики и частого «перекрестного» присутствия в клинической картине кататонических и других видов психотических симптомов.

Применительно к детской психиатрии сохраняет актуальность ранее высказываемое многими отечественными и зарубежными клиницистами мнение, что развитие шизофренического процесса в детском возрасте, его основные проявления и закономерности течения аналогичны таковым у взрослых больных. Нозологическое единство шизофрении в различные возрастные периоды проявляется в общности основных психопатологических проявлений, прежде всего – негативных расстройств, приводящих по существу к тем же изменениям личности, что и у взрослых больных. Со времен Г.Е. Сухаревой [5] единство детской и взрослой шизофрении проявляется также в общности клинических форм: параноидной, кататонической и гебефренической.

Наряду с общностью основных проявлений, течения и исхода изучение шизофрении у детей и подростков позволило установить отличительные особенности, связанные с определенной фазой возрастного развития больных (возрастной патоморфоз). Характер такого видоизменения клинической картины и

течения отчетливо выступает при сравнительно-возрастном изучении шизофрении в детском возрасте. Обнаружены отличия от взрослых больных в отношении распространенности и частоты возникновения психопатологических проявлений, течения, исхода, особенностей дефекта, изменений личности и т. д. [5]

Несмотря на то, что возрастное видоизменение касается в основном клинических проявлений, а не их сущности, сохраняет свою актуальность мнение основоположников отечественной детской психиатрии, что некоторые особенности клинической картины шизофрении с началом в детском возрасте связаны с одновременным появлением симптомов самой болезни и отклонений в психическом развитии, возникающих под влиянием заболевания, в виде признаков регресса, задержки развития, искажения или даже его приостановки.

Симптомы дизонтогенеза являются обязательными, но недостаточными для исчерпывающей диагностики компонентами клинической картины шизофрении в детско-подростковом возрасте, особенно ярко выступающими в случаях раннего начала заболевания, и степень выраженности дизонтогенеза находится в прямой зависимости от сроков начала заболевания. При этом проявления «вторичных», обусловленных влиянием шизофренического процесса, дизонтогенетических нарушений не следует отождествлять с преморбидными особенностями больных и изменениями доманифестного этапа развития заболевания.

Первое в России описание шизофрении у 10-летнего ребенка было представлено одним из основателей детской психиатрии, петербургским психиатром, приват-доцентом С.Н. Данилло в опубликованной в 1892 году работе «О детской кататонии» [цит. 2, с. 23]. Яркое описание картины заболевания привлекло внимание отечественных исследователей и послужило толчком к его активному изучению в начале XX в.

Современное понимание концепции шизофрении с ранним началом (до 18 лет) тесно связано с появлением в начале 70-е годов революционных работ Kolvin I. (1971) [12] и Rutter M. (1972) [16], которым удалось провести разграничение между шизофренией и расстройствами аутистического спектра, значительная часть случаев которых до этого трактовалась как специфический «детский тип» шизофрении. Ими были представлены доказательные подтверждения неоднократно высказывавшегося ранее клинического предположения об аналогичности клинических проявлений шизофрении у детей и взрослых. Поскольку было показано, что выделение понятия «детская шизофрения» как самостоятельного заболевания не имеет клинических оснований, как диагностическая рубрика «детский тип шизофрении» был удален из DSM-3 (1980), в которой впервые были представлены единые диагностические критерии шизофрении. Последующие катамнестические исследования подтвердили обоснованность их применения и высокий уровень стабильности диагноза шизофрении, установленного в детстве, при переходе во взрослый возраст [11, 15]

Этим фактически дезавуируется основанное на клиническом предположении о наличии особого раннего процессуального шизофренического дизонтогенеза, впервые высказанное А.Н. Бернштейном (1912) допущение возможности внутриутробного заболевания шизофренией, когда «больные рождаются на свет с уже готовой болезнью», также как и мнение О.П. Юрьевой, считавшей воз-

можным начало шизофрении даже в самом раннем периоде развития ребенка (на 1-2 году жизни) [6].

В клинико-диагностическом аспекте важно отметить, что на уровне клинического фенотипа аутистические расстройства и шизофрения имеют общий дефицит социального поведения, странность речи, необычные реакции на окружающую среду и аффективные нарушения. При этом они больше не рассматриваются как взаимоисключающие расстройства, и уже с DSM-III-R (1987) подразумевается, что исследования распространенности должны выполняться с учетом коморбидности между этими двумя расстройствами. По данным Rapoport et. al. (2009) 28% детей с ранней шизофренией имеют коморбидный диагноз расстройства аутистического спектра [14].

Окончательное принятие «детским» психиатрическим сообществом современных представлений о шизофрении с ранним (до 18 лет) и ультраранним (до 13 лет) началом вкупе с накопившимися данными о возможности формирования психотических симптомов при расстройствах, не ассоциированных с шизофренией, привели к закономерным выводам об относительно редкой встречаемости шизофрении в данной возрастной группе. По последним, весьма сдержанным, оценкам, на возраст до 13 лет приходится лишь 0,05% всех случаев данного расстройства, лишь 2% больных шизофренией сообщают о начале психотических симптомов в этот возрастной период. После 15 лет наблюдается резкий рост заболеваемости шизофренией, приближающийся к показателям распространенности у взрослых [13]. Эти находки даже послужили основанием для высказывания опасений «пропустить» шизофрению в связи с высокой вероятностью для врачей практически не встретить таких больных в рутинной практике, влекущей за собой отсутствие достаточного клинического опыта в ее распознавании [8].

Достаточно тривиальная констатация очень редкой встречаемости шизофрении до 15-летнего возраста в парадигме устоявшейся клинической практики с обязательным использованием формальных общевозрастных критериев диагностики по МКБ-10, первоначально вызвала неприятие и продолжает вызывать достаточно болезненную реакцию в определенных кругах отечественных детских психиатров.

Ситуация осложняется тем, что именно в российской версии МКБ-10 (1998), вообще крайне редко используемая на практике зарубежными детскими психиатрами рубрика F20.8 – «Другой тип шизофрении» была произвольно заменена на «Шизофрения, детский тип» с совершенно невнятным клиническим описанием, ограничивающимся указанием, что «эта рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе формы, возникающие в раннем детстве с выраженным дефектом олигофреноподобного типа» [4]. Нам также известно о попытках «протащить» упоминание о «детском типе шизофрении» в готовящуюся редакцию отечественной версии МКБ-11.

В-целом, на масштаб проблемы гипердиагностики шизофрении в детском возрасте указывают имеющиеся литературные данные, согласно которым от 30% до 50% пациентов с аффективными или другими атипичными психотическими симптомами ошибочно расцениваются как больные шизофренией [9].

Трудности верификации диагноза шизофрении с началом в детском возрасте

наиболее убедительно показаны в уникальном по дизайну исследовании, проведенном детским подразделением Национального института психического здоровья США (NIMH). С 1990 г. в течение 22 лет было рассмотрено более 3000 инициальных обращений с подозрением на наличие симптомов шизофрении. Из них более у 90% пациентов в итоге был установлен альтернативный диагноз. Из чуть более 200 детей с предварительным диагнозом шизофрении на этапе скрининга после динамического наблюдения группой экспертов в условиях стационара на фоне 3-недельной полной отмены препаратов («washout») диагноз был изменен с последующим катамнестическим подтверждением еще у почти 40% больных [7].

По результатам проведенных нами телеконсультаций, практически во всех случаях с преобладанием в клинической картине кататонических нарушений и ссылок без достаточных клинических оснований на наличие признаков так называемого «олигофреноподобного дефекта», ранее выставленный диагноз «Шизофрения, детский тип» был изменен на расстройство аутистического спектра.

Эта группа пациентов вызывает наибольшую обеспокоенность, поскольку складывается впечатление, что подобного рода диагностические ошибки не были следствием ошибочной интерпретации клинической картины, а являлись следствием своеобразной «индоктринации» специалистов, сознательно игнорирующих требование соответствия имеющимся диагностическим критериям шизофрении и слепо следующих системе устаревших доктрин.

Наличие симптомов кататонии определяется почти у 20% больных с аутизмом и само по себе не является достаточным основанием для диагноза кататонической шизофрении у больных с расстройствами аутистического спектра, поскольку в обязательном порядке должны наличествовать и другие, так называемые «общие» критерии шизофрении по МКБ-10. Более того, кататония в МКБ-11 выделена как отдельный спецификатор.

Кроме того, долгое время рассматривавшийся как практически патогномоничный критерий «нарастания негативных расстройств мышления и изменений по типу эмоционального оскудения» в силу отсутствия клинической четкости и существенных практических трудностей или даже невозможности определения начала этих пресловутых изменений в детском возрасте давал возможность произвольной трактовки той или иной жизненной траектории ребенка и простор для субъективной установочной интерпретации детскими специалистами имеющихся клинических данных.

Следует отдельно упомянуть о проблеме «воображаемых друзей», которые вообще не рассматриваются как признак психических нарушений и могут встречаться у здоровых детей с особенностями развития, но часто интерпретируются как возрастной эквивалент бредовых или галлюцинаторных расстройств.

Общий ошибочный подход – фрагментация целостной оценки клинической картины с субъективным выхватыванием отдельных симптомов, игнорирование данных анамнеза, семейной истории и т. д. Вместе с тем, возникновение шизофрении у детей – признак повышенной биологической уязвимости, и уместно напомнить о случаях так называемой злокачественной шизофрении с преобладанием кататоно-гебефренных расстройств в данной возрастной группе с характерным кататрофически быстрым распадом психики и формированием глубокого дефекта.

В подростковом возрасте с заметным отрывом доминировали случаи ошибочной диагностики параноидной шизофрении у больных с пограничным личностным расстройством с жалобами на «голоса», «сущности», «тени» и т. д. Основной диагностической опорой является отсутствие параноидной структуры состояния и наличие других симптомов, характерных для «пограничного» паттерна патохарактерологического личностного реагирования.

В заключение важно подчеркнуть: существуют объективные и субъективные трудности установления верифицированного диагноза шизофрении в детском возрасте, и обязательным условием последнего является часто упускаемое из виду использование единых для всех групп больных диагностических критериев МКБ-10, а также применение выжидательной тактики в установлении окончательного диагноза.

Конфликт интересов не заявлен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демчева Н.К., Пронина Л.А., Положая З.Б. Показатели инвалидности детей по психическому заболеванию в Российской Федерации в 2002-2012 гг. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014,1:3-11.

2. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. Учебник для вузов. СПб.: СпецЛит, 2001. 463 с.

3. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. 2019, 4: 4-15.

4. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общей ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.

5. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы). М.: Медицина, 1974. 320 с.

6. Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. 400 с.

REFERENCES

1. Demcheva N.K., Pronina L.A., Polozhaya Z.B. Pokazateli invalidnosti detej po psikhicheskomu zabolevaniyu v Rossijskoj Federaczii v 2002-2012 gg. Vestnik nevrologii, psikhiatrii i nejrokhirurgii. 2014,1:3-11.

2. Isaev D.N. Psikhopatologiya detskogo vozrasta. Uchebnik dlya vuzov. SPb.: SpeczLit, 2001. 463 s.

3. Makushkin E.V., Demcheva N.K. Dinamika i sravnitel'nyj analiz det-skoj i podrostkovoj zabolevaemosti psikhicheskimi rasstrojstvami v Ros-sijskoj Federaczii v 2000-2018 godakh // Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2019, 4: 4-15.

4. Psikhicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedeniya (F00-F99). (Klass V MKB-10, adaptirovannyj dlya ispol'zovaniya v Rossijskoj Federaczii) / Pod obshhej red. B.A. Kazakovczeva, V.B. Gollanda. M.: Minzdrav Rossii, 1998. 512 s.

