

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2024(24), №3

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

Контакты редакции:
Почтовый адрес: 125009,
Москва, ул. Тверская, д. 12,
стр. 8, оф. 12
Телефон/факс: +7 499 251 4306
E-mail: acpp@inbox.ru

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. 2024

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, М.Ю. Городнова, И.А. Горьковая,
И.В. Добряков, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, Т.А. Куприянова, И.В. Макаров,
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю.В. Шапошникова ФАКТОРЫ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	4
Г.В. Козловская, Е.Е. Балакирева, М.В. Иванов, М.А. Калинина, А.В. Куликов, Г.Н. Шимонова, Н.И. Голубева ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА В КОРРЕЛЯЦИИ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ, РАННЕМ ДЕТСКОМ И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	13
Ю.Ю. Пенцак, Е.Г. Каримулина, А.В. Иванова ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ТРУДНОСТИ ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ ПИСЬМА.....	20
А.С. Мосина, Е.Б. Фанталова ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА (СООБЩЕНИЕ 2).....	30
И.Н. Власенкова, М.А. Нистратова, А.В. Клименко ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА У ПОДРОСТКОВ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	39
Е.В. Иванова ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ И ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ИХ РОДИТЕЛЕЙ.....	48

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

Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	56
В.И. Шебанова, С.Г. Шебанова ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКИХ УБЕЖДЕНИЙ И ТАКТИК КОНТРОЛЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ В СИТУАЦИЯХ ПРИЕМА ПИЩИ.....	64
О.И. Богачева, М.В. Иванов, Е.Е. Балакирева ОБОСНОВАНИЕ И СТРУКТУРА ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	73

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Н.В. Симашкова ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ НАУКИ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И АБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ.....	82
---	----

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.А. Резаков, С.В. Гречаный ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	91
В.В. Грачев, С.А. Акопян РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....	101
В.М. Ганузин, Г.С. Маскова, Л.И. Мозжухина, Е.А. Мавренкова СОН И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	110

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ К 70-ЛЕТИЮ НАТАЛЬИ ВАЛЕНТИНОВНЫ СИМАШКОВОЙ.....	120
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	122

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

Yu.V. Shaposhnikova

RISK FACTORS FOR NON-SUICIDAL SELF INJURY IN FEMALE PATIENTS WITH NON-
PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENCE..... 4

G.V. Kozlovskaya, E.E. Balakireva, M.V. Ivanov, M.A. Kalinina, A.V. Kulikov,

G.N. Shimonova, N.I. Golubeva

FEATURES OF TEMPERAMENT IN CORRELATION WITH MENTAL PATHOLOGY
IN INFANCY, EARLY AND PRESCHOOL CHILDHOOD..... 13

Yu.Yu. Pentsak, E.G. Karimulina, A.V. Ivanova

SPATIAL REPRESENTATIONS IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WHO HAVE
DIFFICULTY DEVELOPING WRITING SKILLS..... 20

A.S. Mosina, E.B. Fantalova

FEATURES OF MOTIVATIONAL AND PERSONALITY SPHERE OF PATIENTS
WITH TYPE I DIABETES MELLITUS (MESSAGE 2)..... 30

I.N. Vlasenkova, M.A. M.A. Nistratova, A.V. Klimenko

EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE IN ADOLESCENTS WITH SOMATIC DISEASES..... 39

E.V. Ivanova

EMOTIONAL WELL-BEING OF PRESCHOOLERS AND CHARACTERISTICS
OF THE RESILIENCE OF THEIR PARENTS..... 48

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

L.Zh. Attaeva, I.V. Makarov

INCLUSIVE EDUCATION AS A PATHOPLASTIC FACTOR AFFECTING THE COURSE
OF MENTAL ILLNESS IN CHILDREN..... 56

V.I. Shebanova, S.G. Shebanova

PECULIARITIES OF PARENTAL BELIEFS AND TACTICS OF CONTROLLING
CHILDREN'S EATING BEHAVIOR IN EATING SITUATIONS..... 64

O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov, E.E. Balakireva

JUSTIFICATION AND STRUCTURE OF THE PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM
FOR PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS..... 73

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

A.A. Rezakov, S. V. Grechany

DEPRESSIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (LITERATURE REVIEW)..... 91

V.V. Grachev, S.A. Akopyan

PREVALENCE AND CLINICAL FEATURES OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENT
BOYS (ANALYTICAL REVIEW)..... 101

V.M. Ganuzin, G.S. Maskova, L.I. Mozhukhina, E.A. Mavrenkova

SLEEP AND ITS FEATURES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 110

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 122

УДК 616.89-008.45; 616.89-008.48

Ю.В. Шапошникова**ФАКТОРЫ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ****КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер
№ 1» (Красноярск).**

Резюме. В статье рассмотрены факторы риска несуйцидальных самоповреждений у подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня. В исследовании приняли участие 100 подростков в возрасте от 15 до 17 лет. Сформировано две группы наблюдаемых: 60 подростков, прибегающих к нанесению несуйцидальных самоповреждений; 40 пациентов, не прибегающих к нанесению самоповреждений. Выявлено, что тревожная, депрессивная симптоматика, нарушение детско-родительских отношений являются факторами риска несуйцидальных самоповреждений у пациентов женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня.

Ключевые слова: Несуйцидальные самоповреждения, факторы риска, подростки, НССП.

По данным многочисленных исследований, за последние 20 лет наблюдается значительный рост самоповреждений. Несмотря на небольшое количество данных о несуйцидальных самоповреждениях (НССП) до начала 2000-х годов, имеется тенденция к их распространению в последние годы [16]. 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 [11]. Возраст людей к периоду начала самоповреждений приходится в среднем на 14-16 лет, хотя встречаются исследования, свидетельствующие о более раннем начале [15, 17, 18, 22]. В исследовании, проведенном К. Навтон и соавт., 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 [19]. При скрининговом обследовании 604 московских школьников 7-11-х классов (средний возраст 14 лет) было выявлено, что 16,9% подростков указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия (54% однократно, 46% неоднократно). На втором этапе проводилось клиническое обследование 100 подростков с историей самоповреждения. Выявлена патогенетическая и клиническая неоднородность самоповреждающего поведения, что позволяло выделить три механизма его развития: стрессовый (20%), депрессивный (45%), психопатоподобный (35%) [1].

Обращаемость за помощью к психиатру у девушек статистически выше, чем у юношей. Преобладание женщин среди лиц, практикующих самоповреждения, находит подтверждение во многих исследованиях, но однозначного мнения по этому поводу нет, возможно, что половые различия имеют значения лишь в тех случаях, когда речь заходит о частоте проявлений самоповреждающего поведения. В результате исследования в 11 европейских странах, помимо возраста, женский пол был определен в качестве фактора риска для НССП [10]. Социальные факторы риска несуицидальных самоповреждений 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 [3, 4, 13, 23]. По данным 16 зарубежных исследований, НССП у подростков с личностными особенностями связаны с наличием самоповреждающего поведения в окружении подростков [21]. Несуицидальное самоповреждающее поведение 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 факторов риска несуицидальных самоповреждений у девушек в подростковом возрасте с психическими расстройствами непсихотического уровня.

Материал 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, F41.2, F50.2). Основная группа - 60 подростков с несуицидальными самоповреждениями (преднамеренное нанесение самоповреждений без суицидальных намерений), группа сравнения: 40 подростков, не прибегающих к нанесению самоповреждений. Критерии включения: 1. Возраст 15-17 лет. 2. Наблюдение проводилось в течение 2020-2023 гг., на базе КГБУЗ ККПНД № 1, детское диспансерное отделение. 3. Пациенты с психическими расстройствами непсихотического уровня. Критерии исключения: 1. Лица, имеющие психическое заболевание психотического уровня, в т. ч. находящиеся в остром психотическом состоянии; 2. Нежелание пациента участвовать в настоящем исследовании; 3. Лица, имеющие интеллектуальные нарушения.

В ходе исследования использовались: клиничко-психопатологический метод, клиничко-анамнестический метод, статистическая обработка данных выполнялась при помощи программы SPSS 26.0. Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных и порядковых признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде средних арифметических (M) и стандартных отклонений (σ). Значения средних арифметических имеют вид $M \pm \sigma$. Различия во всех случаях оценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Патофизиологическое исследование: Тест личностных акцентуаций (ТЛА) [2], Шкала тревоги Бека (BAI, 1961) [8], Шкала депрессии Бека (BDI – II, 1961) [9], Опросник детско-родительских отношений («анализ семейных взаимоотношений» АСВ), Э.Г. Эйдемиллер, 1987 [6]., опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» ADOR, Е. Шаф-

фер, 1965 [20]. Также оценивались трудности во взаимоотношениях со сверстниками, неуспешность в школьной ситуации, наличие среди знакомых лиц, прибегающих к нанесению несуицидальных самоповреждений.

Результаты. Всем пациентам, участвующим в исследовании, было проведено обследование и лечение согласно стандартам оказания психиатрической помощи. В основной группе преобладают диагнозы: «Смешанные расстройства поведения и эмоций» F92.8 (n=24, 40%), «Депрессивный эпизод легкой степени» F32.0 (n=12, 20%), «Депрессивное расстройство поведения» F92.0 (n=11, 18,3%). В контрольной группе преобладают диагнозы «Смешанные расстройства поведения и эмоций» F92.8 (n=19, 47,5%), «Депрессивный эпизод легкой степени» F32.0 (n=5, 12,5%), «Нервная булимия» F50.2 (n=5, 12,5%). Значимых различий между группами обследованных не выявлено (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов в зависимости от диагноза

Диагноз в соответствии с критериями МКБ-10	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
F92.8 (Смешанные расстройства поведения и эмоций)	24	40	19	47,5
F92.0 (Депрессивное расстройство поведения)	11	18,3	4	10
F32.0 (Депрессивный эпизод легкой степени)	12	20	5	12,5
F32.1 (Депрессивный эпизод средней степени)	4	6,7	3	7,5
F41.2 (Смешанное тревожное и депрессивное расстройство)	6	10	4	10
F50.2 (Нервная булимия)	3	5	5	12,5
Всего	60	100	40	100

Проведена диагностика с целью выявления характерологических особенностей подростков с использованием опросника ТЛА. Распределение пациентов в зависимости от типа акцентуации характера показало преобладание истероидного типа акцентуации в основной и контрольной группе (n=31, 51,7% и n=13, 32,5%); далее шизоидный тип акцентуации в основной и контрольной группе (n=10, 16,6% и n=9, 22,5%), астеноневротический тип акцентуации в основной и контрольной группе (n=9, 15% и n=8, 20%). Значимых различий между группами обследованных не выявлено (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение пациентов в зависимости от типа акцентуации

Акцентуации характера (тип)	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Истероидный	31	51,7	13	32,5
Астеноневротический	9	15	8	20
Лабильно-сенситивный	4	6,7	6	15
Шизоидный	10	16,6	9	22,5
Эпилептоидно- неустойчивый	6	10	4	10
Всего	60	100	40	100

Проведена диагностика тревоги (шкале тревоги А. Бека) [8]. У пациентов основной группы статистически значимо с большей частотой преобладает средняя выраженность тревоги по сравнению с контрольной группой (n=34, 56,6% и n=18, 45%, ($p<0,001$), высокий уровень тревоги в основной группе по сравнению с контрольной группой (n=19, 31,6% и n=6, 15%, $p<0,001$). Тревожная симптоматика может рассматриваться как фактор риска несуйцидальных самоповреждений. (табл. 3).

Таблица 3.

Выраженность тревоги по шкале А. Бека

Выраженность тревоги	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=40)		Уровень значимости p
	Абс.	%	Абс.	%	
Высокая выраженность	19* [40;63]	31,6	6 [36;55]	15	$p<0,001$
Средняя выраженность	34* [27;35]	56,6	18 [22;30]	45	$p<0,001$
Незначительный уровень	7 [18;21]	11,8	16 [18;20]	40	-
Отсутствие	-	-	-	-	-
Всего	60	100	40	100	-

Далее была проанализирована выраженность депрессивной симптоматики (шкала депрессии А. Бека) [9].. Депрессия разной степени выраженности (от
ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2024 (24). № 3

лёгкой до тяжелой) с более высокой частотой выявлена в основной группе по сравнению с контрольной. В основной группе статистически значимо преобладает умеренный уровень депрессии по сравнению с контрольной группой ($n=48$, 80% и $n=16$, 40%, $p<0,001$). Депрессивная симптоматика может рассматриваться как фактор риска несуйцидальных самоповреждений. (табл. 4).

Таблица 4.

Выраженность депрессии по шкале А. Бека

Выраженность депрессии	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=40)		Уровень значимости p
	Абс.	%	Абс.	%	
Легкая	6 [10;19]	10	23 [10;15]	57,5	<0,001
Умеренная	48 [21;22]	80	16 [19;20]	40	$p<0,001$
Выраженная	3 [23;28]	5	1 [23;25]	2,5	-
Тяжелая	3	5	-	-	-
Отсутствие	-	-	-	-	-
Всего	60	100	40	100	-

Проведена диагностика детско-родительских отношений (опросник детско-родительских отношений АСВ, Э.Г. Эйдемиллер [6]., ADOR, Е. Шаффер [20]. С большей частотой в основной группе преобладают нарушения детско-родительских отношений: по типу потворствующей гиперпротекции по сравнению с контрольной группой ($n=17$, 28,3% и $n=9$, 22,5%), доминирующей гиперпротекции в основной группе по сравнению с контрольной группой ($n=12$, 20% и $n=6$, 15%); потворствующая гипопротекция в основной группе сходна с контрольной группой ($n=5$, 8,3% и $n=3$, 7,5%). Статистически значимо с большей частотой преобладают нарушения внутрисемейных отношений в основной группе по сравнению с контрольной группой ($n=34$, 56,6% и $n=16$, 40%, $p<0,001$). С большей частотой преобладают сложности во взаимоотношениях со сверстниками в основной группе по сравнению с контрольной группой ($n=30$, 50% и $n=10$, 25%). С большей частотой преобладает неуспешность в школьной ситуации в основной группе по сравнению с контрольной группой ($n=25$, 41,6% и $n=7$, 17,5%). С большей частотой в основной группе преобладает наличие среди знакомых лиц, прибегающих к нанесению несуйцидальных самоповреждений, по сравнению с контрольной группой ($n=35$, 58,3% и $n=7$, 17,5%) (табл. 5)

Таблица 5.

Психосоциальные факторы

Психосоциальные факторы	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=40)		Уровень значимости p
	Абс.	%	Абс.	%	
Нарушение детско-родительских отношений	34 [17;5]	56,6	16 [7;3]	40	p<0,001
Неуспешность в школьной ситуации	25	41,6	7	17,5	-
Сложности во взаимоотношениях со сверстниками	30	50	10	25	-
Наличие среди знакомых лиц, прибегающих к НССП	35	58,3	7	17,5	-

Обсуждение. Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте могут проявляться как самостоятельно, так и совместно с другими психическими расстройствами [14]. По данным исследований ученых Канады, наибольшая склонность к несуицидальным самоповреждениям выявлена у девочек-подростков, имеющих симптомы депрессии, аффективные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности [5]. У девушек с несуицидальными самоповреждениями преобладают психические расстройства непсихотического уровня: «Смешанные расстройства поведения и эмоций» F92.8, «Депрессивный эпизод легкой степени» F32.0, «Депрессивное расстройство поведения» F92.0. Значимых различий между основной и контрольной группой не выявлено. У всех пациентов выявлена акцентуация характера. У пациенток с несуицидальными самоповреждениями преобладают типы акцентуаций: истероидный (n=31, 51,7%), шизоидный (n=10, 16,6%), астеноневротический (n=9, 15%). Значимых различий между группами наблюдаемых не выявлено. У подростков с НССП и психическими расстройствами непсихотического уровня статистически значимо более выражена тревожная и депрессивная симптоматика по сравнению с пациентами, не прибегающими к нанесению самоповреждений. Социальные факторы риска несуицидальных самоповреждений играют значительную роль и чаще всего совпадают с теми, что ранее показали свою значимость в отношении суицидального поведения [7]. К социальным факторам риска самоповреждающего поведения относятся нарушение внутрисемейных отношений, школьный буллинг, наличие среди знакомых лиц, прибегающих к НССП [12]. Нарушения внутрисемейных отношений статистически значимо с большей частотой преобладают у подростков с несуицидальными самоповреждениями по сравнению с подростками, не прибегающими к нанесению самоповреждений.

Выводы.

1. В ходе анализа результатов исследования были сделаны следующие выводы: У подростков с несуицидальными самоповреждениями статистически значимо преобладает тревожная симптоматика, по сравнению с пациентами, не прибегающими к НССП. Тревожная симптоматика может рассматриваться в качестве фактора риска несуицидальных самоповреждений у подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня.

2. У пациентов с несуицидальными самоповреждениями статистически значимо преобладает депрессивная симптоматика, по сравнению с подростками, не прибегающими к НССП. Депрессивная симптоматика может рассматриваться в качестве фактора риска несуицидальных самоповреждений у подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня.

3. У девушек с несуицидальными самоповреждениями статистически значимо преобладают нарушения внутрисемейных отношений, по сравнению со сверстниками, не прибегающими к самоповреждениям. Нарушения детско-родительских отношений можно рассматривать в качестве фактора риска несуицидальных самоповреждений у подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня.

Заключение. Практическая значимость проведенного исследования заключается в возможности использования результатов при выборе тактики оказания помощи, разработке реабилитационных и профилактических мероприятий. Особое внимание по результатам данного исследования следует уделять тревожной, депрессивной симптоматике, нарушению детско-родительских отношений, так как именно эти факторы риска несуицидальных самоповреждений являются значимыми у подростков женского пола с психическими расстройствами непсихотического уровня.

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. В.Ф. Войно-Ясенецкого (протокол № 119/2023 от 07.06.2023)

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. Дворщенко В.П. Тест личностных акцентуаций. Модифицированный вариант методики ПДО. М.: Речь, 2008. 96 с.

3. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. Т. 1. С. 39-49.

4. Польская Н.А. Роль социальных факторов в развитии самоповреждающего поведения // Клиническая и социальная психология. 2012. Т. 2. С. 40-52.

5. Польская Н.А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 2. С. 1-20.

6. Эйдемиллер Э. Г. Опросник для родителей. Анализ семейных взаимоотношений. // Опросник для родителей 1987.

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. Dvorshhenko V.P. Test lichnostny`kh akcentuaczij. Modificirovanny`j variant metodiki PDO. M.: Rech`, 2008. 96 s.

3. 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.

4. Pol`skaya N.A. Rol` soczial`ny`kh faktorov v razvitii samopovrezhdayushhego povedeniya // Klinicheskaya i soczial`naya psikhologiya. 2012. T. 2. S. 40-52.

5. Pol`skaya N.A. Faktory` riska i napravleniya profilaktiki samopovrezhdayushhego povedeniya podrostkov // Klinicheskaya i speczial`naya psikhologiya. 2018. T. 2. S. 1-20.

6. E`jdemiller E`. G. Oprosnik dlya roditelej. Analiz semejny`kh vzaiootnoshenij. // Oprosnik dlya roditelej 1987. Andover M. S. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults // Psychiatry Research. 2014. Vol. 219. No 2. pp. 305 – 310. DOI: 10.1016 /j.psychres. 2014.06.001.

7. Andover M. S. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults // Psychiatry Research. 2014. Vol. 219. No 2. pp. 305 – 310. DOI: 10.1016 /j.psychres. 2014.06.001.

8. Beck A. The Beck Anxiety Inventory // The Beck Anxiety Inventory 1961.

9. Beck A. The Beck Depression Inventory // The Beck Depression Inventory 1961.

10. 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.

11. Casey B. J., Getz S., Galvan A. The adolescent brain // Cognitive Neuroscience. 2008. pp. 62 - 77. DOI: 10.1196/annals.1440.010.

12. Evans E., Hawton K., Rodhman K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents. A systematic review of population-based studies // Clinical Psychology Review. 2004. Vol. 24. No 8. pp. 957–979. DOI:10.1016/j.cpr.2004.04.005.

13. Gratz K. L., Conrad S. D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // American Journal of Orthopsychiatry. 2002. Vol. 72. No 1. pp. 128-140.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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

18. Nitkowski D., Petermann F. Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review // *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*. 2011. Vol. 79. No 1. pp. 9 – 20. DOI: 10.1055/s – 0029-1245772.

19. 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.

20. Shaffer E. ADOR Inventory // Adolescent about Parents Inventory. 1965.

21. 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.

22. 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.

23. Young R., Sproeber N., Groschwitz R. C., Preiss M., Plener P. L. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity // *BMC Psychiatry*. 2014. Vol. 14. pp. 137-147. DOI: 10.1186/1471-244X-14-137.

Yu.V. Shaposhnikova

RISK FACTORS FOR NON-SUICIDAL SELF INJURY IN FEMALE PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENCE

Krasnoyarsk regional psychoneurological dispensary № 1 (Krasnoyarsk).

Summary. The where examined risk factors for non-suicidal self-harm in female adolescents with non-psychotic mental disorders. The study involved 100 adolescents aged 15 to 17 years, two groups were formed, 60 adolescents with non-suicidal self injury and 40 patients without self injury. Anxiety, depressive symptoms, and disruption of parent-child relationships where are risk factors for non-suicidal self injury in female patients with non-psychotic mental disorders.

Keywords: Non-suicidal self injury, risk factors, adolescents, NSSI.

УДК 616.89, 616.89-008.48

Г.В. Козловская, Е.Е. Балакирева, М.В. Иванов, М.А. Калинина,
А.В. Куликов, Г.Н. Шимонова, Н.И. Голубева

**ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА В КОРРЕЛЯЦИИ
С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ,
РАННЕМ ДЕТСКОМ И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Актуальность. Статья посвящена обсуждению состояния проблемы изучения особенностей темперамента в раннем возрасте. Как показывают данные литературы, большинство сообщений относится к оценке состояния темперамента у взрослых и старших подростков. **Цель:** оценить возможности оригинальной методики для изучения основных характеристик темперамента. Были сопоставлены основные характеристики темперамента в классической методике и оригинальной авторской методике. **Материал, методы.** Были обследованы дети раннего и дошкольного возраста из групп риска по эндогенной, психогенной, экзогенно-органической патологии и здоровый контроль (всего 80 человек) классической и оригинальной методиками оценки темперамента. **Результаты.** Как показало исследование, использование обеих шкал показывает сходные результаты. **Заключение.** Исследование позволило прийти к заключению. Что оригинальная методика может быть использована для оценки темперамента в раннем возрасте.

Ключевые слова: ранний детский возраст, дошкольный возраст, темперамент, динамическое наблюдение, прогноз, психическое здоровье.

Темперамент – это врожденное свойство психики человека, составляющее в определенной степени фундамент характера и личности индивидуума, а также подвижности нервной, вегетативной систем и общей физиологической реактивности. Темперамент лежит в основе адаптационных свойств, эмоциональности, общительности, настроения и поведения в целом. С давних времен темперамент служит предметом пристального внимания и изучения. До новой эры Гиппократ и Гален выделили и описали основные характеристики четырех типов темперамента – сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик. В основу выделения типов темперамента легли особенности психологического и нервного гомеостаза человека (или динамического постоянства), такие как темп, ритм, интенсивность, устойчивость свойств и их динамическая соразмерность. Выделенные характеристики в совокупности определяют уровень психической и физиологической активности индивидуума, определяют направленность деятельности и, как уже сказано, поведения.

В дальнейшем темперамент изучался многими исследователями. За рубежом видные ученые [1, 3] рассматривали темперамент в концепции Гиппократа в связи с тем или иным типом личности. Позднее ряд исследователей связывал особенности темперамента в раннем детстве с нарушениями пищевого поведения у подростков (анорексией и булимией). В отечественной практике темперамент рассматривался как продолжение учения И.П. Павлова о типах высшей нервной деятельности. Электрофизиологи и психологи исследовали темперамент у взрослых в корреляции с гиппократовскими группами [3, 5, 6].

К наиболее глубоким и серьезным изысканиям в изучении темперамента у де-

тей относятся психологические работы А. Thomas, S. Chess [8]. Ими было выделено несколько типов темперамента – легкий, трудный, медлительный (to warm up), вялый (застенчивый), регулярный и дисрегулярный, устойчивый и неустойчивый, равномерный и неравномерный и др. Типы темперамента выделялись с учетом характеристик психической реактивности – активность, адаптивность, интенсивность, подвижность, продолжительность, равномерность, регулярность, устойчивость внимания и настроения. Следует отметить, что все исследования этих авторов касались особенностей темперамента в детском возрасте в ситуации физической нормы и психического здоровья. В других работах есть отдельные указания на то, что темперамент проявляется с первых дней жизни ребенка и характеризует отдельные формы поведения новорожденного и младенца [4, 7, 9]. Это крик и его особенности, сосательные движения, координированность движений общей моторики и др. Данные первичные поведенческие проявления, тем не менее, уже обнаруживают признаки соотношения с типичными признаками того или иного темперамента. Это активность, сенситивность, эмоциональность, возбудимость, скорость усвоения навыков ходьбы, речи, пищевого поведения и ответных реакций.

Взаимосвязь темперамента и его роль при психических нарушениях, особенно в раннем возрасте у детей, подробно не изучались. В то же время основополагающие характеристики отдельных свойств темперамента и их изменения в ситуации психической патологии представляют немаловажный аспект изучения психического здоровья и его возрастной динамики в норме и патологии в раннем онтогенезе. Кроме того, эти аспекты имеют немалое значение в диагностике психических отклонений и в формах наиболее целесообразной профилактики и коррекции патологии. Также следует отметить, что основные генетически обусловленные врожденные качества темперамента, как указывают на то фундаментальные психологические исследования, оставаясь неизменными в своих существенных проявлениях, с возрастом видоизменяются под влиянием внешних факторов – воспитания, физического состояния, депривационной ситуации. Однако к возрасту 1,5–2,5 лет устанавливаются основные формы проявления темперамента в рамках здоровья. В практике отечественной психологии с учетом зарубежных практик были сформулированы основные показатели свойств темперамента в сопряжении с общим состоянием нервной системы и гомеостаза в целом. Это сила возбудительных реакций, тревожность, ригидность, импульсивность, экстра- и интровертированность, эмоциональность [2].

Научная группа в рамках детского отдела ФГБНУ НЦПЗ по изучению клинической феноменологии психических нарушений в раннем детском возрасте продолжила исследование особенностей темперамента в возрастной динамике во взаимосвязи с психической патологией и ее риском.

Материал, методы исследования. Группу наблюдения составили 80 детей (40 мальчиков, 40 девочек). 20 человек были отобраны в младенчестве, еще 20 детей были включены в группу наблюдения в возрасте 2-3 лет, остальные были включены в исследование в дошкольном возрасте до 5 лет, в том числе 20 человек в качестве группы сравнения. Соотношение по полу во всех трех группах было равным (10 мальчиков и 10 девочек). Отобранный контингент детей первой и второй возрастных групп изучался проспективно; третьей – как ретроспективно, так и проспективно, в динамике.

По психическому состоянию дети в группе наблюдения разделились следующим образом: 20 детей составили подгруппу с расстройствами шизофренического спектра (группа высокого риска – ГВР), в составе которой были дети с шизотипическим диатезом, типичным и атипичным аутизмом. 20 детей составили подгруппу депривационную. Это были дети-сироты из домов ребенка с материнской депривацией. В третью подгруппу вошли 20 детей психически и физически здоровых, с легкими симптомами церебрально-органической недостаточности, и 20 детей без психических нарушений составили последнюю, контрольную группу. Все возрастные группы – младенческая, первых лет и дошкольная были сопоставимы по структуре психического состояния. По социальной ситуации все дети, кроме детей-сирот, воспитывались в полных семьях с гармоничной внутрисемейной ситуацией.

Методами исследования были – психопатологический, психологический, неврологический, статистический. Дополнительно использовались психодиагностические методики – клинико-психологический тест «ГНОМ», опросник А. Thomas, S. Chess для детей первых лет жизни, тест М. Люшера для детей дошкольного возраста, оригинальный тест для определения состояния вегетативной реактивности Г.Н. Шимоновой. В последних представлены взаимосвязи новых различных типов темперамента (легкий, средний, трудный и др.) в сопоставлении с классическими типами (сангвиник, меланхолик, холерик, флегматик) в корреляции с психическим состоянием пациента.

Результаты и обсуждение.

Ниже представлены таблицы, иллюстрирующие результаты исследования. В первой таблице можно видеть, как соотносятся типы темперамента и различные проявления нейропсихической активности детей исследуемой когорты.

Таблица 1.

Типы / характеристи- ки																		
Легкий	2 +		2 +		2 +		2 +		2 +		2 +		2 +		2 +			сангвиник
Средний		2 +	2 +		2 +		2 +		2 +		2 +		2 +	+		+	+	меланхо- лик
Трудный	+			2 +	2 +		2 +		2 +			2 +			2 +	2 +		холерик
Медлитель- ный	2 +		2 +		2 +		2 +		2 +		2 +			2 +			2 +	флегматик
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Пояснение к таблице. Характеристики темперамента: 1 – сильный, интенсивный, 2 – слабый, 3 – уравновешенный, спокойный, 4 – неуравновешенный, беспокойный, (тревожный), 5 – регулярный, равномерный, 6 – неравномерный, 7 – эмоциональный, 8а - устойчивое настроение, 8б – неустойчивое настроение, 9 – адаптивный, 10 – трудно адаптирующийся, 11 – динамичный, 12 – медлительный, вялый, 13 – общительный, 14 – необщительный, 15 – внимание (устойчивое), 16 – неустойчивое внимание, 17 – экстраверт, 18 – интроверт

Как показывают данные таблицы, характеристики современных типов темперамента и традиционных во многих позициях идентичны. Ключевой интерес представляет вопрос, как соотносятся отдельные типы темперамента в ситуации психических отклонений в раннем детском возрасте в динамике.

Таблица 2.

Группы психического здоровья детей раннего возраста (0-3 года) в корреляции с типом темперамента

Тип темперамента	Группа высокого риска ГВР		Церебральная резидуально-органическая недостаточность		Депривация		Норма		Тип темперамента
Пол	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	
легкий	-	-	1	2	-	-	3	6	Сангвиник
средний	1	4	5	4	3	5	4	2	Меланхолик
трудный	4	2	3	2	4	3	1	1	Холерик
медлительный	5	4	1	2	3	2	2	1	Флегматик
Всего	10 10		10 10		10 10		10 10		Всего

Таблица 3.

Группы психического здоровья детей дошкольного возраста (3-5 лет) в корреляции с типом темперамента

Тип темперамента	Группа высокого риска ГВР		Церебральная резидуально-органическая недостаточность		Депривация		Норма		Тип темперамента
Пол	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	
легкий	2	3	1	2	-	-	3	6	Сангвиник
средний	3	5	5	4	3	4	4	2	Меланхолик
трудный	3	1	3	2	4	5	1	1	Холерик
медлительный	2	1	1	2	3	1	2	1	Флегматик
Всего	10	10	10	10	10	10	10	10	Всего

Изучение групп психического здоровья (ГВР, ОРГ, ДЕПР и НОРМА) в корреляции с современными типами темперамента выявили в группах *ГВР и депривации* наибольшую представленность *трудного и медлительного*, в меньшей степени *среднего* темперамента, отсутствовали типы *легкого и сангвиника* в отличие от группы *нормы*, где последние преобладали.

С возрастом прослеживается изменение проявлений темперамента как в группах патологии, так и здоровых. В группах патологии наблюдается сглаживание грубых характеристик темперамента (трудный, холерический), которые проявляются в виде бурной раздражительности, истерических и протестных реакций, агрессивности, негативизма в сочетании с периодами вялости, медлительности, отрешенности, избегания общения, моторного и поведенческого од-

нообразия и др. С возрастом происходит постепенное упорядочивание поведения, а психические реакции видоизменяются, приобретая форму *среднего, меланхолического, и медлительного* типов темперамента.

Следует отметить, что в группе патологии «чистые» определенные типы темпераментов наблюдаются редко. Чаще имеют место смешанные формы, и в зависимости от ситуации в характерологическом статусе отмечаются то преимущественно *уравновешенный тип сангвиника*, то *менее уравновешенный – меланхолика*, или то относительно регулярный с эмоциональными колебаниями, интровертированный тип, то склонный к экстравертированности, с неустойчивым вниманием и трудностями адаптации.

В возрастной динамике во всех группах здоровья отмечается преимущественно положительная динамика психического состояния ребенка, особенно в группах резидуально-органического поражения ЦНС и депривационной, и тенденция к формированию определенного типа темперамента с относительной гармонизацией характерологических черт и поведения.

Несмотря на врожденную основу ведущих проявлений темперамента в детском возрасте, особенно в раннем онтогенезе, наблюдается возрастная трансформация типологических проявлений темперамента. Становление определенного темперамента может сопровождаться некоторыми нарушениями психического состояния в виде дизадаптивности¹ поведения, неустойчивости внимания и эмоциональных реакций, раздражительности, двигательного возбуждения малого размах или, напротив, заторможенности, вялой и однообразной игровой деятельности и др. Особенно это бывает заметно в периоды «кризисов» онтогенеза в 7-8 месяцев в младенчестве, в 18, 19 месяце в раннем возрасте, в 3-4 года в дошкольном периоде. Данные проявления могут лежать в рамках онтогенетического созревания нервно-психической сферы и не обязательно представлять патологический уровень реактивности. Напротив, их следует рассматривать как этап психического развития в детском возрасте и становления, в том числе, определенного темперамента. Отклонения в поведении могут быть исправлены с помощью целенаправленных коррекционных психологических воздействий без медикаментозного вмешательства.

В то же время знание определенных тенденций становления темперамента

¹Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1982. 464 с.); то же: Психиатрический энциклопедический словарь. К. МАУП 2003. Стоименов Й.А.; то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. М.: Вече, Аст, 2001. Т. 1. С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «**дизадаптация**» («**dysadaptation**»).

имеет немалое значение в коррекционной работе с патологическими состояниями, так и для ускорения, и гармонизации искажений психического развития. Например, детям с элементами медлительного типа темперамента целесообразна стимуляция процессов психической активности в целом – подвижности эмоций, активности познавательного интереса и любознательности, чувства адекватной привязанности, эмпатии (сочувствия, сопереживания), игрового разнообразия. Напротив, при повышенной активности следует предложить более спокойные и уравновешенные занятия – рисунок, раскраска, лего, пазлы, игры с куклами и т. п. При неустойчивом внимании целесообразна тренировка его сосредоточенности, в том числе с помощью таких занятий, как рисование, раскраска, пение, музыкальные занятия. В младенчестве – это тренировка зрительного сосредоточения и ротового внимания, слуха, сенсорики с помощью проговаривания различных детских «потешек», использования медитативных техник, преимущественно в форме фонового включения детских классических музыкальных произведений для сопровождения игрового взаимодействия с ребенком, приятных шумовых эффектов, игровых элементов.