5. Sukhareva G.E. Lekcii po psikhiatrii detskogo vozrasta (Izbranny'e glavy). M.: Mediczina, 1974. 320 s.

6. Shizofreniya: Mul'tidisciplinarnoe issledovanie / Pod red. A.V.

Snezhnevskogo. M.: Meditsina, 1972. 400 s. Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia and early-onset schizophrenia spectrum disorders: an update // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020 29:71–90. 10.1016/j.chc.2019.08.017

7. Driver D.I., Gogtay N., Rapoport J.L. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2013 Am 22(4):539–555 doi:10.1016/j.chc.2013.04.001

8. Driver DI, Thomas S, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood-onset schizophrenia and early-onset schizophrenia spectrum disorders: an update // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2020 29:71–90. 10.1016/j.chc.2019.08.017

9. Gordon C.T. et al. Childhood-onset schizophrenia: an NIMH study in progress // Schizophr Bull. 1994. 20(4):697–712.

10. Häfner H. The Concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity // Advances in Psychiatry, 2014, 1-39 - September 2014 <https://doi.org/10.1155/2014/929434>

11. Jarbin H. et al. Adult outcome of social function in adolescent-onset schizophrenia and affective psychosis // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003 42:176–183.

12. Kolvin, I. Studies in the childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification. British Journal of Psychiatry 1971 118, 381-384

13. Pontillo M., Aversa R., Tata M.C. et al. Neurodevelopmental trajectories and clinical profiles in a sample of children and adolescents with early- and very-early-onset schizophrenia. // Front Psych. 2021 12:662093. doi: 10.3389/fpsy.2021.662093

14. Rapoport J., Chavez A., Greenstein D. et al. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009.48:10-18.]

15. Remschmidt H. et al. Forty-two years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia // Journal of Neural Transmission, 2006. 114, 505–512. doi:10.1007/s00702-006-0553-z

16. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1972 2(4), 315-337. doi:10.1007/bf01537622

17. Tandon R. et al., Definition and description of schizophrenia in the DSM-5, Schizophr. Res. (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova

FAILED DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD

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

Summary. Based on appropriate clinical approaches are revealed the challenges and increasing importance of careful diagnosis of schizophrenia in children and adolescences based on ICD-10 criteria.

Key words: schizophrenia, children, adolescents, ICD-10.

УДК 616.89 616-056.4

М.А. Калинина, Е.Е. Балакирева, Г.В. Козловская, С.Г. Никитина,
Т.Е. Блинова, О.В. Шушпанова, Н.И. Голубева, Г.Н. Шимонова,
М.В. Иванов, И.А. Марголина, Н.В. Платонова, А.В. Куликов,
А.А. Коваль-Зайцев, Н.С. Шалина

**ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЕ
ПЕРСПЕКТИВЫ. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАССТРОЙСТВ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ЧАСТЬ 2-1
ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Резюме. В статье представлен обзор литературы, посвященный различным патогенетическим аспектам формирования аутистических нарушений. Обсуждаются генетические и эпигенетические факторы риска. Отмечается важная роль иммунологических нарушений, роль нейровоспаления в формировании аутистических расстройств. Обсуждается роль нарушения обмена микробиоты в формировании процессов нейровоспаления. Выделяются критические периоды в онтогенезе, важные для формирования аутистических расстройств. На основе выявленных факторов риска предлагается разработка реабилитационных профилактических подходов для профилактики развития аутистических расстройств.

Ключевые слова: аутизм, дети, генетика, иммунология, патогенез, факторы риска и антириска.

Генетическая предрасположенность к РАС. Большая клиническая неоднородность расстройств аутистического спектра (РАС) подразумевает большую неоднородность и в патогенезе РАС. Помимо примерно 10% случаев моногенных синдромальных мутаций [72], к настоящему времени выделено более 200 генов восприимчивости, связанных с аутизмом [109], хотя ни один из отдельных генов, идентифицированных на сегодняшний день, не отвечает более чем за 1% РАС. Остальные ~ 90% случаев РАС (так называемый «идиопатический аутизм») приписываются генным вариациям, которые были определены как «общий полигенный риск» [52] и включают тысячи локусов с полиморфными вариациями числа копий (CNV) и однонуклеотидными генами (SNP), как новыми, так и унаследованными, часто определяющими многофакторный уникальный и синергетический генный состав. В любом случае генетическая структура аутистических особенностей чрезвычайно сложна. Например, было обнаружено, что уровень конкордантности у монозиготных близнецов сильно варьирует (36–96%) в зависимости от пола, тяжести признака и от того, был ли поставлен диагноз узким или широким [22, 53, 89, 103].

При изучении функций белков, кодируемых генами предрасположенности к РАС, выявляют три основные функциональные категории. Они включают: белки, участвующие в передаче сигналов от клетки к клетке вдоль клеточных мембран и особенно в синапсах, белки, участвующие в передаче сигнала и белок-белковых взаимодействиях, и ДНК- и РНК-связывающие и хроматин-модифицирующие белки. Как выяснилось, эти три функциональные категории

взаимодействуют в регуляторных сетях на множестве уровней вдоль биологических процессов нейронов таким образом, что нарушение регуляции одного белка влияет на нервную клетку в целом [52, 54, 72, 109].

Несколько синдромальных мутаций РАС включают пути, которые закрепляют синаптический аппарат, регулируют высвобождение синаптических пузырьков, контролируют субклеточные сигнальные пути и организуют миграцию и связи нейронов [33]. Открытие того, что одни и те же молекулярные функции, клеточные локализации и процессы являются общими для генных продуктов, кодируемых генами, мутировавшими в редких моногенных мутациях, ведущих к РАС, привело к появлению определения РАС как «синаптопатии» [33, 57]. Проекция аксонов, формирование и разветвление дендритов, поддержание и устранение синапсов — все это критические этапы дифференцировки нейронов [38], а аномалии в формировании и функционировании синапсов вызывают дисбаланс между возбуждением и торможением нейронов [108]. Однако различные синдромальные, а также различные редкие моногенные нарушения воздействуют на белки с функциональными ролями, отличными от тех, которые связаны с синаптическими функциями, например, те, которые участвуют в эпигенетическом контроле экспрессии генов.

Нелинейная эпигенетика и смена парадигмы для понимания нарушений развития нервной системы. Проведенный Castelbaum L. и др. авторами анализ [22] приводит к выводам, что «хотя РАС сам по себе является в высокой степени наследственным заболеванием, на вариацию тяжести симптоматики выше диагностического порога существенно влияют, напротив, общие факторы окружающей среды, которые могут идентифицировать новые цели раннего вмешательства в РАС».

Упомянутая выше неполная конкордантность между гомозиготными близнецами [22], особенно если принять во внимание пенетрацию, сама по себе является доказательством того, что факторы окружающей среды играют роль в фенотипе РАС, то есть действуют через эпигенетические механизмы. Эпигенетика относится к механизмам регуляции генов, независимым от изменений основных кодирующих последовательностей ДНК [32]. Эпигенетические эффекторы, такие как метилирование ДНК, модификации гистоновых хвостов и некодирующие РНК [58], влияют на паттерны транскрипции генов посредством множества механизмов, регулируя доступность геномных локусов для нескольких регуляторных факторов. В онтогенезе изменения в эпигенетических сигналах регулируют дифференцировку клеток-предшественников в их специфическое зрелое состояние [32, 41, 88], способствуя эмбриофетальному развитию, которое определяет морфологическую и функциональную дифференциацию различных областей мозга, а также подготавливает эмбриофетальные ткани и органы, чтобы противостоять внематочной среде посредством настройки метаболических, иммунных, нейроэндокринных путей. Во время эмбриофетального программирования [37] реактивно-адаптивно-прогностические эпигенетические модификации настраивают экспрессию генов в ответ на постоянно и быстро изменяющиеся условия среды (фетальное программирование).

Эпигенетические механизмы также являются наиболее правдоподобным объяснением увеличения распространенности РАС в последние десятилетия [8, 42, 68, 83], поскольку гипотеза увеличения числа моногенных мутаций представляется нереалистичной. Следовательно, нелинейная эпигенетика, а не линейная генетика, кажется самым правдоподобным объяснением возникновения таких сложных состояний, как РАС [100].

Предполагаемые причины резкого увеличения распространенности нарушений развития нервной системы в целом те же, что и для увеличения распространенности многочисленных воспалительных, метаболических, дегенеративных и неопластических заболеваний [20, 78], как это выдвигается в Теории происхождения здоровья и болезней, связанных с развитием, или DOHaD теории [15, 20, 83], которая предполагает эпигенетическое/эмбриофетальное происхождение заболеваний. Согласно парадигме DOHaD, большинство неинфекционных состояний возникает на раннем этапе развития плода в результате воздействия окружающей среды: изменения питания, действия стресса, лекарств, инфекций или воздействия химических веществ из окружающей среды. Во время беременности несколько гомеостатических механизмов поддерживают развитие растущего плода. В случае появления неблагоприятных пренатальных факторов оптимальное гомеостатическое равновесие может быть нарушено, а неадекватные реакции могут инициировать патогенные [7, 21, 43, 59, 65].

Согласно DOHaD теории первые 1000 дней, от зачатия до 2 лет жизни [26], считаются наиболее важным критическим периодом для развития нервной системы, что делает это временное окно наиболее уязвимым для механизмов, влияющих на эпигенетические механизмы. Так, в этот период несколько экзогенных ударов, изменяющих материнскую среду, и ряд неблагоприятных событий окружающей среды способны вызвать долговременные модификации эпигенетических паттернов, которые проявляют высокий уровень пластичности [68, 98, 102, 107] во время эмбриофетального развития. Что касается развития нервной системы, они влияют на нейрогенез, миграцию клеток, дифференцировку и синаптогенез [25]. На физиологию плаценты и экспрессию плацентарных генов влияют несколько материнских факторов, таких как избыточное и недостаточное питание, прием наркотиков и алкоголя, курение, широкий спектр токсинов из окружающей среды, инфекции и стресс [64, 81]. Стоит отметить, что большое количество загрязнителей окружающей среды активируется путем арилуглеводородного рецептора (AhR)/цитохрома P450 (CYP), который, в свою очередь, влияет на эпигенетическую модуляцию генов, связанных с РАС [8]. Р.М. Abruzzo и др. (2019) сообщили о значительном увеличении сигнального пути AhR в сыворотке крови детей с РАС [8, 9]. L. Emberti Gialloreti и др. (2019) проанализировали доказательства, касающиеся многочисленных факторов риска и защиты во время беременности, которые коррелируют с РАС у потомства [35].

Тремя наиболее распространенными подходами к профилированию паттернов метилирования ДНК являются глобальный, эпигеномный анализ (EWAS) и анализ метилирования ДНК-гена-кандидата [27]. L. Dall'Aglio и др. (2018) недавно рассмотрели эпигенетические маркеры при РАС [27]. Как оказа-

лось, из 24 выбранных исследований большинство было сосредоточено на метилировании ДНК и имело «поперечный» дизайн. Наиболее часто исследуемыми тканями были кровь и мозжечок. В большинстве рассмотренных публикаций для проверки наличия дифференциальных эпигенетических меток использовался ген-кандидат или подход EWAS. Среди трех генов-кандидатов было проведено дифференциальное метилирование ДНК [8]. В результате выяснилось, что изменения модификации гистонов были значительными в гене, кодируемом как N3K27, в мозжечке и коре головного мозга людей, страдающих аутизмом, по сравнению с контрольной группой.

Полученные данные свидетельствуют о наличии причинно-следственной связи между эпигенетическими модификациями и нарушениями развития нервной системы, хотя некоторые результаты были либо противоречивы, либо не воспроизводятся независимо друг от друга [9], но, несомненно, будущие исследования смогут прояснить эти расхождения.

Материнский иммунный ответ является одним из эффекторных звеньев эпигенетической дисрегуляции [77]. Примечательно, что материнская иммунная активация (MIA) приводит к ремоделированию некоторых хромосомных областей и приводит к изменениям экспрессии генов в мозге потомства [6]. Разнонаправленное взаимодействие между материнским иммунным ответом во время беременности и эпигенетическим механизмом регулирует онтогенез и развитие нервной системы. Дисбаланс в этом взаимодействии может нарушить проводящие пути мозга плода и запустить процессы с долгосрочными последствиями [1, 2, 77]. Механизмы включают индуцированные иммунным фактором изменения эпигенетических сигнатур в головном мозге, нарушение регуляции эпигенетических модификаций, особенно в областях генома, которые кодируют иммунные функции, и aberrантную эпигенетическую регуляцию микроглии. [78]. Разнообразное взаимодействие между эпигенетическими механизмами плода и иммунным ответом матери привлекает внимание к иммунному балансу матери во время беременности и к широкому спектру факторов, влияющих на него. Фактически, MIA является эффекторным путем, запускаемым несколькими факторами риска, включая инфекции, аутоиммунитет, аллергию, материнско-плодовый стресс, токсины окружающей среды [84]. Воздействие на эти факторы может приостановить или запустить патологический процесс.

Многочисленные факторы риска и защиты, связанные с возникновением РАС у потомства, доказывают необходимость уделять особое внимание диете матери, нутрицевтическим добавкам, профилактике и лечению метаболических нарушений, защите от воздействия токсинов и множеству других факторов, связанных с повышенным риском развития РАС [29, 61]. Однако отдельные факторы редко можно считать причинными. Скорее, как указано выше, каждый фактор вносит свой вклад в развитие общей слабости. Таким образом, оценка воздействия отдельных факторов отдельно с помощью традиционных моделей линейной регрессии представляется чрезмерным упрощением. Наоборот, оценка синергетических эффектов различных одновременных воздействий представляется более близкой к биологическому состоянию, являющемуся объектом ис-

следования [7]. Искусственная нейронная сеть (ANN) с автосохраняющейся картой, предложенная E. Grossi et al. (2018), выдвигает на первый план скрытые тенденции и ассоциации между многочисленными переменными, связанными с беременностью, и раскрывает профили риска, связанные с РАС [45, 48]. В исследовании содержатся соответствующие предложения как для научных исследований, так и для клинической практики. Применение систем машинного обучения и создание постоянно растущих баз данных, которые могут постоянно пополняться клиническими, лабораторными и инструментальными записями, представляют собой наиболее многообещающую стратегию отслеживания, начиная с внутриутробного развития, различных профилей риска на протяжении всей жизни психоневрологической траектории. Благодаря воспроизведению динамического взаимодействия нескольких факторов одновременно этот инструмент способен представлять проблемы высокой сложности.

Связь между иммунным ответом и развитием нервной системы начинается в утробе матери и продолжается на протяжении всей жизни. Иммунологический дисбаланс при РАС касается как врожденного иммунитета, так и специфического ответа Т-лимфоцитов со сдвигом в сторону Th1-типа и преобладанием провоспалительных цитокинов, увеличением В-лимфоцитов, НК-клеток и дендритных клеток; и различная экспрессия поверхностных маркеров [13]. Р.М. Abruzzo и др. в 2019 г. [8] обнаружили корреляцию между клиническими особенностями и экспрессией генов многих воспалительных цитокинов и белков, связанных с воспалительно-окислительным стрессом [70]. М. Saresella и др. (2016) показали повышенную активацию множественных воспалительных комплексов и повышенную проницаемость кишечника у детей с РАС и здоровых братьев и сестер [94, 95]. Систематический обзор и метаанализ A. Saghazadeh et al. (2019) подтвердили увеличение провоспалительных цитокинов при РАС [93].

В целом, данные об иммунных нарушениях при РАС подтверждают наличие ранней и продолжающейся дисфункции периферической иммунной системы и головного мозга [94, 96]. Кроме того, серьезные иммунные изменения также обнаруживаются у братьев и сестер пациентов с РАС, не страдающих РАС [82]. Примечательно, что повышение уровня ИЛ-10 — цитокина с сильными противовоспалительными свойствами — можно интерпретировать как способ, с помощью которого иммунная система пытается уравновесить воспаление, присутствующее как у пациентов с аутизмом, так и у их братьев и сестер без РАС.

Исследования нейровоспаления при РАС позволяют получить все возрастающий объема знаний на оси мозг-кишечник-микробиота (МКМ), то есть сложных разнонаправленных взаимодействиях между ЦНС, кишечником, кишечным микробиомом, иммунной системой слизистой оболочки, энтеритной нервной системой (ЭНС) вегетативной нервной системой (ВНС, преимущественно блуждающая ветвь, непосредственно иннервирующая кишечник) [70], при этом афферентная информация блуждающего нерва передается в гипоталамус через ядро одиночного пути и area postrema в каудальном отделе ствола мозга [62]. Накапливающиеся данные выявляют многогранность нарушений МКМ-оси в патофизио-

логии нарушений головного мозга и ее потенциальных механизмах [28, 46, 55, 67, 81]. Согласно этой точке зрения, многочисленные факторы, которые могут влиять на микробиоту в первые 1000 дней (например, материнская микробиота, способ родов, грудное вскармливание, питание, инфекции и раннее лечение антибиотиками), следует рассматривать как решающие факторы риска для здоровья развивающейся нервной системы [3, 4, 56, 83, 107].

Что касается ВНС, то она играет ключевую роль в регуляции физиологии организма еще до рождения, способствует развитию плода, позволяя организму эффективно справляться с эндогенными и экзогенными стрессорами. В частности, блуждающий нерв участвует во многих важных путях во время внутриутробной, перинатальной и постнатальной жизни. Противовоспалительное холинергическое действие, модуляция биоэнергетического метаболизма посредством продукции гормонов [5, 6], роль первичных афферентных путей от периферических органов (в частности, от кишечника) к головному мозгу – вот некоторые из функций блуждающего нерва. ВНС является наиболее важным восходящим путем, который информирует мозг о кишечной среде, на которую влияют питательные вещества, иммунный ответ, микробный баланс и токсины. Сложные взаимодействия, в которых ВНС участвует с ранних стадий жизни, объясняют фундаментальную роль, которую она играет в онтогенезе, и то, почему «критические окна» созревания блуждающего нерва находятся в тесной связи с физиологией развития нервной системы. Следовательно, контроль потенциальных неблагоприятных факторов окружающей среды, влияющих на созревание ВНС, может иметь решающее значение для здоровья на протяжении всей жизни [6, 97].

В последнее десятилетие несколько исследований было посвящено активности ВНС при РАС (обзор X. Kong с соавт., 2021 [60]), и было высказано предположение, что нестабильность ВНС и повышенная симпатическая реакция на стрессовые стимулы могут способствовать высокой распространенности сопутствующих психических заболеваний при РАС [4, 5, 17, 23, 63, 76] и высокой распространенности сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у лиц с РАС [75]. Блуждающая ветвь ВНС непосредственно сообщается с ЭНС (энтеритной нервной системой). Исследования на животных моделях показали, что как блуждающий нерв, так и ЭНС могут быть затронуты воспалением слизистой оболочки кишечника, а также микробными побочными продуктами, такими как SCFA (короткоцепочечные жирные кислоты, вырабатываемые в кишечнике) и нейротрансмиттероподобные вещества [7], лежащие в основе решающей роли микробного баланса для здоровья.

Многие исследователи считают, что в пределах оси «кишечник-мозг» микробиота ведет себя как дирижер оркестра иммунно-нейроэндокринной связи [34, 85, 87, 104]. Было предложено множество молекулярных путей для объяснения корреляции между составом микробиоты и проводящими путями мозга при развитии нервной системы: прямые эпигенетические механизмы с помощью продуктов бактериального происхождения на гистоновых белках клеток головного мозга; производство или изменение нейротрансмиттеров, включая серотонин; индуцированное дисбактериозом нарушение целостности кишечни-

ка с последующим изменением проницаемости кишечного барьера и усилением транзита веществ из просвета кишечника в собственную пластинку; производство токсинов; активация иммунных сигнальных путей с высвобождением цитокинов и других воспалительных молекул, включая активацию воспаления [95]; прямая активация блуждающего нерва [50]; отклонения в процессах или продуктах брожения.

Проведенные исследования обнаружили корреляции между состоянием несбалансированных микробных сообществ, называемых дисбактериозом, и широким спектром заболеваний [46, 51, 69], включая неврологические нарушения, от нарушений развития нервной системы до психических состояний [13, 18, 51, 69, 75, 81, 106] и нейродегенеративных заболеваний [10, 24, 55, 70, 74, 81]. Связь между дисбактериозом, РАС и желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) вызывает растущий интерес [4, 5, 10, 24, 74]. Так, в обзоре С. Bundgaard-Nielsen соавт. (2020) есть указание на разницу в бактериальном составе [19] между пациентами с РАС и контрольной группой. Работа Н. Ding с соавт. [30] подтвердила связь между симптомами РАС и желудочно-кишечными симптомами, а также заметные различия в составе кишечной микробиоты между детьми с РАС и контрольной группой. Сопоставление данных свидетельствует о том, что ось кишечник-мозг и многочисленные механизмы, участвующие в ее функционировании, играют важную роль в патогенезе и симптомах РАС. Расшифровка взаимосвязей в этой сложной системе и воплощение их в клинической практике — это большая и трудная задача. Нет сомнений в том, что это важнейший вопрос для здоровья аутичных людей. Фактически дисбаланс микробиоты влияет на несколько патофизиологических процессов.

Обобщенные данные свидетельствуют о том, что ось кишечник-мозг и многочисленные механизмы, участвующие в ее функционировании, играют важную роль в патогенезе и симптомах РАС. Расшифровка взаимосвязей в этой сложной системе и воплощение их в клинической практике - это большая и трудная задача, решение которой представляет важнейший вопрос для здоровья аутичных людей.

Фактически дисбаланс микробиоты влияет на несколько патофизиологических процессов.

Дефицит витаминов является одним из наиболее частых метаболических нарушений, связанных с кишечным микробным дисбалансом, и часто встречается при РАС. Дефицит витаминов группы В представляет первостепенный интерес в связи с их ключевой ролью во многих физиологических процессах, связанных с энергетическим метаболизмом мозга и клеточным дыханием, таких как метаболизм глюкозы, жирных кислот и аминокислот, метаболизм гомоцистеина, метаболизм триптофана по кинурениновому пути, синтез и метаболизм различных нейротрансмиттеров и нейрогормонов [50, 99]. Витамины группы В также участвуют в регуляции проницаемости кишечного и гематоэнцефалического барьеров и обладают широким спектром иммуномодулирующих, антиоксидантных и нейропротекторных свойств. Пищевые источники, кишечная микробиота и ферментированные продукты, богатые пробиотическими бактериями,

являются основными источниками витаминов группы В [31, 40, 92]. Следовательно, дисбактериоз и дисбаланс питания могут поставить под угрозу фундаментальную систему здоровья человека, в частности, связанную с физиологией нервной системы. Так, в посмертных исследованиях лобной коры Y. Zhang с соавт. (2016) обнаружили снижение концентрации витамина В12 более чем в три раза ниже нормы как у пациентов с аутизмом, так и у пациентов с шизофренией, того же возраста [16, 111]. Одновременный дефицит витаминов В6, В9 и В12 был продемонстрирован при РАС [16]. Эти результаты согласуются с аномалиями метилирования белков и ДНК, о которых сообщалось у детей с аутизмом [49, 77]. Помимо дефицита витамина В, исследования Belardo A. с соавторами продемонстрировали [16] значительный блок образования цистатинина, последующее накопление гомоцистеина и более низкие уровни восстановленной формы глутатиона (GSH), вызывая снижение основного компонента внутриклеточного восстановительного механизма, необходимого для физиологического иммунного ответа, детоксикации и окислительно-восстановительной активности ферментов. Дефицит глутатиона при аутизме был впервые описан A. Chauhan и V. Chauhan в 2006 г. [25]. Дефицит витаминов группы В (В1, В6, В9), серосодержащих антиоксидантов, а также других микронутриентов, предположительно, является следствием активности токсичных альдегидов, образующихся при перекисном окислении липидов мембран в условиях окислительного стресса.