Выводы. Таким образом, темперамент, как одна из основ человеческой психики, в раннем детском возрасте претерпевает определенные динамические изменения в рамках возрастного становления психического здоровья. Последнее требует к себе серьезного клинического и психологического внимания с точки зрения психопрофилактики и психогигиены без расширения границ психической патологии. Дальнейшие исследования помогут выявить возможные корреляции между особенностями становления темперамента и появлением инициальных проявлений психической патологии в раннем возрасте, оценить прогностическое значение отдельных составляющих темперамента для психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г. Парадоксы психологии = Psychology is about people. М.: Эксмо-Пресс, 2009. 352 с.
2. Диагностические тесты психологического и психоневрологического обследования детей первых лет жизни (нормативы, риск патологии, организация помощи). Методические рекомендации / Под ред. Г.В. Козловской. М.: МИА, 2019. 192 с. ISBN 978-5-9986-0394-5.
3. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2010. 710 с.
4. Кайл Р. Детская психология. Тайны психики ребенка. (Серия «Психологическая энциклопедия»). СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 416 с.
5. Колпаков В.Г., Макаров В.В. Опросники для определения темперамента: методические рекомендации. Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1993. 42 с.
6. Петросян Е.Ю., Савченков Ю.И. Изменчивость темперамента: миф или реальность? // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2006 № 1 С. 110-119.
7. Шэффер Д. Дети и подростки: психология развития. СПб.: Питер, 2003. 976 с.

REFERENCES

1. Ajzenk G. Paradoksy` psikhologii = Psychology is about people. M.: E`ksmo-Press, 2009. 352 s.
2. Diagnosticheskie testy` psikhologicheskogo i psikhonevrologicheskogo obsledovaniya detej pervy`kh det zhizni (normativy`, risk patologii, organizacziya pomoshhi). Metodicheskie rekomendaczii / Pod red. G.V. Kozlovskoj. M.: MIA, 2019. 192 s. ISBN 978-5-9986-0394-5.
3. Il`in E.P. Psikhologiya individual`ny`kh razlichij. SPb.: Piter, 2010. 710 s.
4. Kajl R. Detskaya psikhologiya. Tajny` psikhiki rebenka. (Seriya «Psikhologicheskaya e`ncziklopediya»). SPb.: prajm-EVROZNAK, 2002. 416 s.
5. Kolpakov V.G., Makarov V.V. Oprosniki dlya opredeleniya temperameta: metodicheskie rekomendaczii. Krasnoyarsk: Fond mental`nogo zdorov`ya, 1993. 42 s.
6. Petrosyan E.Yu., Savchenkov Yu.I. Izmenchivost` temperameta: mif ili real`nost`? // Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V.P. Astaf`eva. 2006 # 1 S. 110-119.
7. She`ffer D. Deti i podrostki: psikhologiya razvitiya. SPb.: Piter, 2003. 976 s.
8. Thomas A., Chess S. Temperament Type Longitudinal Study and Findings. Updated May 30, 2024 .by Better Help Editorial Team. [Internet-resurs].
9. Takegata M, Matsunaga A, Ohashi Y, Toizum M, Yoshida LM, Kitamura T. Prenatal and Intrapartum Factors Associated with Infant Temperament: A Systematic Revie. Front Psychiatry. 2021; 12: 609020. doi: 10.3389/fpsyt.2021.609020.

**G.V. Kozlovskaya, E.E. Balakireva, M.V. Ivanov, M.A. Kalinina,
A.V. Kulikov, G.N. Shimonova, N.I. Golubeva**
**FEATURES OF TEMPERAMENT IN CORRELATION
 WITH MENTAL PATHOLOGY IN INFANCY,
 EARLY AND PRESCHOOL CHILDHOOD**

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. Objective. The article is devoted to a discussion of the state of the problem of studying the characteristics of temperament at an early age. According to the literature, most of the reports relate to the assessment of the state of temperament in adults and older adolescents. **Aim:** to evaluate the capabilities of the original technique for studying the main characteristics of temperament. The main characteristics of temperament in the classical method and the original author's method were compared. **Material, methods.** Children of early and preschool age from risk groups were examined for endogenous, psychogenic, exogenous-organic pathology and healthy control (a total of 80 people) with classical and original methods of assessing temperament. **Results.** Studies have shown similar results. **Conclusion.** The study allowed us to come to a conclusion. That the original technique can be used to assess temperament at an early age.

Keywords: early childhood, preschool age, temperament, dynamic observation, prognosis, mental health.

Ю.Ю. Пенцак, Е.Г. Каримулина, А.В. Иванова
ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ,
ИСПЫТЫВАЮЩИХ ТРУДНОСТИ ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ ПИСЬМА
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).

Резюме. Работа направлена на изучение особенностей пространственных представлений у младших школьников с трудностями освоения навыков письма. Оценка сформированности пространственных представлений у младших школьников, имеющих стойкие нарушения письма, проводилась с помощью батареи нейропсихологических проб. Полученные результаты указывают на комплексность нарушений пространственных представлений у младших школьников с трудностями усвоения письма, обучающихся в массовом классе и не имеющих диагноза, а также у детей с задержкой психического развития, обучающихся в малокомплектном классе.

Ключевые слова: нарушения письма, дислексия, дисграфия, пространственные представления, младшие школьники, задержка психического развития.

Введение. Актуальность исследования обусловлена поиском основных механизмов трудностей усвоения навыков письменной речи. Трудности освоения навыков письма часто соотносят с нарушением формирования письменной речи, известным как дислексия [2]. Большое количество исследований и разнообразных теорий дислексии [5, 7, 8] указывает на сложный характер и неоднородность причин, лежащих в основе нарушений письменной речи и мозговых механизмов, ее обеспечивающих. Особое внимание уделяется изучению роли нарушений зрительно-пространственных представлений в звене дифференциации состояния пространственно-символического и пространственно-предметного гнозиса, поскольку данные многочисленных исследований указывают на наличие дефицита пространственных функций у детей с дислексией [3, 4, 6, 7, 8].

В данном исследовании подчеркивается важность сформированности пространственных представлений у детей в успешном освоении навыков письма. Изучение пространственных представлений у детей, испытывающих специальные учебные трудности, дает возможность определить роль пространственных и зрительно-пространственных трудностей как одного из факторов, обуславливающих трудности формирования письменной речи.

Цель исследования – изучить пространственные представления младших школьников с трудностями освоения навыков письма.

Гипотеза исследования – у младших школьников с трудностями формирования письма наблюдаются недостаточная сформированность пространственных представлений.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБОУ Школа № 1411 г. Москвы и проходило в два этапа: формирование выборки и нейропсихологическая диагностика квазипространственных представлений и символического гнозиса.

На предварительном этапе для отбора школьников в группы проведена экспертная оценка учителем-дефектологом уровня сформированности навыков письма с помощью методики «Анализ продуктов письменной деятельности на наличие дисграфических ошибок» Т.В. Ахутиной [1]. По результатам данного анализа были выделены школьники в высоком, среднем и низком уровне сформированности навыков письма, на основании чего сформированы три группы.

– Контрольную группу составили 10 учащихся третьего класса по программе ООП, не испытывающие трудностей освоения навыков письма (высокий уровень сформированности навыков письма).

– Экспериментальную-1 группу составили 10 учащихся третьего класса по программе ООП, испытывающие трудности в освоении навыков письма (средний и низкий уровень сформированности навыков).

– Экспериментальную-2 группу составили 10 учащихся малокомплектного класса, обучающиеся по программе АООП 7.2 для детей с задержкой психического развития (далее – ЗПР) на основании заключения Центральной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ЦПМПК), которые так же испытывают трудности освоения навыков письма (средний и низкий уровень сформированности навыков).

Всего в исследовании приняли участие 30 учащихся в возрасте от 9 до 11 лет. В табл. 1 представлена обобщенная характеристика выборок.

Таблица 1.

Характеристики выборки.

Выборки	Объем, кол-во чел.			Средний возраст	Программа обучения / вариант дигногенеза
	всего	мальчики	девочки		
Контрольная	10	5	5	10	ООП / без трудностей освоения письма (экспертная оценка)
Экспериментальная - 1	10	4	5	10	ООП / с трудностями освоения письма (экспертная оценка)
Экспериментальная - 2	10	8	2	11	АООП 7.2 для детей с ЗПР (ЦПМПК) / ЗПР с трудностями усвоения письма (экспертная оценка)

На следующем этапе была проведена нейропсихологическая диагностика сформированности квазипространственных представлений и символического гнозиса с целью определения сформированности данных параметров и их сопоставления.

Для оценки сформированности квазипространственных представлений (пространственные представления на лингвистическом уровне) использовался

четвертый блок диагностического комплекта методики «*Диагностика пространственных представлений ребенка*» Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. Оценивались понимание обратимых предложных конструкций с обозначением места, понимание обратимых активных и пассивных конструкций, понимание сложных логико-грамматических конструкций.

Критерии оценивания: 0 – ребенок самостоятельно и правильно отвечает на вопрос; 1 – ребенок испытывает трудности в понимании грамматических конструкций, выполняет задания с помощью психолога, 2 – ребенок не выполняет задание. Высчитывалось общее количество штрафных баллов по каждому заданию. Баллы суммировались и высчитывался интегральный показатель сформированности квазипространственных представлений.

Для оценки сформированности символического гнозиса использовались следующие пробы:

– пробы на «*Буквенный гнозис*» включали знание печатных и рукописных букв, зашумленные и наложенные буквы. Критерии оценивания: подсчитывалось общее количество ошибок.

– проба «*Зеркальность букв*» для оценки сформированности зрительно-пространственного образа букв, где ребенку необходимо было обвести правильно изображенные буквы на соответствующем бланке. Критерии оценивания: подсчитывалось общее количество ошибок.

– проба «*Дорисовывание буквы*» для оценки сформированности образа-представления букв, где ребенку нужно было идентифицировать букву и дорисовать элементы на соответствующем бланке. Критерии оценивания: подсчитывалось общее количество ошибок.

Баллы, набранные по всем пробам, суммировались и высчитывался интегральный показатель сформированности символического гнозиса.

В качестве дополнительной использовалась проба «*Рифмующееся слово*» с целью показать комплексный характер нарушений, где ребенку необходимо было подобрать рифмующееся слово в каждом из пяти заданий на соответствующем бланке. Критерии оценивания: 0 – правильное выполнение, 1 – ответ с ошибкой и верное исправление при указании на ошибку, 2 – неверный ответ. В конце подсчитывалось общее количество штрафных баллов.

В обработке полученных эмпирических данных для оценки влияния принадлежности к группе использовался ANOVA. Для попарных сравнений межгрупповых различий использовался апостериорный критерий различий Бонферрони для случаев с однородной дисперсией. Для оценки значимости различий между двумя распределениями категориальных переменных использовался критерий однородности χ^2 . Компьютерная обработка результатов проводилась в программах Excel и IBM SPSS Statistics 23.

Результаты исследования. По результатам предварительного отбора с помощью методики «Анализ продуктов письма» количество допускаемых ошибок в обеих экспериментальных группах значимо больше, чем в контрольной, что наглядно отражено на рис. 1.

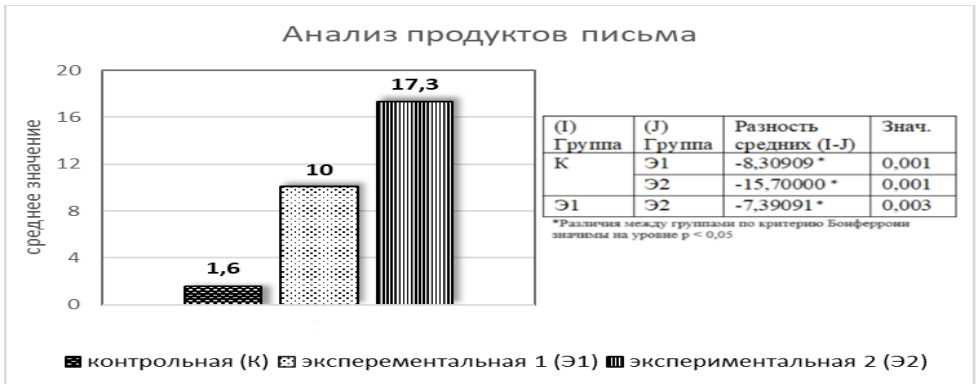


Рисунок 1. Результаты пробы «Анализ продуктов письма».

Для детей обеих экспериментальных групп характерны такие ошибки, как колебания наклона, ширины и высоты букв; раздельное написание букв внутри слова; трудности актуализации графического/двигательного образа буквы; трудности запоминания зрительного образа слова; ошибки в идеограммах, словарных словах; пропуск и смешение гласных; фонетическое письмо; слитное написание слов; ошибки в простых орфограммах. Кроме того, у школьников экспериментальной-2 группы отмечается устойчивая зеркальность при написании букв и цифр; нарушение порядка букв в словах. Данные ошибки указывают на недостаточную сформированность зрительно-пространственных представлений. Также отмечаются ошибки, связанные с недостаточной сформированностью фонематического анализа.

Результаты основного этапа исследования показали, что сформированность символического гнозиса значительно отличается от контрольной группы как в экспериментальной-1 ($p=0,004$), так и экспериментальной-2 ($p=0,001$). Сформированность квазипространственных функций значительно отличается от контрольной группы только в экспериментальной-2 ($p<0,001$). Результаты выполнения всех проб на исследуемые параметры наглядно представлены на рис. 2.

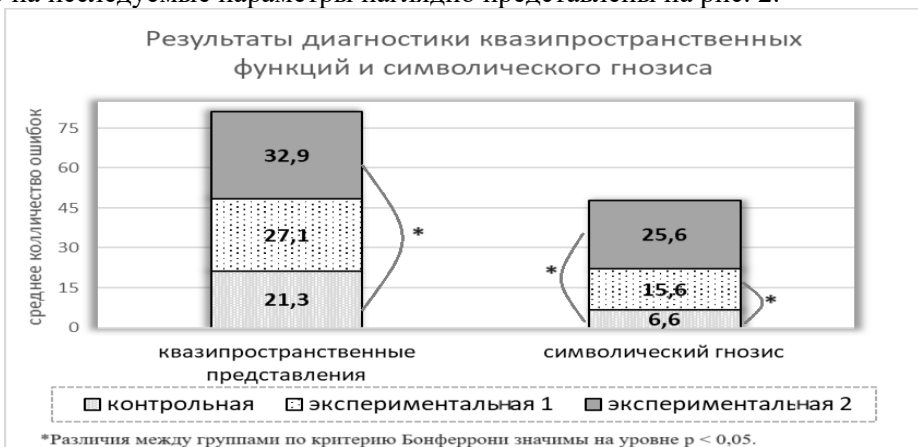


Рисунок 2. Общий показатель сформированности квазипространственных функций и символического гнозиса (интегральный показатель по всем пробам).

Однако анализ результатов по отдельным пробам на оценку сформированности различных параметров квазипространственных представлений указывает на неравномерность состояния данной функции у младших школьников с трудностями освоения навыков письма. Полученные данные представлены на рис. 3.

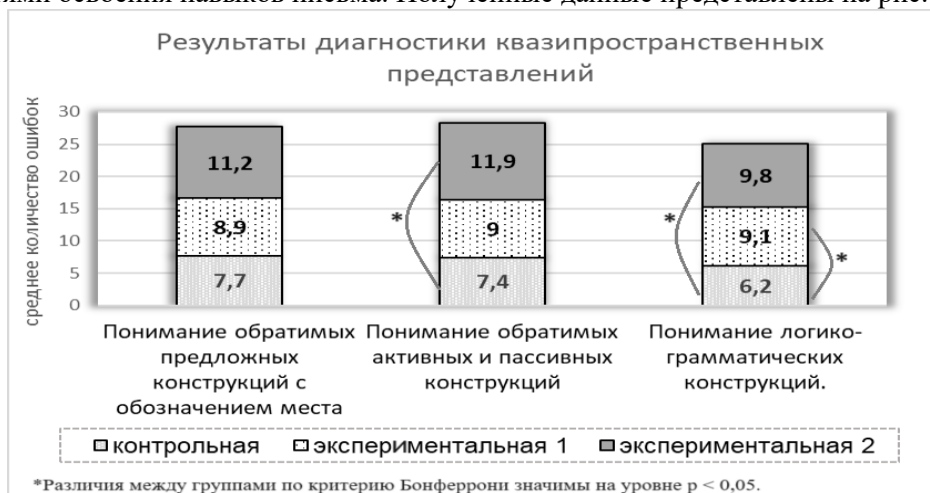


Рисунок 3. Результаты диагностики квазипространственных представлений.

По результатам выполнения пробы «Понимание обратимых предложных конструкций с обозначением места» не выявлены значимые различия между детьми с трудностями и без трудностей освоения навыка письма. При этом в пробе «Понимание обратимых активных и пассивных конструкций» результаты указывают на значимые различия в группах контрольной и экспериментальной-2 ($p=0,004$). В пробе «Понимание логико-грамматических конструкций» значимые различия с контрольной группой получены как в экспериментальной-1 ($p=0,016$), так и экспериментальной-2 ($p=0,004$) группах. Можно говорить о том, что состояние данной функции имеет неоднородную структуру. Для младших школьников с трудностями формирования навыков письма наибольшие сложности представляют пробы, направленные на квазипространственный анализ и синтез в заданиях на понимание логико-грамматических конструкций.

Проведенный анализ результатов показывает, что сформированность пространственных представлений на лингвистическом уровне у контрольной и экспериментальных групп различаются. У младших школьников, испытывающих трудности освоения письменных навыков как без диагноза, так и с диагнозом ЗПР, отмечается недостаточная сформированность квазипространственных функций, что проявляется преимущественно при оперировании логико-грамматическими конструкциями языка. При этом школьники с диагнозом ЗПР испытывают большие трудности в понимании обратимых активных и пассивных конструкций, нежели школьники с трудностями формирования письма без диагноза.

Для подтверждения полученных данных мы взяли общий показатель выполнения проб на сформированность квазипространственных функций и разделили всю выборку школьников на две подгруппы по параметру высокий уро-

вень и низкий уровень сформированности квазипространственных функций. Далее был проведен сравнительный анализ соотношения уровня сформированности квазипространственных функций с уровнем сформированности навыков письма (по результатам методики «Анализ продуктов письма», проводимого на предварительном этапе). Проверка на статистически значимые различия производилась с помощью критерия однородности χ^2 . Результаты, представленные в табл. 2, подтверждают наше предположение.

Таблица 2.

Соотношение уровня сформированности навыков письма с уровнем сформированности квазипространственных представлений

Уровень сформированности квазипространственных представлений \ Уровень сформированности навыков письма		высокий	низкий	Значимость
	высокий	7	3	p=0,015*
	средний	5	8	
	низкий	0	7	

*Указана значимость различий по критерию χ^2 .

Можно говорить, что большинство детей с трудностями освоения навыков письма, имеют недостаточную сформированность пространственных функций на лингвистическом уровне, где на первый план выступают трудности оперирования логико-грамматическими конструкциями языка.

Рассмотрим трудности формирования символического гнозиса, обусловленные недостаточной сформированностью зрительно-пространственных представлений. Как было сказано выше, общий показатель сформированности символического гнозиса по результатам выполнения всех проб значимо отличается от контрольной группы в обеих экспериментальных (p=0,004 и p=0,001). Результаты отдельных проб на оценку сформированности символического гнозиса, наглядно представлены на рис. 4.

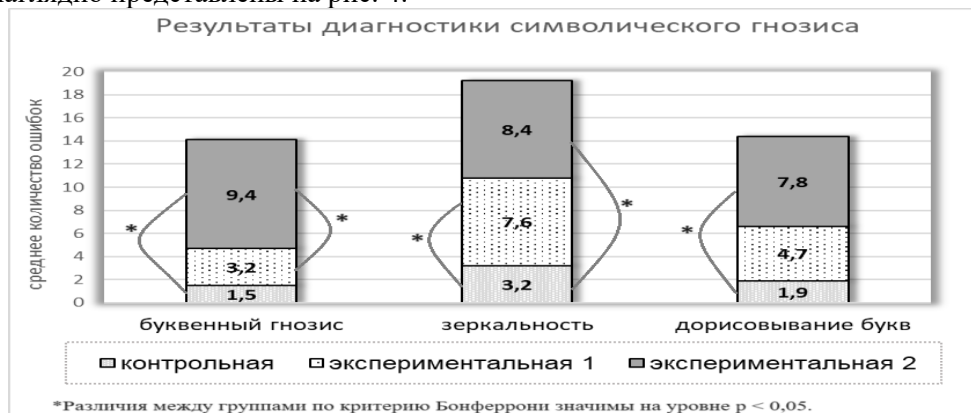


Рисунок 4. Результаты выполнения проб на символический гнозис.

Результаты исследования буквенного гнозиса показали, что школьники экспериментальной-2 группы значимо чаще допускают ошибки, чем контрольной группы ($p < 0,001$), что проявляется в стойких заменах букв, схожих по графическому начертанию («щ» и «ш», «Е» и «З» и другие).

В экспериментальной-1 группе нет значимых различий с контрольной группой, однако школьники также допускали замены букв, схожих по зрительно-пространственным характеристикам («э» на «с», пропуски «о», «н», замены «ф» на «о», «ь» на «ъ»). Данные ошибки наиболее ярко проявляются в сенсibilизированных пробах, что может указывать на недостаточную устойчивость образа букв.

Трудности, связанные с анализом пространственных характеристик букв, также проявляются при выполнении пробы «Зеркальность букв», результаты выполнения которой показали значимые различия с контрольной группой как экспериментальной-1 ($p = 0,015$), так и экспериментальной-2 ($p = 0,010$). Школьники путают зеркальное изображение букв, не могут идентифицировать букву по представленному элементу. В пробе «Дорисовывание буквы» значимые различия с контрольной группой отмечаются только в экспериментальной-2 группе ($p = 0,038$), что может говорить о более выраженных трудностях формирования пространственных представлений у детей с диагнозом ЗПР, чем у детей без диагноза, но также испытывающих трудности освоения навыков письма.

Т. о., результаты символического гнозиса у детей с трудностями формирования навыков письма указывают на недостаточную сформированность зрительного восприятия, анализа пространственных характеристик букв и их сопоставления.

По полученным данным можно предположить, что младшие школьники с недостаточной сформированностью символического гнозиса будут испытывать трудности квазипространственного анализа и синтеза. Для проверки данного предположения по результатам количественной оценки выполнения проб на символический гнозис мы взяли интегральный показатель и разделили всю выборку школьников на две подгруппы по параметру высокий и низкий уровень сформированности символического гнозиса. Далее был проведен сравнительный анализ соотношения уровня сформированности квазипространственных представлений с уровнем сформированности символического гнозиса. Проверка на статистически значимые различия производилась с помощью критерия однородности χ^2 . Результаты, представленные в табл. 3, подтверждают наше предположение.

Таблица 3.

Соотношение уровня сформированности символического гнозиса с уровнем сформированности квазипространственных представлений

Уровень сформированности квазипространственных представлений \ Уровень сформированности символического гнозиса	высокий	низкий	Значимость
Высокий	8	2	$p = 0,006^*$
Низкий	4	16	

*Указана значимость различий по критерию χ^2 с поправкой на непрерывность.

Т. о., большинство детей с низким уровнем сформированности символического гнозиса имеют недостаточно сформированные функции квазипространственного анализа и синтеза.

Результаты исследования символического гнозиса и пространственных представлений на лингвистическом уровне у детей с трудностями формирования навыков письма указывают на недостаточную сформированность зрительного восприятия, трудности анализа пространственных характеристик букв и их сопоставления, сложности оперирования логико-грамматическими конструкциями языка.

Полученные данные показывают значение пространственного фактора в формировании исследуемых функций и отражают специфику нарушений у данной категории детей – межанализаторные связи, и указывают на комплексный характер нарушений у младших школьников с трудностями освоения навыков письма, что косвенно подтверждают результаты выполнения дополнительной пробы «Рифмующееся слово», где были выявлены значимые различия между контрольной группой и экспериментальной-2 ($p < 0,001$). В экспериментальной-1 группе нет значимых различий с контрольной, однако наличие фонологического дефицита у данной категории детей отмечается по результатам предварительного этапа исследования (анализ продуктов письма), как и в экспериментальной-2 группе. В табл. 4 наглядно представлены соотношение уровня сформированности квазипространственных функций с выполнением проб на подбор рифмующегося слова.

Таблица 4.

Соотношение уровня сформированности квазипространственных представлений с выполнением заданий на подбор рифмующегося слова

Рифмующиеся слова	Нет ошибок	Есть ошибки	Значимость
Квазипространственные			
высокий	10	2	$p=0,006^*$
низкий	7	11	

*Указана значимость различий по критерию χ^2 с поправкой на непрерывность.

Как видно из таблицы, большинство школьников с низким уровнем сформированности квазипространственных функций затрудняется в выборе рифмующегося слова и испытывают трудности фонематического анализа.

Тем самым полученные нами результаты, указывают на комплексный характер нарушений у младших школьников с трудностями освоения навыков письма. Проявления недостаточной сформированности пространственных функций носят неравномерный характер и не выступают изолированно, поэтому должны рассматриваться наряду с другими нарушениями.

Полученные данные показывают, что пространственная функция имеет разные уровни представленности и следует различать пространственную функцию, по крайней мере, по двум осям: одна ось связана с более ранними показателями сформированности психических функций, обеспечиваемых правополушарными механизмами (проприоцептивная чувствительность и схема тела, ориентировка в пространстве от себя), вторая ось – с более поздними (если иметь в

виду векторную схему формирования психических функций) механизмами, основанными на символическом гнозисе, с запоминанием элементов букв и цифр, их пространственными соотносительными характеристиками. В работе было показано, что у детей с задержкой психического развития пространственная функция не сформирована полноценно: есть нарушения, относящиеся к нарушениям пространственных предметных представлений, и нарушения, в большей степени обусловленные квазипространственными представлениями и трудностями символического гнозиса. Трудности освоения навыков письменной речи у детей с задержкой психического развития имеют также фонематическую составляющую. Общим выводом является необходимость комплексного изучения психических функций и речи.

Выводы.

1. По итогам проведенного исследования получены результаты, свидетельствующие о комплексном характере нарушений базовых функций письма у младших школьников с трудностями освоения навыков письма.

2. Результаты указывают на неравномерность пространственных представлений у школьников с трудностями освоения навыков письма:

- для всех младших школьников с трудностями формирования письменных навыков наибольшие сложности представляют задания, направленные на квазипространственный анализ и синтез при оперировании логико-грамматическими конструкциями;

- младшие школьники с трудностями формирования письма, имеющие диагноз ЗПР, испытывают большие трудности в понимании обратимых активных и пассивных конструкций, нежели младшие школьники с трудностями формирования письма без диагноза;

- недостаточная сформированность пространственных функций у детей с трудностями формирования навыков письма обнаруживается в символическом гнозисе, что проявляется в ошибках, связанных с трудностями анализа пространственных характеристик букв и взаимного расположения их элементов. Результаты исследования символического гнозиса отражают специфику нарушений у данной категории детей (в том числе, слабость межанализаторных связей).

3. Трудности пространственного восприятия не выступают изолированно и должны рассматриваться наряду с другими нарушениями. Наличие фонологического дефицита указывает на комплексный характер трудностей формирования навыков письма.

4. Сравнительный анализ показывает, что у детей с трудностями формирования навыков письма, связанными с символическим гнозисом (восприятие букв, последовательности букв, оценка пространственного расположения элементов букв) являются наиболее выраженными по сравнению с трудностями квазипространственного анализа и синтеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т.В. Нейропсихологический анализ ошибок на письме // Нарушения письма и чтения у детей: изучение и коррекция | Под ред. О.А. Величенковой. М.: Логомаг, 2018. С. 76-95.

REFERENCES

1. Akhutina T.V. Nejropsikhologicheskij analiz oshibok na pis'me // Narusheniya pis'ma i chteniya u detej: izuchenie i korrekciya | Pod red. O.A. Velichenkovej. M.: Logomag, 2018. S. 76-95.
2. Dyslexia International: Better training, better teaching. Retrieved October 22, 2017 from <https://www.dyslexia-international.org/wp-content/uploads/2016/04/DI-Duke-Report-final-4-29-14.pdf>
3. Felmingham K.L., Jakobson L.S. (1995). Visual and visuomotor performance in dyslexic children. *Exp. Brain Res.* 106: 467–474
4. Gori S., Facoetti A. (2015). How the visual aspects can be crucial in reading acquisition: the intriguing case of crowding and developmental dyslexia. *Journal of Vision* January 2015, Vol.15, 8.
5. Skottun B.C. (2000). The magnocellular deficit theory of dyslexia: the evidence from contrast sensitivity. *Vision Research.* 40 (1): 111–127.
6. Stein J. (2014). Dyslexia: the role of vision and visual attention. *Curr. Dev. Disord. Rep.* 1. 267–280.
7. Stoodley CJ, Stein JF (April 2013). Cerebellar function in developmental dyslexia. *Cerebellum.* 12 (2): 267–276.
8. Vidyasagar T.R., Pammer K. (2010). Dyslexia: a deficit in visuo-spatial attention, not in phonological processing. *Trends Cogn. Sci.* Feb;14(2): 57-63.

Yu.Yu. Pentsak, E.G. Karimulina, A.V. Ivanova

**SPATIAL REPRESENTATIONS IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN
WHO HAVE DIFFICULTY DEVELOPING WRITING SKILLS**

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The work is aimed at studying spatial representations in younger schoolchildren with difficulties in developing writing skills. A battery of neuropsychological samples was selected in order to assess the formation of spatial representations. The results indicate the complexity of difficulties of spatial representations in younger schoolchildren with writing disorders who study in a mass class and do not have a diagnosis, as well as in impaired mental function pupils.

Keywords: writing disorders, dyslexia, spatial representations, primary school children, mental retardation

**ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ
БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА (СООБЩЕНИЕ 2²)
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).**

Резюме. В статье исследуются уровень мотивации к успеху и мотивации к избеганию неудач, ведущие смысложизненные ориентации и локус контроля, уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах, «Я-концепция» и ее компоненты у подростков с СД 1 типа. Применяются опросники, направленные на измерение выраженности особенностей мотивационно-личностной сферы, а также методы статистического анализа. В исследовании приняли участие 9 подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом в возрасте от 14 до 17 лет, имеющие стаж заболевания от 3 до 10 лет. Выявлена связь между наличием СД 1 типа и повышенным уровнем осмысленности жизни и вовлеченности в процесс жизни, своеобразием самовосприятия и самоотношения.

Ключевые слова: сахарный диабет, мотивационно-личностная сфера, внутренняя картина болезни, смысложизненные ориентации, внутренние конфликты, ведущие ценности.

Цель продолжения данной статьи (**СООБЩЕНИЕ 2**) - анализ особенностей мотивационно-личностной сферы у подростков с сахарным диабетом (СД) 1 типа по сравнению со здоровыми подростками на основании результатов по тесту смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева и методике Проективный рисунок Гудинаф-Харриса «Я – в трех проекциях» (адаптация и подсчет содержательного различия между рисунками Е.Б. Фанталовой).

Результаты исследования. По результатам проведения тестирования по методике **Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева** (см. табл. 1) в группе подростков с СД 1 типа были получены следующие данные. По субшкале ЦЖ (Цели с жизни) было набрано 33,3 ср. гр. балла, что соответствует среднему уровню. По субшкале ПЖ («Процесс жизни») испытуемые получили 35,1 ср. гр. балл, что соответствует высоким показателям активности жизни в отличие от средних показателей активности жизни в контрольной группе (ср. гр. балл=26,1). По субшкале РЖ («Результат жизни») группа набрала 25,8 баллов, что говорит о том, что подростки с СД 1 типа удовлетворены результатами жизни на среднем уровне. По субшкале ЛКЯ («Локус контроля – Я») было получено 22 ср. гр. балла, что говорит о представлении подростков с диабетом о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора. По субшкале ЛКЖ («Локус контроля – жизнь») испытуемые получили

²СООБЩЕНИЕ 1 см. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24). № 2. С. 32-41.

– 33,4 ср. гр. балла, что соответствует высоким показателям.

Можно говорить о том, что подростки с СД 1 типа сами контролируют свою жизнь, свободно принимают решения и воплощают их в жизнь.

По общему показателю методики ОЖ (общий жизненный смысл/осмысленность жизни) было получено ср. гр. 113, 6 баллов, что говорит о высоком уровне осмысленности жизни в целом (по сравнению со средним уровнем осмысленности жизни в группе здоровых подростков (ср. гр. балл=93,8).

По результатам сравнительного анализа по методике «СЖО» Д.А. Леонтьева были обнаружены значимые различия по суммарному показателю осмысленности жизни (ОЖ) и по шкале «Процесс жизни» (на уровне значимости $p=0,05$). Можно утверждать, что у подростков с СД 1 типа общий уровень осмысленности жизни и вовлеченность в процесс жизни значимо выше, чем у здоровых сверстников.

Таблица 1.

Значимость различий по методике Д.А. Леонтьева Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) в группах подростков с СД 1 типа и здоровых подростков

Шкалы методики СЖО	Подростки с СД 1 типа		Здоровые подростки		Значимость различий (U)
	Среднее значение	Станд. откл.	Среднее значение	Станд.откл.	
ОЖ	113,6	12	93,8	11,2	0,004*
ЦЖ	33,3	4,1	30,2	4,4	0,222
Пр. Ж	35,1	6,5	26,1	4,6	0,006*
Рез. Ж	25,8	5,5	22,6	4,2	0,387
ЛКЯ	22	2,6	20,1	4,7	0,436
ЛКЖ	33,4	5,3	28,4	5,6	0,113

* Значимость различий на уровне=0,05.