Нарушения в триптофановых путях также являются важной метаболической проблемой, о которой сообщается при РАС и которая может быть связана с дисбактериозом. Триптофан является незаменимой ароматической аминокислотой и одним из основных метаболитов в перекрестных помехах между микробиотой и хозяином в норме и при заболевании. Уровни этой аминокислоты зависят от рациона питания и состава микробиоты кишечника. Микробный баланс контролирует три основных пути метаболизма триптофана, ведущих к производным серотонина, кинуренина и индола [11]. Многочисленные исследования выявили более низкие уровни триптофана у детей с РАС по сравнению с контрольной группой [12, 56]. F. Gevi и др. (2016) продемонстрировали нарушение пути метаболизма триптофана при РАС с преобладанием кинуренинового пути и трансмутацией в ксантуреновую кислоту и хинолиновую кислоту (два катаболита кинуренинового пути) [47]. Предполагая, что метаболический дисбаланс, зарегистрированный в моче, отражает аналогичный биохимический дисбаланс в ЦНС, картина метаболизма мочи согласуется с повышенным окислительным стрессом и возбуждающим неврологическим дисбалансом, повышая риск возникновения судорог у 20% детей с РАС в выборке. Еще одним следствием предпочтительного метаболизма триптофана по основной ветви кинуренинового пути является относительное снижение продукции серотонина и мелатонина при РАС. Эти результаты могут способствовать объяснению аномалий в поведении, нарушенных циркадных ритмов и расстройств пищевого поведения при РАС.

В нескольких исследованиях сообщалось о повышении уровня гомоци-

стеина при РАС. Помимо участия в синтезе нейротрансмиттеров, гомоцистеин приводит к усилению возбуждающей глутаматергической нейротрансмиссии, которая инициирует каскад дисбаланса кальция, митохондриальной дисфункции, повышенного окислительного стресса, прогрессирующей дисфункции и дегенерации нейронов. Эти механизмы объясняют, почему легкая или умеренная гипергомоцистеинемия является фактором риска нейродегенеративных заболеваний и вызывает опасения по поводу возникновения прогрессирующей нейродегенерации при РАС [16, 110].

Несколько исследований демонстрируют признаки продолжающегося нейровоспалительного и нейродегенеративного процесса в различных областях мозга, включающего активацию микроглии [61, 82, 93]. В исследованиях посмертной мозговой ткани пациентов с РАС D.L. Vargas и др. [105] зафиксировали активированную микроглию и астроциты в коре головного мозга, белом веществе и особенно в мозжечке. Они также обнаружили постоянное увеличение экспрессии провоспалительного хемокинового моноцитного хемотаксического белка-1 (MCP-1) и корреляцию между повышением уровня MCP-1 и активацией микроглии в той же области [62]. Авторы предположили, что корреляция может быть объяснена хемотаксическим рекрутированием моноцитов/макрофагов в области нейродегенерации, которые они обнаружили в мозжечке. Наконец, они заметили, что эти наблюдения аналогичны результатам исследований других нейродегенеративных заболеваний, при которых продемонстрировано повышение MCP-1, таких как деменция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), боковой амиотрофический склероз и рассеянный склероз. Исследования в этой области помогут выявить риск нейродегенерации и использовать соответствующие стратегии профилактики во взрослом возрасте. Кроме того, данные свидетельствуют о том, что будущие методы лечения могут включать изменение нейроглиальных реакций в головном мозге.

Обращает внимание участие продуктов микробиоты кишечника в процессах нейровоспаления, поскольку они участвуют во множестве других процессов, представляющих наибольший интерес для развития нервной системы, от повышения проницаемости кишечника до эпигенетических модификаций в головном мозге. В частности, бутират представляет собой небольшой фрагмент SCFA (короткоцепочечные жирные кислоты в кишечнике человека, способные преодолевать гематоэнцефалический барьер), обладает противовоспалительным и нейропротекторным действием, а его введение животным моделям аутизма приводит к ослаблению дефицита социального поведения [66]. Кроме того, бутират поддерживает функцию митохондрий посредством окислительного фосфорилирования и окисления жирных кислот, тем самым связывая состав/функции микробиоты с окислительным стрессом/функцией митохондрий. В образцах фекалий детей с РАС концентрация бутирата была ниже, чем в контрольной группе. Добавление бутирата показало положительное влияние на линии лимфобластных клеток, полученных от детей с РАС, усиление митохондриальной функции в контексте физиологического стресса и/или митохондриальной дисфункции [66].

Митохондриальные аномалии и окислительный стресс при РАС связывают митохондриальные дисфункции с многочисленными аномалиями. Митохондрии представляют собой клеточные органеллы с собственной ДНК, которые необходимы для широкого спектра функций, таких как производство аденозинтрифосфата (АТФ) путем окислительного фосфорилирования, окислительно-восстановительный метаболизм, гомеостаз липидов, синтез стероидов, буферизация кальция, регуляция апоптоза и метаболические пути цикла мочевины, порфирин и аминокислоты, кислотообразование [44, 78, 91]. Митохондрии играют ключевую роль с самых ранних стадий жизни, с первого деления зиготы, и участвуют в механизмах, которые «регулируют динамику хроматина», необходимые для клеточной пролиферации и дифференцировки в ходе онтогенеза. Более того, эти органеллы регулируют направления дифференцировки нервных стволовых клеток и влияют на нейрогенез как во время развития нервной системы, так и во взрослом мозге. Митохондрии являются чувствительными мишенями стресса в плацентарном микроокружении и играют решающую роль в гармоничном взаимодействии матери и плода [98, 107]. Примечательно, что их дисфункция коррелирует с аномалиями плаценты при нарушениях беременности [73]. Митохондрии являются ключевыми мишенями для многих «загрязнителей» окружающей среды и токсинов. Этот вопрос особенно актуален при РАС и поддерживает гипотезу о том, что митохондрии могут опосредовать пренатальные влияния окружающей среды при РАС, что согласуется как с эпигенетической парадигмой, так и с частым обнаружением митохондриальных аномалий при РАС.

Систематический обзор и метаанализ показали [100], что около 30% детей с РАС имеют биомаркеры, соответствующие митохондриальной дисфункции; более того, функция электрон-транспортной цепи (ЭТЦ — механизм, обеспечивающий выработку энергии) в лимфоцитах оказалась ниже, чем в контрольной группе, у 80% детей с РАС, подтверждая митохондриальную дисфункцию. Как обсуждалось D. Bargiela and P.F. Chinnery (2019), митохондриальная дисфункция связана с нейровоспалением и нейродегенеративным заболеванием, однако в большинстве случаев митохондриальная дисфункция является приобретенной, а не мутацией ДНК [14]. Окислительный стресс и митохондриальная дисфункция взаимосвязаны и влияют друг на друга, поскольку окислительный стресс повреждает митохондрии, а дисфункциональные митохондрии производят активные формы кислорода (АФК). Это соображение имеет большое значение для идентификации окислительного стресса как возможной терапевтической цели при РАС [25, 90].

Как повышенный окислительный стресс, так и дисбаланс в составе жирных кислот клеточной мембраны в результате атаки свободных радикалов на полиненасыщенные жирные кислоты приводит к дисфункции клеточных мембран, что было показано у детей с РАС, где некоторые клинические признаки (в частности, гиперактивность и когнитивное развитие) коррелируют с дисбалансом липидного профиля, текучестью мембран эритроцитов и снижением активности ферментов, встроенных в мембраны. Это говорит о том, что липидный профиль

мембраны может быть полезным биомаркером для персонализированных терапевтических добавок [39]. В то же время лабораторные данные свидетельствуют о том, что окислительный стресс может приводить к хроническому состоянию периферической гипоксии у аутичных людей. Если это так, то прогрессирующее усиление окислительного стресса и постоянное ухудшение здоровья людей с РАС являются предсказуемыми событиями.

Следуя гипотезе о том, что окислительный стресс представляет собой отличительный признак метаболических нарушений при некоторых заболеваниях головного мозга и учитывая, что он влияет на широкий спектр молекулярных путей, возможное влияние этого дисбаланса было изучено в связи с нарушением хлоридного гомеостаза, происходящим в ГАМК-ергической системе ЦНС [9]. Это исследование показало доказательства связи нарушения внутриклеточной концентрации хлоридов с возникновением окислительного стресса и воспаления у пациентов с различными неврологическими заболеваниями и нарушениями развития нервной системы, такими как РАС, эпилепсия, шизофрения, Даун-синдром. Более того, это показало, что повышенный окислительный стресс препятствует сдвигу ГАМК-ергической передачи от возбуждения к торможению, фундаментальному онтогенетическому процессу, находящемуся под эпигенетическим контролем. Это наблюдение подтверждает важность первичной профилактики во время беременности.

Широкий спектр сложных взаимодействий, описанных выше, показывает, что биологическая сложность, лежащая в основе поведенческих характеристик РАС, сильно отличается от традиционной линейной модели «симптом-биомаркер». Метабомика (нецелевая программа исследования метаболизма в организме человека по анализу всех метаболитов, являющихся конечными продуктами обмена веществ в клетке) позволяет систематически идентифицировать и количественно определять совокупность всех метаболитов, которые распознаются как в биологических жидкостях, так и в тканях. Метабомика идентифицирует метаболические сети, сформированные узлами (метаболитами) и их взаимодействиями (безмасштабные сетевые модели). Другими словами, метабомика описывает индивидуальный молекулярный фенотип и позволяет отслеживать его изменения с течением времени через «значимую сеть», представляющую индивидуальный «биохимический отпечаток пальца». Растущее количество данных подчеркивает широкий спектр применений метабомики в изучении нарушений развития нервной системы и нейропсихиатрических нарушений, таких как мониторинг фетального и перинатального программирования на предмет риска нарушений развития нервной системы/нейропсихиатрических нарушений, диагностика нарушений развития нервной системы и психических расстройств, ранняя диагностика РАС, риск регрессивного РАС, корреляция между метаболомом и клиническим фенотипом при РАС. Наиболее избирательные метаболиты при РАС участвуют в метаболизме аминокислот, антиоксидантном статусе, митохондриальной функции и метаболизме никотиновой кислоты. Большинство исследований РАС обнаружило аномалии микробных метаболитов и промежуточных соединений цикла Кребса. Таким образом, ме-

таболомика открывает широкие многообещающие перспективы в профилактике, диагностике, терапии и последующем наблюдении за РАС, обеспечивая индивидуальный подход к уникальным и меняющимся потребностям ребенка.

В заключение можно отметить, у людей с РАС обнаруживается широкий спектр взаимосвязанных метаболических, иммунологических и микробиологических нарушений. С самого раннего этапа жизни и на протяжении всей жизни взаимосвязи между этими тремя системами всегда активны и имеют решающее значение для восстановления гомеостатического баланса для здоровья. В случае, если нежелательные явления сохраняются длительное время или когда они превышают возможности восстановления баланса, возникает порочный круг между воспалением, митохондриальной дисфункцией/окислительным стрессом и дисбиозом. Эти три механизма в целом образуют «трио» с прогрессирующими дисбалансами и дисфункциями, не ограничивающимися нервной системой и оказывающими серьезное влияние на развитие плода [83]. После эмбрионального периода наибольшее влияние на развитие нервной системы приходится на первые два года жизни, т. е. в период наиболее активной нейропластичности. После рождения порочный круг «плохого трио», если его не заблокировать, продолжается и подрывает здоровье людей с РАС на протяжении всей жизни.

**M.A. Kalinina, E.E. Balakireva, G.V. Kozlovskaya, S.G. Nikitina, T.E. Blinova,
O.V. Shushpanova, N.I. Golubeva, G.N. Shimonova, M.V. Ivanov, I.A. Margolina,
N.V. Platonova, A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, N.S. Shalina**

**CHILDHOOD AUTISM - HISTORICAL ASPECTS
AND NEW PERSPECTIVES. BIOLOGICAL BASIS OF AUTISM
SPECTRUM DISORDERS. LITERATURE REVIEW, PART 2-1**

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The article presents a review of the literature devoted to various pathogenetic aspects of the formation of autistic disorders. Genetic and epigenetic risk factors are discussed. The important role of immunological disorders and the role of neuroinflammation in the formation of autistic disorders is noted. The role of microbiota metabolic disturbances in the formation of neuroinflammation processes is discussed. Critical periods in ontogenesis are identified that are important for the formation of autistic disorders. Based on the identified risk factors, the development of habilitation preventive approaches to prevent the development of autistic disorders is proposed.

Keywords: autism, children, genetics, immunology, pathogenesis, risk and anti-risk factors.

С.В. Гречаный, Ю.В. Хуторянская

**ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И НАДЕЖНОСТИ
ШКАЛ ОПРОСНИКА «УТВЕРЖДЕНИЕ О САМОПОВРЕЖДЕНИЯХ»
ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» (Санкт-Петербург).**

Резюме. Цель исследования – изучение психометрических свойств русскоязычной версии опросника «Утверждение о самоповреждениях» (раздел мотивы), анализ факторной структуры и надежности. **Метод.** Самоопросник «Утверждения о самоповреждениях» («Inventory of Statements about Self-injury» (ISAS) [E.D. Klonsky et al., 2009]. **Участники исследования.** Анкетированы 259 человек (235 лиц женского пола, 24 лица мужского пола) в возрасте 12–41 лет. Среди них 159 человек (61,4%) с ведущими диагнозами из рубрики «Расстройство поведения» (F91). 100 чел. (38,6%) – пациенты с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (F21). **Результаты.** Показали пригодность выборки для проведения эксплораторного факторного анализ. Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина составила 0,824, а критерий сферичности Бартлетта - $\chi^2=5143,3466$, $df=741$, $p=0,0001$. С помощью анализа главных компонентов установлено 11 компонентов, собственное значение которых выше 1,0 и которые объясняют 69,968% совокупной дисперсии. Результаты эксплораторного факторного анализа (метод «максимум правдоподобия», варимакс-вращение) показали, что только два пункта (7 и 13) не имели значимых нагрузок ($>0,3$) ни по одному из факторов. Анализ группирования пунктов опросника по шкалам показал, что присутствующие в авторской версии шкалы «Автономия» (пункты 13, 26, 39) и «Поиск ощущений» (пункты 7, 20, 33) не показали приемлемой меры согласованности и были исключены из дальнейшей психометрической оценки (α Кронбаха соответственно 0,295 и 0,432). Выявлено, что пункт 26 шкалы «Автономия» имеет низкую факторную нагрузку 0,306 по шкале «Значимость», а пункт 39 – высокую (0,807) по шкале «Месть». Показано, что пункты 20 и 33 шкалы «Поиск ощущений» выявили невысокие, но приемлемые значения (соответственно 0,357 и 0,439) по шкале «Значимость». **Обсуждение.** Причинами несовпадения шкал в оригинальной и русскоязычной версиях опросника ISAS являются особенности нашей клинической выборки. В оригинальном исследовании мотивы «Автономия» и «Поиск ощущений» выявлялись в основном у женщин с пограничным расстройством личности. **Выводы.** Для обоснования рассмотрения или исключения названных шкал в русскоязычной версии требуется сопоставление результатов, полученных в разных клинических группах, и конструктивная валидизация методики.

Ключевые слова: несуицидные самоповреждающие действия, самоповреждения, расстройства поведения у подростков, пограничное расстройство личности, шизотипическое расстройство, опросник «Утверждение о самоповреждениях».

Несуицидное самоповреждающее поведение (НССП) – это действия, направленные на намеренное нанесение вреда и (или) физическое повреждение тканей и органов собственного тела без суицидного намерения и являющиеся социально-неприемлемыми [1]. Несмотря на то, что соответствующего диагноза в современных международных классификациях психических и поведенческих расстройств пока нет (согласно DSM-5 – это «состояния, требующие дальнейшего изучения» [2]) феномен НССП в наше время широко распространен: однократные случаи выявляются у 60% психиатрических пациентов подросткового возраста, а повторные – до 50% [3]. Серьезной проблемой является психометрическая оценка НССП, практическая значимость которой связана с установлением тяжести симптомов и риска осложнений, связанных с самоповреждениями.

Цель исследования – изучение психометрических свойств русскоязычной адаптированной версии опросника «Утверждения о самоповреждениях» (раздел мотивы), анализ факторной структуры и надежности.

Метод. Опросник «Утверждения о самоповреждениях» («Inventory of Statements about Self-injury» (ISAS) – известный на сегодняшний день психометрический инструмент для исследования самоповреждающего поведения, созданный в течение многих лет E.D. Klonsky с соавт. и адаптированный в 2009 г. [4]. В настоящее время в литературе имеются сведения об изучении психометрических свойств испанской [5] и персидской [6] версий методики. Опросник выявляет частоту встречаемости, типы самоповреждений (часть 1) и их мотивы (часть 2). В задачи настоящего исследования входила оценка психометрических свойств второй части русскоязычного варианта опросника ISAS, касающейся мотивов самоповреждений и анализ надежности полученных шкал. В качестве русскоязычного варианта использовался перевод, заимствованный из работы А.Е. Адлер [7].

Мотивы НССП, соответствующие шкалам опросника, делятся на межличностные (автономия, сплочение со сверстниками, забота о себе, поиск новых ощущений, межличностное влияние, межличностные границы, месть, значимость) и внутриличностные (регуляция аффекта, диссоциация/генерация чувств, предотвращение суицида, обозначение дистресса, самонаказание). Первые служат для регуляции взаимодействий с окружающими и чаще встречаются у мужчин, вторые – для саморегуляции, что более характерно для женщин. У мужчин достоверно чаще также встречался мотив «поиска новых ощущений». Внутриличностные функции более тесно связаны с депрессивной симптоматикой и имеют тенденцию к совершению самоповреждений в одиночестве [8]. Ряд мотивов НССП звучит парадоксально, например, самоповреждение как «забота о себе». Смысл этого мотива заключается в сознательном причинении себе физической травмы и формирование психологической доминанты «заботы о заживлении», что временно позволяет изолироваться от присутствующего эмоционального дистресса в жизни подростка.

Участники исследования. Всего анкетирование прошли 259 человек (235 лиц женского пола, 24 лица мужского пола) в возрасте 12-41 г., средний возраст

– 20,14 (4,403) лет. 159 человек (61,4%) осмотрены в амбулаторных условиях клинико-диагностического центра СПбГПМУ с ведущими диагнозами «Расстройство поведения социализированного (F91.2), несоциализированного (F91.1) типов и ограниченное рамками семьи (F91.0), «Смешанное расстройство поведения и эмоций (F92.8) и «Эмоционально-неустойчивого расстройства личности импульсивного (F60.30) и пограничного (F60.31) типов». Объединение в одну группу указанных диагнозов объясняется, во-первых, высокой частотой распространенности в их рамках НССП [9], а, во-вторых, тем, что упомянутые расстройства, по сути, являются проявлением одной и той же нозологической формы, в зависимости от возраста выражающиеся либо стойко отклоняющимся поведением с симптомами эмоциональных нарушений (пубертатный и юношеский возраст), либо сформированной аномальной структурой характера (молодой и зрелый возраст). Для обоих расстройств характерна низкая толерантность к стрессовым переживаниям, что определяет использование самоповреждений как преимущественный способ аффективной регуляции [10]. В более, чем 2/3 случаях у пациентов этой группы были выявлены также сопутствующие диагнозы, такие как «Депрессивный эпизод легкой или средней степени» (F 32.0, F 32.1), нервная булимия (F 50.2) или компульсивное переедание (F 50.4), что в полной мере отражает коморбидные закономерности НССП [10].

Оставшаяся часть пациентов – 100 чел. (38,6%) – это участники социальных групп VK, официально зарегистрированных на базе психоневрологических диспансеров г. Санкт-Петербурга с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (F21). Создание социальных групп на базе государственных психиатрических учреждений с целью проведения «обратной связи» с пациентами, мониторинга их состояния, ознакомление с наиболее частыми проблемами больных в настоящее время является официально признанным и основывается на Распоряжении Правительства РФ от 2 сентября 2022 г. № 2523-р [11]. Включение в исследование пациентов диагностической рубрики F21 определяется высокой частотой распространенности НССП у больных шизофренического спектра, достигающего 48,5% [12].

Всем выразившим желание участвовать в исследовании было предложено заполнить форму добровольного согласия. В зависимости от вида обратной связи с пациентами заполнение анкет также происходило либо непосредственно в виде распечатанных анкет, либо онлайн.

Статистический анализ. Для описания качественных (категориальных) переменных использовались показатели абсолютного значения (n) и % в группе. Для сравнения качественных переменных использовался биномиальный критерий. Описание количественных параметрических переменных проводилось на основании среднего значения (M) и стандартного отклонения (sd), непараметрических переменных – медианы (Me) и 25% и 75% квартилей. Для сравнения непараметрических данных использовался критерий U Манна-Уитни. Для снижения размерности применялся эксплораторный факторный анализ с расчетом пригодности массива для его использования (Кайзера-Майера-Олкина и Бартлетта). Для отбора необходимого числа факторов были выбраны критерии Кайзера и Кеттела [13].

Характеристика участников исследования. Распределение пациентов по полу, возрастной группе, ведущим диагнозам представлено в табл. 1. Как видно из таблицы, среди обследованных статистически значимо преобладали пациенты женского пола ($p=0,0001$), старшей возрастной подгруппы (>18 лет) ($p=0,0001$) и с ведущими диагнозами рубрик F91, F92, F60 ($p=0,0001$). Средний возраст значимо не различался у пациентов женского и мужского пола ($p=0,841$). Более старший возраст пациентов с F21 (22,26 лет) по сравнению с пациентами других нозологий (18,81 лет, $p=0,001$) определялся возрастными особенностями постановки диагноза шизотипическое расстройство.

Таблица 1.