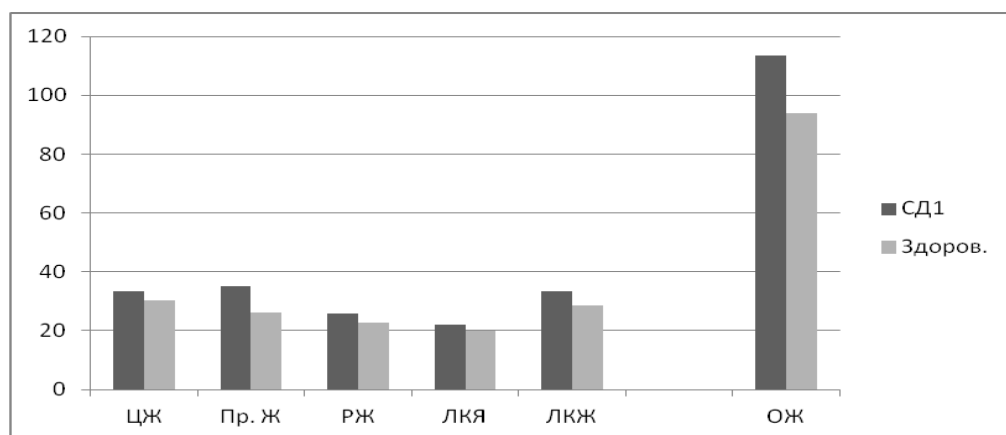


Рисунок 1. Сравнение средних показателей экспериментальной и контрольной групп по методике «СЖО» Д.А. Леонтьева

На гистограмме видно, что в целом различия между двумя группами по шкалам методики «СЖО» небольшие, однако на первый план выходят различия по шкале «Процесс жизни» и по суммарному показателю осмысленности жизни – больший балл у подростков с СД 1 типа. Можно предположить, что для подростков с СД более важен процесс жизни, так как много усилий тратится на поддержание хорошей стабильной компенсации. Очевидно, по тем же причинам подростки с СД1 опережают здоровых сверстников по общему показателю осмысленности жизни, т. к. они острее переживают саму жизнь, острые состояния (в частности, гипогликемии), связанные с соматическим дискомфортом и опасностью для жизни.

По результатам эстирования по методике Проективный рисунок Гудинаф-Харриса «Я - в трех проекциях» (см. табл. 2) в группе подростков с СД 1 типа, можно говорить о том, что наибольшее расхождение между содержательной стороной рисунков проявляется между 2 и 3 рисунками – «Я-реальное» и «Я-идеальное» (ср. гр. балл=7,3), а также 1 и 3 рисунками – «Я-социальное» и «Я-идеальное» (ср. гр. балл=7,7). В группе здоровых подростков наибольшее расхождение между содержательной стороной рисунков проявляется между 1 и 3 «Я-социальное» и «Я-идеальное» (ср. гр.=7,4 балла) рисунками.

Сравнение двух выборок по попарным оценкам рисунков, данных испытуемыми, показывает, что у подростков с СД1 наименее выражено различие между «Я-социальное» и «Я-реальное», тогда как у их здоровых сверстников отмечается большее различие в восприятии «Я-социальное» и «Я-идеальное».

Полученные результаты могут говорить о том, что для подростков с СД1 более характерно конформное поведение в обществе, а для здоровых подростков важнее успех в жизни и стремление к идеалу. Данную гипотезу подтверждает и качественный анализ рисунков. В табл. 3 рассматриваются отличительные особенности изображений в двух группах по нескольким критериям.

Таблица 2.

Значимость различий по методике Проективный рисунок Гудинаф-Харриса «Я – в трех проекциях» в группах подростков с СД 1 типа и здоровых подростков

Шкалы методики СЖО	Подростки с СД 1 типа		Здоровые подростки		Значимость различий (U)
	Среднее значение	Станд. откл.	Среднее значение	Станд.откл.	
ЯВЗП/1-2	3,4	3,1	5,6	2,1	0,077
ЯВЗП/2-3	7,3	1,8	5,4	2,8	0,136
ЯВЗП/1-3	7,7	2,1	7,4	1,6	0,730

* Значимость различий на уровне=0,05.

По результатам сравнительного анализа по U-критерию Манна-Уитни по методике «Я - в трех проекциях» не было выявлено значимых различий между экспериментальной и контрольной выборками (на уровне значимости. $p=0,05$).

Примеры рисунков и высказываний подростков с СД 1 типа по методике «Я - в трех проекциях» (ЯЗПР)

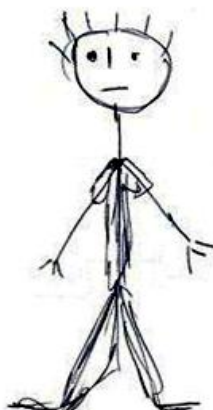
ЯЗПР

1 рисунок



Другие видят меня близким, чужим
близким и чужим

2 рисунок



На самом деле я стеснительно
иногда грусто

3 рисунок



Я хотел бы быть самым собой и счаст
ливым человеком

Ф. И. О. _____

Возраст 15 лет

Образование _____

Профессия _____

Должность _____

Дата 26.11.2013

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1/2											
2/3											
3/3											

Рисунок 2.

ЯЗПР

1 рисунок



Другие видят меня нормальным,
здоровым и красивым
мальчиком

2 рисунок



На самом деле я нормальный
полноценный и здоровый человек

3 рисунок



Я хотел бы быть таким же как в
картинке, который некий-кто
и дурачком казывают.
И так, и себе полностью
устраиваю.

Рисунок 3.

Ф. И. О. _____

Возраст 14Образование школьная

Профессия _____

Должность _____

Дата 14.01.04.

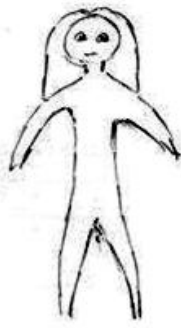
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1/2											
2/3											
5/3											

ЯЗПР

1 рисунок



2 рисунок



Другие видят меня нижнеродостной
веселой, общительной, готовой
помочь, быть услужливой

На самом деле я хочу являться красивой
общаться с красивыми людьми
людей, учить взрослых, но и грустить,
иногда бывает грудой

3 рисунок

Я хотел бы быть менее эмоциональной
более улыбчивой, общительной,
уметь находить ласку
близко

Ф. И. О. _____

Возраст 15

Образование _____

Профессия _____

Должность _____

Дата 26.11.18

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1/2					+						
2/3						+					
1/3											+

Рисунок 4.

Примеры рисунков и высказываний здоровых подростков по методике «Я в трех проекциях» (ЯЗПР)

ЯЗПР

1 рисунок



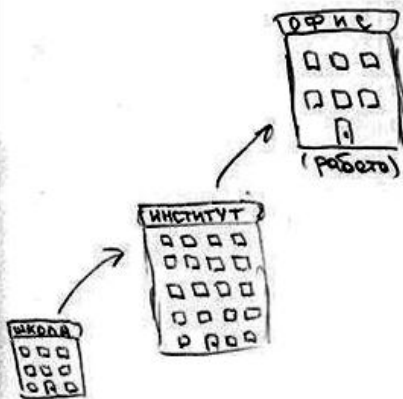
Другие видят меня вечно улыбающуюся, жизнерадостную с определенными целями

2 рисунок



На самом деле я творческий человек, переживающий трудности о дальнейшем

3 рисунок



Я хотел бы быть успешным человеком

Ф. И. О. _____

Возраст 16 лет

Образование начальное среднее

Профессия _____

Должность _____

Дата 17.01.2019

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1/2								X			
2/3											
1/3						X					

Рисунок 5.

Таблица 3.

Сравнительный качественный анализ рисунков по методике «Я – в трех проекциях» в экспериментальной и контрольной группах

Критерий Группа	Образ тела	Заполнение пространства бланка и детализация	Ценности и волнующие темы
СД 1 типа	Рисунки схематичные, чаще всего выглядят как схема тела из одинарных линий; рисунки астеничные; присутствует либо только голова (лицо/портрет), либо схематичное тело. В целом рисунки выглядят более «инфантильными» или формальными.	Рисунок чаще всего занимает меньше отведенного пространства в бланке; изображения «размытые», с нечетким контуром и слабым нажимом; часто отсутствует 3 рис. – «Я – Идеальное», что может говорить о тревоге перед будущим.	Альтруистическая направленность желаемых действий, духовные ценности, стремление к эмоциональному контролю; стремление «быть собой»; эмоциональные переживания; желание быть как все, здоровым; подчеркнуто переживают, испытывают комплексы из-за своей особенности; проблема конформности в обществе. Большая направленность на себя, желание понять себя и свое предназначение.
Здоровые	Образ «Я» часто представлен символическими предметами; изображение людей соответствует возрастной норме.	Рисунки более детализированы, Занимают практически всё предоставленное пространство.	Волнующие ценности – продвижение по карьерной лестнице, социальное взаимодействие, деньги, успех, связи с другими, хорошее окружение; присутствуют рисунки животных – подростки больше говорят о своих потребностях. Наиболее значимая тема «Я и другие». Стремление улучшить характер, личностные качества, стать лучше. Очень большое значение подростки придают своим мыслям, внутренней жизни.

На основании результатов исследования были сделаны следующие **выводы**:

1. Общий уровень осмысленности жизни и вовлеченность в процесс жизни у подростков с СД 1 типа значимо выше, чем у здоровых сверстников. Подростки с СД 1 типа много усилий прилагают для стабильной компенсации и поддержания особого образа жизни. Подростки с СД 1 типа более эмоционально переживают саму жизнь и острые состояния (в частности, гипогликемии), связанные с соматическим дискомфортом и опасностью для жизни.

2. Согласно качественному анализу рисунков по проективному рисуночному тесту «Я – в трех проекциях» было выявлено своеобразие самовосприятия и самоотношения подростков с СД 1 типа, проявляющееся в наличии тревоги, связанной с образом тела и восприятия его другими, в волнении, связанном с будущим и самореализацией, в переживании неполноценности из-за наличия диабета. Для подростков с СД 1 типа более характерно конформное поведение в обществе, а для здоровых подростков значимыми являются социальные связи, общение, успех в жизни и стремление к идеалу.

Данные об особенностях мотивационно-личностной сферы у подростков с СД 1 типа, полученные в нашем исследовании, могут быть полезны специалистам при разработке мотивационно-личностных тренингов для подростков с СД 1 типа, в индивидуальной консультативной работе с запросом на улучшение качества самоконтроля, а также клиническим психологам и эндокринологам в медицинской практике. Полученные результаты о ценности здоровья и высокой мотивации к достижению успеха могут учитываться эндокринологом при ведении приема в мотивационной беседе с пациентом с целью поддержания комплаенса. Например, не следует надеяться на улучшение самоконтроля и компенсации пациента, апеллируя угрозами к ухудшению его здоровья. Целесообразнее верить в успех самого пациента справиться с ситуацией при поддержке врача, а также интересоваться другими областями жизни пациента помимо диабета, расширяя смысловое поле взаимодействия и повышая приверженность к лечению.

Данное исследование охватывает лишь небольшую часть мотивационно-личностной сферы подростков с СД 1 типа. Следует продолжать изучение в данном направлении, углубляя понимание о значимых личностных аспектах пациентов с СД1.

A.S. Mosina. E.B. Fantalova

FEATURES OF MOTIVATIONAL AND PERSONALITY SPHERE OF PATIENTS WITH TYPE I DIABETES MELLITUS (MESSAGE 2³)

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article examines the level of motivation for success and motivation to avoid failure, leading life orientations and locus of control, the level of correlation between “value” and “availability” in various spheres of life, “Self-concept” and its components in adolescents with type 1 diabetes. Questionnaires are used aimed at measuring the severity of the characteristics of the motivational and personal sphere, as well as methods of statistical analysis. The study involved 9 adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus aged 14 to 17 years, with a disease experience of 3 to 10 years. A connection has been identified between the presence of type 1 diabetes and an increased level of motivation to succeed,

Keywords: diabetes mellitus, motivational and personal sphere, internal picture of the disease, life-meaning orientations, internal conflicts, leading values.

³MESSAFE 1 see: Voprosy` psikhicheskogo zdrov`ya detej i podroستkov. 2024 (24). № 2. S. 32-41.

И.Н. Власенкова, М.А. Нистратова, А.В. Клименко
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА У ПОДРОСТКОВ
С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ФГБОУВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).

Резюме. В статье представлены сравнительные результаты исследования особенностей эмоционально-личностной сферы у подростков, страдающих хроническим аллергическим ринитом и хроническим гастритом, в сравнении со здоровыми сверстниками.

Ключевые слова: подростки, соматические заболевания, хронический аллергический ринит, хронический гастрит, эмоционально-личностная сфера.

Введение. Соматические заболевания – это телесные патологии, которые могут быть вызваны как внешними воздействиями, так и внутренними нарушениями функционирования органов человека. Они имеют крайне выраженное влияние на повседневную жизнь человека, внося множество коррективов в его повседневный распорядок, преобразуя перечень его базовых потребностей. Разумеется, все эти аспекты напрямую влияют на психологическое состояние человека. Лица, имеющие различные соматические заболевания, могут обладать крайне нестабильным психологическим статусом, что, разумеется, может влиять и на мотивационные характеристики. Многие из психологов на протяжении последних лет занимались изучением влияния хронических соматических заболеваний на качество жизни человека [3, 5, 6, 9, 10, 13].

Подросток в процессе взросления сталкивается с рядом аспектов, влияющих на его качество жизни, что также сказывается на его психологическом состоянии, даже при том что такие изменения вполне естественны и, как правило, не опасны для его дальнейшего личностного развития. Стремительная эскалация процессов становления личности и личностного развития становится прямым катализатором для формирования у подростка определенного мировоззрения, становления и фиксации его жизненных принципов. Он активно стремится к получению новой информации, связанной с учебной деятельностью, его дальнейшей карьерой, получению нового опыта в различных сферах деятельности [6, 7].

Также подросткам свойственна активная установка процессов целеполагания и планирования собственного будущего, что может становиться причиной некоторого повышения уровня тревожности, что является одним из ключевых аспектов в эмоционально-личностной сфере подростка и может становиться причиной для несколько сниженного эмоционального фона [1], [12]. Данное исследование расширяет взгляд на эмоционально-личностную сферу подростков со сравнительно нетяжелыми соматическими заболеваниями, подробно показывает влияние таких заболеваний, как хронический аллергический ринит и хронический гастрит на психологическое состояние подростков.

Цель исследования - изучение особенностей эмоционально-личностной

сферы у подростков с соматическими заболеваниями.

Материал и методы исследования: в рамках данного исследования была подробно изучена эмоционально-личностная сфера подростков, имеющих соматические заболевания, такие, как:

- аллергический ринит в хронической форме (МКБ-11 – CA08.0Z);
- хронический гастрит (МКБ-11 – DA42.73);
- соматически здоровых.

В исследовании приняли участие 90 учащихся старшей школы ГБОУ «Школа № 109» в возрасте от 15 до 17 лет. Большую часть респондентов, а именно, 51 человек, составляли девочки - 16 из них имели заболевание хронический гастрит, 18 - хронический аллергический ринит, а 17 составляли контрольную группу. Меньшую же часть группы респондентов, а именно 39 человек, составляли мальчики - 14 человек на момент исследования страдали хроническим гастритом, 12 - хроническим аллергическим ринитом, а 13 составляли контрольную группу. Итого, у части респондентов диагностированы хронические соматические заболевания: 30 из них имели хроническую форму аллергического ринита, другие 30 – хронический гастрит, остальные были соматически здоровы на момент проведения тестирования и составляли контрольную группу. Выбор респондентов именно с данной группой хронических соматических патологий обусловлен тем, что аллергические заболевания и хронический гастрит становятся все более часто встречаемыми нарушениями у детей подросткового возраста [2, 4].

С целью достижения наибольшей объективности полученных данных к испытуемым были применены следующие требования:

- каждый из учащихся воспитывается в полной семье;
- все респонденты происходят из благополучных семейных групп;
- никто из участников исследования не имеет более тяжелых форм хронических соматических заболеваний (например, хронической почечной недостаточности и пр.);
- длительность соматического заболевания у всех участников исследования более трех лет;
- все респонденты психически здоровы.

В рамках данного исследования были применены следующие методики исследования эмоционально-личностной сферы у детей подросткового возраста:

- опросник враждебности Басса-Дарки BDHI (подростковый) в модификации Г.А. Цукерман, с изм. А.Г. Грецова – методика направлена на выявление у респондентов агрессивных и враждебных реакций в соответствии с их классификациями, в соответствии с предложенными в приложениях инструкциями [11];
- тест личностных акцентуаций, ТЛА (ПДО) авторства А.Е. Личко, Н.Я. Иванова – необходим для определения типов акцентуаций характера и связанных с ними индивидуальных личностных характеристик респондента [7];
- шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI – предназначена для оценки уровня реактивной тревожности в настоящее время и оценки уровня устойчивой личностной тревожности [15];

- исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан заключается в выделении желаемых и реальных показателей одного из признаков на каждой из семи 100-миллиметровых шкал (линий), значения которых переводятся в количественные баллы. В данной методике изучаются здоровье, умственные способности, характер, авторитет у сверстников, навыки ручного труда, внешность, уверенность в себе и анализируются уровень притязаний, высота самооценки и разница между ними.

Результаты и их обсуждение. В результате апробации опросника враждебности, у респондентов, имеющих хронический аллергический ринит и хронический гастрит, а также у соматически здоровой контрольной группы были выявлены следующие результаты. Респонденты, имеющие хронический гастрит, хронический аллергический ринит, а также респонденты, которые относятся к контрольной группе, считающейся условно здоровой, в среднем имеют практически равную склонность к проявлениям физической агрессии, обладающую уровнем, приблизительно равным среднему значению. При исследовании критерия Манна-Уитни значимых различий между респондентами, имеющими хронический гастрит и респондентами, страдающими аллергическим ринитом, также выявлено не было ($U=0,136$, $p \leq 0,05$). При этом статистически, при расчете критерия Манна-Уитни, гипотеза была опровергнута как для подростков с хроническим гастритом ($U=0,508$, $p \leq 0,05$), так и для подростков с хроническим аллергическим ринитом ($U=0,940$, $p \leq 0,05$) в сравнении с группой соматически здоровых подростков.

При этом проявления вербальной агрессии более выражены в группе лиц с хроническими формами гастрита, чем у лиц с аллергическим ринитом, что подтверждается статистически ($U=0,001$, $p \leq 0,05$). В то же время у соматически здоровых подростков значительно меньший уровень проявлений вербальной агрессии как в сравнении с подростками с хроническим гастритом ($U=0,001$, $p \leq 0,05$), так и в сравнении с подростками с хроническим аллергическим ринитом ($U=0,125$, $p \leq 0,05$), при этом статистическая разница между последней группой и группой здоровых подростков отсутствует.

Склонность к косвенной агрессии в группе респондентов с хроническим гастритом значительно выше, чем у учащихся с хроническим аллергическим ринитом, и располагается на достаточно высоком уровне в рамках средних значений. Взаимосвязь между различиями в группах не подтверждается при помощи критерия Манна-Уитни ($U=0,045$, $p \leq 0,05$). В то же время уровень косвенной агрессии несколько выше у подростков с хроническим гастритом, чем у соматически здоровых подростков, что подтверждается статистически ($U=0,045$, $p \leq 0,05$), а между респондентами с аллергическим ринитом и контрольной группой выраженных различий не имеется ($U=0,359$, $p \leq 0,05$).

Уровень раздражения значительно более высок у респондентов из группы подростков с хроническим аллергическим ринитом как по сравнению с контрольной группой, ($U=0,006$, $p \leq 0,05$), так и по сравнению с респондентами, страдающими хроническим гастритом ($U=0,001$, $p \leq 0,05$), в обоих случаях различия признаны статистически значимыми. У соматически здоровых подрост-

ков отмечается более низкий уровень данного показателя, чем у больных хроническим гастритом подростков, при этом статистическая разница между группами отсутствует ($U=0,347$, $p\leq 0,05$).

При изучении уровня негативизма у подростков с хроническим гастритом, аллергическим ринитом, а также условно соматически здоровых респондентов отмечается отсутствие статистически значимых различий по данному критерию, при рассмотрении взаимосвязи между контрольной группой и подростками с хроническим гастритом ($U=0,347$, $p\leq 0,05$) и с хроническим аллергическим ринитом ($U=0,181$, $p\leq 0,05$). Однако в группе с хроническим аллергическим ринитом отмечается значительно более высокий уровень данного показателя, в сравнении с подростками с хроническим гастритом, что представляет собой статистически значимые различия ($U=0,004$, $p\leq 0,05$).

При этом значительную разницу группы респондентов продемонстрировали по признаку «обидчивость» - группа респондентов, имеющая хронический гастрит, показала значительно более высокие результаты в сравнении с учащимися, имеющими хронический аллергический ринит ($U=0,001$, $p\leq 0,05$) и здоровыми респондентами, обладающими средним уровнем данного показателя ($U=0,004$, $p\leq 0,05$), статистической разницы же между группой больных аллергическим ринитом и контрольной группой соматически здоровых подростков выявлено не было ($U=0,885$, $p\leq 0,05$), их уровень обидчивости находился примерно на одном уровне, немного ниже среднего.

По характеристике «подозрительность» респонденты группы подростков с хроническим аллергическим ринитом показали несколько более высокие результаты в сравнении с остальными респондентами, при этом наличие статистической значимости между показателями подтверждается при расчете критерия Манна-Уитни лишь для группы соматически здоровых подростков ($U=0,031$, $p\leq 0,05$), а при сравнении с группой подростков с хроническим гастритом результат не предполагает наличия статистической значимости существующих различий ($U=0,097$, $p\leq 0,05$), как и при сравнении результатов последних с контрольной группой ($U=0,526$, $p\leq 0,05$). Стоит отметить, что результаты тестирования для подростков с хроническим аллергическим ринитом незначительно превышают средний показатель.

Респонденты, имеющие хронический гастрит, в сравнении с группой учащихся с хроническим аллергическим ринитом, продемонстрировали значительно более выраженный уровень чувства вины, что подтверждается и при расчете уровня статистической значимости ($U=0,019$, $p\leq 0,05$). Низкие результаты по данному показателю продемонстрировали и здоровые подростки – согласно расчетам критерия Манна-Уитни статистически значимыми различиями можно считать лишь отклонения от группы с хроническим гастритом ($U=0,001$, $p\leq 0,05$), в то время как в сравнении с группой с хроническим аллергическим ринитом таковых не наблюдается ($U=0,796$, $p\leq 0,05$).

Выводы. В соответствии с изложенными выше данными, можно подвести ряд содержательных итогов исследования, демонстрирующих значительную разницу в качестве состояния эмоционально-личностной сферы подростков с храни-

ческими соматическими заболеваниями и соматически здоровых подростков.

Проявления вербальной формы агрессии у подростков с хроническими формами гастрита более выражена, чем у лиц с аллергическим ринитом и здоровых подростков и находится на повышенном уровне. Стоит отметить, что уровень раздражения подростков с хроническим гастритом также находится на повышенном уровне, как и у подростков с аллергическим ринитом, а результат является статистически значимым. В совокупности полученные данные соответствуют повышенному уровню агрессии у хронически больных гастритом респондентов. Кроме того, самым высоким уровнем раздражения обладают подростки с хроническим аллергическим ринитом, тогда как у соматически здоровых подростков его проявления находятся в среднем диапазоне нормы. Проявление же вербальной агрессии респондентов с аллергическим ринитом находится на более низком уровне и составляет среднее значение нормы, относительно группы подростков, страдающих хроническим гастритом. Вышеизложенные факты стоит принять во внимание, но нельзя не отметить, что уровень агрессии у респондентов с хроническим гастритом в целом выше, чем у обладателей хронического аллергического ринита.

Нельзя не рассмотреть фактор враждебности, который оказывает значимое влияние на межличностную коммуникацию. В опроснике Басса-Дарки он выражен в уровне проявления обидчивости и подозрительности. У подростков с хроническим гастритом статистически выражен выше признак обидчивости относительно и контрольной группы и группы подростков, страдающих аллергическим ринитом, обе из которых имеют уровень средний, ближе к низкому. Уровень же обидчивости у подростков с хроническим гастритом находится на уровне среднем, близком к повышенному.

Отдельно отметим выраженность признака «чувство вины». У аллергиков его можно охарактеризовать как значительно ниже среднего в отличие от подростков, страдающих хроническим гастритом, чье проявление данного признака можно смело обозначить, как «гиперболизированный». Явная выраженность данного признака может негативно влиять на процесс интеграции данной группы в социальную среду.

В рамках проведенного исследования в группе подростков с хроническим гастритом бóльшую часть респондентов составили подростки с шизоидным и эпилептоидным типом акцентуации характера, тогда, как в группе с хроническим аллергическим ринитом – шизоидным, эпилептоидным и истероидным типом акцентуаций; респонденты с отсутствием акцентуации составили меньшую часть выборки.

Личностная и ситуативная тревожность в группе респондентов с хроническими соматическими патологиями отмечается значительно чаще, чем у контрольной группы, при этом оба показателя тревожности более выражены у подростков с хроническим гастритом. По среднему же значению уровень и личностной, и ситуативной тревожности у группы больных аллергическим ринитом значительно ниже, что доказано статистически, чем у респондентов с хроническим гастритом. Важно отметить, что значение ситуативной тревожности у

группы подростков с хроническим гастритом значительно выше, чем показатели личностной тревожности. Кроме того, показатели личностной и ситуативной тревожности в группе подростков с хроническим аллергическим ринитом и в контрольной группе приблизительно равны, с незначительными отклонениями.

У разных групп подростков отмечаются статистически значимые различия между уровнем притязаний и реальной самооценкой. При этом в группе с хроническим аллергическим ринитом в сравнении как с контрольной группой, так и с подростками с хроническим гастритом, отмечаются значительные различия между желаемым и существующим показателем, в сравнении с контрольной группой по критериям умственных способностей и здоровья.

Таким образом, по результатам исследования можно отметить существенные различия в личностных характеристиках подростков разных групп, при этом наибольшие различия с контрольной группой наблюдаются именно у лиц с хроническим гастритом. Вероятно, такие различия связаны с особенностями преобразований общего качества жизни больных хроническим гастритом, а именно:

- выраженным болевым синдромом, возникающим непредсказуемо, не связанным с сезонностью, в отличие от аллергических заболеваний;
- необходимостью постоянного контроля собственного состояния соматического здоровья, посредством осуществления различных диагностических мероприятий;
- периодическими госпитализациями в медицинский стационар с целью купирования выраженного болевого синдрома и/или с целью диагностических мероприятий;
- усложненным подбором медикаментозной терапии в совокупности с симптоматикой, достаточно значительно снижающей общее качество жизни подростка.

Заключение. В рамках проведенного исследования были получены данные о наличии качественного своеобразия эмоционально-личностной сферы у подростков с хроническими соматическими заболеваниями.

В соответствии с полученными результатами, можно сделать вывод о том, что выборка подростков, страдающих хроническим аллергическим ринитом и хроническим гастритом, как правило, обладает различными акцентуациями характера, с заметным преобладанием шизоидного, эпилептоидного и истероидного вариантов.

В соответствии с развивающимися акцентуациями, а также нестабильной жизненной ситуацией, подростки с хроническими соматическими заболеваниями приобретают некоторые личностные характеристики.

Для подростков с хроническим гастритом характерен более высокий уровень проявления вербальной агрессии, чувства вины и враждебности, выраженной в обидчивости, в сравнении с подростками, имеющими хронический аллергический ринит и их соматически здоровыми сверстниками. Их уровень косвенной агрессии также более высокий, в сравнении с контрольной группой.

Подростки с хроническим аллергическим ринитом имеют склонность к аг-

рессивному поведению, что проявляется в повышенном уровне раздражения и враждебности по сравнению с контрольной группой, а также выявлен более высокий уровень проявления раздражения и негативизма в сравнении с больными гастритом подростками.

Высокий уровень личной и ситуативной тревожности отмечается в группе подростков с хроническим гастритом, выявлены значимые различия как с группой их здоровых сверстников, так и с группой больных аллергическим ринитом, тогда как между группой с хроническим аллергическим ринитом и здоровыми подростками значимых различий выявлено не было.

Подростки с хроническим гастритом имеют наибольшие различия между «Я-реальным» и «Я-идеальным» по большинству рассмотренных критериев оценки (умственная способность, внешность, здоровье, уверенность в себе, характер) в сравнении с контрольной группой. У подростков с хроническим аллергическим ринитом данные различия значительно менее выражены и наблюдаются лишь по критериям умственных способностей и состояния здоровья.

Таким образом, изучение особенностей эмоционально-личностного развития подростка в настоящее время является крайне значимой проблемой, которая требует эффективных мер по предотвращению различных негативных последствий для дальнейшего личностного развития человека, в особенности при наличии у него патологии, снижающей качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абульханова К.А. Современная личность // Психологические исследования. М.: ИП РАН, 2012. С. 17-35.
2. Буцыкина Ю.О., Спичак И.В. Анализ статистики заболеваемости гастритом детей в подростковом возрасте // Innovations in life sciences, 2022. С. 213-214;
3. Джулай Г.С., Чернин В.В., Воробьев С.А. Эмоционально-личностная сфера пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом // Верхневолжский медицинский журнал. 2016. № 15 (4). С. 32-36;
4. Князева А.М. и др. Анализ состояния здоровья детей и подростков на современном этапе // Новой школе - здоровые дети. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2019. С. 75-76;
5. Куртанова Ю.Е., Степанова Л.В. Особенности самосознания подростков с различными хроническими соматическими заболеваниями (на примере кардиологических заболеваний и хронической почечной недостаточности) // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. Вып. XII. / Под общей ред. В.И. Мазурова. СПб.: 2012. С. 149-153.
6. Куртанова Ю.Е., Фахреев Р.И. Самооценка старших школьников с хроническими соматическими заболеваниями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013 (13). №. 1. С. 48-55.
7. Личко А.Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков. М.: ООО Апрель ПРЕСС, ЗАО изд-во ЭКСМО-Пресс, 2012. 416 с.;
8. Прихожан А.М. Применение методов прямого оценивания в работе

школьного психолога // Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психологических методик. Сб. научн. тр. / Редкол.: И.В. Дубровина (отв.ред.) и др. М.: изд. АПН СССР, 1988. С. 110-118;

9. Ткалич Л.М., Зибницкая Л.И., Калюжина Е.В., Гейниц А.А., Калюжин В.В. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью // Нефрология. 2006. № 10 (1). С. 40-44;

10. Троицкая Л.А., Горшкова Т.С., Ахматханова Х.Х. Особенности эмоционально-личностной сферы у детей и подростков с соединительнотканной патологией и мышечной дистрофией. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы. 2020. С. 139-142;

11. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Самооценка форм агрессивного поведения (модифицированный вариант Басса–Дарки) // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. С. 287-288;

12. Швецов М.Ю., Бобкова И.Н., Колина И.Б., Камышова Е.С., Шилов Е.М. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей / Под ред. Е.М. Шилова. М., 2012.

13. Штраус В.А. Психорегуляция учебной деятельности младших подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями: Автореф. дис. канд. психол. наук Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова, 2006. 28 с.

14. Щелкова О.Ю. и др. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2018. Т. 25. №. 3. С. 62-72.

REFERENCES

1. Abul'khanova K.A. Sovremennaya lichnost' // Psikhologicheskie issledovaniya. M.: IP RAN, 2012. S. 17-35.

2. Buczy'kina Yu.O., Spichak I.V. Analiz statistiki zabolevaemosti gastritom detej v podrozkovom vozraste // Innovations in life sciences, 2022. S. 213-214;

3. Dzhulaj G.S., Chernin V.V., Vorob'ev S.A. E'mocional'no-lichnostnaya sfera paczientov s gastro'e'zofageal'noj reflyuksnoj boleznyu, assoczirovannoj s duodenogastroe'zofageal'ny'm reflyuksom // Verkhnevolzhskij mediczinskij zhurnal. 2016. # 15 (4). S. 32-36;

4. Knyazeva A.M. i dr. Analiz sostoyaniya zdorov'ya detej i podrozkov na sovremennom e'tape // Novoj shkole - zdorovy'e deti. Voronezh: Izdatel'sko-poligraficheskij cenztr «Nauchnaya kniga», 2019. S. 75-76;

5. Kurtanova Yu.E., Stepanova L.V. Osobennosti samosoznaniya podrozkov s razlichny'mi khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami (na primere kardiologicheskikh zabolevanij i khronicheskoy pochechnoj nedostatochnosti) // Aktual'ny'e problemy psichosomatiki v obshhemediczinskoj praktike, Sankt-Peterburg, noyabr', 2012 g. Vy'p. XII. / Pod obshhej red. V.I. Mazurova. SPb.: 2012.

S. 149-153.

6. Kurtanova Yu.E., Fakhreev R.I. Samoocenka starshikh shkol'nikov s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2013 (13). #. 1. S. 48-55.

7. Lichko A.E. Psikhopatiya i akcentuaczii kharaktera u podrostkov. M.: OOO Aprel` PRESS, ZAO izd-vo E`KSMO-Press, 2012. 416 s.;

8. Prikhozhan A.M. Primenenie metodov pryamogo ocenivaniya v rabote shkol'nogo psikhologa // Nauchno-metodicheskie osnovy` ispol'zovaniya v shkol'noj psikhologicheskoy sluzhbe konkretny`kh psikhologicheskikh metodik. Sb. nauchn. tr. / Redkol.: I.V. Dubrovina (otv.red.) i dr. M.: izd. APN SSSR, 1988. S. 110-118;

9. Tkulich L.M., Zibniczkaya L.I., Kalyuzhina E.V., Gejnicz A.A., Kalyuzhin V.V. Faktory`, vliyayushhie na kachestvo zhizni bol'ny`kh s khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost'yu // Nefrologiya. 2006. # 10 (1). S. 40-44;

10. Troiczskaya L.A., Gorshkova T.S., Akhmatkhanova Kh.Kh. Osobennosti e`mocional'no-lichnostnoj sfery` u detej i podrostkov s soedinitel'notkannoj patologiej i my`shechnoj distrofiej. Rossijskij naczional'ny`j issledovatel'skij mediczinskij universitet im. N.I. Pirogova, Nauchno-prakticheskij czentr detskoj psikhonevrologii Departamenta zdravookhraneniya goroda Moskvyy`. 2020. S. 139-142;

11. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Samoocenka form agressivnogo povedeniya (modifizirovanny`j variant Bassa–Darki) // Soczial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i maly`kh grupp. M., Izd-vo Instituta Psikhoterapii. 2002. S. 287-288;

12. Shveczov M.Yu., Bobkova I.N., Kolina I.B., Kamy`shova E.S., Shilov E.M. Khronicheskaya bolezni` pochek i nefroprotektivnaya terapiya. Metodicheskoe rukovodstvo dlya vrachej / Pod red. E.M. Shilova. M., 2012.

13. Shtraus V.A. Psikhoregulyaczija uchebnoj deyatel'nosti mladshikh podrostkov, stradayushhih khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami: Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk Kostromskoj gosudarstvenny`j universitet im. NA Nekrasova, 2006. 28 s.

14. Shhelkova O.Yu. i dr. Psikhologicheskaya adaptaczija k bolezni i kachestvo zhizni paczientov s opukholevy`m porazheniem kostej // Ucheny`e zapiski SPbGMU im. I.P. Pavlova. 2018. T. 25. #. 3. S. 62-72.

15. Spielberger C.D. Theory and research of anxiety // Anxiety and Behavior.: abstr. N.Y., 1966. P. 3-38.

I.N. Vlasenkova, M.A. Nistratova, A.V. Klimenko
EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE IN ADOLESCENTS
WITH SOMATIC DISEASES

Moscow State Psychological and Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article presents comparative results of the study of the features of the emotional and personal sphere in adolescents suffering from chronic allergic rhinitis and chronic gastritis in comparison with healthy peers.

Keywords: adolescents, somatic diseases, chronic allergic rhinitis, chronic gastritis, emotional and personal sphere.

**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ
И ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ИХ РОДИТЕЛЕЙ**

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

Резюме. В работе предпринята попытка конкретизировать понятие эмоционального благополучия (ЭБ) детей дошкольного возраста и его значимых показателей; выявить связи ЭБ детей с жизнестойкостью их родителей. Описывается портрет ЭБ ребенка и три группы детей с разными уровнями ЭБ, в том числе в контексте его социальной ситуации развития, формируемой позицией современного родительства, которое рассматривается как феномен «ответственного родительства».

Ключевые слова: эмоциональное благополучие, жизнестойкость, ответственное родительство, детско-родительские отношения.

Введение. Проблема нарушения эмоционального благополучия (далее ЭБ) детей дошкольного возраста выступает как одна из важнейших мишеней воздействия специалистов разного профиля (психологов, психиатров, врачей, логопедов и дефектологов). Исследователи ЭБ детей характеризуют его как устойчиво-положительное, комфортно-эмоциональное состояние ребенка, являющееся основой отношения ребенка к миру и влияющее на особенности переживаний, познавательную и эмоционально-волевую сферы, стиль переживания стрессовых ситуаций, отношения со сверстниками, обеспечивающее высокую самооценку, сформированный самоконтроль, ориентацию на успех в достижении целей, эмоциональный комфорт в семье и вне семьи [2, 4, 13]. Предпринятые в проведенном нами исследовании попытки рассмотреть ЭБ дошкольника как феномен аффективной жизни ребенка [1, 4] привели к необходимости «разделить» ЭБ на 5 комплексов (доменов) и 18 показателей, что неизбежно создает некоторую «искусственность» в оценке ЭБ. Тем не менее, мы попытались вновь «собрать» и переосмыслить это понятие, опираясь на идею социальной ситуации развития, в которой находится ребенок и которую «переживает» [2, 3]. Преимущественно она формируется значимыми взрослыми, современными родителями, обладающими определенными характеристиками личности, например, высокой жизнестойкостью, особым стилем родительского поведения (типами детско-родительских отношений без нарушений) и супружеских взаимоотношений в семье, в частности, менее напряженными индивидуально-специфическими защитными моделями в ситуации супружеских конфликтов. Перечисленные характеристики исследовались нами в качестве некоторых особенностей современного родительства, но стоит отметить, что данные переменные часто выходят за методологические рамки исследовательского поля культурно-исторической психологии и деятельностного подхода, в контексте которого проводилось исследование, но остаются достаточно актуальными в рабо-

тах современных авторов, что позволило нам выдвинуть предположение об их значимой роли в проблеме изучения современного родительства [3, 5, 7].

Исследования родительской жизнестойкости показывают связь с компонентами родительства, со степенью родительского выгорания, дисфункциональностью семьи; взаимоотношениями «супруг-супруга», но они немногочисленны. Согласно активному исследователю жизнестойкости в отечественной парадигме, ее структура включает в себя компоненты: вовлеченность (commitment); контроль (control); принятие риска (challenge) [6]. Немаловажно, что в недавней ситуации пандемии вируса COVID-19, по словам Д.А. Леонтьева, наиболее необходимым становится компонент «принятие риска» для сохранения психологического здоровья и благополучия [9].

Некоторые авторы выделяют активную и реактивную жизнестойкость [12, 14]. Реактивная жизнестойкость стабилизирует личность, она более ригидна и устойчива, а активная жизнестойкость подразумевает создание новых смыслов и конструктивную деятельность и, на наш взгляд, может поддерживать активность в родительской позиции. Г.С. Кочарян, опираясь на теорию деятельности, отмечает, что деятельность обладает сложной иерархически организованной структурой, которая в поведении представлена и аффективной, и когнитивной составляющими [5]. Мы предполагаем, что родительство качественно различно в зависимости от баланса этих составляющих, и тогда можно спрогнозировать условия для развития современного «осознанного», «ответственного» или «сознательно-го» родительства (Ю.В. Сеппенен и др.) [10, 12, 14], что, безусловно, требует последующих эмпирических проверок. В данной статье мы попытались осветить лишь часть проблемы, связанной с *ЭБ ребенка и жизнестойкостью родителей*.

Таким образом, основная **цель исследования** - выявление связи между ЭБ детей дошкольного возраста и жизнестойкостью их родителей; а проверяемая гипотеза - это наличие связи между высоким уровнем ЭБ детей дошкольного возраста и высоким уровнем жизнестойкости их родителей (матерей, отцов).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе детских садов ВАО г. Москвы. Состав выборки: 141 ребенок (5–7 лет) (90 мальчиков и 51 девочка) и 282 родителя (141 отцов и 141 матерей), 18 педагогов дошкольного образования.

Согласно теоретико-методологическому анализу и разработке показателей ЭБ детей, были выбраны следующие методики: анкета для родителей «Психологический анамнез» (Г.В. Бурменской в нашей модификации), анкета для педагогов «Лист экспертной оценки» («Карта наблюдений» Л. Стотта в нашей модификации), тест тревожности «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмпл и др.), тест «Лесенка» (в модификации А.М. Прихожан), проективный тест «Рисунок семьи» (в модификации А.Л. Венгера); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис), опросник «Реакции супругов на конфликт» (А.С. Кочарян, Г.С. Кочарян, А.В. Киричук), тест жизнестойкости (С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой). Анализ данных проводился с использованием программы WPS Office (Excel) for Windows XP, статистического пакета SPSS for Windows (версия 14.0, 21.0) (анализ распределе-

ний (Т-критерий, критерий Колмогорова-Смирнова); оценка надежности и согласованности (коэффициент Альфа Кронбаха); корреляционный анализ данных (коэффициент корреляции Пирсона); факторный анализ данных). Современные исследователи индекса детского благополучия используют термин «домен»⁴, обозначающий комплекс характеристик или критериев для оценки каждой сферы развития, что, на наш взгляд, наиболее приемлемо при оценке ЭБ ребенка.

В табл. 1 представлены выделенные нами в ходе теоретического анализа 5 доменов и 18 показателей ЭБ ребенка, на основе которых были модифицированы представленные методики для оценки ЭБ ребенка, что подробнее изложено в других наших публикациях [4]. Оценка ЭБ происходит по трем направлениям, которые мы выделяем вслед за А.О. Прохоровым, Л.В. Артищевой, это: представления ребенка о себе и о других, о мире (знание); эмоциональный опыт (переживание); поведение (отношение) [4, 8].

Таблица 1.

Домены ЭБ ребенка и его показатели

Результаты и обсуждение. Результаты исследования ЭБ детей показали, что 36%	Домены ЭБ	Представления ребенка о себе и о других, о мире (знание) / показатели	Эмоциональный опыт (переживание) / показатели	Поведение (отношение) / показатели
	Домен «Личностные характеристики»	Самооценка, Наличие мотивации и интереса, Наличие элементарных ценностных представлений	Степень удовлетворенности базовых потребностей	Уверенность в себе
	Домен «Эмоционально-волевая сфера»	Уровень тревожности, Наличие страхов, Уровень агрессивности	Эмоциональный фон, настроение, Уровень тревожности, Наличие страхов	Уровень агрессивности
	Домен «Коммуникативная компетентность»	Взаимоотношения с детьми, Взаимоотношения со взрослыми	Эмпатия, умение сопереживать	Взаимоотношения с детьми, Взаимоотношения со взрослыми
	Домен «Особенности поведения и деятельности»	Фантазирование, Активность в образовательной и свободной деятельности, Наличие предметной и/или сюжетно-ролевой игры	Импульсивность	Активность в образовательной и свободной деятельности, Наличие предметной и/или сюжетно-ролевой игры, Самоконтроль
	Домен «Невротические проявления»	Телесный дистресс	Невротические проявления	Телесный дистресс

⁴ Международная научно-практическая конференция «Перспективы внедрения индекса детского благополучия в России». М. 2022 г.

дошкольников нашей выборки имеют низкий и средний уровень ЭБ. Анализ надежности и согласованности комплекса методик проводился с помощью коэффициента альфа Кронбаха (Cronbach's Alpha), который показал превышение значимого уровня надежности и согласованности, что интерпретируется как «хорошее» и «очень хорошее». Общий показатель надежности для комплекса методик - коэффициент альфа Кронбаха равен 0,919 («очень хороший»). Достаточная надежность и внутренняя согласованность методик подтвердилась с помощью проверки на конструктивную валидность (конвергентную валидность) с использованием корреляционного анализа связей (параметрический коэффициент корреляции Пирсона) [4]. Но, безусловно, полученные результаты требуют дальнейшей проверки и валидации на более широкой выборке.

Нами выделены три группы детей с различными уровнями ЭБ: 1) низко-благополучные, 2) средне-благополучные, 3) высоко-благополучные. У детей первой группы (низко-благополучных), в сравнении с детьми из второй и третьей группы, выявлено повышенное наличие страхов; неуверенность в себе; трудности в общении со сверстниками; нестабильный эмоциональный фон и настроение; выделяется слабо развитая мотивация и бедность ценностных представлений; частый уход в «фантазии» (в течение дня ребенок постоянно фантазирует об одном и том же игровом сюжете, действует согласно принятой им роли в нем, называет себя и ведет в соответствии с выбранным персонажем, общается с воображаемым другом, не обращая внимание на реальность происходящего в течение дня), нарушения самооценки (ребенок описывает себя как «плохого», говорит о том, что близкие взрослые считают его «плохим», не уверен в своих действиях, часто требует поддержки и одобрения, выражает неуверенность в своих действиях, либо, напротив, выражает крайнюю самоуверенность и не относится критически к своим ответам или ошибкам, в отличие от детей второй и третьей группы, где ребенок уверен в том, что близкие взрослые хорошо к нему относятся, но также описывает, что иногда ведет себя «плохо», но родители все равно считают его «хорошим»). У детей первой группы и второй группы, в сравнении с детьми из третьей группы (высоко-благополучные), наблюдаются недостаточно удовлетворенная потребностная сфера; умеренный интерес и активность в игровой деятельности; низкая активность в образовательной деятельности; телесный дистресс; недостаточно благоприятные взаимоотношения со взрослыми (наблюдаются попытки настоять на своем, проявить упорство, агрессию по отношению к требованиям взрослых, негативная реакция в ответ на запрет), повышенная тревожность; редко проявляемая эмпатия. Общим для всех трех групп является выявленный сниженный самоконтроль и повышенная импульсивность поведения, что может быть обусловлено как особенностями возраста, нейропсихологическим статусом и пре- и постнатальным развитием, так и социальными факторами (нарушения детско-родительских отношений, раннее приобщение к цифровому миру и пр.).

Анализ корреляционных связей ЭБ ребенка с жизнестойкостью матери значимых корреляций не выявил ($r=0,063$), но диаграмма, представленная на рис. 1, показывает, что в целом у матерей с низким уровнем жизнестойкости де-

ти имеют низкий или средний уровень ЭБ. Наблюдается корреляция ЭБ ребенка и уровня жизнестойкости матери на уровне тенденции.

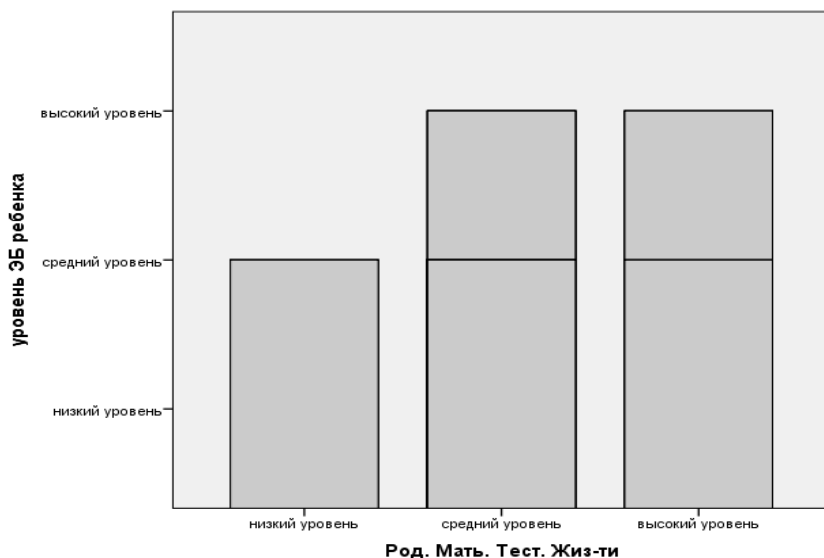


Рисунок 1. Диаграмма корреляции ЭБ ребенка и жизнестойкости матерей.

Отсутствие значимых связей ЭБ ребенка и жизнестойкости матери может быть связано с тем, что жизнестойкость матери как личностный конструкт не имеет достаточного влияния на особенности личности ребенка, а более значимыми оказываются другие факторы, например, стиль общения с ребенком, тип привязанности, эмоциональное состояние матери (ее открытость, эмоциональность, теплота, отсутствие депрессии), то есть все то, что создает особый интимный внутренний мир матери и ребенка, «контейнирование» матерью эмоций ребенка.

В группе отцов выявлены значимые, хотя и недостаточно большие, но прямые связи ЭБ ребенка и уровня выраженности его жизнестойкости ($r=0,238$; $p \leq 0,01$), компонента «принятие риска» ($r=0,287$; $p \leq 0,01$), компонента «контроль» ($r=0,254$; $p \leq 0,01$). То есть, чем выше жизнестойкость отца, тем значимо выше уровень ЭБ ребенка. Отцы, обладающие высоким уровнем жизнестойкости, способны создать более благоприятный контекст для развития детей, выстроить защищенную среду для своей семьи, более эффективные и гармоничные детско-родительские и супружеские отношения, обеспечивая высокий уровень ЭБ их детей, что соотносится с работами других исследователей.

Таким образом, исходя из объема полученных и проанализированных данных, мы смогли описать портрет эмоционально благополучного ребенка: высокий интерес к ведущей (игровой) деятельности; благополучные взаимоотношения со взрослыми и с детьми; сформированные первичные ценностные представления; эмпатичность; низкий уровень телесного дистресса; удовлетворенные потребности в безопасности, общении и защите; стабильный эмоциональ-

ный фон и настроение; самооценка себя как в целом хорошего; уверенность в себе; отсутствие патологического фантазирования; сниженный уровень агрессии и страхов; умеренная тревожность; умеренная мотивация и активность в образовательной деятельности; низкий самоконтроль и повышенная импульсивность поведения. Социальная ситуация развития с позиции семьи характеризуется высоким уровнем жизнестойкости у отцов, слабо выраженным использованием родителями (матерями и отцами) нарушений в типах воспитания и менее напряженными индивидуально-специфическими защитными моделями у родителей в ситуации супружеских конфликтов.

Выводы.

1. Оценка ЭБ дошкольника возможна посредством анализа 5 доменов, включающих в себя 18 показателей, характеризующих представления ребенка о себе и о других, о мире (знание); эмоциональный опыт (переживание); поведение (отношение). Подобранный диагностический комплекс имеет достаточную надежность (альфа Кронбаха 0,919).

2. Выделены три группы детей с разными уровнями ЭБ: группа низко-благополучных детей, группа средне-благополучных детей и группа высоко-благополучных детей и описан портрет эмоционально благополучного ребенка с позиции социальной ситуации развития.

3. Статистически значимая связь обнаружена между ЭБ ребенка и жизнестойкостью отца: чем выше жизнестойкость отца, тем выше ЭБ ребенка ($r=0,238$; $p \leq 0,01$). Связь ЭБ ребенка и жизнестойкости матери статистически не подтверждена ($r=0,063$), но, на уровне тенденции, наблюдается: чем выше жизнестойкость матери, тем выше ЭБ ребенка.

Заключение. Резюмируя, отметим, что выдвинутая нами исследовательская проблема и низкая степень ее разработанности создает основание для дальнейшего углубления и расширения исследований в данной области психологического знания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Мышление и речь. М: Лабиринт, 2007. 350 с.
2. Дубровина И.В. Феномен «психологическое благополучие» в контексте социальной ситуации развития [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2020. Т. 17. № 3. С. 9—21. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2020/n3/Dubrovina.shtml (дата обращения: 15.06.2023).
3. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского—А.Р. Лурия // Национальный психологический журнал. 2012. № 8. С.32- 45.
4. Иванова Е.В., Шаповаленко И.В. Комплексная оценка эмоционального благополучия дошкольника // Актуальные проблемы психологического знания. 2016. № 2 (39). С. 23-35.
5. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. 224 с.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова, Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.

7. Овчарова Р.В. Типология и факторы формирования осознанного родительства в молодой семье [Электронный ресурс] // Вестник Курганского государственного университета. 2008. № 1 (11). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tipologiya-i-factory-formirovaniya-osoznannogo-roditelstva-v-molodoy-semie> (дата обращения: 13.08.2023).

8. Прохоров А.О., Артищева Л.В. Образ психического состояния: динамические и структурные характеристики // Экспериментальная психология. 2012. Т. 5. № 2. С. 63-73.

9. Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А., Лебедева А.А. Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладание [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 90-108. URL: https://psyjournals.ru/mpj/2020/n2/Rasskazova_Leontiev_Lebedeva.shtml (дата обращения: 16.08.2020).

10. Сеппенен Ю.В. Формирование осознанного родительства в молодой семье [Электронный ресурс] // Скиф. 2017. № 11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-osoznannogo-roditelstva-v-molodoy-semie> (дата обращения: 13.08.2023).

11. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

REFERENCES

1. Vy`Gotskij L.S. My`shlenie i rech`. M: Labirint, 2007. 350 S.

2. Dubrovina I.V. Fenomen «Psikhologicheskoe blagopoluchie» v kontekste soczial`noj situaczii razvitiya [E`lektronny`j resurs] // Vestnik prakticheskoy psikhologii obrazovaniya. 2020. Т. 17. # 3. С. 9—21. Url: https://Psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2020/N3/Dubrovina.shtml (data obrashheniya: 15.06.2023).

3. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. Postneklassicheskaya metodologiya v klinicheskoy psikhologii: nauchnaya shkola L.S. Vy`Gotskogo—A.R. Luriya // Naczial`ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2012. # 8. S.32- 45.

4. Ivanova E.V., Shapovalenko I.V. Kompleksnaya ocenka e`moczial`nogo blagopoluchiya doskol`nika // Aktual`ny`e problemy` psikhologicheskogo znaniya. 2016. # 2 (39). S. 23-35.

5. Kocharyan G.S., Kocharyan A.S. Psikhoterapiya seksual`ny`kh rasstrojstv i supruzheskikh konfliktov. M.: Mediczina, 1994. 224 s.

6. Leont`ev D.A., Rasskazova, E.I. Test zhiznestojkosti. M.: Smy`sl, 2006. 63 s.

7. Ovcharova R.V. Tipologiya i faktory` formirovaniya osoznannogo roditel`stva v molodoy sem`e [E`lektronny`j resurs] // Vestnik kurganskogo gosudarstvennogo universiteta. 2008. # 1 (11). Url: <https://Cyberleninka.ru/article/N/Tipologiya-i-factory-formirovaniya-osoznannogo-roditelstva-v-molodoy-semie> (data obrashheniya: 13.08.2023).

8. Prokhorov A.O., Artishheva L.V. Obraz psikhicheskogo sostoyaniya: dinamicheskie i strukturny`e kharakteristiki // E`ksperimental`naya psikhologiya. 2012. Т. 5. # 2. S. 63-73.

9. Rasskazova E.I., Leont`ev D.A., Lebedeva A.A. Pandemiya kak vy`zov

sub`ektivnomu blagopoluchiyu: trevoga i sovladanie [E`lektronny`j resurs] // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2020. T. 28. # 2. S. 90-108. Url: https://Psyjournals.ru/mpj/2020/N2/Rasskazova_Leontiev_Lebedeva.shtml (data obrashheniya: 16.08.2020).

10. Seppen Yu.V. Formirovanie osoznannogo roditel'stva v molodoj sem`e [E`lektronny`j resurs] // Skif. 2017. # 11. Url: <https://cyberleninka.ru/article/N/Formirovanie-osoznannogo-roditelstva-v-molodoy-semie> (data obrashheniya: 13.08.2023).

11. E`jdemiller E`.G., Yusticzis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem`i. SPb.: Piter, 2008. 672 S

12. Ghimbulut O., Opre A. Assessing Resilience Using Mixed Methods: Youth Resilience Measure [Electronic resource] // Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2013. Vol. 78. pp. 310-314. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813008707> (дата обращения: 08.08.2023).

13. Hinkley T., Teychenne M. Downing K.L., Ball K., Salmon J., Hesketh K. D. Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: A systematic review [Electronic resource] // Journal of Preventive Medicine. 2014. Vol. 62. pp. 182-192. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514000723> (дата обращения: 25.06.2023).

14. Obrist B., Collins K.A., Pfeiffer C. Socio-cultural and economic factors influencing adolescents' resilience against the threat of teenage pregnancy: a cross-sectional survey in Accra, Ghana [Electronic resource] // Reproductive Health. 2015. Vol. 12. URL: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0113-9>. (дата обращения: 20.03.2023).

E.V. Ivanova

EMOTIONAL WELL-BEING OF PRESCHOOLERS AND CHARACTERISTICS OF THE RESILIENCE OF THEIR PARENTS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The paper attempts to concretize the concept of emotional well-being (EWB) of preschool children and its significant indicators; to identify connections between EWB children and the resilience of their parents. A portrait of a child's EWB and three groups of children with different levels of EWB are described, including in the context of his social development situation, formed by the position of modern parenting, which is considered as a phenomenon of "responsible parenting".

Keywords: emotional well-being, resilience, responsible parenthood, child-parent relationships.

УДК 616.89-008.43

Л.Ж. Агтаева¹, И.В. Макаров^{2,3}**ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ
ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

¹Психоневрологический 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. Проведен анализ зарубежных и отечественных исследований по теме работы, выделены теоретические основы для понимания стереотипии как предиктора психического расстройства и как дифференцированного симптома психического нарушения, которое может изменяться под воздействием патопластических факторов. В последние годы происходят позитивные изменения общей и психиатрической культуры, увеличение терпимости и образованности населения. Происходит смена подходов к образованию и к социокультурной политике в целом. Изменения в общественном сознании вызвали появление новой парадигмы образования, в частности, «инклюзивного образования». В условиях инклюзивного образования особую важность будут иметь личностно-средовые факторы социальной среды, которые могут оказывать патопластическое влияние на течение стереотипий, прогноз течения заболевания и эффективность реабилитации.

Ключевые слова: патопластика, патоморфоз, патопластический фактор, инклюзивное образование, стереотипии.

Введение. В рамках различной психической патологии стереотипии могут быть оценены как эквивалент кататонического возбуждения или индуктор воздействия на аффективное состояние пациента, либо как характерный для некоторых заболеваний симптом (например, шизофрении или аутизма). Двигательные расстройства по типу стереотипной кататонии сопровождаются утратой ощущения произвольности моторных актов, не вызывают неудобства и выступают в рамках реакции дизадаптации. К ним относятся устойчивые бесцельные повторения движений, слов или фраз; клишированные однотипные гиперкинезы [10].

В некоторых обзорах стереотипии относят к самоповреждающим движениям, самостимуляции и т. п. [7, 11]. Связь кататонических расстройств и когнитивного дефицита отмечалась Сербским В.П. (1890), который рассматривал двигательные стереотипии в качестве вторичных, опосредованных психическими процессами психопатологических образований [9]. Это коррелирует с мнением исследователей, которые указывают на связь кататонии с патологией фронтальных отделов мозга [13]. В современных зарубежных [15] и отечест-

венных [2] работах стереотипии представлены, как ранний симптом психического расстройства, на который следует обратить особое внимание при диагностике или обследовании.

Исторические аспекты обозначения стереотипии как поведенческого паттерна при заболеваниях различного психического патогенеза представлены еще в XIX веке американским врачом французского происхождения Э. Сегеном (1903) в рамках патологий умственного развития детей в русле олигофренопедагогики [8].

С начала XX века стереотипии и их проявления изучались преимущественно как симптом аутистического расстройства или шизофрении [4, 6].

Стереотипии на современном этапе представлены в большинстве исследований как клинический неспецифический симптом заболевания, а не самостоятельное патологическое расстройство [1]. Тем не менее, многими исследователями подчеркивается необходимость выделения причин возникновения, патогенеза и классификационных основ стереотипий как отдельного состояния. Это позволит изучить патоморфоз и патопластическое воздействие на проявления стереотипии, рассматриваемое как видоизменение стереотипий под влиянием различных факторов.

Согласно классификации МКБ-10, стереотипии понимаются как «произвольные, повторяющиеся, стереотипные, нефункциональные (часто ритмические) движения и считаются патологическими лишь в том случае, если они препятствуют повседневной адаптации и жизнедеятельности или приводят к физическим самоповреждениям». Соответственно, применительно к теме изучения патоластики и патоморфоза стереотипий необходимо определить факторы, которые могут видоизменять само течение данных стереотипных проявлений либо определенные их свойства.

Психологи и клиницисты определяют стереотипии как гиперкомпенсаторную функцию человека, определяемую факторами поведенческого характера, влияющими на патоморфоз стереотипий и характеризующимися стабильностью и длительностью. При исследовании же патоластики стереотипий следует прибегнуть к рассмотрению психогенных, возрастных, гендерных и других неспецифических и случайных факторов влияния на общую картину заболевания и проявления стереотипий. Именно это делает практически значимым изучение патоластики стереотипий в современных психиатрических исследованиях, так как патоластика психического нарушения, к которому относятся стереотипии, имеет самостоятельное значение в развитии, динамике и курабельности проявления стереотипий как у детей, так и взрослых, даже при наличии установленного диагноза психиатрического кода, что может стать основой для разработки рациональных реабилитационных мер.

О влиянии социальных факторов на психический статус пациента писали многие ученые. Ряд авторов отмечает влияние личностно-средовых (межличностных) факторов, подчеркивая особую важность социальной среды для прогноза течения заболевания и эффективности терапии. В последние годы происходят позитивные изменения общей и психиатрической культуры, увеличение терпимости и образованности населения. Происходит смена подходов к образованию и к социокультурной политике в целом. Это обусловлено переориентацией общества на развитие человека, формирование его личностных качеств.

Изменения в общественном сознании вызвали появление новой парадигмы образования, в частности, «инклюзивного образования». Расширение образовательных возможностей инвалидов активно ведется за рубежом с 1970-х гг.

Первые инклюзивные образовательные учреждения появились в нашей стране на рубеже 1980–1990-х гг. В г.Москве в 1991 г. по инициативе московского Центра лечебной педагогики и родительской общественной организации появилась школа инклюзивного образования «Ковчег» (№ 1321). С осени 1992 г. в России началась реализация проекта «Интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья». Темпы развития инклюзивного образования в нашей стране ускоряются с принятием Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 г., вступившего в силу с 1 сентября 2013 г. Д.Е. Шевелева рассматривает инклюзивное образование, как фактор «педагогической реабилитации» [12]. З.И. Лаврентьева, что «система образования располагает большими возможностями для социально-психологической реабилитации учащихся с ОВЗ» [5].

Цель. Рассмотреть инклюзивное образование как патопластический фактор, влияющий на течение психических заболеваний у детей.

Материал и методы исследования. Выборка исследования сформирована на базе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева г. Москвы - Психоневрологический диспансер № 15 и Психоневрологического диспансера Кабардино-Балкарской Республики. В исследование были включены результаты мониторинга амбулаторных карт и опроса родителей с помощью разработанного и валидизированного опросника для оценки проявлений и динамики стереотипий у детей с кататонно-регрессивным расстройством (КРР) в анамнезе (в период с 2021 по 2022 гг.). Опросник был ориентирован на родителей и законных представителей детей в возрасте от 3 до 10 лет. Выборка представлена 307 пациентами с КРР в ПНД № 15» - 73 человека, ПНД КБР – 234 человека).

Критерии включения в группу исследования: возраст ребенка на момент обследования от 3 до 10 лет (включительно); письменное согласие родителей (официальных представителей) на участие 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 органическими повреждениями мозга; отказ родителей (официальных представителей) от участия ребенка и/или личного участия родителей в исследовании.

Исследовалась группа детей, перенесших регрессивно-кататонический психоз с кататонической психотической симптоматикой, с двигательным возбуждением, явлениями негативизма, тяжелого аутизма.

Результаты. В группу было включено 307 (100%) пациентов с КРР (из них 180 (59%) мальчиков и 127 (41%) девочки) в возрасте от 6 до 10 лет (средний показатель $7,3 \pm 1,4$ лет).

Таблица 1.

Распределение пациентов с КРР в зависимости от формы обучения

Форма обучения	домашняя форма обучения	в образовательном учреждении
КРР 100% (307 чел.)	58,9% (181 чел.)	23,5% (126 чел.)

В большинстве анализируемых случаев пациенты с КРР не посещали дошкольное либо школьное образовательное учреждение на момент исследования, а находились на индивидуальном домашнем обучении (181 человек - 58,9%), 126 человек из 307 (23,5%) посещали образовательное учреждение (табл. 1). В исследуемой выборке пациентов чаще регистрировались в качестве стереотипий, отмеченных родителями на этапе развития заболевания, речевые стереотипии в виде повторяющихся вокализаций, повторения определенных звуков, слов или фраз (94,45% - 290 человек) и ограниченность в интересах (100% - 307 человек). У 87,95% (270 человек) пациентов стереотипическое поведение выражалось в действиях, направленных на самоповреждение в виде аутоагрессивного поведения – растирания или царапания кожи, отрывания ногтей и волос со сниженным порогом болевой чувствительности. Выраженные нефункциональные ритуалы и привычки (79,8%) наиболее часто были представлены употреблением одной и той же еды. Двигательные стереотипии были выявлены у 43,3% детей и были представлены в виде повторяющихся движений, например, раскачивания тела и головы взад-вперед. Действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового материала, когда ребенок произвольно «погружается» в повторяющиеся действия, часто не обращая внимания на людей и события, были отмечены у 61,5% детей (189 человек). В случае, если ребенка попытаться отвлечь от этих действий – он начинает плакать, кричать, проявлять агрессию и т. п. более интенсивно и «нестандартно» с социальной точки зрения.

В анализируемой группе пациентов стереотипное поведение чаще всего имело сочетанную форму, например, у одного и того же ребенка могли регистрироваться одновременно двигательные и речевые стереотипии (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение пациентов с КРР в зависимости от форм проявления стереотипного поведения

Формы проявления стереотипного поведения	двигательные	речевые	Ограниченность в интересах	Выраженные нефункциональные ритуалы и привычки	Действия с частями объектов	Аутоагрессивное поведение
КРР 100% (307 чел.)	43,3% (133 чел.)	94,4% (290 чел.)	100% (307 чел.)	79,8% (245 чел.)	61,5% (189 чел.)	87,95% (270 чел.)

Было выявлено, что в исследуемой группе детей стереотипное поведение отмечается часто (ежедневно) у 46,58% (143 человек), редко (1 раз в неделю) у 31,27% (96 человек) и очень часто (несколько раз в день) у 22,15% (68 человек) (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов с КРР в зависимости от частоты возникновения стереотипий

Частота возникновения стереотипий	редко (1 раз в неделю)	часто (ежедневно)	очень часто (несколько раз в день)
КРР 100% (307 чел.)	31,27% (96 чел.)	46,58% (143 чел.)	22,15% (68 чел.)

Также изучены «помехи», которые возникают у детей с КРР в повседневных занятиях и общении со сверстниками, что может сказаться на социализации и адаптации к обучающей обстановке. В большинстве случаев (35% - 109 человек из 307) у детей с КРР стереотипное поведение мешает общаться с другими детьми и в 34% случаев (103 человека) выражается в большей степени в нарушении организации повседневных занятий (табл. 4).

Таблица 4.

Влияние стереотипий на общение и социализацию у детей с КРР.

Влияние стереотипий на общение и социализацию	не влияет	мешает общаться с другими детьми	мешает общаться с родителями и родственникам	мешает насущным занятиям
КРР 100% (307 всего)	0	35% (109 чел.)	31% (95 чел.)	34% (103 чел.)

Известно, что ряд социально-психологических факторов оказывает существенное патопластическое влияние на стереотипии. Так, у детей со стереотипным поведением отмечаются отклонения в поведении и обучении, что служит источником негативного отношения к ним родителей и окружающих, что нередко обуславливает возникновение у таких детей вторичных психогенных образований в виде невротических и патохарактерологических реакций по принципу обратной связи. Тревога, неодобрение и ограничение со стороны родителей вызывают у ребенка стыд, страх и другие отрицательные переживания не в связи самим повторяющимся действием, а в связи с установками окружающих. Некоторые авторы утверждали, что в таких случаях надо лечить не только детей, но и их родителей [14]. Исправление нарушенных родственных отношений может приводить к модификации поведения ребенка. В то же время меняются и в основном укрепляются социальные связи психически больных с обществом, которое все в большей мере осознает свою ответственность за профилактику нервно-психических заболеваний. Тем самым улучшается психологический

климат, который способствует преодолению психотических явлений и формированию процессов адаптации, компенсации и социальной реабилитации. А.П. Коцюбинский обращает внимание на то, что «внешние социальные ресурсы... касаются характеристик так называемой «социальной поддержки» – семьи и внесемейного окружения» [3].

Заключение. На сегодня стереотипии рассматриваются в комплексе общего психического нарушения, чаще всего как предикторы психического расстройства или ранний дебют заболевания (особенно у детей), что не позволяет рассматривать самостоятельное влияние патопластических факторов на течение и развитие стереотипии. Инклюзивное образование рассматривается, как патопластический фактор «педагогической реабилитации», который может изменить психопатологическое пространство стереотипий у детей.