Распределение пациентов по полу, возрастной группе, ведущему диагнозу

Всего, n, %	Лица женского пола, n, %	Лица мужского пола, n, %	Младшая возрастная группа	Старшая возрастная группа	Ведущие диагнозы F91, F92, F60	Ведущий диагноз F21
259 (100,0%) чел.	235 (90,7%) чел.	24 (9,2%) чел.	85 (32,8%)	174 (67,2%)	159 (61,4%)	100 (38,6%)
Различия между количественными показателями групп	$p=0,0001$ по бинomialному критерию		$p=0,0001$ по бинomialному критерию		$p=0,0001$ по бинomialному критерию	
Средний возраст	20,14 (4,425)	20,08 (4,272)	16,06 (1,138)	22,13 (4,013)	18,81 (3,229)	22,26 (5,146)
M (sd)	12-41	15-30	12-17	18-41	12-21	13-41
Min-max	20,00	18,50	16,00	21,00	18,00	21,00
Me (Q1; Q3)	[17,00; 22,00]	[17,00; 24,00]	[16,00; 17,00]	[20,00; 23,00]	[16,00; 21,00]	[19,00; 24,00]
Уровень значимости различий, p	$p=0,841$ по критерию U Манна-Уитни		$p=0,001$ по критерию U Манна-Уитни		$p=0,001$ по критерию U Манна-Уитни	

Факторный анализ и его результаты. Предварительные расчеты показали пригодность выборки для проведения эксплораторного факторного анализ. Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина составила 0,824, а критерий сферичности Бартлетта - $\chi^2=5143,3466$, $df=741$, $p=0,0001$.

С помощью анализа главных компонентов установлено 11 компонентов, собственное значение которых выше 1,0 и которые объясняют 69,968% совокупной дисперсии (табл. 2).

Таблица 2.

Значение компонентов, процент их дисперсии и совокупная дисперсия

Компо- нент	Начальные собственные значения			Извлечение суммы квадратов на- грузок		
	Всего	% диспер- сии	Суммарный %	Всего	% диспер- сии	Суммарный %
1	7,763	19,906	19,906	7,763	19,906	19,906
2	5,640	14,463	34,369	5,640	14,463	34,369
3	2,453	6,291	40,660	2,453	6,291	40,660
4	1,894	4,856	45,515	1,894	4,856	45,515
5	1,794	4,600	50,116	1,794	4,600	50,116
6	1,558	3,995	54,111	1,558	3,995	54,111
7	1,438	3,687	57,798	1,438	3,687	57,798
8	1,324	3,394	61,192	1,324	3,394	61,192
9	1,245	3,193	64,385	1,245	3,193	64,385
10	1,158	2,969	67,354	1,158	2,969	67,354
11	1,019	2,614	69,968	1,019	2,614	69,968
12	0,953	2,444	72,412			
13	0,725	1,859	74,271			
14	0,704	1,806	76,076			
15	0,690	1,768	77,845			
16	0,668	1,712	79,557			
17	0,653	1,674	81,231			
18	0,562	1,442	82,673			
19	0,544	1,395	84,068			
20	0,515	1,321	85,388			
21	0,503	1,290	86,678			
22	0,472	1,210	87,888			
23	0,451	1,158	89,046			
24	0,437	1,121	90,166			
25	0,399	1,023	91,189			
26	0,390	1,000	92,189			
27	0,355	0,910	93,099			
28	0,323	0,829	93,928			
29	0,307	0,788	94,716			
30	0,287	0,736	95,452			
31	0,280	0,719	96,171			
32	0,256	0,656	96,826			
33	0,234	0,600	97,427			
34	0,220	0,563	97,990			
35	0,209	0,537	98,526			
36	0,199	0,509	99,035			
37	0,163	0,419	99,454			
38	0,135	0,346	99,801			
39	0,078	0,199	100,000			

График собственных значений с характерным «изгибом» кривой, соответствующий количеству достаточных факторов (в нашем случае менее 12) представлен на рис. 1.

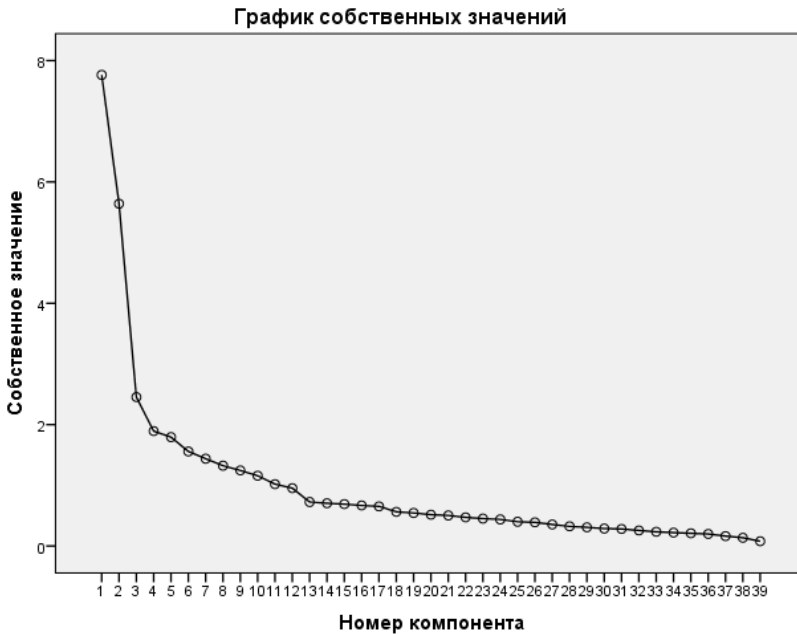


Рисунок 1. График собственных значений компонентов

Результаты эксплораторного факторного анализа, то есть объединение пунктов шкалы в факторы методом «максимум правдоподобия» (варимакс-вращение) представлены в табл. 3. Из таблицы видно, что только два пункта (№№ 7 и 13) не имеют значимых нагрузок ($>0,3$) ни по одному из факторов.

Таблица 3.

Повернутая факторная матрица (варимакс-вращение)

Пунк- ты опро- сника	Факторы (повернутое решение)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-,272	,146	-,045	,128	,095	-,152	-,052	-,029	,292	,537	-,091
2	,245	-,081	,041	-,052	,001	,213	,169	,579	-,185	,045	,194
3	-,056	,034	-,035	,088	,732	,057	,017	,049	,007	,097	,081
4	,103	-,038	,097	-,018	,055	,832	,056	,114	-,060	-,089	,110
5	-,078	,093	,067	,779	,134	-,050	-,098	-,025	,012	,116	,044
6	-,189	,775	,199	,202	,081	,048	-,056	-,010	,102	,066	-,064
7	-,012	-,036	,232	,277	,005	,199	,052	,121	-,009	,078	,082
8	,144	-,011	,186	-,035	,039	,045	,610	,198	,020	-,097	,112

9	,142	-,100	,215	-,037	,097	,089	,136	,100	,251	-,026	,613
10	,022	,042	,662	,145	,086	-,043	,112	-,029	,077	-,089	,059
11	-,221	,155	,237	,073	,158	,041	-,113	,050	,628	,083	,237
12	,542	-,228	-,027	-,165	-,115	,137	,173	,198	-,152	-,084	,500
13	-,076	,033	,269	-,064	-,021	,084	,207	,392	,036	,096	,047
14	,072	,141	,035	,220	,233	,119	-,040	,143	,104	,504	-,003
15	,137	-,119	,128	,032	,025	,022	,090	,651	,094	-,051	,158
16	-,066	,099	,024	,074	,852	,030	-,008	,034	,142	,166	-,022
17	,113	,075	,031	,061	,059	,583	,004	,110	,162	,128	,086
18	-,168	,183	,071	,814	,071	-,022	-,019	-,014	,104	,113	-,130
19	-,224	,735	,126	,216	,191	-,028	-,136	-,041	,240	,123	-,018
20	,184	-,119	,357	-,022	-,173	,146	,203	,261	-,073	,046	,119
21	,052	-,051	,153	,024	,003	,196	,657	,080	-,028	,068	,066
22	,112	-,014	,036	-,078	,033	,141	,271	,161	,203	-,020	,566
23	,002	,026	,619	-,029	,068	,090	,201	,163	,062	,101	,028
24	-,115	,154	,237	,203	,109	,046	-,011	,101	,525	,087	,052
25	,534	-,168	-,007	-,192	-,144	,205	,187	,242	-,198	-,021	,382
26	,031	,021	,306	-,010	,022	,198	,155	,308	,103	,122	-,014
27	-,111	,089	,034	,143	,262	,091	,003	,063	,040	,888	,006
28	,081	,007	,046	,086	,069	,008	,074	,622	,098	,056	,010
29	-,149	,176	,032	,085	,668	,089	,042	-,015	,263	,186	-,038
30	,060	,028	,065	-,019	,054	,800	,188	,003	,014	,024	,042
31	-,153	,281	,023	,653	,066	,055	,062	,052	,204	,122	-,225
32	-,129	,797	,111	,108	,098	,033	,055	-,120	,118	,134	-,111
33	,001	,163	,439	-,033	-,103	,069	,024	,164	,102	,034	,008
34	,150	-,013	,091	-,027	,003	-,001	,711	,156	-,129	-,061	,191
35	,390	-,080	,062	-,079	-,055	,204	,322	,191	-,163	,043	,389
36	-,059	,186	,708	,153	-,006	,009	,007	-,005	,117	-,071	,052
37	-,213	,232	,094	,052	,246	,089	-,087	,079	,621	,207	,082
38	,917	-,208	-,064	-,129	-,079	,125	,135	,064	-,110	-,120	,100
39	,807	-,188	,066	-,154	-,132	,082	,128	,197	-,180	-,086	,070

Анализ группирования пунктов опросника по шкалам согласно авторской версии опросника ISAS с анализом надежности шкал (вычисление согласованности по методу α Кронбаха) представлен в табл. 4. Из таблицы видно, что присутствующие в авторской версии шкалы «Автономия» (пункты №№ 13, 26, 39) и «Поиск новых ощущений» (пункты №№ 7, 20, 33) не показали приемлемой меры согласованности и были исключены из дальнейшей психометрической оценки.

Наиболее противоречивые результаты получены по шкале «Автономия». Пункт № 13 не получил значимых факторных нагрузок ни по одной шкале и их дальнейшей психометрической оценки был исключен. Пункт № 26 имеет низкую факторную нагрузку 0,306 по шкале «Значимость», пункт № 39 – высокую (0,807) по шкале «Месть».

Пункт № 7 шкалы «Поиск новых ощущений» («... делаю что-то, чтобы испытать волнение или возбуждение») не показал значимых значений факторных нагрузок ни по одной шкале в выборке в целом. Следовательно, его рассмотрение в русскоязычной версии опросника проблематично. Два других пункта шкалы «Поиск новых ощущений» - № 20 («... развлекаю себя или других, делая что-то экстремальное») и № 33 («... расширяю пределы своих возможностей в манере, сродни прыжкам с парашютом или другим экстремальным видам деятельности») выявил невысокие, но приемлемые значения (соответственно 0,357 и 0,439) по шкале «Значимость». Таким образом, возможно рассмотреть эти пункты в составе указанной шкалы (см. раздел «Обсуждение»).

Таблица 4.