В результате проведенного авторами исследования было выявлено, что в большинстве анализируемых случаев пациенты со стереотипиями не посещали дошкольное либо школьное образовательное учреждение на момент исследования, а находились на индивидуальном домашнем обучении (58,9%), стереотипное поведение мешает общаться с другими детьми и выражается в большей степени в нарушении организации повседневных занятий. В исследуемой выборке пациентов чаще регистрировались речевые стереотипии в виде повторяющихся вокализаций, повторения определенных звуков, слов или фраз (94,45%) и ограниченность в интересах (100%). Стереотипное поведение чаще всего имело сочетанную форму, например, у одного и того же ребенка могли регистрироваться одновременно двигательные и речевые стереотипии

Считаем, что в условиях инклюзивного образования особую важность будут иметь личностно-средовые факторы социальной среды, которые могут оказывать патопластическое влияние на течение стереотипий, прогноз течения заболевания и эффективности реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аттаева Л.Ж., Макаров И.В. Патопластика и патоморфоз стереотипий: современные представления // Психиатрия. 2023. 21(4). С. 94–102. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-94-102>
2. 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.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г. и соавт. Холистический диагностический подход в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 4. С. 45-50.
4. Кузнецов А.В. Кататонические расстройства в клинической картине остропротекающих психотических состояний // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. № 5. С. 27–31.
5. Лаврентьева З.И. Воспитательные ресурсы инклюзивного образования // Народное образование. 2019. № 2 (1473). С. 203-207.
6. Луцкекина Е.А., Стрелец В.Б. Сравнительный анализ расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте // Физиология человека.

2020. Т. 46. № 1. С. 111–122.

7. Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 110–125. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240307>

8. Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей. СПб. 1903. 319 с.

9. Сербский В.П. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. М: Типо-литография Высочайше утвержденного товарищества И.Н. Кушнеревъ и Ко, 1890. 192 с.

10. Смулевич А.Б., Ключник Т.П., Борисова П.О. и соавт. Актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики // Психиатрия. 2022. № 20 (1). С. 6–16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16>

11. Чухутова Г.Л. Стереотипное и самоповреждающее поведение у детей с нарушениями в развитии // Современная зарубежная психология. 2013. № 4. С. 92–116.

12. Шевелева Д.Е. Особенности организации инклюзивного образования в России и за рубежом (компаративистское исследование). Проблемы современного образования. 2014. № 5. С. 105–115.

REFERENCES

1. Attaeva L.Zh., Makarov I.V. Patoplastika i patomorfoz stereotipij: sovremennyye predstavleniya // Psikhatriya. 2023. 21(4). S. 94–102. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-94-102>

2. 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. Т. 14. # 2. S. 69–78.

3. Koczyubinskij A.P., Shejnina N.S., Butoma B.G. i soavt. Kholisticheskij diagnosticheskij podkhod v psikhiiatrii // Soczial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2013. Т. 23. # 4. S. 45–50.

4. Kuznecov A.V. Katatonicheskie rasstrojstva v klinicheskoy kartine ostroprotekayushhikh psikhoticheskikh sostoyanij // Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2020. # 5. S. 27–31.

5. Lavrent'eva Z.I. Vospitatel'ny'e resursy` inklyuzivnogo obrazovaniya // Narodnoe obrazovanie. 2019. # 2 (1473). S. 203–207.

6. Lushhekina E.A., Strelec V.B. Sravnitel'ny`j analiz rasstrojstv autisticheskogo spektra i shizofrenii v detskom vozraste // Fiziologiya cheloveka. 2020. Т. 46. # 1. S. 111–122.

7. Pol'skaya N.A. Modeli korrekczii i profilaktiki samopovrezhdayushhego povedeniya // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2016. Т. 24. # 3. С. 110–125. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240307>

8. Segen E. Vospitanie, gigiena i npravstvennoe lechenie umstvenno-nenormal'ny`kh detej. SPb. 1903. 319 s.

9. Serbskij V.P. Formy` psikhicheskogo rasstrojstva, opisy`vaemy`e pod imenem katatonii. М: Типо-литографиya Vy`sochajshe utverzhdennago tovarishhestva I.N. Kushnerev` i Ko, 1890. 192 s.

10. Smulevich A.B., Klyushnik T.P., Borisova P.O. i soavt. Aktual'ny'e problemy` psikhopatologii i klinicheskoy sistematiki // Psikhatriya. 2022. # 20 (1). S. 6–16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-6-16>

11. Chukhutova G.L. Stereotipnoe i samopovrezhdayushhee povedenie u detej s narusheniyami v razvitiy // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2013. # 4. S. 92-116.

12. Sheveleva D.E. Osobennosti organizatsii inklyuzivnogo obrazovaniya v Rossii i za rubezhom (komparativistskoe issledovanie). Problemy` sovremennogo obrazovaniya. 2014. # 5. S.105-115.

13. Joseph R. Frontal Lobe Psychopathology: Mania, Depression, Confabulation, Catatonia, Perseveration, Obsessive Compulsions, and Schizophrenia // Psychiatry. 1999. 62(2). P. 138–172. <https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024862>

14. Kanner L., Eisenberg L. Early infantile autism 1943-1955 // American Journal of Orthopsychiatry. 1956. Vol. 26. P. 55-65.

15. Robinson S., Woods M., Cardona F. et al. Intense imagery movements: A common and distinct paediatric subgroup of motor stereotypies // Developmental Med. Child Neurol. 2014. Vol. 56(12). P. 1212-1218.

L.Zh. Attaeva¹, I.V. Makarov^{2,3}

INCLUSIVE EDUCATION AS A PATHOPLASTIC FACTOR AFFECTING THE COURSE OF MENTAL ILLNESS IN CHILDREN

¹Psychoneurological Dispensary № 15 – branch of Mental-Health Clinic № 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. The analysis of foreign and domestic research on the topic of the work is carried out, the theoretical foundations for understanding stereotypy as a predictor of a mental disorder and as a differentiated symptom of a mental disorder that can change under the influence of pathoplastic factors are highlighted. In recent years, there have been positive changes in general and psychiatric culture, an increase in tolerance and education of the population. There is a change in approaches to education and to socio-cultural policy in general. Changes in public consciousness have caused the emergence of a new paradigm of education, in particular, "inclusive education". In the context of inclusive education, personal and environmental factors of the social environment will be of particular importance, which can have a pathoplastic effect on the course of stereotypies, the prognosis of the course of the disease and the effectiveness of rehabilitation.

Keywords: pathoplasty, pathomorphosis, pathoplastic factor, inclusive education, stereotypies.

В.И. Шебанова, С.Г. Шебанова

**ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКИХ УБЕЖДЕНИЙ И ТАКТИК
КОНТРОЛЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ
В СИТУАЦИЯХ ПРИЕМА ПИЩИ****ФГБОУ ВО «Херсонский аграрный университет» (Херсон).**

Резюме. Представлено разнообразие когнийций (мнений, суждений, представлений) взрослых относительно необходимости контроля пищевого поведения ребенка и выбора средств воздействия на него в «ситуации приема пищи». Показано, что тактики родительского контроля пищевого поведения детей в «ситуации приема пищи» достаточно вариативны. Выявленные особенности родительских убеждений и тактик контроля пищевого поведения детей в ситуации приема пищи указывают на недостаточную компетентность родителей.

Ключевые слова: пищевое поведение, проблемное пищевое поведение, контроль пищевого поведения ребенка, средств воздействия, ситуации приема пищи.

Введение. Пищевое поведение (ПП) человека относится к инстинктивным формам деятельности, то есть определяется врожденными потребностями. Однако расстройства пищевого поведения (РПП), могут быть вызваны, разнообразными причинами: наследственной склонностью, культурной средой, семейными традициями, особенностями характера и самооценки, влиянием моды, неудовлетворенностью своим телом, соблюдением диет и пр.

Большинство ученых разделяет общую идею о том, что расстройства пищевого поведения представляют собой сложные, мультифакторные заболевания, которые являются результатом взаимодействия биологических, социокультурных и психологических факторов. В наших предыдущих работах мы уже рассматривали влияние семьи и факторов семейного воспитания на формирование расстройств пищевого поведения детей и подростков [1-3]. В данной статье мы сосредоточимся на тактиках родительского контроля пищевого поведения детей в «ситуации приема пищи», которые обуславливают нарушения пищевого поведения.

Цель исследования – изучение разнообразия установок (мнений, суждений, представлений) взрослых относительно необходимости контроля пищевого поведения ребенка и выбора средств воздействия на него в «ситуации приема пищи».

Методы исследования. С целью изучения разнообразия установок (мнений, суждений, представлений) взрослых о необходимости контроля пищевого поведения ребенка и применяемых средств воздействия на него «в ситуации приема пищи» нами был проведен опрос родителей и других родственников, которые активно принимают участие в воспитании детей. Опрос проводился на родительском собрании при помощи нашей авторской анкеты «Родительские убеждения и тактики контроля пищевого поведения детей в ситуации

приема пищи» [4].

Выборка исследования. В ходе опроса приняли участие 238 человек (из них: мамы 122 чел. - 51%; папы 63 чел. - 26,7%; бабушки 38 чел. - 6%; дедушки 15 чел. – 6,3%). 32 родителя отсутствовали на родительском собрании, 12 человек отказались заполнять анкету.

Анализ результатов опроса родителей выявил (см. рис. 1), что 23% взрослых придерживаются убеждения, что в ситуации приема пищи необходимо учитывать пожелания ребенка, и никогда не заставляют его кушать.



Рисунок 1. Распределение ответов родителей относительно необходимости применения способов принуждения с целью изменения ПП ребенка.

14% родителей отметили, что им, наоборот, приходится контролировать количество и качество потребляемой пищи, т. е. сдерживать неумеренный аппетит своих детей, в частности, удерживать от чрезмерного потребления сладостей, мучного, сладких газированных напитков и др.

Большинство родителей (63%) воспринимает ситуацию приема пищи, как суровую объективную необходимость, в которой им приходится применять различные способы воздействия на ребенка с целью изменения его ПП, в частности, «накормить ребенка», несмотря на его протест и возражения.

Таким образом, 77% родителей считают, что для того, чтобы создать условия для оптимального развития ребенка, сохранить и укрепить его здоровье они вынуждены прибегать к тем или иным средствам воздействия на его ПП. Среди аргументов (как категорий личностного смысла), которые оправдывают пози-

цию насильственного кормления детей в ситуации приема пищи, мы выделили следующие:

- убеждение, что физическая истощенность ребенка выступает признаком неблагополучия в состоянии его здоровья. В эту смысловую категорию, мы включили также комплементарные высказывания о том, что «сытость и упитанность являются признаками здорового и крепкого организма». Данной позиции придерживались 23% опрошенных взрослых;

- убеждение в том, что полноценное и регулярное питание ребенка – это родительский долг и святая обязанность взрослых, поддержали 66% опрошенных взрослых. Качественное своеобразие данной позиции раскрывают следующие высказывания: - *«если нашего ребенка не заставлять кушать, то он вообще никогда бы не ел, или питался бы исключительно пищевым мусором»*; - *«в детском и подростковом возрасте дети должны очень хорошо питаться, поскольку они растут, много двигаются и тратят много энергии»*. Однако дети еще не способны правильно организовать свой режим питания в силу самых разных причин (элементарной неорганизованности, безразличного отношения к собственному здоровью, искаженных представлений о правильном питании, отсутствия чувствительности к потребностям тела и пр.), поэтому *«без принуждения в этом вопросе никак не обойтись!»*.

- убеждение, что «отказ от еды – это просто неповиновение (избалованность, желание продемонстрировать обиду и пр.), что требует сурового пресечения. Данную позицию поддержали 17% опрошенных взрослых.

- убеждение, что если ребенок не будет хорошо питаться, то это приведет к утрате здоровья. Данная позиция была выявлена у 22% опрошенных взрослых, что подтверждают следующие высказывания: *«слишком худой», «слишком слабенькая», «слишком часто болеет», «на нашего – без слез не взглянешь, одна кожа да кости, непонятно в чём душа теплится»* и т. п.

Часть взрослых (31%) указала, что если у ребенка плохой аппетит, то главное – это заставить его что-либо съесть, а то, каким образом это удалось, совсем не важно. Обосновывая свою точку зрения, родители приводили различные аргументы, основной смысл которых сводится к суждению: *«обеспечить жизнь и существование тела может только полноценное, правильное питание, а цель, как известно, оправдывает средства»*. Подобная позиция нашла отражение в следующих высказываниях: *«...к сожалению, иногда приходится заставлять, потому что по-другому никак...»*; *«что ж поделаешь, если наше чадо всегда кушает без аппетита»*; *«единственным средством воздействия, чтобы заставить нашу дочь что-нибудь съесть, являются только угрозы»*; *«когда мне надоело решать проблему отсутствия аппетита у сына при помощи уговоров и угроз, я нашел одно отличное и надежное средство – подзатыльник... С тех пор «страдания над едой» сразу прекратились»*.

Анализ ответов родителей (той части выборки, которая обеспокоена пищевым поведением ребенка в континууме «отказ от еды–переедание»), выявил, что в разные возрастные периоды ребенка взрослые отдают предпочтение разным методам воздействия на ПП детей (см. рис. 2 и 3).

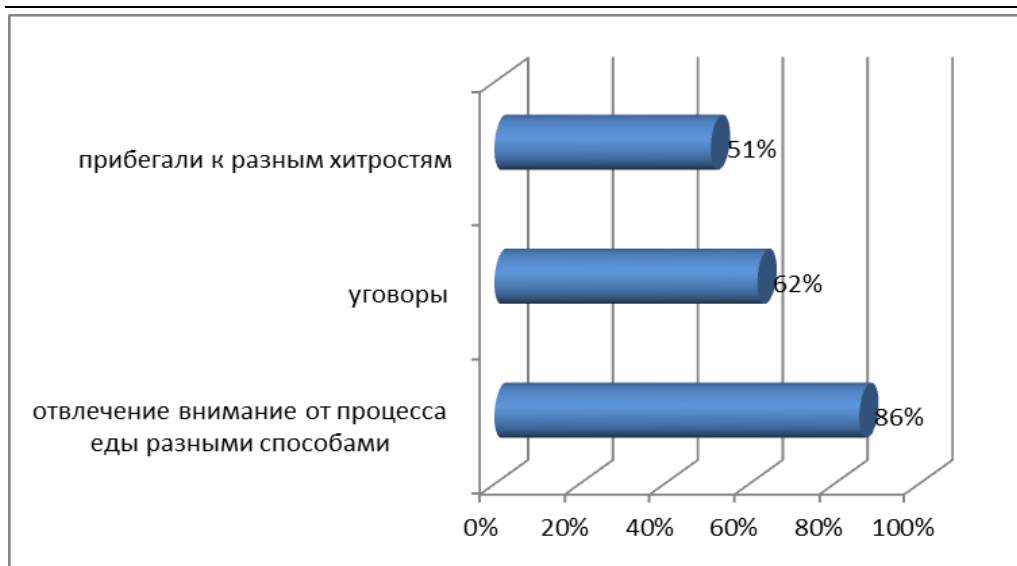


Рисунок 2. Тактики влияния взрослых с целью изменения пищевого поведения ребенка в дошкольный период жизни.

Так, в дошкольный период жизни, преобладающими тактиками воздействия на ребенка с целью изменения его ПП являются: - сочетание процесса принятия пищи с разнообразными способами отвлечения внимания, в частности, просмотром мультфильмов, рассказыванием различных историй и т. п. (86%); - уговоры (62%); - придумывание каких-либо хитростей: приготовление блюд с «секретом» типа супа-пюре, блинчиков из тыквы или морковки; обещание посетить интересные мероприятия или места; купить привлекательные вещи и пр. (51%).

В школьный период жизни наиболее популярными тактиками воздействия на ПП детей (свыше 50%) являются (см. рис 3): предостережения в виде рассказывания историй о возможных негативных последствиях вследствие недоедания/переедания (84%); упреки, укоры, обращение к чувству ответственности за свое здоровье, обращение к чувству стыда (71%); критика фигуры (массы тела, внешности), особенностей пищевых привычек и стиля питания, особенностей поведения за столом (63%). В значительно меньшей степени встречаются упоминания о применении наказаний в виде лишения пищи (23%) или каких-либо иных удовольствий не съестного характера (31%), например: запрет смотреть телевизор, пользоваться планшетом и телефоном с целью игры; запрет на прогулку; отмена или угроза отмены запланированных интересных мероприятий; отказ от того, что было обещано ранее купить и т. п.

Обобщая полученную информацию, отметим, что несмотря на достаточно широкую вариативность методов воздействия на ПП детей в ситуации приема пищи большинство из них обуславливают формирование искаженных отношений с едой, неудовлетворенность собой и жизнью в целом, негативизм в отношениях с близкими и пр., что особенно ярко проявляется в подростковом возрасте и закономерно фиксирует на эксцентричных формах ПП (как способах,

которые субъективно помогают снизить психическое напряжение).

Таким образом, выявленные особенности родительских убеждений и тактик контроля пищевого поведения детей в ситуации приема пищи указывают на недостаточную компетентность родителей (в области психологии развития, основ рационального питания и пр.) и определяют задачи психопрофилактической работы, которые направлены на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его развития, в т. ч. и на предупреждение отклонений онтогенетического развития (соматических систем и психических функций организма, социальных ролей и отношений, духовного развития). Речь идет о повышении здоровьесберегающей родительской компетентности. Это предполагает осведомленность родителей не только в области здорового (рационального, правильного) питания, но и в других областях и вопросах, которые связаны с повседневной жизнедеятельностью и становлением личности. В частности, здоровьесберегающая родительская компетентность предполагает понимание различий между индивидуальными (врожденными особенностями протекания физиологических процессов, биоритмов и пр.) и индивидуальными (личностными особенностями формирования пищевых предпочтений, паттернов пищевого поведения и пр.), а также понимание и учет социально обусловленных процессов взросления, гендерных особенностей, природы и характера кризисных явлений в разные периоды жизни ребенка и пр.



Рисунок 3. Тактики влияния взрослых с целью изменения пищевого поведения детей в школьный период жизни.

Важной составляющей здоровьесберегающей родительской компетенции (ЗСРК) мы считаем повышение компетентности в модулировании проблемным пищевым поведением ребенка и коррекции нарушенных взаимоотношений между ребенком и взрослыми (его первичной группы поддержки) [5]. Под модулированием мы понимаем управление проблемным пищевым поведением ребенка не столько за счет установления контроля над ним, сколько за счет изменения отношений в семье [5]. Прежде всего, это предполагает исключение таких форм взаимодействия в системе «родитель-ребенок», которые могут непроизвольно провоцировать, поддерживать и фиксировать различные поведенческие отклонения, в т. ч. эксцентричные способы ПП.

Блок ЗСРК характеризуется единством стойкой мотивации на поддержание адаптивного ПП или на нормализацию ПП (ценностно-мотивационный аспект компетенции), знаний о рациональном питании и здоровом образе жизни как составляющих целостного здоровья (когнитивно-рефлексивный аспект компетенции), умений и опыта в организации здорового питания и реализации здоровых паттернов ПП (поведенческий аспект компетенции) [5]. Иначе говоря, повышение родительской компетентности в модулировании проблемным пищевым поведением ребенка ориентирует на здоровьесберегающую и здоровьеразвивающую деятельность всех членов семьи. Особенность этой деятельности состоит в организации такого семейного пространства, которое помогает принять ответственность за выбор доминирующей стратегии ПП и проявить истинную заботу о себе как основу поддержания целостности телесного здоровья (всех его уровней – соматического, психического, социального и духовного).

Кроме того, мы полагаем, что современная пропедевтика как первичная профилактика проблемного ПП с последующими нарушениями массы тела должна быть направлена на определение тех диссонансных областей, которые требуют пристального внимания со стороны разных специалистов – психологов, педагогов, социологов и др. Соответственно, это предполагает отказ от одноплоскостного восприятия расстройств ПП (как сугубо психиатрического подхода к проблемам ПП).

Реальная помощь (через организацию психолого-педагогической и социальной поддержки родителям и детям) в преодолении индивидуальных трудностей, которые возникают в процессе жизнедеятельности, повышении стрессоустойчивости к различным неблагоприятным факторам макро- и микросреды, позволит блокировать фиксацию на проблемных (дизадаптивных) паттернах ПП (что обосновано нами в синергетической биопсихосоцио-духовной модели развития расстройств ПП [6, 7]). Иначе говоря, для людей с нарушенными паттернами ПП психологическая, педагогическая и социальная помощь является не менее значимой, чем лекарственная терапия. На наш взгляд, именно такой подход к пропедевтике позволит значительно снизить риск развития дисгармоничных паттернов ПП.

На сегодняшний день, несмотря на увеличение количества людей с нарушенными паттернами ПП и их негативными последствиями в виде нарушений массы тела, понятие «пропедевтика дизадаптированного пищевого поведения» (ДПП) отсутствует. В то же время, отдельные вопросы пропедевтики ДПП рас-

сматривается в других областях научного знания, таких как: «Психиатрическая пропедевтика», «Детская психиатрическая пропедевтика», «Пропедевтика детских болезней», «Пропедевтика девиантного поведения», «Пропедевтика культуры здоровья» и др. Однако, учитывая специфичность проявлений искаженных паттернов ПП и их саморазрушительных последствий в рамках собственной телесности (особенно клинических вариантов ПП) возникает необходимость в разработке пропедевтических программ в соответствии с озвученной проблемой.

Мы понимаем объективные трудности реализации тренингов родительской компетенции как конкретной формы пропедевтической работы с родителями детей из группы риска, т. е. детей с высоким риском развития РПП и нарушений веса (что выявляют результаты скрининговой диагностики).

Воплощение такого пропедевтического проекта в жизнь – это, безусловно, и масштабный, и затратный профилактический проект, который требует государственной поддержки в виде долгосрочных материальных инвестиций, а также подготовки специальных экспертов. При этом мы отдаем себе отчет, что длительность проекта (его растянутость во времени на несколько лет) и не слишком высокий (умеренный) ожидаемый уровень социально-психологического эффекта от реализации проекта несколько снижают его привлекательность.

Однако, с другой стороны, разнообразные формы дизадаптированного ПП (в т. ч. расстройства ПП), которые манифестируют в подростковом и юношеском возрасте в виде искаженных паттернов ПП и нарушений веса (своеобразного соматического эквивалента ПП), достаточно часто остаются неразрешимой проблемой человека в течение всей его последующей жизни. При этом на фоне присоединения различных осложнений и тяжелых заболеваний физическое и психическое состояние с годами существенно ухудшается, обуславливая закономерную утрату трудоспособности и раннюю смерть.

Таким образом, проблемное (дизадаптивное) ПП можно рассматривать как фактор косвенного (медико-биологического) ущерба экономике страны, и это, на наш взгляд, существенный аргумент в пользу затрат на профилактику РПП.

Выводы. Выявлено, что тактики родительского контроля ПП детей в «ситуации приема пищи» достаточно вариативны. Однако, несмотря на их широкую представленность, большинство из них обуславливают формирование искаженных отношений с едой, неудовлетворенность собой и жизнью в целом, негативизм в отношениях с близкими и пр., что особенно ярко проявляется в подростковом возрасте и закономерно фиксирует на эксцентричных формах ПП (как способах, которые субъективно помогают снизить психическое напряжение). Таким образом, выявленные особенности родительских убеждений и тактик контроля ПП и определяют задачи психопрофилактической работы, которые направлены на формирование ЗСРК и коррекцию нарушенных взаимоотношений между ребенком и взрослыми, что позволит сохранить здоровье ребенка на всех этапах его развития, в т. ч. предупредить отклонения онтогенетического развития (соматических систем и психических функций организма, социальных ролей и отношений, духовного развития).

ЛІТЕРАТУРА

1. Шебанова В.І. Вплив сім'ї на розвиток образу фізичного «Я» особистості на різних етапах онтогенезу // «Сучасні тенденції психологічного розвитку сім'ї»: Зб. наук. праць Міжнародної заочної наук.-практ. конф. Частина І. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2013. С. 82 – 93.

2. Шебанова В.І. Влияние семьи на формирование расстройств пищевого поведения детей и подростков // «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья»: Мат-лы V международного конгресса / Под.ред. А.А.Северного, Ю.С.Шевченко. Москва, 24-27 сентября 2013 г. М.: ООО ONEBOOK.RU. С. 327–328.

3. Шебанова В.І. Отношения с родителями как источник расстройств пищевого поведения подростков // Науковий форум: Актуальні питання гуманітарних та суспільних наук: Зб. мат-лов. Міжнародної наук.-практ. конф. (К., Україна, 23 травня). К.: Центри науково-практичних студій, 2014. С. 119-125.

4. Шебанова В.І. Анкета прикладного дослідження «Батьківських переконань та тактик контролю харчової поведінки дітей у ситуації приймання їжі : а.с. № 65092 Опріл. 26.04.2016.

5. Шебанова В. І. Умови формування здоров'язбережувальної компетентності як базової основи культури харчової поведінки Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницький державний пед. ун-т ім. Г. Сковороди. Дод. 2 до Вип. 36, Том VIII(68):Темат. вип. «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору» / ред. І. П. Маноха. К.: Гнозис, 2016. С. 304–313.

6. Шебанова В. І. Синергетична модель розвитку розладів харчової поведінки // Практична психологія та соціальна робота. 2014. № 12. С. 1–18.

7. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : Дис. ...д-ра психол. наук : 19.00.01. К., 2017. 562 с.

REFERENCES

1. Shebanova V.I. Vpliv si'm'yi na rozvitok obrazu fi'zichnogo «Ya» osobistosti` na ri'znikh etapakh ontogenezu // «Suchasni` tendenci'yi psikhologi`chnogo rozvitku si'm'yi»: Zb. nauk. pracz` Mi`zhnarodnoyi zaочноyи nauk.-prakt. конф. Chastina I`. Kherson: PP Vishemirs`kij V.S., 2013. S. 82 – 93.

2. Shebanova V.I. Vliyanie sem'i na formirovanie rasstrojstv pishhevogo povedeniya detej i podrostkov // «Molodoe pokolenie KhKhI veka: aktual'ny'e problemy` soczial'no-psikhologicheskogo zdorov'ya»: Mat-ly` V mezhdunarodnogo kongressa / Pod.red. A.A.Severnogo, Yu.S.Shevchenko. Moskva, 24-27 sentyabrya 2013 g. M.: ООО ONEBOOK.RU. S. 327–328.

3. Shebanova V.I. Otnosheniya s rodityelami kak istochnik rasstrojstv pishhevogo povedeniya podrostkov // Naukovij forum: Aktual`ni` pitannya gumani`tarnikh ta suspi`l'nikh nauk: Zb. mat-lov. Mi`zhnarodnoyi nauk.-prakt. конф. (K., Ukrayina, 23 travnya). K.: Czentrі naukovо-praktichnikh studi`j, 2014. S. 119-125.

4. Shebanova V.I. Anketa prikladnogo dosli`dzhennya «Bat`ki`vs`kikh perekonan` ta taktik kontrolyu kharchovoyi povedi`nki di`tej u situaczi`yi prijmannya yizhi` : a.s. # 65092 Opril. 26.04.2016.

5. Shebanova V. I. Umovi formuvannya zdorov'yazberezhuval'noyi kompetentnosti` yak bazovoyi osnovi kul'turi kharchovoyi povedi`nki Gumanitarnij vi`snik DVNZ Pereyaslav-Khmel'nicz`kij derzhavnij ped. un-t i`m. G. Skovorodi. Dod. 2 do Vip. 36, Tom VIII` (68): Temat. vip. «Vishha osvita Ukraini u konteksti` i`ntegraczi`yi do yevropejs`kogo osviti`n`ogo prostoru» / red. I. P. Manokha. K.: Gnozis, 2016. S. 304–313.

6. Shebanova V. I. Sinergetichna model` rozvitku rozladi`v kharchovoyi povedi`nki // Praktichna psikhologi`ya ta soczi`al`na robota. 2014. # 12. S. 1–18.

7. Shebanova V. I. Psikhologi`ya kharchovoyi povedi`nki : Dis. ...d-ra psikhol. nauk : 19.00.01. K., 2017. 562 s.

V.I. Shebanova, S.G. Shebanova

**PECULIARITIES OF PARENTAL BELIEFS AND TACTICS
OF CONTROLLING CHILDREN'S EATING BEHAVIOR
IN EATING SITUATIONS**

Kherson Agrarian University (Kherson).

Summary. The diversity of cognitions (opinions, judgments, perceptions) of adults regarding the necessity of controlling the child's eating behavior and the choice of means of influencing it in the "eating situation" is presented. It is revealed that the tactics of parental control of children's eating behavior in the "eating situation" are quite variable. The revealed peculiarities of parental beliefs and tactics of controlling children's eating behavior in the situation of eating indicate the lack of parental competence.

Keywords: eating behavior, problematic eating behavior, control of children's eating behavior, means of influence, eating situations.

О.И. Богачева, М.В. Иванов, Е.Е. Балакирева
ОБОСНОВАНИЕ И СТРУКТУРА ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Информирование родителей детей с нарушениями развития является одним из важных принципом семейно-ориентированного подхода при организации комплексной помощи детям. Одной из задач детской патопсихологии является работа с семьей ребенка, включающая психообразование и психологическую поддержку родителей. Цель – описать содержание психообразовательной программы для родителей, воспитывающих детей с РАС. Среди положительных эффектов психообразования является изменение у родителей отношения к болезни ребенка в направлении к признанию факта наличия у ребенка диагноза и повышение родительской приверженности рекомендациям специалистов.

Ключевые слова: психообразование; программа для родителей; аутизм; расстройства аутистического спектра; РАС; отношение к болезни.

Введение. В настоящее время в рамках развития отечественной системы ранней помощи детям с нарушениями развития обсуждается ограниченность де-то-центрированного подхода, на смену которого приходит семейно-центрированный подход, способствующий оказанию более эффективной помощи детям и их родителям [20]. Информирование родителей несовершеннолетних пациентов о проблемах здоровья, нарушениях развития и возможной помощи является одним из важных принципом семейно-ориентированного подхода при организации комплексной помощи детям с нарушениями развития в учреждениях различного профиля [3, 18, 20]. При отсутствии достоверных сведений у родителей и других членов семьи может формироваться искаженное представление о самом заболевании у ребенка, его проявлениях и о возможностях терапии [15], что может снизить эффективность лечебно-реабилитационного процесса и усилить имеющиеся нарушения у ребенка. Восполнить дефицит информации у родителей, снабдить их полезными навыками совладания с трудными ситуациями, связанными с болезнью ребенка, а также повысить качество жизни семьи, призвано психообразование или просвещение, «psychoeducation» в англоязычной литературе [12, 21]. Также не стоит игнорировать удовлетворение информационной потребности личности, что в данной ситуации рассматривается в форме предоставления родителям информации о заболевании ребенка в целях повышения ориентировки в сложившейся ситуации для выбора конструктивной стратегии совладения с трудной жизненной ситуацией, связанной с болезнью ребенка.

Психообразовательный подход, как и другие подходы психосоциальной терапии, не рассматривается в качестве альтернативы биологическим подходам, а является частью единого лечебно-реабилитационного процесса, в рамках которого родственникам пациента отводится значимая роль [10, 22, 25]. Сущест-

вуют две разные модели психообразования, описываемые в зарубежной литературе: одиночная семейная и мультисемейная модель. Одиночная семейная модель предполагает индивидуальные образовательные сессии с каждым из членов семьи, проводимые клиническими психологами, лечащими врачами и специалистами по социальной работе. Мультисемейная модель сочетает в себе элементы одиночной семейной модели с созданием социальной поддержки между семьями, имеющими схожие проблемы, с целью обмена опытом и снижения тревоги членов семьи. В качестве фокуса психообразования также могут рассматриваться так называемые «жизненные проблемы», с которыми сталкиваются пациенты и их родственники [23, 24].

Для отечественной медицинской и клинко-психологической практики психообразовательная работа с совершеннолетними пациентами и их родственниками является относительно новым и активно развивающимся видом психосоциальной реабилитации [21]. Одной из задач детской патопсихологии является работа с семьей ребенка, которая должна включать психологическую поддержку и просвещение (психообразование) родителей [4,13]. Психологическую работу с родителями детей с нарушениями психического развития, направленную на поддержку, информирование и обучение взаимодействию должен проводить специалист (психиатр или психолог), который непосредственно работает с ребенком. Благодаря этому специалист может отслеживать малейшие изменения в состоянии ребенка и своевременно корректировать психологическую работу, также давать рекомендации родителям [1].

В последние несколько десятилетий большое внимание уделяется проблемам детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В процессе организации специализированной помощи детям с РАС все чаще обращается внимание не только на самого ребенка, но и на всю семью в целом [2,14]. Современный подход оказания помощи детям с РАС включает в себя не только медицинское сопровождение, индивидуальные и групповые формы коррекционно-развивающих занятий ребенка со специалистами, но и отдельную работу с семьей. При этом нередко основной акцент ставится на информирование и обучение родителей более продуктивным способам взаимодействия с ребенком [17]. Так, в Беларуси имеется опыт применения психообразовательного подхода при оказании помощи семьям с детьми с РАС. По мнению авторов, данный комплекс содержит информационный блок, включающий изучение рекомендаций-памяток, содержащих общие рекомендации о способах взаимодействия с ребенком, имеющим диагноз РАС. Данный комплекс содержит также консультативно-коррекционный блок с использованием диагностических методик и приемов индивидуального и группового консультирования [11]. В России при помощи некоммерческой организации Фонда помощи детям и молодежи «Обнажённые сердца» распространяется программа для родителей «Ранняя пташка» (англ. EarlyBird), «Тренинг родительских навыков. 9 шагов» (Caregiver Skills Training, CST), JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement & Regulation) [16, 19]. Данные программы главным образом направлены на опосредованное участие родителей в коррекцию ключевых дефицитов при РАС у детей, при

этом остается без внимания просветительский компонент. Несмотря на то что ряд зарубежных психологических программ представлен на русском языке, они не являются общедоступными для использования отечественными специалистами и требуют обучения у сертифицированных специалистов [5].

По мнению Н.М. Иовчук, наименее разработан компонент работы с семьей страдающего ребенка являются образовательные программы, которые направлены на повышение медико-психолого-педагогической компетентности родителей [15].

Цель исследования – описать содержание психообразовательной программы для родителей, воспитывающих детей с РАС.

На основе ранее проведенного анализа литературы и данных клинико-психологических исследований нами были выделены «мишени» психообразовательной работы с родителями, воспитывающими детей с РАС [7, 9]. Так, исследование осведомленности о болезни ребенка показало, что большинство родителей детей с РАС (53%) оценили свои знания как недостаточно удовлетворительные. Четверть родителей вовсе сообщили об отсутствии объективных знаний о проблеме аутизма у детей, чуть меньшее число родителей (22 %) отметило, что они имеют достаточные знания о заболевании детей и не нуждаются в дополнительной информации. Большинство родителей, несмотря на свою осведомленность, нередко ложную, о РАС (информация из Интернета, СМИ и других источников), сообщают о потребности в получении дополнительных сведений о заболевании, методах и формах помощи ребенку. Также родителей часто беспокоит вопрос организации обучения детей. Приведенные выше данные свидетельствуют об открытости родителей к получению информации и возможности построения доверительного продуктивного контакта со специалистом, курирующим ребенка и семью в системе «специалист–родитель ребенка» [8].

Исследование структуры родительского отношения к болезни ребенка позволило установить преобладающий тип отношения, которым является гипопозогнозический (у 48,9% родителей). При этом экстернальный тип отношения к болезни ребенка встречается в 25,1%, а интернальный тип в 11,1% случаев. Тревожный тип как ведущий встречается в 13,9% случаев, а тип отношения к болезни, направленный на ограничение активности ребенка, не встречается [6].

В исследовании особенностей родительского отношения было показано, что большинство родителей принимает ребенка как полноценного члена семьи, стремится удовлетворять все его потребности, то есть им не свойственно эмоциональное отвержение ребенка. Так же родители не выдерживают психологическую дистанцию в детско-родительских отношениях, они «растворяются» в проблемах детей, отождествляют себя с ребенком, часто используют местоимение «мы». Обнаруживается заинтересованность в решении проблем ребенка, им свойственно проявлять искренний интерес к его увлечениям и интересам, а также высоко оценивать его способности. При этом родители проявляют недостаточный контроль над действиями ребенка, допускают попустительское отношение к его поведению [6].

Анализ литературы и данных клинико-психологического исследования родителей, воспитывающих детей с РАС позволил разработать психообразовательную программу для родителей.

Процедура проведения психообразовательной программы для родителей, воспитывающих детей с РАС. Одним из главных условий эффективной реализации программы для родителей является взаимодействие специалистов, работающих с ребенком (детского психиатра, психолога, дефектолога и других). Программа реализуется в форме групповых тематических семинаров – семь еженедельных встреч продолжительностью 1,5-2 часа. Каждая психообразовательная встреча завершается обсуждением полученной информации с родителями. Дополнительно по запросу родителей может организовываться работа в индивидуальном формате – консультирование по конкретным вопросам детско-родительских или супружеских отношений. Программу рекомендуется проводить, объединяя родителей в группы по 7-9 семей. Преимуществом использования группового формата работы является то, что он позволяет охватить большое количество семей. Кроме того, у родителей появляется возможность услышать истории других семей и обмениваться опытом.

Психообразовательная программа.

1. Знакомство. Знакомство специалиста(ов) с родителями, а также знакомство родителей между собой. Специалист рассказывает про организацию встреч, тематический план, обсуждаются цели и задачи психообразовательной программы. Каждого участника группы просят рассказать о себе то, что он считает возможным. Родители могут обратиться с собственным запросом, который может быть включен в одну из тематических встреч. Первая встреча направлена на формирование положительной мотивации к активному участию в работе группы.

2. Понятие аутизм и расстройства аутистического спектра. Историческая справка о проблеме изучения аутизма. Обсуждение понятий – нарушения психического развития, психический дизонтогенез, ранний детский аутизм, синдром Каннера, синдром Аспергера, атипичный аутизм, расстройства аутистического спектра. Современные представления о РАС в мультидисциплинарном аспекте. Приведение сведений о роли биологических и психосоциальных факторов в развитии и коррекции аутистических расстройств у детей.

3. Современные подходы к лечению и реабилитации детей с РАС. Роль семьи в лечебно-реабилитационном процессе. Информация о подходах медикаментозной и немедикаментозной (психолого-педагогической) коррекции клинических и психологических проявлений у детей с РАС. Семья как важный ресурс психического развития и коррекционно-реабилитационных занятий с ребенком с РАС. Предоставление справочных сведений о психолого-педагогических коррекционных подходах, используемых в работе с детьми с РАС: эмоционально-смысловой подход в психологической помощи ребенку с аутизмом и их семье; поведенческий подход; концепция DIR и методика «Floor time»; игровая терапия с детьми; нейропсихологическая коррекция; анималотерапия; семейное консультирование и семейная психотерапия и др.

4. Особенности формирования и развития психических функций у детей с РАС. Обсуждение особенностей формирования высших психических функций при нормативном и нарушенном развитии, в том числе при РАС. Приведение основных положений культурно-исторической концепции Л.С. Выготского,

раскрывающей особенности психического развития детей в норме и при нарушениях развития.

5. *Особенности эмоционального и коммуникативного развития у детей с РАС.* Обсуждение эмоционального развития и особенностей общения детей с РАС. На встрече обсуждаются различные стороны социализации семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, а также проблема социализации и адаптации ребенка с РАС в образовательных учреждениях. Данная встреча направлена на повышение эмоционального принятия и контакта с ребенком. Внимание родителей фокусируется на положительных характеристиках детей, подчеркиваются их достижения в процессе коррекционно-развивающих занятий. Проведение групповой работы с родителями в рамках эмоционально-образной психотерапии: «образ моего ребенка», «образ моего отношения к ребенку (как выражается моя любовь)» и т. п.

6. *Особенности организации обучения и коррекционно-развивающих занятий для детей с РАС.* Особенности организации обучения и коррекционно-развивающих мероприятий для детей с РАС. Формы и варианты программ обучения для детей с РАС. Родители делятся своим опытом. Приводятся возможные позитивные примеры лечебно-коррекционной работы. Предоставление научной и популярной литературы для родителей, а также информации об организациях, занимающихся оказанием помощи детям с нарушениями психического развития, в том числе с РАС. В конце занятия группе сообщается, что следующая встреча заключительная. Эта информация необходима для подготовки родителей к завершению работы программы.

7. *Подведение итогов, завершение работы группы.* Подводятся итоги работы, обращается внимание на возможностях применения полученной информации в будущем. Родителям предоставляется возможность дать обратную связь, поделиться чувствами и мыслями. На данной встрече родители должны увидеть не только то, что было или не было достигнуто, но и то, что для них реально доступно в области оказания помощи детям с РАС и всей семье в целом.

Заключение. Приведенная психообразовательная программа направлена на восполнение у родителей недостающих знаний об особенностях заболевания и формах медикаментозной и психолого-педагогической помощи детям с РАС. Немаловажным является, что родителям предоставляется информация, в том числе о формах образования и вариантах образовательных программ для ребенка с РАС в зависимости от уровня его интеллектуального развития.

Среди положительных эффектов психообразования можно отметить изменение у родителей отношения к болезни ребенка в сторону признания факта наличия у ребенка диагноза и повышение родительской приверженности в отношении рекомендаций мультидисциплинарной команды специалистов [6].

Психообразовательные программы для родителей должны рассматриваться как необходимое звено начального этапа оказания комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий ребенку с нарушением развития. Разработка и проведение психообразовательной программы для родителей не требует значительных финансовых затрат и времени на обучение специалистов.

Информационная поддержка в рамках оказания комплексной помощи детям, дифференцированный подбор необходимой информации для родителей детей с нарушениями психического развития в процессе сопровождения семьи позволяет удовлетворить ожидания родителей и повысить эффективность оказываемой помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баенская Е.Р. О психологической помощи родителям ребенка с аутизмом раннего возраста // Альманах Института коррекционной педагогики. 2022. № 48 (5). С. 26-40.

2. Баенская Е.Р. Эмоционально-смысловой подход к коррекционной помощи ребенку раннего возраста с расстройством аутистического спектра и психологическому сопровождению его семьи // Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития: коллективная монография / отв. ред. М.В. Иванов. М.: Московский институт психоанализа, 2023. С. 135-143.

3. Бебчук М.А. Командная работа с семьей – необходимое условие организации качественной помощи душевнобольному ребенку // Вестник психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 22-31.

4. Белопольская Н.Л. Предмет и задачи детской патопсихологии // Детская патопсихология. Хрестоматия под ред. Н.Л. Белопольской. М.: Когито-Центр, 2010. С. 6-9.

5. Боброва А.В., Довбня С.В., Морозова Т.Ю. и др. Реализация программ поддержки родителей дошкольников с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2022. Т. 20, № 1. С. 37-46. DOI: 10.17759/autdd.2022200105

6. Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е. и др. Структура родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 49-59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59

7. Богачева О.И., Иванов М.В., Марголина И.А. и др. Оценка эффективности психологической образовательной программы для родителей детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2022. № 83. С. 19-28. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-19-28

8. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17, № 4. С. 3-11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401

9. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Психообразовательный подход: предпосылки, модели, работа с родителями детей // Психическое здоровье. 2021. № 11. С. 72-79. doi: 10.25557/2074-014X.2021.11.72-79

10. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. Теоретико-методологические основы реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами // Сибирский психологический журнал. 2010. № 35. С. 25-28.

11. Григорьева И.В., Битно О.И., Клишевич О.А. и др. Метод психообразования родителей детей, страдающих заболеваниями аутистического

спектра. Инструкция по применению. Минск, 2012. 16 с.

12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61-64.

13. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Практические задачи детской патопсихологии // Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для бакалавриата и специалитета. М.: Юрайт, 2019. С. 20-22.

14. Иванов М.В., Марголина И.А., Калинина М.А. и др. Аутистический спектр: от раннего детского аутизма до парааутизма // Психическое здоровье. 2023. Т. 18. № 7. С. 49-52. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.07.49-52

15. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социореабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002 (2). № 2. С.41-46.

16. Казари К. Современное состояние поведенческих вмешательств при аутизме и нарушениях развития // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 4. С. 68-76. DOI: 10.17759/autdd.2016140409

17. Костин И.А. Консультирование родителей детей с аутизмом // Детский аутизм: исследования и практика / Под общ. ред. В.Н. Касаткина. М., 2008. С. 333-344.

18. Львова Д.П., Хальфин Р.А., Сырцова Л.Е. и др. Развитие форм взаимодействия медицинских специалистов с пациентами // Российский психиатрический журнал. 2018 № 5. С. 10-18. DOI: 10.24411/1560-957X-2018-1%25x

19. Официальный сайт некоммерческой организации Фонд помощи детям и молодежи «Обнаженные сердца»). Режим доступа: <https://nakedheart.ru/rannyya-ypatshka-spetsyalisty>

20. Разенкова Ю.А., Павлова А.В., Романовский Н.В. Ресурсы семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья и/или инвалидностью: анализ материалов всероссийского опроса // Дефектология. 2022. № 2. С. 53-65.

21. Свиридов И.Г. Проблема психообразования при оказании психиатрической помощи // Психическое здоровье. 2012. № 4. С. 59-67.

22. Серых А.Б., Иванова А.Р. Историко-концептуальные основы становления психообразования в медицинской практике // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2011. № 11. С. 65-67.

23. Серых А.Б., Иванова А.Р. Модели и фокусы психообразования в медицинской практике // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2012. № 5. С. 61-66.

REFERENCES

1. Baenskaya E.R. O psikhologicheskoy pomoshhi roditelyam rebenka s autizmom rannego vozrasta // Al`manakh Instituta korrekcionnoy pedagogiki. 2022. # 48 (5). S. 26-40.

2. Baenskaya E.R. E`moczional`no-smy`slovoj podkhod k korrekcionnoy pomoshhi rebenku rannego vozrasta s rasstrojstvom autisticheskogo spektra i psikhologicheskomu soprovozhdeniyu ego sem`i // Rannee detstvo:

psikhologicheskaya abilitacziya i profilaktika narushenij psikhicheskogo razvitiya: kollektivnaya monografiya / otv. red. M.V. Ivanov. M.: Moskovskij institut psikhoanaliza, 2023. S. 135-143.

3. Bebchuk M.A. Komandnaya rabota s sem`ej – neobkhodimoe uslovie organizaczii kachestvennoj pomoshhi dushevnobol`nomu rebenku // Vestnik psikhoterapii. 2017. # 61 (66). S. 22-31.

4. Belopol'skaya N.L. Predmet i zadachi detskoj patopsikhologii // Detskaya patopsikhologiya. Khrestomatiya pod red. N.L. Belopol'skoj. M.: Kogito-Czentr, 2010. S. 6-9.

5. Bobrova A.V., Dovbnya S.V., Morozova T.Yu. i dr. Realizacziya programm podderzhki roditelej doskol`nikov s RAS // Autizm i narusheniya razvitiya. 2022. T. 20, # 1. S. 37-46. DOI: 10.17759/autdd.2022200105

6. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Balakireva E.E. i dr. Struktura roditel'skogo otnosheniya k bolezni rebenka s rasstrojstvom autisticheskogo spektra // Vestnik psikhoterapii. 2023. # 87. S. 49-59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59

7. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Margolina I.A. i dr. Ocenka e`ffektivnosti psikhologicheskoy obrazovatel'noj programmy` dlya roditelej detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Vestnik psikhoterapii. 2022. # 83. S. 19-28. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-19-28

8. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Simashkova N.V. Osvedomlennost` roditelej o zabolevanii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Autizm i narusheniya razvitiya. 2019. T. 17, # 4. S. 3-11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401

9. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Simashkova N.V. Psikhoobrazovatel'ny`j podkhod: predposylki, modeli, rabota s roditelyami detej // Psikhicheskoe zdorov'e. 2021. # 11. S. 72-79. doi: 10.25557/2074-014X.2021.11.72-79

10. Butorin G.G., Butorina N.E. Teoretiko-metodologicheskie osnovy` reabilitaczii detej i podrostkov s psikhicheskimi i povedencheskimi rasstrojstvami // Sibirskij psikhologicheskij zhurnal. 2010. # 35. S. 25-28.

11. Grigor`eva I.V., Bitno O.I., Klishevich O.A. i dr. Metod psikhoobrazovaniya roditelej detej, stradayushhih zabolevaniyami autisticheskogo spektra. Instrukciya po primeneniyu. Minsk, 2012. 16 s.

12. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psikhosocial'naya terapiya i psikhosocial'naya reabilitacziya psikhicheskimi bol'ny`kh // Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2006. # 2. S. 61-64.

13. Zvereva N.V., Kaz`mina O.Yu., Karimulina E.G. Prakticheskie zadachi detskoj patopsikhologii // Patopsikhologiya detskogo i yunosheskogo vozrasta: ucheb. posobie dlya bakalavriata i speczialiteta. M.: Yurajt, 2019. S. 20-22.

14. Ivanov M.V., Margolina I.A., Kalina M.A. i dr. Autisticheskij spektr: ot rannego detskogo autizma do paraautizma // Psikhicheskoe zdorov'e. 2023. T. 18. # 7. S. 49-52. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.07.49-52

15. Iovchuk N.M. Prosvetitel'skaya, lechebno-korrekcionnaya i socioreabilitacziionnaya rabota s sem`ej psikhicheskimi bol'nogo rebenka (nekotory`e razmy`shleniya o pervonachal'nom opy`te) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2002 (2). # 2. S.41-46.

16. Kazari K. Sovremennoe sostoyanie povedencheskikh vmeshatel'stv pri autizme i narusheniyakh razvitiya // *Autizm i narusheniya razvitiya*. 2016. T. 14. # 4. S. 68-76. DOI: 10.17759/autdd.2016140409
17. Kostin I.A. Konsul'tirovanie roditel'ey detej s autizmom // *Detskij autizm: issledovaniya i praktika* / Pod obshh. red. V.N. Kasatkina. M., 2008. S. 333-344.
18. L'vova D.P., Khal'fin R.A., Sy'rczova L.E. i dr. Razvitie form vzaimodejstviya mediczinskikh specialistov s paczientami // *Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal*. 2018 # 5. S. 10-18. DOI: 10.24411/1560-957X-2018-1%25x
19. Oficial'nyj sajt nekommercheskoj organizaczii Fond pomoshhi detyam i molodezhi «Obnazhenny'e serdca»). Rezhim dostupa: <https://nakedheart.ru/rannyya-ptashka-spetsyalysty>
20. Razenkova Yu.A., Pavlova A.V., Romanovskij N.V. Resursy` sem'i, vospity`vayushhej rebenka s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya i/ili invalidnost`yu: analiz materialov vserossijskogo oprosa // *Defektologiya*. 2022. # 2. S. 53-65.
21. Sviridov I.G. Problema psikhoobrazovaniya pri okazanii psikhiatricheskoj pomoshhi // *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2012. # 4. S. 59-67.
22. Sery`kh A.B. Ivanova A.R. Istoriko-konceptual'ny'e osnovy` stanovleniya psikhoobrazovaniya v mediczinskoj praktike // *Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta*. 2011. # 11. S. 65-67.
23. Sery`kh A.B., Ivanova A.R. Modeli i fokusy` psikhoobrazovaniya v mediczinskoj praktike // *Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta*. 2012. # 5. S. 61-66.
24. McFarlane W.R., Link B., Dushay R., Marchal J., Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia // *Family Process*. 1995. Vol. 34 (2). P. 127-144. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1995.00127.x
25. Walsh J. Psychoeducation in Mental Health. New York, United States, Oxford University Press Inc, – 2010, p. 242.

O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov, E.E. Balakireva

JUSTIFICATION AND STRUCTURE

OF THE PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM FOR PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. Informing parents of children with developmental disabilities is one of the important principles of a family-oriented approach in organizing comprehensive care for children. One of the tasks of child clinical psychology is working with the child's family, including psychoeducation and psychological support for parents. The aim is to describe the content of a psychoeducational program for parents raising children with ASD. Among the positive effects of psychoeducation is a change in parents' attitude toward the child's illness towards recognizing the fact that the child has a diagnosis and increasing parental commitment to the recommendations of specialists.

Keywords: psychoeducation, program for parents, autism, autism spectrum disorders, ASD, attitude to the disease.

УДК 616.89

Н.В. Симашкова**ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ
НАУКИ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ,
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И АБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ⁵
Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).**

Обсуждаются проблемы диагностики психических нарушений в детском возрасте. Наиболее актуальным признается соотношение раннего детского аутизма и детского типа шизофрении. На материале выборки из 4500 пациентов приведено обоснование комплексной клинико-биологической диагностики и дифференциации расстройств аутистического спектра (РАС). Психотические формы аутизма составляют 61% в изученной выборке больных, из них детский психоз — 35%, атипичный детский психоз эндогенный — 12%, атипичный детский психоз синдромальный — 14%. Результаты используются в разработке модели оказания помощи больным с нозологически разными формами психической патологии у детей.

Ключевые слова: детский возраст; ранний детский аутизм; детский психоз; комплексная диагностика; абилитация

The problems of diagnostics of mental disorders in childhood were discussed. The relationship between early infantile autism and childhood schizophrenia is recognized as the most urgent one. Substantiation of complex clinical-biological diagnostics and differentiation of autism spectrum disorders (ASD) was carried out, using the material of the sample of 4500 subjects. Psychotic forms of autism made up 61% in the studied sample of patients, among them childhood psychosis amounted to 35%, atypical endogenous childhood psychosis was equal to 12%, and atypical syndromal childhood psychosis made up 14%. The results are used in the development of a model of rendering assistance to the patients with nosologically different forms of mental pathology in children.

Keywords: childhood; early infantile autism; childhood psychosis; complex diagnostics; habilitation

Ведущими направлениями в детской психиатрии на современном этапе развития науки являются: клинико-биологическое изучение детской шизофрении, расстройств аутистического спектра, аффективных нарушений, синдрома дефицита внимания и гиперактивности; выявление их соотношения, уточнения

⁵Симашкова Н.В. Детская психиатрия на современном этапе развития науки: клинико-психопатологические, дифференциально-диагностические, профилактические и абилитационные аспекты // Психиатрия. 2012. № 4(56). С. 14-19.

диагностических критериев в рамках психических расстройств в детстве. Дифференциальный диагноз детского психоза (F84.02), атипичного детского психоза (F84.11), детской шизофрении (F20.8xx3) по-прежнему актуален во всем мире и привлекает наибольший интерес исследователей [9–12, 14, 18].

Обсуждение связи аутизма и шизофрении осложняется имеющимися диагностическими классификациями. В МКБ-9 (1980) «Ранний детский аутизм» (299.0) как отдельная нозологическая единица был выделен в рубрике «Психозы, специфичные для детского возраста» и разделен с «Шизофренией, детский тип» (299.91). В МКБ-10 (1994) детская шизофрения (ДШ) не выделена, хотя после ее адаптации в Российской Федерации (1999) введена подрубрика «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3), в которую вошли кататоническая, гебефренная и параноидная (тяжелые ее формы). В США детскую шизофрению крайне редко ставят до 14-летнего возраста, в Европе — ранее 9 лет. Детская шизофрения в МКБ-10 (1994) не вошла и в «Общие нарушения психологического развития» (F84).

Разработанное в ФГБУ НЦПЗ РАМН комплексное инновационное мультидисциплинарное клинико-биологическое направление в диагностике, дифференциации расстройств аутистического спектра (РАС) будет использовано нами в качестве модели для оказания помощи больным с нозологически разными формами психической патологии у детей.

Расстройства аутистического спектра представляют собой группу комплексных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, отличающихся стереотипностью поведения. Для больных характерны также фобии, возбуждение, нарушения пищевого поведения и другие неспецифические симптомы. При этом РАС являются гетерогенной группой заболеваний с различной этиологией и патогенетическими механизмами.

В настоящее время расстройства аутистического спектра привлекают к себе значительный интерес психиатров и врачей других специальностей, а также психологов, педагогов, реабилитологов в связи с ростом распространенности в детской популяции, которая за последние 30–40 лет в большинстве стран, где учитывается статистика данного заболевания, поднялась от 4–5 человек на 10 000 детей [17, 19] до 50–116 случаев на 10 000 детей и составляет (в среднем) 1% в детской популяции [15, 14, 18], что превышает болезненность инфекционными заболеваниями в детстве [2].

Актуальность проблемы РАС в мире такова, что в 2001 году, который был провозглашен годом Психического здоровья, она была объявлена ВОЗ одной из ведущих в психиатрии. В 2012 году проблема РАС и других нарушений развития обсуждалась на 67-й сессии Генеральной ассамблеи ООН. Научный интерес к РАС переместился из узкой проблемы детской психиатрии в одну из центральных областей клинико-биологических исследований в мире.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра [6], адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999), расстройства аутистического спектра рассматриваются в рубрике F84 «Общие расстройства психологического развития».

F84.0 Детский аутизм

- Аутистическое расстройство.
- Детский:
 - аутизм;
 - психоз.
- Синдром Каннера.

F84.1 Атипичный аутизм

- Атипичный детский психоз.
- Умственная отсталость с чертами аутизма.

F84.2 Синдром Ретта**F84.3 Другое дезинтегративное расстройство**

детского возраста

- Детская деменция.
- Синдром Геллера.
- Симбиозный психоз.

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями**F84.5 Синдром Аспергера**

- Аутистическая психопатия.
- Шизоидное расстройство в детском возрасте.

F84.8 Другие общие расстройства развития

Среди расстройств аутистического спектра психотические формы аутизма, по данным ФГБУ НЦПЗ РАМН, составляют 61% в изученной выборке больных (4500 чел.). Из них больных детским психозом — 35%, атипичным детским психозом эндогенным — 12%, атипичным детским психозом синдромальным — 14%. Непсихотические формы РАС занимают 39% и включают синдром Аспергера (14%), синдром Каннера (3%), УМО с аутистическими чертами (12%), синдром Ретта (7%), экзогенный аутизм (3%). Недостаточный уровень знаний в этой области детской психиатрии, иногда с недооценкой клинических подходов к изучению РАС, отражается на качестве оказания лечебно-диагностической помощи, эффективности профилактических и коррекционных программ.

Дифференциацию различных форм расстройств аутистического спектра следует проводить как внутри группы РАС, так и с другими нозологиями, используя возможности мультидисциплинарного клинико-биологического подхода.

Атипичный детский психоз эндогенный следует дифференцировать с детским психозом. Сходные по дезинтегративному диссоциированному дизонтогенезу, наличию неспецифических кататонических нарушений [13] в приступах, эти два вида психоза различаются не столько по времени манифестации болезни [1], сколько по присутствию регресса, продолжительности манифестных приступов и исходам [12, 14]. Кататонический синдром при детском психозе (ДП) занимает основное место в структуре приступа, заменяется нажитым гиперкинетическим — в ремиссии. Кататонические нарушения при атипичном детском психозе (АДП) в манифестных приступах сочетаются с регрессивными и проходят сквозным синдромом на протяжении болезни в форме протопатических двигательных стереотипий. Для ДП характерна положительная динамика течения заболевания, благоприятный исход в 84% (практическое выздоровление — в 6%; высокофунк-

циональный аутизм — в 50%; регрессиентное течение — в 28%). Для АДП эндогенного характерно прогрессиентное течение болезни с ранним формированием когнитивного дефицита, олигофреноподобного дефекта (в 80% случаев).

Возможность разделения этих двух видов психозов находит подтверждение в существенных различиях биологических параметров. При этом выявлены взаимосвязи между клиническими, иммунологическими и патопсихологическими показателями пациентов в группе больных ДП и АДП [9, 16]. Вскрыта корреляционная связь между высокой активностью ЛЭ (маркера воспаления) и клинической оценкой остроты состояния в психозе (ДП и АДП). При ДП имеет место преимущественно активация врожденного иммунитета (увеличение активности ЛЭ и повышение уровня острофазных белков). В то же время активация приобретенного иммунитета (аутоантитела к нейроантигенам) отмечена исключительно при тяжелом поражении психической деятельности при АДП эндогенном (злокачественной детской шизофрении).

Значительно различаются при этих заболеваниях и функциональные характеристики ЦНС, оцениваемые по нейрофизиологическим параметрам. Здесь также наблюдается корреляция тяжести клинической картины и степени нарушения ЭЭГ. В клинической ЭЭГ отрицательным воздействием на биоэлектрическую активность мозга считается уменьшение мощности альфаритма и увеличение мощности медленных ритмов тетадельта-диапазонов. И то и другое имеет место в период регрессивных приступов при АДП, причем такой паттерн, как доминирование ритмической тета-активности, у здоровых детей вообще не встречается. Зато этот ритм является визитной карточкой для тяжелых заболеваний с распадом высших психических функций. Это позволяет считать тета-ритм маркером состояния регресса при АДП. Наблюдается также корреляция между количественной мерой ритма и клиническим проявлением регресса — при улучшении состояния его выраженность уменьшается. Но уменьшение бывает незначительным, и у больных данной группы тета-ритм, как правило, сохраняется длительное время, что позволяет говорить о неблагоприятном прогнозе.

При более легкой психотической форме РАС — детском психозе с кататоническими расстройствами — отсутствие тета-ритма и присутствие регулярно альфаритма в приступе является благоприятным прогностическим признаком. В качестве дополнительного маркера этого заболевания может выступать выраженный сенсомоторный ритм, который появляется в период ремиссии, когда кататонические расстройства замещаются нажитым гиперкинетическим синдромом [9, 10]. По данным патопсихологических исследований, ДП и АДП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного когнитивного дефицита (КД) при АДП эндогенном и нивелировку КД на фоне абилитации с выходом в когнитивный дизонтогенез при ДП [11].

Биологические показатели значительно улучшаются в ходе абилитации при ДП и остаются стабильно нарушенными при АДП, что коррелирует с различной клинической картиной и может подтвердить разную нозологическую принадлежность описанных в данной статье психотических форм РАС. Детский психоз рассматривается нами в рамках детского аутизма. Диагноз атипичного детского психоза эндогенного генеза соотнесен нами с детской шизофренией, которая занимает в спектре аутистических расстройств не более 8–12%.

Атипичный детский психоз эндогенный следует дифференцировать с АДП синдромальным. По поведенческому фенотипу на высоте регрессивно-кататонического приступа больных с АДП эндогенным сложно отличить от больных с синдромальными формами АДП (при синдромах Мартина-Белл, Дауна, Ретта и т.д.). Указанные психозы имеют сходную клиническую картину при нозологически разных заболеваниях: общую последовательность смены этапов в приступах (аутистический–регрессивный–кататонический), неблагоприятный исход. Для уточнения синдромальной патологии больные в регрессивно-кататоническом психозе нуждаются в проведении молекулярно-генетических исследований.

У больных с синдромальными формами РАС выделены определенные паттерны ЭЭГ с доминированием ритмической тета-активности на тех или иных этапах болезни [3, 4]. Такой же паттерн зарегистрирован при ЭЭГ-исследованиях тяжелой формы РАС несиндромального происхождения — атипичном детском психозе эндогенном в стадии регресса [8, 9]. Динамическое наблюдение больных с АДП эндогенным показало сопряженность показателей ЭЭГ с тяжестью психического состояния. Уменьшение регрессивных проявлений на фоне терапии сопровождалось частичной редукцией тета-ритма и восстановлением альфа-ритма. Это отличало АДП от тяжелых синдромальных форм атипичного аутизма, при которых альфа-ритм практически не регистрировался.

Следует особо остановиться на дифференциации атипичного психотического синдрома Ретта (СР) и АДП эндогенного. Кататонические гиперкинетические расстройства в форме двигательных стереотипий древнего архаического уровня фенотипически похожи на этапах регресса, кататонии у больных с АДП эндогенным и атипичным СР. К тому же нейровизуальными методами (МРТ) выявлено сходное снижение плотности перивентрикулярного белого вещества и замедление мозгового кровотока при обоих заболеваниях. И все же крупная моторика у больных с атипичным СР нарушена в большей степени, чем у больных АДП эндогенным.

На ЭЭГ при атипичном СР ведущей является тетаактивность в центральных и центрально-теменных областях, как и при АДП эндогенном, но тета-ритм при атипичном СР является устойчивым и лишь частично уменьшается с годами, а при АДП эндогенном выраженность тета-ритма уменьшается на выходе из психоза, в ремиссии, при этом частично восстанавливается альфа-ритм. По международным критериям для постановки диагноза СР обязательным является его молекулярно-генетическое подтверждение.

Эволютивно-конституциональный синдром Аспергера следует дифференцировать с эволютивно-процессуальным синдромом Каннера (СК). Похожие по типу дизонтогенеза (носящего дезинтегративный, диссоциированный характер), они отличаются по времени верификации начала заболевания, в сферах речевого (опережающее при СА и задержанное при СК) и интеллектуального развития (сниженное при СК), в особенностях двигательной сферы (моторная неуклюжесть при СА) и по глубине аутизма (тяжелого при СК).

С параклинических позиций эти два вида эволютивного аутизма также различаются. У больных СА основным нейрофизиологическим маркером является доминирование альфа-ритма более высокой частоты, чем в норме. На ЭЭГ у

больных СК отмечается задержка в формировании основного ритма, что отчетливо прослеживается в младшем возрасте. По мере взросления параметры ЭЭГ у них нормализуются, но приблизительно в 1/4 случаев в возрасте до 8 лет отмечаются десинхронизированные ЭЭГ со сниженной амплитудой потенциалов и отсутствием альфа-ритма, а в 20% случаев — ЭЭГ с доминированием ритмической тета-активности [4].

Патопсихологические показатели при синдроме Аспергера носят диссоциативный характер в рамках невыраженного когнитивного дизонтогенеза; при синдроме Каннера имеет место когнитивный дефицит.

Расстройства аутистического спектра необходимо разграничивать с другими нозологиями. В первую очередь с ранней детской шизофренией. По фенотипической картине АТП эндогенный и детская шизофрения (ДШ) близки, имеют сходный клинический уровень нарушений, необычную реакцию на окружающее, неадекватные эмоциональные реакции. Отрицательная динамика в течении болезни с нарастанием когнитивного дефицита, схизиса, ангедонии, алекситимии позволяет ставить диагноз детской шизофрении.

К тому же с биологических позиций АТП эндогенный и ДШ имеют сходные нейрофизиологические маркеры, характерные для тяжелых форм эндогенных заболеваний у детей. В периоде регресса в психозе наблюдается дезорганизация ЭЭГ, доминирование дельта- и тета-ритмов при слабой выраженности альфа-ритма. В ремиссии выраженность обоих медленноволновых диапазонов уменьшается, но сохраняется их достоверное отличие от нормы. Альфа-ритм восстанавливается (частично или полностью), но его частота ниже возрастных нормативов.

Активация приобретенного иммунитета (аутоантитела к нейроантигенам) отмечается при АТП эндогенном и ДШ, что свидетельствует о тяжелом поражении психической деятельности.

Так как в клинико-биологическом аспекте АТП эндогенный и ДШ пересекаются, это приводит к дополнительным трудностям в диагностике, но подтверждает высказанное нами предположение о том, что в круг атипичного аутизма, наряду с указанными выше заболеваниями, входит и детская шизофрения.

Диагностические критерии шизофрении (по МКБ-10) включают бред и галлюцинации, которые не отмечены в диагностических критериях «Общих нарушений психологического развития» (F84). До настоящего времени не ясно, является ли «ранняя детская кататония», описанная К. Леонгардом [5], первым проявлением шизофрении или одной из форм АТП. Отмеченные продуктивные кататонические нарушения являются неспецифическими для разных заболеваний [13]. Окончательный диагноз может быть установлен в ходе клинико-катамнестического наблюдения.

Дезинтегративное расстройство (синдром Геллера) нужно дифференцировать с ДШ. Для больных синдромом Геллера (СГ) характерно нормальное развитие до возраста 3–4 лет, после чего наблюдается прогрессирующая утрата уже полученных способностей. От детской шизофрении СГ можно отличить по двум признакам: ранняя потеря приобретенных навыков, раннее начало [7].

РАС следует дифференцировать с дефектами органов чувств и умственной отсталостью. Для последних характерны: задержанный дизонтогенез, сохранность эмоциональной сферы, отсутствие типичной триады РАС.

РАС нужно различать с депривационным синдромом, расстройствами привязанности в результате тяжелой педагогической запущенности. У этих детей также может нарушаться способность к контакту, но чаще в форме депрессивной симптоматики. При эмоциональной приглушенности сохраняется общение на тактильном уровне. Отсутствует выраженная диссоциация в развитии, задержка в развитии носит равномерный характер. Часто отсутствует дистанция в поведении, имеют место рентные установки, но нет типичной триады РАС.

По данным ФГБУ НЦПЗ РАМН [9, 12], в клинико-биологическом аспекте спектр аутистических расстройств можно представить в виде континуума (рис. 1). На одном его полюсе находится наиболее легкий эволютивно-конституциональный синдром Аспергера, на противоположном — тяжелый атипичный детский психоз эндогенный (детская шизофрения).