Результаты группирования пунктов опросника по шкалам и анализ надежности

шкалы согласно авторской версии методики ISAS	Составляющие шкалы пункты и факторные нагрузки	α Крон-баха (*)	пункты	
			М (sd)	α Крон-баха при исключении пункта
Внутриличностные мотивы НССП				
Шкала «Аффективная регуляция» (столбец 10 в таблице 1) – самоповреждения являются способом преодоления негативных эмоций	1. ... успокаиваю этим себя (0,537)	0,738 (0,744)	1) 1,25 (0,874)	0,724
	14. ... высвобождаю эмоциональное давление, накопившееся внутри меня (0,504)		14) 1,58 (0,685)	0,713
	27. ... снижаю тревогу, разочарование, гнев, или другие переполняющие меня эмоции (0,888)		27) 1,46 (0,774)	0,504
Шкала «Самонаказание» (столбец 5 в таблице 1) – самоповреждение является способом наказать себя, выразить недовольство собой или отвращение к себе	3. ... наказываю себя (0,732)	0,833 (0,832)	3) 1,14 (0,825)	0,803
	16. ... выражаю гнев по отношению к себе за то, что я ничего не стою, или за свою глупость (0,852)		16) 1,17 (0,874)	0,706
	20. ... развлекаю себя или других, делая что-то экстремальное (0,668)		29) 1,06 (0,833)	0,789
Шкала «Диссоциация/генерация чувств»	5. ... причиняю себе боль, чтобы прекратить ощущение бесчувственности	0,841 (0,841)	0,99 (0,860)	0,818

(столбец 4 в таблице 1) – сопровождающее самоповреждение боль как способ почувствовать что-то, почувствовать себя живым, когда нет чувства реальности	(0,779) 18. ... пытаюсь почувствовать что-нибудь (вместо ничего), даже если это физическая боль (0,814) 31. ... убеждаюсь, что я все еще жив, когда я не чувствую реальности (0,653)		0,71 (0,848)	0,700
			0,68 (0,863)	0,814
6) Шкала «Предотвращение суицида» (столбец 2 в таблице 1) – самоповреждение как способ справиться с мыслями о суициде, для того чтобы прекратить их, не совершая реальной суицидной попытки	6. ... избегаю импульса к попытке самоубийства (0,775)	0,887 (0,888)	0,73 (0,834)	0,829
	19. ... отвечаю на мысли о самоубийстве без реальной попытки самоубийства (0,735)		0,79 (0,846)	0,839
	32. ... прекращаю мысли о самоубийстве (0,797)		0,56 (0,762)	0,848
11) Шкала «Обозначение дистресса» (столбец 9 в таблице 1) – самоповреждение как способ выражения переживаемого индивидом дистресса, доказательством реальности его эмоциональной боли;	11. ... создаю физический признак того, что я чувствую себя ужасно (0,628)	0,778 (0,778)	0,76 (0,806)	0,660
	24. ... доказываю себе, что моя эмоциональная боль реальна (0,525)		0,72 (0,807)	0,759
	37. ... обозначаю эмоциональный стресс, который я испытываю (0,621)		0,75 (0,818)	0,675
Межличностные мотивы НССП				
2) Шкала «Межличностные границы» (столбец 8 в таблице 1) – с помощью самоповреждений индивид старается установить границы между собой и другими людьми, продемонстрировать свою обособленность от них	2. ... создаю границу между собой и другими (0,579)	0,666 (0,695)	0,63 (0,813)	0,607
	15. ... демонстрирую, что я отделен от других людей (0,651)		0,33 (0,601)	0,517
	28. ... устанавливаю барьер между мной и другими (0,622)		0,18 (0,468)	0,595
4) Шкала «Забота о себе» (столбец 6 в таблице 1) – нанесение повреждений по-	4. ... даю себе способ позаботиться о себе (ухаживая за раной) (0,832) 17. ... создаю физическое по-	0,786 (0,796)	0,36 (0,645)	0,659

звоняет сосредоточиться на последующем уходе за раной, который может быть проще, чем борьба с эмоциональным дистрессом и принести удовлетворение	вреждение, заботиться о котором легче, чем о моем эмоциональном страдании (0,583) 30. ... позволяю себе сосредоточиться на лечении повреждений, которое может быть приятным или удовлетворяющим (0,800)		0,54 (0,764)	0,818
			0,30 (0,618)	0,661
7) Шкала «Поиск новых ощущений» (нет отдельного фактора) – индивид наносит самоповреждения ради острых ощущений, переживания нового экстремального опыта	7. ... делаю что-то, чтобы испытать волнение или возбуждение 20. ... развлекаю себя или других, делая что-то экстремальное 33. ... расширяю пределы своих возможностей в манере, сродни прыжкам с парашютом или другим экстремальным видам деятельности	0,432 (0,475)	0,58 (0,795)	0,442
			0,24 (0,540)	0,185
			0,12 (0,394)	0,410
8) Шкала «Сплочение со сверстниками» (столбец 7 в таблице 1) – индивид использует самоповреждения как способ сплочения со сверстниками, проявляет подобное поведение для того, чтобы соответствовать своему окружению	8. ... укрепляю свою связь с теми, кто похож на меня (0,610) 21. ... хочу быть своим среди других (0,657) 34. ... создаю знак дружбы или родства с друзьями или близкими (0,711)	0,736 (0,756)	0,22 (0,515)	0,657
			0,07 (0,304)	0,727
			0,14 (0,392)	0,544
9) Шкала «Межличностное влияние» (столбец 11 в таблице 1) – самоповреждение является способом привлечь внимание к своей эмоциональной боли, получить помощь или заботу, предотвратить разрыв отношений с партнером	9. ... позволяю другим узнать о степени моей эмоциональной боли (0,613) 22. ... ищу внимания или помощи со стороны других (0,566) 35. ... удерживаю любимого человека от ухода или отказа от меня (0,389)	0,695 (0,693)	0,66 (0,783)	0,547
			0,59 (0,733)	0,512
			0,33 (0,632)	0,714
10) Шкала «Значимость» (столбец 3 в таблице 1) – индивид	10. ... проверяю, могу ли я терпеть боль (0,662) 23. ... демонстрирую свою	0,712 (0,715)	0,46 (0,689)	0,594

стремится доказать, что способен переносить физическую боль, показать свою силу	жесткость или силу (0,619) 36. ... доказываю, что я могу переносить физическую боль (0,708)		0,23 (0,496)	0,708
			0,32 (0,630)	0,532
12) Шкала «Месть» (столбец 1 в таблице 1) – своими действиями индивид стремится наказать других или причинить боль близкому человеку	12. ... стараюсь расстроить кого-то за то, как поступили в отношении меня (0,542) 25. ... осуществляю свою месть по отношению к другим (0,534) 38. ... пытаюсь причинить боль кому-то, близкому ко мне (0,917)	0,870 (0,883)	0,66 (0,844)	0,794
			0,56 (0,821)	0,808
			0,68 (1,118)	0,857
13) Шкала «Автономия»: (нет отдельного фактора) – самоповреждения являются способом обрести уверенность в своей независимости и показать другим, что индивид не нуждается в чьей-то помощи	13. ... убеждаюсь в своей самодостаточности 26. ... демонстрирую, что мне не нужно полагаться на помощь других 39. ... доказываю свою автономность / независимость	0,295 (0,391)	0,23 (0,521)	0,200
			0,21 (0,495)	0,094
			0,59 (0,987)	0,495
Новые гипотетические шкалы				
Пункты 12, 25, 38 (шкала «Месть»), пункт 39 (шкала «Поиск новых ощущений»)	12. ... стараюсь расстроить кого-то за то, как поступили в отношении меня (0,542) 25. ... осуществляю свою месть по отношению к другим (0,534) 38. ... пытаюсь причинить боль кому-то, близкому ко мне (0,917) 39. ... доказываю свою автономность / независимость (0,807)	0,910 (0,913)	0,66 (0,844)	0,894
			0,56 (0,821)	0,899
			0,68 (1,118)	0,864
			0,57 (0,987)	0,870
Пункты 10, 23, 36 (шкала «Значимость»), пункт 26 (шкала «Автономия»), пункты 20, 33 (шкала «Поиск новых ощущений»)	10. ... проверяю, могу ли я терпеть боль (0,662) 23. ... демонстрирую свою жесткость или силу (0,619) 36. ... доказываю, что я могу переносить физическую боль (0,708) 26. ... демонстрирую, что мне не нужно полагаться на	0,711 (0,713)	0,46 (0,689)	0,647
			0,24 (0,540)	0,704
			0,23 (0,496)	0,636
			0,21 (0,485)	0,708

	помощь других 20. ... развлекаю себя или других, делая что-то экстремальное 33. ... расширяю пределы своих возможностей в манере, сродни прыжкам с парашютом или другим экстремальным видам деятельности		0,12 (0,394)	0,686
			0,32 (0,630)	0,634

Примечание: * – в скобках указано значение α Кронбаха на основе стандартизованных пунктов.

Обсуждение. Результаты эксплораторного факторного анализа позволяют сохранить в русскоязычной версии только 11 из 13 шкал опросника ISAS.

Как было сказано выше, наиболее серьезные несовпадения отмечаются по шкале «Автономия». Пункт № 13 («... убеждаюсь в своей самодостаточности») не продемонстрировал значимых факторных нагрузок ни по одной шкале, поэтому не может быть по смыслу объединен ни с одним из прочих мотивов самоповреждений. Следует отметить, что перевод на русский язык этого пункта вполне однозначен и не подразумевает вариативного толкования, поэтому выявленная закономерность по всей видимости не случайна. Показавший низкую, но в то же время приемлемую факторную нагрузку (0,323) пункт № 26 оригинальной шкалы «Автономия» («... демонстрирую, что мне не нужно полагаться на помощь других») может быть объединен со шкалой «Значимость». Возможно, что заложенный в вопросы смысл, а именно самостоятельность в решении жизненных проблем, отождествляется респондентами с чувством высокой значимости и в этом плане сопоставим с переживанием силы и стойкости к физической боли, которое выявляют пункты шкалы «Значимость». И, наконец, пункт № 39 оригинальной шкалы «Автономия» (... доказываю свою автономию/независимость) имеет высокую факторную нагрузку (0,819) по шкале «Месть». Вероятно, ключевым моментом к причислению этого пункта к семантическому ряду, заложенному в вопросах шкалы «Месть», является «доказательство» автономности, которое отождествляется респондентами как действие, направленное против конкретного лица с определенной целью.

Как было сказано выше, пункт № 7 шкалы «Поиск новых ощущений», сформулированный как «... делаю что-то, чтобы испытать волнение или возбуждение», не отождествлялся респондентами с чем-то новым и необычным, поэтому не коррелировал с другими пунктами как рассматриваемой шкалы, так и других шкал опросника, и должен быть исключен из окончательной версии.

Два других пункта шкалы «Поиск новых ощущений» – № 20 («... развлекаю себя или других, делая что-то экстремальное») и № 33 («... расширяю пределы своих возможностей в манере сродни прыжкам с парашютом или другим экстремальным видам деятельности») выявил невысокие, но приемлемые значения (соответственно 0,357 и 0,439) по шкале «Значимость». Очевидно, что смысл этих вопросов воспринимался респондентами как имеющий отношение

скорее к чувству достоинства и значимости, чем к переживанию острых и необычных ощущений. Поэтому имеется перспектива рассмотрения пунктов №№ 20, 33 в рамках вышеназванной шкалы.

Причины несовпадения шкал в оригинальной и русскоязычной версиях опросника ISAS, как нам представляется, кроются в методологии создания этого инструмента. Список 13 основных мотивов, обозначенных как «функции самоповреждения», был составлен автором методики Е.Д. Клонски эклектически при анализе 18 эмпирических исследований [14]. Конкретные разновидности мотивов выделены на основании самоотчета пациентов, а точнее, на основании описания эмоций и событий, предшествующих, сопровождающих или следующих за эпизодом самоповреждения. То есть в основу психометрической шкалы лег клиничко-описательный принцип. В упомянутой работе подчеркивается, что функция НССП, названная «автономией» и выражающаяся в том, что пациент пытается «сделать что-то, что может контролировать только он и никто другой» названа в качестве трех ведущих причин самоповреждения лишь 22% женщинами с пограничным расстройством личности. То есть существование этого мотива тесным образом связано с «пограничной» структурой личности. Аналогично справедливо и для мотива «поиск новых ощущений», который обнаружил еще более низкую частоту встречаемости и тоже среди пациентов узкой клинической группы. Так, характерное для этого мотива утверждение о том, что самоповреждение помогает обрести «чувство возбуждения или стимуляции, которые кажутся бодрящими», называлось среди трех главных причин НССП 5% женщинами с пограничным расстройством личности.