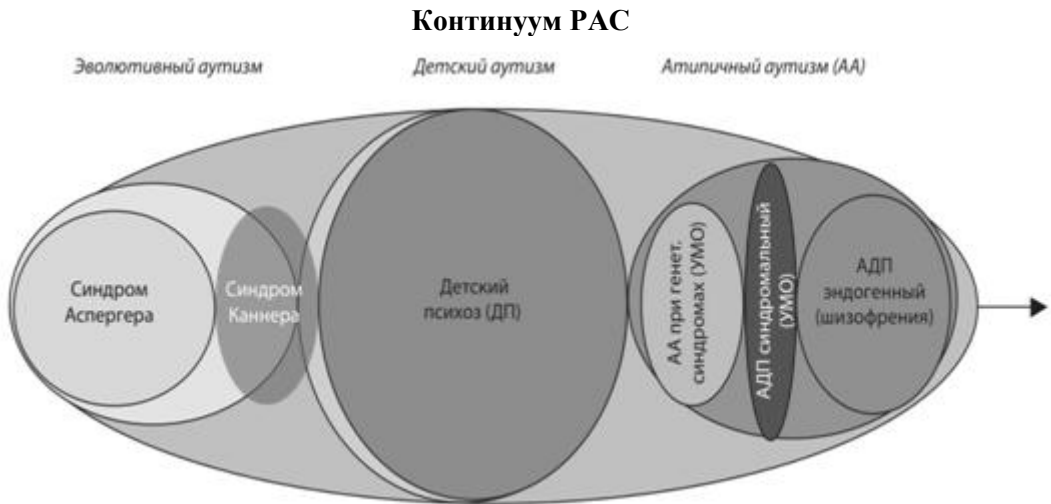


Рис. 1. Континуум расстройств аутистического спектра

В связи с совершенствованием психиатрической помощи, расширением спектра показаний при назначении психотропных средств в детском возрасте, введением стандартов терапии РАС, появлением новых лекарственных форм, особенностями лекарственного патоморфоза, влиянием возрастного фактора на результаты терапии особую актуальность приобретают вопросы биологической терапии РАС и других нарушений психического развития. Максимально раннее начало медикаментозной терапии имеет огромное значение как прогностический благоприятный фактор. Это обусловлено закономерностями развития головного мозга, положительными тенденциями онтогенеза при остановке активного течения болезни.

Большое внимание уделяется также единому профилактически-терапевтическому подходу с комплексным использованием инновационной эффективной фармакотерапии и немедикаментозных методов коррекции, проводимому командой специалистов.

При правильно организованной и своевременной фармакотерапии и реабилитации больных с расстройствами аутистического спектра, благодаря асинхронии в

развитии высших психических функций и влиянию положительных тенденций онтогенеза вне обострений, болезни поддаются коррекции, что является профилактикой инвалидности. Только 30% больных с синдромом Каннера, тяжелыми психотическими формами РАС эндогенного генеза (злокачественная ДШ), синдромального генеза (атипичный детский психоз при умственной отсталости, УМО с аутистическими чертами) имеют неблагоприятный прогноз, не поддаются абилитации.

Но в целом, хотя при разных формах РАС прогноз отличается, своевременно установленный клинический диагноз, раннее введение фармакотерапии подготовленными врачами, проведенная реабилитация являются вполне эффективными и способствуют благоприятному исходу. В 10% случаев больные РАС полностью восстанавливаются, в клиническом состоянии примерно 60% аутичных детей отмечается стабильное посттерапевтическое улучшение [2, 12, 18]. Следует особо отметить, что 80% пациентов с РАС являются обучаемыми.

Важно подчеркнуть, что недооценка клинических подходов к исследованиям нарушений психического развития отражается на качестве оказания лечебно-диагностической помощи детям. Привлечение к изучению данной патологии не только психиатров, врачей других специальностей, а также биологов, психологов, реабилитологов продиктовано прежде всего гетерогенностью РАС, выявлением этой патологии при нозологически разных заболеваниях и, соответственно, необходимостью решения вопросов дифференциальной диагностики, уточнения этиологии, патогенеза, что позволяет разрабатывать новые подходы к терапии. Активно исследуемые в последние годы новые патогенетические механизмы РАС, в первую очередь воспалительные реакции в генезе психотических форм РАС [16], уже в настоящее время способствуют созданию инновационных стратегий терапии — сочетанному применению малых доз нейрореплетиков с противовоспалительными и иммуномодулирующими препаратами. Выявленные биологические маркеры (нейрофизиологические и иммунологические), наряду с клиническими и патопсихологическими данными, для разных видов аутизма, шизофрении и других нарушений психического развития в детстве вносят весомый вклад в решение вопросов диагностики, дифференциации, мониторинга состояния пациентов, а также поиска надежных критериев прогноза, абилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутистические расстройства. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. — С. 700–727.
2. Генеральная ассамблея Организации Объединенных Наций. Резолюция 67-й сессии № A/Res/67/141 Удовлетворение социально-экономических потребностей отдельных лиц, семей и обществ, затрагиваемых проблемами расстройств аутистического спектра и других расстройств развития. Прил. 1 // Журнал ООН. — № 2012/243.
3. Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П. Особенности картины ЭЭГ у детей с разными типами аутистических расстройств // В кн.: Аутизм в детстве. — М.: Медицина, 1999. — С. 131–170.
4. Горбачевская Н.Л. Электроэнцефалограмма детей с синдромальными формами психической патологии // В кн.: Детская и подростковая психиатрия. — М.: МИА, 2011. — С. 659–670.

5. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология / Под ред. Г. Бекмана; пер. с нем. под ред. А.С. Тиганова. — М.: Практическая медицина, 2010. — 456 с.: ил.

6. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Оверлайн, 1994. — 303 с.

7. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем. — М.: Медицина, 2003. — 120 с.

8. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Тяжелые формы атипичного аутизма в детском возрасте (клинические, нейрофизиологические и коррекционные аспекты) // Аутизм и нарушения развития. — 2008. — № 1. — С. 1–22.

9. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра // В сб.: Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы XV научной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6–7 сентября 2011 г.) / Под ред. В.Я. Семке. — С. 98–99.

10. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П. и др. Мультидисциплинарная клинико-биологическая характеристика гиперкинетических расстройств при детском аутизме // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — Спецвыпуск № 2/12. Когнитивные и другие нервно-психические расстройства. — С. 78–83.

11. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И. Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра // Психиатрия (научно-практический журнал). — 2010. — № 6 (48). — С. 5–15. 12. Симашкова Н.В. Эффективная фармакотерапия и реабилитация больных с расстройствами аутистического спектра // Неврология и психиатрия. — 2011. — № 3. — С. 14–22.

13. Тиганов А.С. Общая психопатология: курс лекций. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 128 с.

14. Garralda M.E., Raynaud J.P. Brain, mind and developmental psychopathology in childhood, UK, Copyright 2012 by international Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). — 2012. — P. 317.

15. Gillberg C. Autism spectrum disorders // In: 16th World Congress of International Association for child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Berlin, 22–26 august 2004). — Darmstadt, 2004.

16. Klyushnik T.P., Androsova L.V., Simashkova N.V., Zozulya S.A., Otman, Koval-Zaitsev A.A. The state of innate and acquired immunity in children with psychotic forms of autistic spectrum disorders // Neuroscience and Behavioral Physiology. — 2013. — V. 43, № 1.

17. Lotter V. Epidemiology of autistic condition in young children in prevalence // Social Psychiatry. — 1966. — № 1. — P. 124–137.

18. Meyer-Lindenberg A. Introduction to topic: Autism spectrum disorders // Der Nervenarzt. — 2011. — № 5. — P. 551–552.

19. Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // J. Autism Dev. Disord. — 1979 (Mar). — V. 9, № 1. — P. 11–29.

УДК 616-009

А.А. Резаков, С.В. Гречаный

**ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).

Резюме. Рост депрессивных расстройств у детей и подростков во всем мире заставляет задуматься об их этиологии и более четких критериях диагностики, что влияет на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, реабилитационный потенциал и дальнейший прогноз имеющихся нарушений. В статье приводится обзор литературы по депрессивным нарушениям у детей и подростков, описаны подходы различных исследователей в отношении этиологии, клинической картины и динамики данных нарушений в зависимости от пола и возраста.

Ключевые слова: дети и подростки, депрессивные расстройства, динамика и клиническая картина депрессивных нарушений.

Введение. Мировые исследования последних десятилетий констатируют неуклонный рост распространенности депрессии у подростков. Так, по результатам крупного метаанализа 2022 г., проведенного на основании материала шести ведущих баз данных, показано, что распространенность депрессивных симптомов среди подростков в мире увеличилась с 24% в период 2001-10 гг. до 37% в период 2011-2020 гг. [35].

Эпидемиологические данные по депрессивным нарушениям у детей и подростков в ряде стран. Распространенность депрессий у детей и подростков в мире неодинакова. По данным А. Angold (1988), J.E. Fleming, D.R. Offord, (1990), K.D. Stark (1990), 4% подростков и 1% детей менее 12 лет имели депрессивные нарушения, при этом авторы сообщали, что нарушения адаптации на фоне депрессивного синдрома встречались чаще у 2,6%, чем депрессия или дистимия — по 1% имеющихся верифицированных нарушений у детей и подростков. [17, 21, 36]. Б. Арнгримсон (2004) на основе обследования пациентов детских психиатрических клиник отмечал, что в Швеции частота депрессивных нарушений с повторными попытками самоубийства составила от 30 до 50% [2]. По данным проводимого исследования в Швеции «Эстийота» (Cederblad och Hook, 1991) с эпидемиологическим изучением 345 детей в возрасте 3, 6, 9, 12 и 15 лет выяснилось, что у 9-летних детей депрессивные симптомы выявлялись в 30% случаев, страх был провоцирующим симптомом. Далее у 26% 9-летних детей обнаруживалась тревожно-депрессивная симптоматика, к 15 годам от 14 до 30% отмечали симптомы депрессивных нарушений. [2]. По сведениям Koshani et al., 1983, В Новой Зеландии из изученных 650 нормально развивающихся детей к 9-летнему возрасту 1,7% из них имели депрессию, 3,6% - дистимию. В возрасте до 9 лет показатели депрессивных расстройств в Новой Зеландии составили 8,5% (Koshani et al.,

1983) [2]. В более позднем шведском наблюдении подростки с 12 лет имели до 10% депрессивных расстройств по данным Larson och Melin, 1990; Larssen et al., 1991 [2]. По данным Ivarsson, 1998 в Швеции, в Гетеборге, из 726 учеников гимназии 7% были с депрессивными нарушениями, 4% из них совершили попытку самоубийства ранее, 4% из них имели мысли о самоубийстве [24].

По данным Olsson (1998), из 2300 подростковых исследований 16-17 летних подростков в Швеции, в Упсале, 5,8% из них были с депрессивной составляющей за год до проводимого исследования, 11,4% - на момент обследования. Девочки в 4 раза чаще, чем мальчики давали депрессивные проявления; дистимия была у 2% подростков, из которых две трети были девочки. По данным Б. Лагерхейм (2004) в Швеции 25% случаев депрессивных нарушений возникало в возрасте до 18 лет [2]. По данным К. Гиллберга и Л. Хелгрена (2004) согласно эпидемиологическому исследованию «Остров Уайт» около 3% школьников средних классов в Швеции имели эмоциональные нарушения, частота случаев выше в больших городах, нежели в сельской местности. Проведенное ранее в Гетеборге (Gillbers et al., 1982) тщательное психиатрическое обследование показало, что 5% первоклассников имели психически нарушения депрессивного ряда. По проводимому исследованию сельских жителей в Швеции, эмоциональные нарушения были у 2,5% детей 10-11 лет - «дети провинции» [2]. В прогнозировании депрессивного расстройств к 30-летнему возрасту, по данным D.N. Klein et al. (2009), у подростков с субклиническими депрессивными состояниями имеют значения следующие признаки: женский пол, выраженность депрессивной симптоматики, суицидальные мысли, наличие тревожного расстройства, семейная отягощенность по депрессии. Наличие трех и более признаков определяют риск в 90,1%, менее трех факторов риска – в 46,6%. Возникновению депрессивных симптомов у девочек способствуют также дефицит внимания в раннем подростковом возрасте и жестокое обращение в семье или социуме [2]. С этим мнением коррелирует мнение авторов о факторе риска развития депрессивных нарушений у лиц женского пола в социуме [26]. По данным других авторов, у 14,8% лиц до 21 года, как у юношей, так и у девушек, обнаруживались диагностические критерии расстройства настроения [2]. В Испании депрессивные нарушения у детей и подростков встречаются в 4% случаев [18]. В Турции депрессивные расстройства у детей и подростков составляли 4, 2%, из них 1,55% были случаи тяжелого депрессивного расстройства, 1,75% - случаи дистимии [20]. В Финляндии, по данным К. Рунга et al. приводились данные о 6% депрессивных нарушений у детей и подростков, при этом из обследованных 5686 детей и подростков было 0,48% случаев большого депрессивного эпизода у детей и дистимии в 0,06% случаев, в подростковом возрасте авторами приводились данные о 4% случаев с большим депрессивным эпизодом, 9,7% случаев с дистимией [33]. В Греции до 30% детей и подростков наблюдались с депрессивными расстройствами [27]. В Австралии в 10% всех депрессивных нарушений у детей и подростков отмечались тяжелые депрессивные проявления от 0,4 до 2,5%, проявления дистимии от 0,6 до 1,7%, остальные случаи приходились на неглубокие транзиторные депрессивные нарушения [29]. В Колумбии 25% среди 768 включенных в исследование детей и подростков от 8 до 12 лет страдали депрессивными проявлениями [18]. В КНР депрессив-

ные расстройства среди подростков встречались в 45,4% случаев, распространенность депрессивных расстройств у детей препубертатного возраста составила 1-2%, у детей в возрасте от 8-13 лет риск рецидива составил 40% в течении 2 лет и 72% в течении 5 лет [15]. В России, по данным Ю.В.Попова и А.А.Пичикова (2017), заболеваемость депрессивным расстройством за год в пубертатном периоде составляла от 1 до 2%, при этом подобный показатель оценивался у детей в препубертатном возрасте в пределах 0,1% [13].

Этиология депрессивных расстройств детей и подростков. Клиническая картина и динамика в зависимости от возраста и пола.

По наблюдению Ю.А. Макаренко (1977), отрицательные эмоциональные реакции и депрессивные состояния у детей проявлялись в виде эмоциональной напряженности, тревоги, непоседливости, страшных снов, кусания ногтей, сосания пальцев, а также в стереотипиях, отсутствии аппетита, инфантильном поведении [8]. Различные авторы, изучающие у детей депрессивные расстройства отмечали невыраженность, невротический характер и высокую степень соматизации депрессивных расстройств [1, 7, 9, 10, 16].

Исследователи, которые придерживались психоаналитических позиций, рассматривали невротическую депрессию как следствие неблагоприятного окружения, утраты, сиротства и т. д. [1]. Длительное время изучение невротической депрессии у детей и подростков проводилось в структуре разработки проблемы психогенных состояний с выделением расстройств невротического уровня. Другие исследователи, как например С.С.Мнухин, еще в 1930 г. описал депрессивные проявления у подростков в структуре маниакально-депрессивного психоза и выделил типичные онейроидные состояния в депрессивной фазе, которые ранее описал Mayer-Gross. Автором были выявлены различные степени выраженности проявлений депрессии у детей и подростков от легкой до тяжелой степени с бредовыми идеями преследования, самообвинения и самоуничтожения. С.С.Мнухин одним из первых отечественных исследователей в 1930 году и позднее отмечал, что фазы у детей и подростков с депрессивными проявлениями могут быть короче, чем у взрослых (2-3 недели), светлые промежутки короткие, или эти фазы протекают вообще без светлых промежутков, с переходом друг в друга. Кроме этого, автором было описано что депрессивная фаза (деперсонализационная депрессия) у подростков может продолжаться несколько месяцев. [10].

Т.П. Симсон с соавт. (1935) выделяли реактивные состояния с депрессивными проявлениями, которые имели психотравмирующую ситуацию, встречались часто на различных этапах жизни ребенка. У детей, по данным исследователей, отмечались состояния угнетенности, подавленности, повышенной возбудимости, раздражительности с изменением поведения в целом. Представлено описание аффективной насыщенности депрессивных состояний, особенно в школьном и подростковом возрасте, с тенденцией и попытками к самоубийству. В числе причин реактивной депрессии могли быть, по мнению авторов, различные причины: дача прикорма, отнятие от груди, помещения в детские учреждения (ясли, больницу), появление второго ребенка, сексуальные травмы, взаимоотношения со средой в дошкольном возрасте, семейные конфликты с окружающей средой и са-

ним собой в подростковом возрасте. Представлялся достаточно доброкачественный характер таких депрессивных проявлений у детей и подростков.[14].

Н.И. Озерецкий (1938) описывая реактивную депрессию отмечал, что за каким-нибудь тяжелым переживанием у ребенка развивается подавленное настроение, которое является более выраженной, чем нормальная реакция индивидуума. При этом ребенок знал причину тоски, связывал ее с определенным тягостным моментом, искал поддержку и помощь у окружающих. Отмечались и возрастные закономерности депрессивных проявлений — у маленьких детей реактивная депрессия встречалась очень редко и была недлительной. Более часто автор подчеркивал проявления депрессии у подростков в препубертатном и пубертатном возрасте, чаще у девочек, чем у мальчиков [11].

Описывая депрессии различного генеза, М.И. Лапидес (1940) также выделял особое значение реактивной природы депрессии у детей и подростков. Он отмечал, что реакции чаще проявляются у пациентов детского возраста в форме страхов и невротических явлений. При этом аффект тоски был минимален. К факторам, которые способствовали проявлению депрессивного синдрома у детей, автор относил неустойчивость нервной системы и «аффективную чувствительность», ранимость личности пациента на раннем этапе развития [6].

Г.Е. Сухарева (1955, 1959) выделяла реактивную депрессию в структуре подострых психогенных реакций с преобладанием психогенных невротических состояний, с доминированием в клинической картине заболевания вегетативно-соматических расстройств. В возникновении депрессивных проявлений психогенного характера автор выделяла дополнительные вредности соматогенного характера. При своем возникновении, по мнению автора, депрессивные состояния у детей и подростков в этом случае имели ряд особенностей: возникали на фоне выраженного астенического состояния, клинические проявления характеризовались большой лабильностью, в клинической картине отмечалась связь с психотравмирующей ситуацией [16].

Г.Н.Пивоварова (1962) описала затяжные реактивные состояния у детей и подростков в виде относительно умеренно выраженной невротической депрессии с астенодепрессивными проявлениями и относительно частыми суицидальными попытками [12].

Я.П. Гирич (1970) описывает депрессивные состояния у детей и подростков после тяжелой психической травмы, связанной со смертью и тяжелым заболеванием близких (1 группа пациентов), и вследствие действия отрицательных факторов различного значения (2 группа); при этом динамика развития депрессивных состояний в этих группах была различной [4].

А.Е. Личко (1979), изучая депрессивные расстройства у детей и подростков, выделил отдельно эндореактивные психозы, когда психическая травма провоцировала эндогенную депрессию или длительная психическая травматизация затягивала депрессивную фазу. В этом случае психическая травма могла совпасть с субдепрессивной фазой при циклоидной акцентуации и превратить субдепессию в настоящую депрессию, мелкие неудачи и неприятности становились мощными депрессогенными факторами, усугубляли и затягивали депрессию. Изучены ати-

пичные формы депрессии у подростков, при которых депрессия не бросалась в глаза и заслонялась другими феноменами, которые исследователь считал депрессивными эквивалентами, отдельно выделяя делинквентный, ипохондрический, астенопатический варианты депрессивных фаз. К эндореактивным подростковым психотическим состояниям А.Е. Личко относил 3 вида психических состояний — эндореактивную депрессию у циклоидных личностей, психическую анорексию и подростковую дисморфофобию. При субдепрессивном состоянии у циклоидных личностей и при эндореактивных депрессиях не было витальной тоски, а так же соматических проявлений эндогенизации — запоров, тахикардии, артериальной гипертензии, резкого падения аппетита. Стертая форма эндореактивной депрессии была описана автором у группы лиц молодого возраста, когда зачеты и экзамены выпадали на собственно депрессивную фазу и снижали работоспособность, развивалось полное отвращение к учебе, к любой умственной деятельности, появлялась апатия. Описывая тревожные депрессии, автор считал, что тревога может носить витальный характер в подростковом возрасте, при этом может сочетаться с растерянностью, недопониманием происходящего вокруг и неглубокими нарушениями ориентировки [7]. Тревожная депрессия рассматривалась в структуре шизоаффективного психоза, начала острой прогрессивной шизофрении, более редко отмечалась реактивная природа или наличие при острых инфекционных или интоксикационных психотических состояниях [7].

В.Н. Мамцева (1982) описала соматизированные и псевдоневрологические формы депрессии у детей и подростков. В этом случае основой клинической картины являлась взаимосвязь сенестопатической головной боли, «несистемного головокружения» с нарушением равновесия и окуловестибулярными реакциями, сочетание с деперсонализацией, дереализацией. В структуре клинической картины депрессии отмечались утрата энергии, гиперсомния; ведущим симптомом был болевой. Боли носили постоянный или приступообразный характер, выделялись следующие виды болевых симптомов при депрессии — с сенестопатиями, с витальной деперсонализацией, с галлюцинаторными проявлениями, с элементами бредового восприятия или воздействия и недифференцированные [9].

Ю.Ф. Антропов (2001) считал, что у детей и подростков с невротическими депрессивными проявлениями и соматовегетативными нарушениями всегда наблюдается обратная зависимость между выраженностью аффективных нарушений и обусловленными ими соматическими (соматоформными) расстройствами: при малой выраженности депрессивных проявлений более значительные соматовегетативные проявления, и наоборот. Автор подчеркивал, что эндогенная депрессия невротического уровня у подростков имеет более очерченные признаки гипотимии, пациенты жалуются на периодическую тоску, указывают на локализацию переживаний в области груди как чувство давления или пустоты, при этом тоскливый аффект выражен с утра, может ослабевать во вторую половину дня [1].

Б.В. Воронков (2012) в депрессивной фазе у детей описывал состояния вялости, пассивности и заторможенности, дистимические или дисфорические проявления с соматовегетативными нарушениями. По мнению автора, особенностью подростковых депрессивных расстройств могло быть не всегда наличие

суточных колебаний, суицидальное поведение у младших школьников нередко сопровождалось формой фантазий о нежелании жить и суицидальных угроз [3].

Последние годы ознаменовались возрастающим интересом к широким скрининговым исследованиям подростковых депрессий, охватывающим значительную часть возрастной популяции. Так, по данным анкетирования 5086 подростков с помощью шкалы CES-D, было установлено, что легко выраженные депрессивные переживания выявляются у 30,8% опрошенных, умеренно выраженные – у 41,8%, субклиническая депрессия – у 19,2%, а клинически выраженная депрессия – у 8,2% [17]. Систематический анализ, основанный на материале 113 исследований, охвативших 1 129 969 человек, выявил распространенность субклинической депрессии у лиц молодого возраста, равную 14,17% [37]. Депрессии у подростков признаны серьезной проблемой в мире в силу их высокой распространенности, негативного влияния на качество жизни, высокого риска развития аффективных расстройств в более старшем возрасте [19, 23, 25]. Однако содержательный анализ современных публикаций по затронутой теме свидетельствует, что понятие «депрессия» понимается большинством авторов весьма эклектично. Скорее всего, под ним понимается в принципе любое гипотимическое состояние (попросту говоря «плохое настроение»), выявленное на основании самооценки респондента и без учета таких важных диагностических критериев, как психопатологическая структура аффекта, его преобладающей разновидности, характер течения состояния (в частности, критерий кратковременности/устойчивости), сопутствующий интеллектуальный статус пациентов, семейный аспект и мн. др. Следует также заметить, что практически все упоминаемые в литературе высокие статистически показатели распространенности подростковой депрессии основаны исключительно на методике самоопроса, исключающего объективный профессиональный психиатрический осмотр. Расширительному пониманию подростковой депрессии способствует, по-видимому, наличие в ее клинической картине когнитивных, делинквентных, вегетативных и пр. возрастных эквивалентов, что крайне важно учитывать в случае атипичного или скрытого характера расстройства.

Ряд авторов подчеркивает возможность развития у детей младшего школьного и пубертатного возраста (8-13 лет) так называемых дидактогенных депрессий, тесно связанных со школьным фактором, синонимом этого состояния может быть «школьный невроз», «школьная фобия»[5]. По данным Н.М. Иовчук, А.А. Северного (2012), которые изучили 80 случаев дидактогенных депрессий у детей младшего школьного и препубертатного возраста, формирование развернутой клинической картины дидактогенной депрессии происходило в течение 3-6 месяцев, постепенно; из 80 изученных случаев в 18 случаях отмечалась боязливая депрессия, в 23 случаях соматизированная депрессия, в 11 случаях ступидная депрессия, 28 случаев составила депрессия с поведенческими нарушениями. Функциональные психовегетативные расстройства в структуре дидактогенной депрессии возникали с абсолютной закономерностью и формировали картину «маскированной депрессии». Для школьников препубертатного возраста были характерны дидактогенные депрессии с «интеллектуальным крахом» и депрессии с поведенческими нарушениями с дистимическим аффектом и тотальным недовольством

окружающими, собой, всей жизненной ситуацией в целом [5].

При неосторожном пользовании понятийным аппаратом и терминологией депрессивного расстройства может создаться ситуация гипердиагностики, то есть включение в круг аффективных (депрессивных) расстройств этиопатогенетически чужеродных состояний. Так, например, в рамках депрессивных состояний у подростков предпринимается поиск синдрома дефицита внимания и активности, имеющего иную по сравнению с аффективными расстройствами природу [32]. Также отмечается поиск в рамках депрессий у подростков проявлений агрессии и гнева и психометрическое их измерение [34]. По мнению M.L. Gillespi, U. Rao, перенос акцента в изучении механизмов депрессий на исполнительные (управляющие) когнитивные функции говорит о том, что постепенно утрачивается понятие нозологических границ депрессии и ее психопатологической специфики [22]. Очень осторожно и фактически в единичных публикациях обсуждается вопрос о временно сниженном настроении у подростков как проявлении возрастных нормативных процессов. Так, широко распространенный подпороговый (субклинический) уровень депрессивных переживаний в подростковой популяции (35-45%) заставляет таких авторов, как L. Miller, Y.A. Barton задуматься о существовании подтипа депрессии, связанного с процессами «духовной индивидуации подростков, интеграции экзистенциального и духовного опыта» [30].

Заключение. Анализ литературы следует подытожить двумя важными выводами. Во-первых, для истинной оценки масштабов распространенности депрессий, по-видимому, необходимы не только данные, полученные на основе скринингового опроса, то есть субъективного видения проблемы респондентами, но с учетом результатов объективного осмотра пациентов. Во-вторых, необходим более строгий подход к диагностике депрессивных состояний у подростков, принимающий во внимание психопатологическую специфику аффективных расстройств и необходимость дифференциации их от внешне сходных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Детская и подростковая психиатрия / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. М.: МИА, 2011. - 925 с.
2. Арнгримсон Б. Психиатрия детского и подросткового возраста. Клиническое руководство под редакцией К. Гиллберга и Л.Хеллгрена. Рус. изд. под общей ред. академика РАМН П.И. Сидорова. Рус. пер. Ю.А. Маковеевой. М. Гэотар — Мед., 2004. - 531 с.
3. Воронков Б.В. Психиатрия детского и подросткового возраста. СПб.: Наука и техника, 2012. - 284 с.
4. Гирич Я.П. Об особенностях синдрома психогенной депрессии у детей // Ж.невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1970, № 10. С.1548-1551.
5. Иовчук Н.М., Северный А.А. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников. Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2012. № 1. С.1-8. www.psychedu.ru/ISSN:2074-5885
6. Лапидес М.И. Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у детей и подростков // Вопросы детской психиатрии. М., 1940. С. 39-76.
7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. Л.: Ме-

дицина, 1985. 416 с.

8. Макаренко Ю.А. Эмоции здорового и больного ребенка в деонтологическом аспекте // Деонтология в педиатрии. Л., 1977. С.60-77.

9. Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия. М.: Медицина, 2003. 432 с.

10. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. СПб.: Юрид.центр Пресс, 2008. 315 с.

11. Озерский Н.И. Психопатология детского возраста. Л.: Учпедгиз, 1938. 328 с.

12. Пивоварова Г.Н. Затяжные реактивные состояния у детей и подростков. М.:Медгиз, 1962. 152 с.

13. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: Спец. Лит, 2017. 366 с.

14. Симсон Т.П., Модель М.М., Гальперин Л.И. Психоневрология детского возраста. М.-Л.: Гос. изд. биологической и мед. литературы, 1935. 371 с.

15. Солодкая Е.В., Логинов И.П., Савин С.З, Сунгэй Чжан. Гендерно-возрастные особенности и соматические нарушения у подростков с непсихотическими депрессивными расстройствами (сравнительное исследование) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 4 (9105):80-88 [https://doi.org/10/26617/1810-3111-2019-4\(105\)-80-88](https://doi.org/10/26617/1810-3111-2019-4(105)-80-88).

16. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. Т. 2. 406 с.

REFERENCES

1. Antropov Yu.F. Detskaya i podrostkovaya psikhiaetriya / Pod red. prof. Yu.S. Shevchenko. M.: MIA, 2011. - 925 s.

2. Arngrimson B. Psikhiaetriya detskogo i podrostkovogo vozrasta. Klinicheskoe rukovodstvo pod redakciej K. Gillberga i L.Khellgrena. Rus. izd. pod obshhej red. akademika RAMN P.I. Sidorova. Rus. per. Yu.A. Makoveevoj. M. Ge`otar — Med., 2004. - 531 s.

3. Voronkov B.V. Psikhiaetriya detskogo i podrostkovogo vozrasta. SPb.: Nauka i tekhnika, 2012. - 284 s.

4. Girich Ya.P. Ob osobennostyakh sindroma psikhogennoj depressii u detej // Zh.nevropatol. i psikhiatr. im. S.S.Korsakova, 1970, # 10. S.1548-1551.

5. Iovchuk N.M., Severny`j A.A. K voprosu o didaktogenny`kh depressiyakh u mladshikh shkol`nikov. E`lektronny`j zhurnal «Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie». 2012. # 1. S.1-8. www.psyedv.ru/ISSN:2074-5885

6. Lapidis M.I. Kliniko-psikhopatologicheskie osobennosti depressivny`kh sostoyanij u detej i podrostkov // Voprosy` detskoj psikhiatrii. M., 1940. S. 39-76.

7. Lichko A.E. Podrostkovaya psikhiaetriya. Rukovodstvo dlya vrachej. L.: Mediczina, 1985. 416 s.

8. Makarenko Yu.A. E`moczii zdorovogo i bol`nogo rebenka v deontologicheskom aspekte // Deontololiya v pediatrii. L., 1977. S.60-77.

9. Mamczeva V.N. Detskaya i podrostkovaya psikhiaetriya. M.: Mediczina, 2003. 432 s.

10. Mnuhin S.S. Khrestomatiya po psikhiatrii detskogo vozrasta. SPb.: Yurid.centr Press, 2008. 315 s.

11. Ozereckij N.I. Psikhopatologiya detskogo vozrasta. L.: Uchpedgiz, 1938. 328 s.

12. Pivovarova G.N. Zatyazhny`e reaktivny`e sostoyaniya u detej i podrostkov. M.:Medgiz, 1962. 152 s.
13. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidal`noe povedenie u podrostkov. SPb.: Specz. Lit, 2017. 366 s.
14. Simson T.P., Model` M.M., Gal`perin L.I. Psikhonevrologiya detskogo vozrasta. M.-L.: Gos. izd. biologicheskoy i med. literatury`, 1935. 371 s.
15. Solodkaya E.V., Loginov I.P., Savin S.Z., Sunge`j Chzhan. Gendernovo-vozzrastny`e osobennosti i somaticheskie narusheniya u podrostkov s nepsikhoticheskimi depressivny`mi rasstrojstvami (sravnitel`noe issledovanie) // Si-birskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2019; 4 9105):80-88 [https://doi.org/10/26617/1810-3111-2019-4\(105\)-80-88](https://doi.org/10/26617/1810-3111-2019-4(105)-80-88).
16. Sukhareva G.E. Klinicheskie lekczii po psikiatrii detskogo vozrasta. M., 1959. T. 2. 406 s.
17. Angold A. Childhood and adolescent depression. Epidemiological aspects. Britich Journal of Psychiatry, 1988 a, 152: 601-612.
18. Bernaras E. et al. Evaluacion de la sintomalogia depressiva en al contexto ascolar y variables asociadas// Anales de psicologia. - 2013. - T.29.№1.- C.131-140
19. Bertha E.A., Balázs J. Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013 Oct;22(10):589-603.doi: 10.1007/s00787-013-0411-0. Epub. 2013 Apr 12.
20. Demir T., Karacetin G., Demir D.E., Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. Journal of Affective Disorders. Vol 134, Issues 1-3, November 2011, pages 168-176. doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.041.
21. Fleming J.E., Offord D.R. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1990, 29: 571-580.
22. Gillespie M.L., Rao U. Relationships between Depression and Executive Functioning in Adolescents: The Moderating Role of Unpredictable Home Environment. J Child Fam Stud. 2022 Sep;31(9):2518-2534.doi: 10.1007/s10826-022-02296-z. Epub. 2022 Apr.2.
23. Hauenstein E.J. Depression in adolescence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003 Mar-Apr;32(2):239-48.doi: 10.1177/0884217503252133.
24. Ivarsson T., Rastam M., Gillberg C., Wentz-Nilson E. Depressive disorders in teenage onset anorexia nervosa. A controlled longitudinal partly community based study. Comprehensive Psychiatry, 2000 (A ceeperad for publicering).
25. Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. at al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016 Dec. 22:13:25-33.doi: 10.2147/NDT.S117846. Ecollection 2017.
26. Kalinowska S., Nitsch K., Duda P. at al. Depression in children and adolescents - symptoms, etiology, therapy. Ann Acad Med Stetin. 2013;59 (1):32-6.
27. Kleftras G., Didaskalou E. Incidence and Teachers Perceived Causation of Depression in Primary School children in Greece. //School Psychology international

— 2006- T.27.№3. - C 296-314. <https://doi.org/10.1177/01430343060676284>

28. Ling Y.,Liu C.,Huebner E.S.,Zeng Y.,Zhao N.,Li Z. A study on classification features of depressive symptoms in adolescents. J Ment Health. 2021 Apr;30(2):208-215.doi: 10.1080/09638237.2019.1677865. Epub. 2019 Oct .26.

29. McCabe M., Riccardelli L., Banfield S. Depressive Symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children, depression research and treatment, 2011//doi:http://dx.doi.org/10/1155/2011/548034/2011.

30. Miller L., Barton Y.A. Developmental Depression in Adolescents: A Potential Sub-type Based on Neural Correlates and Comorbidity. J. Relig Health. 2015 Jun;54(3):817-28.doi: 10.1007/s10943-015-0047-0

31. Olsson I.G. Adolescent depression: Epidemiology, nosology, life stress, and social network. Thesis Acta Universitatis Upsaliensis, Upsala, 1998.

32. Powell V., Agha S.S., Jones R.B. ADHD in adults with recurrent depression. J Affect Disord.2021 Dec. 1:295:1153-1160. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.010. Epub. 2021 Sep. 11.