Выводы. Таким образом, в рамках настоящего исследования показано совпадение лишь 11 шкал русскоязычной версии опросника ISAS с оригинальной авторской версией. Показана причастность пункта № 26 (в оригинальной версии относящейся к шкале «Автономия») и пунктов №№ 20, 33 (в оригинальной версии относящихся к шкале «Поиск новых ощущений») к шкале «Значимость», а пункта № 39 (в оригинальной версии относящейся к шкале «Поиск новых ощущений») к шкале «Месть». В итоге две шкалы – «Автономия» и «Поиск новых ощущений» показали низкие значения психометрической согласованности, что не дает основания для их отдельного рассмотрения. Причины этого в том, что мотивы самоповреждений, соответствующие двум указанным шкалам, по данным проанализированной литературы, наиболее ярко выявляются у пациентов лишь отдельных клинических групп (пограничное расстройство личности). Следовательно, для окончательного решения вопроса о количестве и содержании русскоязычной версии шкал опросника ISAS необходимо сопоставления результатов, полученных в разных клинических группах, и конструктивная валидизация методики.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1) Lloyd-Richardson E.E., Perrine N., Dierker L., Kelley M.L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* 2007.37(8):1183–92. doi: 10.1017/S003329170700027X

2) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), 2013. 803 p..

3) Kaess M., Parzer P., Mattern M. et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013.206(2-3):265–72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.012

4) Klonsky E.D., Glenn C.G. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2009. Vol. 31. P. 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z185)

5) Pérez S., García-Alandete J., Cañabate M., Marco J.H. Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-injury in a Spanish clinical sample. 2020 Jan.76(1):102-117. doi: 10.1002/jclp.22844. Epub 2019 Aug 27.

6) Rezaei O., Athar M. E., Ebrahimi A. et al. Psychometric properties of the persian version of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021 Nov 12. 8(1):27. doi: 10.1186/s40479-021-00168-4.

7) Адлер А.Е. Взаимосвязь личностных характеристик с функциями и методами самоповреждения у индивидов с проявлениями несуицидального самоповреждающего поведения. Выпускная квалификационная работа. НИ ТГУ, Томск, 2017. 83 с.

7) Adler A.E. Vzaimosvyaz` lichnostny`kh kharakteristik s funkcziyami i metodami samopovrezhdeniya u individov s proyavleniyami nesuicidal'nogo samopovrezhdayushhego povedeniya. Vy`pusknaya kvalifikaczionnaya rabota. NI TGU, Tomsk, 2017. 83 s.

8) Nock M.K., Prinstein M.J. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114, 140–146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140

9) Cipriano A., Cella S., Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review *Front. Psychol.* 2017 Nov 8: 1946. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946. eCollection 2017

10) Gitlin D., Caplan J., Rogers M. et al. Case reports Foreign-body ingestion in patients with personality disorders. *Psychosomatics* 2007. 48:162–6. doi: 10.1176/appi.psy.48.2.162

11) <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202209050038>

12) Mork E., Mehlum L., Barrett E.A. et al. Self-harm in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Arch. Suicide Res.* 2012.16, 111–123. doi.org/10.1080/13811118.2012.667328

13) Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 3-е изд., стереотип. СПб.: Речь, 2008. С. 254-276.

13) Nasledov A.D. Matematicheskie metody` psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretacziya danny`kh. Uchebnoe posobie. 3-e izd., stereotip. SPb.: Rech`, 2008. S. 254-276.

14) Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007 Mar.27(2):226-39. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002. Epub 2006 Oct 2. Affiliations expand PMID: 17014942 DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.

**ASSESSMENT OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES
AND RELIABILITY OF THE SCALES****«THE INVENTORY OF STATEMENTS ABOUT SELF-INJURY»****St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg).**

Summery. The purpose of the study is the psychometric properties of the Russian version of «The inventory of statements about self-injury» (section motives), analysis of factor structure and reliability. **Method.** Self-questionnaire «Inventory of Statements about Self-injury» (ISAS) [Klonsky E.D. et al., 2009]. **Study participants.** 259 people (235 female, 24 male) aged 12-41 years were surveyed. Among them – 159 people (61.4%) with leading diagnoses from the category «Conduct disorder» (F 91). 100 people (38.6%) – patients diagnosed with «Schizotypal disorder» (F 21). **Results.** The suitability of the sample for exploratory factor analysis was shown. The measure of the adequacy of the Kaiser-Mayer-Olkin sample was 0.824, and the Bartlett sphericity criterion was $\chi^2=5143.346b$, $df=741$, $p=0.0001$. Using the analysis of the main components, 11 components whose eigenvalue is higher than 1.0, and which explain 69.968% of the total variance, were established. The results of exploratory factor analysis (maximum likelihood method, varimax rotation) showed that only two items (7 and 13) had no significant loads (>0.3) for any of the factors. The analysis of the grouping of the questionnaire items by scales showed that the «Autonomy» (items 13, 26, 39) and «Sensation seeking» (items 7, 20, 33) present in the author's version of the scale did not show an acceptable measure of consistency and were excluded from further psychometric evaluation (Cronbach's α , respectively, 0.295 and 0.432). It was revealed that item 26 of the «Autonomy» scale has a low factor load of 0.306 on the «Toughness» scale, and item 39 has a high (0.807) on the «Revenge» scale. It is shown that items 20 and 33 of the «Sensation seeking» scale revealed low but acceptable values (0.357 and 0.439, respectively) on the «Toughness» scale. **Discussion.** The reasons for the discrepancy between the scales in the original and Russian versions of the ISAS questionnaire are the features of our clinical sample. In the original study, the motives of «Autonomy» and «Sensation seeking» were revealed mainly in women with borderline personality disorder. **Conclusions.** To justify the consideration or exclusion of these scales in the Russian version, a comparison of the results obtained in different clinical groups and constructive validation of the methodology is required.

Keywords: non-suicidal self-injury, self-harm, conduct disorders in adolescents, borderline personality disorder, schizotypal disorder, questionnaire «Statement about self-injury»

К 75-ЛЕТИЮ ВЛАДИМИРА САМУИЛОВИЧА СОБКИНА

10 сентября 2023 г. исполнилось 75 лет Владимиру Самуиловичу Собкину — советскому и российскому психологу, доктору психологических наук, профессору, академику РАО, лауреату премии Президента РФ в области образования (2002 г.), Заслуженному деятелю науки РФ (2008 г.), Почетному работнику общего образования (2003 г.).

В 1966 г. окончил школу № 315 г. Москвы, в 1972 г. — факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. С 1972 по 1974 гг. служил в рядах Советской армии.

С 1974 по 1990 гг. работал в НИИ Художественного воспитания АПН СССР сначала в должности младшего, а с 1986 г. — старшего научного сотрудника в Лаборатории социологических исследований (1974-1983 гг.). За время работы в этой лаборатории В.С. Собкин

принимал активное участие в проведении цикла социологических исследований, посвященных художественным интересам школьников. Им был разработан ряд оригинальных методик, направленных на диагностику уровня литературного развития учащихся, которые были апробированы в массовых социологических опросах. По материалам этих исследований в 1982 г. В.С. Собкин защитил кандидатскую диссертацию. В 1983 г. В.С. Собкин перешел в лабораторию «Воспитание школьников средствами кино и телевидения». Здесь он руководил исследовательской группой по изучению отношения школьников к СМИ. Результаты этих работ были изложены в сборнике, вышедшем под его редакцией («Телевидение и школа: опыт социокультурного и психолого-педагогического анализа», 1989), и в статьях, опубликованных в различных журналах. В 1988—1990 гг. параллельно с работой в НИИ ХВ АПН СССР являлся заместителем руководителя ВНИКА «Школа» при Госкомитете по науке и образованию СССР, где также руководил лабораторией педагогической социологии. С 1990 по 1992 гг. работал в Центре педагогических инноваций АПН СССР в должности заведующего лабораторией педагогической социологии, а с 1991 г. — заместителя директора. В этот же период являлся членом Коллегии Министерства

образования РФ, советником министра образования РФ. Находясь на этой должности, был организатором Республиканского центра социологии образования при Министерстве образования РФ и руководил Социологической службой Министерства образования РФ.

В 1993 г. В.С. Собкин был назначен на должность директора Центра социологии образования Российской академии образования (Центр в 2008 г. в связи с реорганизацией структуры РАО был переименован в Институт социологии образования, директором которого В. С. Собкин являлся по 2015 г.). С 2015 г., в связи с реорганизацией РАО, Институт стал Центром социологии образования в составе Института управления образованием РАО. Этим Центром В.С. Собкин руководил с 2015 по 2022 гг. С 2016 по 2020 гг. В.С. Собкин являлся также руководителем Информационно-аналитического центра РАО, а с 2020 г. по настоящее время — научным руководителем лаборатории социологических исследований в образовании Центра развития образования РАО. С 2021 г. В.С. Собкин руководит Центром социокультурных проблем современного образования ФГБНУ «Федеральный научный центр психологических и многофункциональных исследований».

Владимир Самуилович является инициатором и автором ряда направлений исследований в области социологии образования. Он внес значительный вклад в разработку теоретических и прикладных аспектов социологии образования, социальной, возрастной и педагогической психологии. В частности, им разработаны методологические принципы многопозиционного социологического анализа образовательной ситуации, выдвинуто положение о социокультурных образовательных траекториях, исследованы типы родительских воспитательных стратегий, проведен анализ учительства как социально-профессиональной группы, сочетающий изучение жизненных и профессиональных ценностных ориентаций.

В рамках реализации комплексных программ РАО в области социологии образования под руководством В.С. Собкина выполнен ряд масштабных социологических исследований, направленных на получение новых фундаментальных знаний и формирование научного потенциала по развитию социологии образования как научной дисциплины. Результаты этих исследований внедрены в научно-педагогическую практику и способствуют ускорению процесса качественных изменений образовательной сферы, перехода ее к модели устойчивого инновационного развития, обеспечивающего институциональную и функциональную модернизацию российского образования, повышение его конкурентоспособности.

В.С. Собкин является руководителем и автором уникальных научно-исследовательских проектов, выполненных в рамках Федеральных целевых программ по заказам министерств и ведомств (Министерство образования и науки РФ, Департамент образования г. Москвы, Региональные органы управления образованием Красноярского, Ставропольского краев, Республики Карелия и др.). Под руководством В.С. Собкина выполнено большое число научно-прикладных исследований, результаты которых были использованы при разра-

ботке региональных программ развития образования.

Особой сферой научного интереса В.С. Собкина выступает психология искусства и исследования научного наследия Л.С. Выготского. В 2015-2023 гг. им опубликован цикл научных статей и монографий, посвященных театральным рецензиям Л.С. Выготского. Также в 2015 г. В.С. Собкин выступил в качестве составителя и редактора первого тома полного собрания сочинений Л.С. Выготского, а в 2023 г. стал победителем XXIV Национального конкурса «Золотая Психея» по итогам 2022 г. в номинации «Книга года по психологии» с авторской монографией «Трагикомедия изысканий Льва Выготского: опыт реконструкции авторских смыслов». Библиография В.С. Собкина насчитывает свыше 700 работ, среди которых более 30 монографий, несколько сотен научных статей, в том числе в журналах, индексируемых Web of Science и Scopus, статьи в газетах и научно-популярных изданиях, переводы книг зарубежных авторов, посвященных социологии образования и др.

Владимир Самуилович Собкин, являясь членом Редколлегии журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» с первых лет его образования, играет значительную роль в реализации журналом мультидисциплинарного подхода к распространению среди различных специалистов современных знаний в области психосоциальной адаптации подрастающего поколения России.

Редколлегия журнала

«Вопросы психического здоровья детей и подростков»

**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 11.12.2023 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