33. Puura K. et, al. Should depression in young school — children be diagnosed with different criteria// European Child and Adolescent Psychiatry. -1997. - T.G- 12-19.

34. Ruchkin V., Stickley A., Koposov R., Sukhodolsky D. G., Isaksson J. Depressive symptoms and anger and aggression in Russian adolescents. Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health. 2023 Nov 16;17(1):130. doi: 10.1186/s13034-023-00677-w.

35. Shorey S., Ng E.D., Wong C.H.J. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Br. J. Clin. Psychol. 2022 Jun;61(2):287-305.doi: 10.1111/bjc.12333.Epub. 2021 Sep. 26.

36. Stark K.D. Childhood depression. A school-based intervention, 37-47. Guilford Press, New York, 1990.

37. Zhang R.,Peng X.,Song X.,Long J.,Wang C.,Zhang C.,Huang R.,Lee T.M.C. The prevalence and risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression in the general population. Psychol Med.2023 Jun;53(8):3611-3620.doi: 10.1017/S0033291722000241. Epub. 2022 Feb. 14.

A.A. Rezakov, S. V. Grechany

DEPRESSIVE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (LITERATURE REVIEW)

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

Summary. The growth of depressive disorders in children and adolescents around the world makes us think about their etiology and clearer diagnostic criteria, which affects the conduct of treatment and rehabilitation measures, rehabilitation potential and further prognosis of existing disorders. The article provides a review of the literature on depressive disorders in children and adolescents, describes the approaches of various researchers regarding the etiology and clinical picture of these disorders, depending on gender and age.

Keywords: children and adolescents, depressive disorders, dynamics and clinical picture of depressive disorders.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВО-
ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

¹Центр психотерапии ООО «Медикас», ²ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» (Москва).

Резюме. Целью настоящего обзора являлось максимально полное отражение и анализ данных современных исследований, посвященных эпидемиологическим и клиническим аспектам расстройств пищевого поведения (РПП) у подростков мужского пола. Обзор представляется актуальным, принимая во внимание наблюдающийся рост распространенности пищевой психопатологии в указанном половозрастном контингенте. Обзор обобщает данные отечественных и зарубежных статей по описанной выше тематике включенных в PubMed и Google Scholar.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, распространенность, клинические проявления, подростки мужского пола, гендерные различия

Исследования расстройств пищевого поведения (РПП), представляющих собой одну из наиболее острых проблем подростковой психиатрии, традиционно сосредоточены на девочках подросткового возраста и периода ранней взрослости как на контингентах наиболее подверженных этой форме психической патологии. Эпидемиологические исследования нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ) определяют соотношение подростков мужского и женского пола, страдающих этими заболеваниями, как 1:10 [3]. Исторически сложившееся и до самого недавнего времени доминирующее представление о РПП как о «женской патологии» ограничивают понимание значимости проблемы РПП у подростков и юношей. Случаи РПП у подростков и юношей в соответствии с этими представлениями рассматриваются как казуистические, что приводит к тому, что подростков и юношей с РПП редко включают в исследования этой тематике [1, 13, 27]. По данным, представленным в британском обзоре, на 2016 г. на выборках лиц мужского пола было основано менее 1% исследований [26], что привело к тому, что клинические проявления и динамика РПП у подростков и юношей оказались недостаточно исследованными.

Стоит вспомнить, что в основополагающей работе по РПП, с которой началась многовековая история изучения этой патологии: «A treatise of consumptions», ее автор Ричард Мортон в 1694 г. не отметил гендерных различий и дал классическое описание юноши и девушки с симптомокомплексом, позднее определенным как НА. Позднее, однако, возобладали и в течение десятилетий доминировала теория отсутствия типичных РПП у лиц мужского пола. О преобладании таких взглядов косвенно свидетельствует отсутствие прямого эндокринного эквивалента критерия аменореи, ранее рассматривавшегося как ключевой диагностический признак РПП, в МКБ и DSM вплоть до их последних редакций. Хотя выраженные особенности приема пищи, в том числе и ограничения приема пищи со значительным дефицитом массы тела, документировались в клинических описаниях у подростков и юношей, считалось, что они не

являются основной проблемой, а вторичны по отношению к иному психическому заболеванию данных пациентов [5, 14, 26, 31].

При этом в последние десятилетия наблюдается постепенный рост распространенности РПП у подростков и юношей, что обычно связывают с повышением значимости внешности для лиц мужского пола и большей частотой девиаций формирования половой идентификации, а также ростом распространенности аффективной патологии, находящейся в коморбидной связи с РПП [1, 13].

Целью настоящего обзора является максимально полное отражение и анализ данных современных исследований, посвященных эпидемиологическим и клиническим аспектам РПП у подростков и юношей мужского пола. Обзор представляется актуальным, принимая во внимание, наблюдающийся клиницистами, рост распространенности пищевой психопатологии в указанном половозрастном контингенте [22, 40]. Обзор обобщает данные отечественных и зарубежных статей по описанной выше тематике, включенных в PubMed и Google Scholar.

Доминирование представлений о том, что лица мужского пола не подвержены РПП, сохранялось до начала 80-х годов прошлого века, но позднейшие, проведенные с большей тщательностью исследования позволили предположить, что подростки и юноши составляют не менее 10% выборки пациентов с РПП [7, 12]. Исследования первых двух десятилетий XXI века указывают на еще большую распространенность РПП у подростков и юношей, продемонстрировав на материалах специализированных клиник, что в западных странах в выборках подросткового возраста лица мужского пола составляют не менее 1/4–1/3 от общего числа пациентов [24, 28, 37]. Более того, некоторые формы РПП в предподростковом и подростковом возрасте оказались более характерными для мальчиков, чем для девочек, в первую очередь это относится к избегающему/ограничительному расстройству приема пищи (ИОРПП). Так, в обследованной К.Т. Eddy et al. [15] выборке детей и подростков с ИОРПП лица мужского пола составили 67%.

Ряд специалистов отмечает тенденцию изменения соотношения полов у пациентов с различными РПП, в том числе НА и НБ, за счет роста больных лиц мужского пола [32, 37]. При этом наиболее значимый прирост лиц мужского пола получается при использовании «парциальных», а не «полных» диагностических критериев НА и НБ [37], то есть за счет увеличения числа подростков и юношей с атипичными: парциальными и подпороговыми формами НА и НБ. Термин парциальные РПП используется в случаях выявления у больного неполного набора симптомов НА или НБ (например, наличие компенсаторного поведения при отсутствии собственно отчетливых приступов переедания, или наоборот). А термин подпороговые РПП используется при наличии у пациента полного набора симптомов НА или НБ с недостаточной, не соответствующей критериям диагностических рубрик выраженностью одного или нескольких из них (например, приступы переедания/очищения отмечаются реже, чем указывается в диагностических критериях, или при значительном снижении массы тела отсутствует ее дефицит).

Значительное число атипичных форм затрудняет диагностику РПП у подростков и юношей, особенно учитывая плавный переход от здоровых и социально одобряемых стратегий питания и спортивной активности к явно патологическому

поведению, требующему терапии. Важно подчеркнуть, что атипичные РПП не следует рассматривать как сглаженные и абортивные. Большинство специалистов указывает на их значительную устойчивость и часто более выраженные, в сравнении с типичными, ассоциированные нарушения психического и социального функционирования [3, 29, 38]. Представляется существенным также отметить, что эти данные были получены на выборках страдающих РПП подростков и молодых взрослых **женского пола**, а также что в общей популяции распространенность атипичных РПП превышает распространенность типичных форм, приближаясь к распространенности НА, НБ и ПП вместе взятых, даже с использованием смягченных диагностических критериев DSM-5 и МКБ-11 [3, 16].

Вышесказанное, включая нестабильность диагностических критериев, их достаточно описательный характер, позволяющий разночтения, и преобладание парциальных/атипичных форм, приводит к тому, что показатели распространенности заметно варьируют от исследования к исследованию, причем размах колебаний достаточно большой. По данным различных групп авторов, доля подростков и юношей в выборках РПП составляет от 10 до 25% [16, 37]. Точное соотношение распространенности полов у пациентов, страдающих РПП, установить сложно еще и из-за небольшого на сегодняшний день числа исследований, включающих лиц мужского пола с РПП.

По данным мета-анализов эпидемиологических исследований, суммарная распространенность РПП, соответствующих диагностическим рубрикам DSM-5, в течение жизни у мальчиков-подростков и юношей во втором десятилетии XXI века варьирует от 0,6 до 12,8%, распространенность НА — от 0,1 до 1,6%, НБ — от 0,1 до 0,16%, патологического/приступообразного переедания (Binge-eating disorder - BED) — от 0,3 до 0,7% [32, 33, 39]. Для сравнения, в тех же мета-анализах у девушек подросткового возраста и начала взрослости распространенность различных РПП расценивается: суммарно всех РПП (в том числе атипичных форм) в 5,5-17,9%, НА — 0,8-6,3%, НБ — 0,8-2,6%, BED — 0,6-6,1% [32, 33, 39].

Касательно распространенности BED, следует отметить, что самые последние исследования показывают более высокие показатели его распространенности у подростков обоих полов, не сильно отличающиеся от показателей распространенности, а также вполне сопоставимые с распространенностью НА и НБ в подростковых выборках [19]. Исходя из представленных данных, очевидно, что наиболее часто встречающимися РПП являются атипичные формы. Выше приведены данные о распространенности клинически значимых РПП. Наряду с этим репрезентативные исследования показывают, что в США 30% мальчиков-подростков сообщают о постоянных попытках набрать вес или стать более мускулистыми, при этом не менее чем у 40% из них ИМТ объективно находится в пределах возрастной нормы [27].

Говоря о распространенности РПП, следует отметить, что существует несколько особых групп населения, на которые важно обратить внимание при рассмотрении РПП у мальчиков-подростков и юношей.

Первую группу составляют спортсмены. Недавние исследования выявили рост отклонений пищевого поведения, строгого следования диетам, выраженной обеспокоенности образом тела и недовольства фигурой среди спортсменов мужского пола, в том числе подростков и молодых взрослых, обнаруживаясь у 17,3-18,2% лиц в проанализированных выборках [10, 21]. А в эстетических ви-

дах спорта обеспокоенность образом тела обнаруживалась у 39,4% спортсменов юношей и мужчин [10]. Скрининговые, методологически основанные на применении опросников исследования показали, что в этом контингенте можно предполагать РПП, достигающие клинической значимости, у 9-11% обследованных юношей-спортсменов.

Но не только профессиональные спортсмены оказываются в группе риска: юноши, обучающиеся в колледжах и университетах, занимающиеся в учебных заведениях бейсболом, велоспортом, борьбой и иными видами спорта, сообщают о недовольстве своим телом и симптомах РПП, часто достигающих уровня клинической значимости [27].

Вторая группа подростков и молодых взрослых мужского пола, предрасположенных к повышенной представленности симптоматики РПП, объединяет лиц с особенностями или задержкой формирования гендерной идентификации. Такие подростки мужского пола значительно чаще испытывают неудовлетворенность своим телом [27]. Высокий уровень РПП обнаруживается у юношей с трансгендерными установками по сравнению с цисгендерными молодыми людьми идентичного возраста и биологического пола [13, 32]. По нашим данным, более чем 1/2 юношей с симптомами НА демонстрирует признаки задержки или особенностей формирования половой идентификации [2].

Исследователи в западных странах отмечают значительные трудности выявления РПП у подростков и юношей, обусловленные частым сокрытием ими симптоматики или диссимуляцией из-за опасений социальной стигматизации и самостигматизации [13, 23]. Следует отметить, что, по данным западных авторов, в выборках пациентов с РПП высокий уровень стигматизации отмечается не только у юношей, но и у девушек, которые в силу особенностей гендерной идентификации стремятся к соответствию маскулинным нормам поведения [8].

Отечественных публикаций, описывающих более выраженную стигматизацию и самостигматизацию юношей с РПП в сравнении с девушками обнаружить не удалось. Также в повседневной практической деятельности авторов статьи дополнительной стигматизации у юношей, страдающих РПП, обычно не выявляется. Тем не менее, нельзя не принять, требующий объяснения факт, что обращаемость за помощью остается значительно ниже у подростков и юношей, чем у девушек [37].

Трудности соотнесения распространенности РПП у девушек и юношей связаны и с просматривающимися гендерными особенностями клинических проявлений. И если девушки стремятся к достижению идеала максимальной худобы и стройности, то у юношей представления об идеальной фигуре оказываются «более сложными» и включают мускулистость, рельефное телосложение, V-образную форму туловища: широкие плечи, мускулистые грудь и предплечья [27]. Таким образом, обычно неудовлетворенность телом у молодых мужчин включает в себя неудовлетворенность мускулатурой, ростом и жировыми отложениями. Стремление к развитию мускулатуры может в крайних случаях привести к особому расстройству, практически полностью ограничивающемуся контингентом пациентов мужского пола, не включенному в настоящее основные международные классификации психической патологии, но которому уделяется значительное внимание в специальной научной литературе — мышечное дисморфическое расстройство (МДР), или бигорексия [22]. Страдающие этой

патологией, часто неоправданно, воспринимают себя как слишком слабых и маленьких с недостаточно развитой мускулатурой, что ведет не только к интенсивным физическим упражнениям и употреблению стероидов, но и к особому питанию. Последнее связано с тем, что страдающие МДР юноши и мальчишки-подростки одновременно со стремлением к увеличению мышечной массы стремятся к максимальной стройности, снижению процент жира в организме и испытывают страх перед полнотой. Такой тип РПП часто встречается у спортсменов, в частности бодибилдеров [25], но не только у них. Так, в Европе и США до 60% мальчиков-подростков 16-17 лет сообщают о неудовлетворенности телом и стремлении к большей мускулатуре [9]. Описанные особенности клинических проявлений приводят к тому, что РПП у юношей и мальчиков-подростков воспринимаются как атипичные в сравнении и клиническими картинками у девушек [13, 20].

Еще одним отличием является младший возраст начала РПП у лиц мужского пола [13, 20, 34]. Было выявлено, что проявление симптомов зависит от периода полового созревания у обоих полов, при этом важно отметить, что генетическая наследуемость остается независимой от пола.

В ряде исследований были получены данные, указывающие на менее благоприятную динамику РПП, большую тяжесть и продолжительность заболевания у мальчиков и юношей в сравнении с девушками [13, 27]. Однако, данные исследований, оценивающих продолжительность и тяжесть РПП, весьма противоречивы, немалое количество таких исследований указывает на значительно большую тяжесть психопатологии РПП у пациентов женского пола, чем мужского [20, 35], а также лучшие результаты лечения и быструю прибавку в весе у юношей в сравнении с девушками [36]. В значительной части исследований авторы не смогли продемонстрировать значимых гендерных различий тяжести РПП, выраженности ассоциированной психопатологии, возраста начала и продолжительности заболевания, а также ответа на терапию [18, 41, 42].

Для РПП во всех возрастных и половых группах характерен высокий уровень коморбидной патологии, в первую очередь аффективных, тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств. По мнению ряда авторов, у пациентов мужского пола выявляется значительно более высокая представленность коморбидной психической патологии при меньшей степени недовольства своим телом и пищевых ограничений [5, 20, 17]. По данным S. Valente и соавт. [40], среди женщин наиболее представленными коморбидными психиатрическими расстройствами были аффективные и соматоформные, тогда как среди мужчин — тревожные и психотические.

У значительной части подростков мужского пола синдром рестриктивной НА развивается в рамках малопрогредиентной или, реже, инициальных расстройств приступообразной юношеской шизофрении [2, 11]. В связи с чем ограничения приема пищи у юношей требует особенно тщательного отграничения РПП от отказа от еды по галлюцинаторно-бредовым мотивам (императивные «голоса», запрещающие есть, бред отравления...). R. Bou Khalil et al [10] выделили у пациентов мужского пола с РПП и коморбидной психотической симптоматикой, страдающих шизофренией, четыре типа коморбидных взаимодействий: 1. острый психотический эпизод, связанный с органическими причинами, из-за недостаточного питания (анорексический психоз, по А.Е. Личко [4]); 2. Шизофре-

ния, развивающаяся на почве РПП; 3. анорексические идеи и РПП, формирующиеся у пациента с шизофренией; 4. пациенты, страдающие шизофренией, у которых развиваются ятрогенные, связанные с приемом нейролептиков, РПП.

В данном обзоре мы постарались осветить вопросы распространенности и особенностей клинических проявлений РПП у подростков мужского пола и проанализировать опубликованные по этим аспектам данные. Принимая во внимание представленные в обзоре материалы большого числа исследований, больше не представляется обоснованным рассматривать РПП как форму патологии редкую или не характерную у юношей, особенно учитывая рост распространенности РПП в этой половозрастной категории.

В то же время в завершение обзора приходится констатировать, что наши представления о клинических проявлениях и динамике РПП у подростков мужского пола на современном этапе очень ограничены, а число исследований этой группы пациентов явно недостаточно. И это при том, что РПП подросткового возраста представляют собой группу патологических форм с зачастую затяжным многолетним течением и значительным негативным влиянием, оказываемым на физическое, психическое и социальное развитие больных в крайне уязвимом периоде онтогенеза.

Даже оценка распространенности РПП у подростков и юношей затруднена нечеткостью диагностических подходов: только сейчас приходит понимание того, что диагностические критерии, разработанные на выборках пациентов женского пола, часто неэффективны у подростков и юношей и большинство РПП у таких пациентов попадает в разряд атипичных. Как основное отличие РПП у мальчиков-подростков специалисты отмечают в какой-то степени противоречивое стремление одновременно к более худому телу и мускулистости, рельефному телосложению. Эта тенденция обнаруживается и у части девочек (особенно имеющих девиации гендерной идентификации), при этом стремление к мускулистости, являющееся значимым симптомом, не отражено в критериях РПП в новых редакциях как DSM, так и МКБ.

Таким образом, вслед за только что имевшим место значительным смягчением критериев РПП в международных систематиках психической патологии и введением понятия НА без страха полноты (nonfat-phobic anorexia) с включением таких пациенток в группу типичной НА может потребоваться еще более значительное изменение подходов к диагностике РПП. Не исключено приближающееся значимое изменение нашего понимания сущности РПП с учетом их генетического базиса и биологического субстрата, по-видимому, единых для столь разнообразных вариантов этой группы психопатологических форм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюхин А.Е., Ушкалова А.В. Особенности течения атипичной мужской нервной анорексии // Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107: С. 59-61.
2. Грачев В.В. Расстройства пищевого поведения. Нервная анорексия // Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко, изд. 2, испр. и допол. М.: МИА, 2016. С. 592-638.
3. Грачев В.В., Косенко Н.А. Атипичные формы нервной анорексии и нервной булимии в подростковом возрасте (аналитический обзор) // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 2. С. 35-40.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.

5. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть II) // Бюллетень сибирской медицины. 2006. № 4. С. 83-91 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomenologiya-i-klassifikatsiya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-analiticheskij-obzor-literatury-chast-ii> (дата обращения: 29.08.2024).

REFERECES

1. Bryukhin A.E., Ushkalova A.V. Osobennosti techeniya atipichnoj muzhskoj nervnoj anoreksii // Zh. nevrol. i psikiatr im. S.S. Korsakova. 2007. T. 107: S. 59-61.
2. Grachev V.V. Rasstrojstva pishheвого povedeniya. Nervnaya anoreksiya // Detskaya i podrostkovaya psikiatriya. Klinicheskie lekczii dlya professionalov / Pod red. Yu.S. Shevchenko, izd. 2, ispr. i dopol. M.: MIA, 2016. S. 592-638.
3. Grachev V.V., Kosenko N.A. Atipichny`e formy` nervnoj anoreksii i nervnoj bulimii v podrostkovom vozraste (analiticheskij obzor) // Soczial`naya i klinicheskaya psikiatriya. 2015. # 2. S. 35-40.
4. Lichko A.E. Podrostkovaya psikiatriya. 2-e izd. L.: Mediczina, 1985. 416 s.
5. Romaczki V.V., Semin I.R. Fenomenologiya i klassifikaciya narushenij pishheвого povedeniya (analiticheskij obzor literatury`, chast` II) // Byulleten` sibirskoj medicziny`. 2006. # 4. S. 83-91 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomenologiya-i-klassifikatsiya-narusheniy-pischevogo-povedeniya-analiticheskij-obzor-literatury-chast-ii> (data obrashheniya: 29.08.2024).
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2013.
7. Andersen AE. Males with Eating Disorders. Routledge: New York & London, 1990.
8. Austen E, Griffiths S. Why do men stigmatize individuals with eating disorders more than women? Experimental evidence that sex differences in conformity to gender norms, not biological sex, drive eating disorders' stigmatization. *Eat Disord.* 2019; 27(3): 267-290. doi: 10.1080/10640266.2018.1499337.
9. Baker JH, Higgins Neyland MK, Thornton LM et al. Body dissatisfaction in adolescent boys. *Dev Psychol.* 2019; 55(7): 1566-1578. doi: 10.1037/dev0000724.
10. Baldó Vela D, Bonfanti N, Villarino Marín LA. Оценка риска расстройств пищевого поведения у мужчин, занимающихся командными видами спорта. *Front Nutr.* 2022, 9:957075. doi: 10.3389/fnut.2022.957075.
11. Bou Khalil R, Hachem D, Richa S. Eating disorders and schizophrenia in male patients: a review. *Eat Weight Disord.* 2011; 16(3): e150-6. doi: 10.1007/BF03325126.
12. Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 154: 1127-1132.
13. Coelho JS, Suen J, Marshall S et al. Gender differences in symptom presentation and treatment outcome in children and youths with eating disorders. *J Eat Disord.* 2021; 15; 9(1): 113. doi: 10.1186/s40337-021-00468-8.
14. Dally PJ *Anorexia nervosa*. New York: Grune and Stratton, 1969.
15. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(5): 464-70. doi: 10.1002/eat.22350.
16. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.*

2019; 109(5): 1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342.

17. Geist R, Heinmaa M, Katzman D, Stephens D. A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program. *Can J Psychiatry*. 1999; 44(4): 374-378. doi: 10.1177/070674379904400408.

18. Gorrell S., Hughes E.K., Sawyer S.M et al. Gender-based clinical differences in evidence-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Analysis of aggregated randomized controlled trials. *Eat. Weight Disord*. 2021; 27: 1123–1130. doi: 10.1007/s40519-021-01257-7.

19. Kjeldbjerg ML, Clausen L. Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023; 32(4): 549-574. doi: 10.1007/s00787-021-01850-2.

20. Kinasz K, Accurso EC, Kass AE, Le Grange D. Does Sex Matter in the Clinical Presentation of Eating Disorders in Youth? *J Adolesc Health*. 2016; 58(4): 410-416. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.005.

21. Kristjánsdóttir H, Sigurðardóttir P, Jónsdóttir S et al. Body Image Concern and Eating Disorder Symptoms Among Elite Icelandic Athletes. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(15): 2728. doi: 10.3390/ijerph16152728.

22. Lavender JM, Brown TA, Murray SB. Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(6): 32. doi: 10.1007/s11920-017-0787-5.

23. Limbers CA, Cohen LA, Gray BA. Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9: 111-116. doi: 10.2147/AHMT.S147480.

24. Madden S, Morris A, Zurynski YA et al. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Med J Aust*. 2009; 190(8): 410-414. doi: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02487.x.

25. Mancini G, Biolcati R, Pupi V et al. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nei maschi: una panoramica sulle ricerche nel periodo 2007-2017 [Eating disorders in males: an overview of research over the period 2007-2017]. *Riv Psichiatri*. 2018; 53(4): 177-191. Italian. doi: 10.1708/2954.29694.

26. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S et al. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clin Psychol Rev*. 2017; 57: 1-11. doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.001.

27. Nagata JM, Ganson KT, Murray SB. Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Curr Opin Pediatr*. 2020; 32(4): 476-481. doi: 10.1097/MOP.0000000000000911.

28. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011; 198(4): 295-301. doi: 10.1192/bjp.bp.110.081356.

29. Patton G.C., Coffey C., Carlin J.B. et al. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder // *Br. J. Psychiatry*. 2008; 192(4): 294-299.

30. Sahlan RN, Keshishian AC, Christian C et al. Eating disorder and social anxiety symptoms in Iranian preadolescents: a network analysis. *Eat Weight Disord*. 2022; 27(5): 1855-1867. doi: 10.1007/s40519-021-01329-8.

31. Selvini-Palazzoli M. Interpretation of mental anorexia. In *Anorexia Nervosa*. Stuttgart: Thieme Verlag, 1965.

32. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorder

ders among young people. *Curr Opin Psychiatry*. 2022; 35(6): 362-371. doi: 10.1097/YCO.0000000000000818.

33. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014; 47(6): 610-619. doi: 10.1002/eat.22316.

34. Shu CY, Limburg K, Harris C et al. Clinical presentation of eating disorders in young males at a tertiary setting. *J Eat Disord*. 2015; 3: 39. doi: 10.1186/s40337-015-0075-x.

35. Smith KE, Mason TB, Murray SB et al. Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Int J Eat Disord*. 2017; 50(7): 769-775. doi: 10.1002/eat.22716.

36. Støving RK, Andries A, Brixen K et al. Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry Res*. 2011;186(2-3): 362-366. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.005.

37. Sweeting H, Walker L, MacLean A et al. Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *Int J Mens Health*. 2015; 14(2): 10.3149/jmh.1402.86. doi: 10.3149/jmh.1402.86.

38. Thomas J.J., Vartanian L.R., Brownell K.D. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM // *Psychol. Bull*. 2009; 135(3): 407-433.

39. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(12): 1483-1499. doi: 10.1007/s00787-017-0999-6.

40. Valente S, Di Girolamo G, Forlani M et al. Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eat Weight Disord*. 2017; 22(4): 707-715. doi: 10.1007/s40519-017-0432-7.

41. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 45. doi: 10.1186/s12888-015-0419-8.

42. Zayas LV, Wang SB, Coniglio K et al. Gender differences in eating disorder psychopathology across DSM-5 severity categories of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(9): 1098-1102. doi: 10.1002/eat.22941.

V.V. Grachev¹, S.A. Akopyan²

PREVALENCE AND CLINICAL FEATURES OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENT BOYS (ANALYTICAL REVIEW)

¹Psychotherapy Center «Medikas», ²Scientific-Practical Children's and Adolescents Mental Health Center n.a. G.E. Sukhareva (Moscow).

Summary: The purpose of this review was to provide the most complete reflection and analysis of data from modern studies on the epidemiological and clinical aspects of eating disorders (ED) in adolescent males. The review seems relevant, taking into account the observed increase in the prevalence of eating psychopathology in the specified age and gender cohort. The review summarizes data from domestic and foreign articles included in PubMed and Google Scholar on the above-mentioned topics.

Keywords: eating disorders, prevalence, clinical features, male adolescents, gender differences.

УДК: 159.963.2

В.М. Ганузин, Г.С. Маскова, Л.И. Мозжухина, Е.А. Мавренкова
СОН И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).

Резюме. Сон у детей меняется на протяжении всей жизни, причем особенно заметные изменения происходят в течение первых нескольких лет жизни, а также при переходе от детства к подростковому возрасту. Такие изменения частично являются результатом созревания мозга, а также изменений в распорядке дня, требованиях окружающей среды и обязанностях. Несмотря на автоматизм сна у детей и подростков, в ряде случаев бывают моменты, когда сон может быть нарушенным. Авторы статьи провели аналитический обзор научных исследований по особенностям сна у детей и подростков и представили собственные наблюдения особенностей сна у детей первого года жизни.

Ключевые слова: сон, дети, подростки, возрастные особенности.

Сон у детей — важный и динамичный процесс, влияющий на многочисленные аспекты здоровья и развития. Проблемы со сном относительно распространены, но их часто бывает сложно распознать [14, 15, 22, 23]. JP. Chaput, C. Dutil, H. Sampasa-Kanyinga считают, что важно учитывать индивидуальные различия в потребностях во сне на протяжении жизненного цикла и что не существует «магического числа» для идеальной продолжительности сна. По заключению авторов, сон это не пустая трата времени, и для хорошего здоровья ему следует уделять такое же внимание, как питанию и физическим упражнениям [16, 17].

Учитывая сообщения о растущих проблемах со сном у детей, влияющих на здоровье и самочувствие маленьких детей и их семей, Консенсусная группа по качеству сна провела исследование, которое выявило взаимосвязь сна с качеством жизни, связанным со здоровьем (HRQoL), у здоровых детей 3-10-летнего возраста. Авторы предложили следующие индикаторы хорошего качества сна: латентность сна, количество пробуждений >5 минут, пробуждение после начала сна и эффективность сна [35].

По данным Bathory E, Tomopoulos S., проблемы со сном являются обычным явлением, о котором сообщает четверть родителей детей в возрасте до 5 лет, и они связаны с плохим поведением, плохой успеваемостью в школе и ожирением, а также с негативным вторичным воздействием на материнское и семейное благополучие. Авторы обратили внимание на то, что педиатры не уделяют должного внимания качеству сна при осмотрах детей и недооценивают имеющиеся проблемы со сном, т. к. при обучении в медицинском университете и в ординатуре они не получают достаточно информации по медицине сна. Понимание физиологии сна имеет решающее значение для способности педиатра эффективно и уверенно консультировать пациентов по вопросам сна [11].

C.A. Magee, L. Robinson, C. Keane выявили шесть различных классов качества сна у детей, а именно: хороший сон, умеренное качество сна, легкие нарушения сна, короткий сон, длительный сон и нарушенный сон. которые

могут иметь значение для качества жизни детей и подростков [24].

Большинство авторов считает, что нарушение сна в детском возрасте влияет на физическое и психическое состояние ребенка. Однако педиатры часто не обращают должного внимания на жалобы родителей относительно этих нарушений. По данным врачей-сомнологов, различные нарушения сна встречаются у 10-30% детей и распространенность их зависит от возраста.

Исследования Е.И. Рассказовой и соавт. показали, что частота ночных пробуждений отмечалась у 100% у новорожденных и снижалась до 20-30% у 6-месячных детей. После того как у детей достигнут непрерывный ночной сон, некоторые из них на первом году жизни могут вновь начать пробуждаться ночью. Это чаще является результатом влияния социальных факторов, а не проблем с их созревaniem [7, 8].

Регулярный, полноценный сон в течение рекомендованного времени не только влияет на качество жизни и состояние психического и физического здоровья в целом, но и является профилактикой когнитивных, эмоциональных и соматических расстройств. Между тем частота ночных пробуждений среди детей раннего возраста колеблется от 20% до 66% и требует внимания педиатра [4, 18].

J.C. Bladder et al. провели опрос, при котором задавались вопросы об основных характеристиках, условиях сна детей, привычках сна, вмешательстве взрослых, истории сна и конкретных проблемах со сном. Сопротивление сну было самой распространенной проблемой сна (27%). Также были распространены задержки засыпания (11,3%), ночные пробуждения (6,5%), проблемы с утренним пробуждением (17%) и жалобы на усталость (17%). Среди детей с проблемами засыпания 80% проявляли сопротивление отходу ко сну, а у 34% детей, сопротивляющихся сну, были проблемы с началом. Возникающие проблемы коррелировали с увеличением страхов, ночными пробуждениями, психическими и медицинскими состояниями, потребностью в утешении и близости к лицу, осуществляющему уход, а также с проблемами со сном в анамнезе. Сопротивление отходу ко сну было связано с непостоянным временем сна и засыпанием вдали от кровати. Те, у кого наблюдается задержка засыпания и сопротивление сну, также просыпаются позже, что позволяет предположить, что задержки фаз сна могут поддерживать эти проблемы [13].

J.P. Chaput et al. считают, что более продолжительный сон обычно связан с лучшим составом тела, эмоциональной регуляцией и ростом у детей в возрасте от 0 до 4 лет. Более короткая продолжительность сна также была связана с более продолжительным использованием компьютера и большим количеством психологических травм [16].

Биологический ритм сна и бодрствования регулируется как циркадными, так и гомеостатическими процессами. Сон также имеет внутреннюю ритмическую организацию, или архитектуру сна, которая включает в себя циклы быстрого и медленного сна. Эти физиологические процессы меняются на протяжении жизни, особенно в первые 5 лет. E. Bathory, S. Tomoroulos считают, что достичь адекватного сна часто бывает трудно, однако он является очень важным для оптимального ежедневного функционирования и поведения детей [11].

L. Matricciani, et al. также считают, что сон необходим для здоровья и благополучия детей. Характеристики детского сна, такие как продолжительность, время, качество и изменчивость сна, все чаще связаны с широким спектром последствий для здоровья. По мнению авторов, существуют убедительные доказательства связи продолжительности сна с ожирением и эмоциональными последствиями, а также взаимосвязь между качеством и временем сна, липидами крови и гликемическим контролем. Связь между сном и метаболическим синдромом у детей оказывается слабой и противоречивой. Понимание сна как многомерной конструкции и компонента 24-х часов также необходимо для лучшего понимания взаимосвязи между сном и здоровьем детей [25].

Нарушение сна. Исследования, проведенные J.A. Mindell показали, что около 25% детей в возрасте от 1 до 5 лет испытывают тот или иной тип нарушения сна. При этом нарушения сна у детей могут проявляться в различных формах [30]. Наиболее часто нарушения сна у детей можно разделить на 2 основные категории. Диссомнии включают те расстройства, которые приводят к затруднению начала или поддержания сна или сопровождаются чрезмерной сонливостью. Парасомнии - это расстройства, которые нарушают сон после того, как он был начат, но не приводят к жалобам на бессонницу или чрезмерную сонливость. Несмотря на то, что нарушения сна у детей встречаются часто, об этом известно недостаточно как педиатрам, так и врачам других специальностей [2, 3, 5, 6, 7, 10].

В своей статье P.C. Friman, C.J. Schnoes рассматривают важность сна в медицинском, эмоциональном, поведенческом и когнитивном здоровье детей. Авторами определены расстройства сна, распространенные среди детей, а также наиболее распространенные проблемы со сном, о которых сообщают родители и лица, осуществляющие уход за ребенком [20].

По данным K.A. Carter, N.E. Hathaway, C.F. Lettieri, обструктивное апноэ во сне встречается у 1–5% детей. Для диагностики этого состояния необходима полисомнография, поскольку его нельзя обнаружить только с помощью анамнеза и физического осмотра. Авторы считают, что аденотонзиллэктомия является основным методом лечения большинства детей с обструктивным апноэ во сне [14].

Исследования проведенные M.C. McDonagh, S. Marian et al. показали, что проблемы со сном особенно часто встречаются у детей с нарушениями нервно-психического развития и могут привести к последствиям для поведения, функционирования и качества жизни. Авторы проанализировали эффективность и вред фармакологического лечения нарушений сна у детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, аутизмом и РАС. Улучшение сна было наибольшим у детей с аутизмом или другими нарушениями нервного развития и меньшим у подростков и детей с хронической задержкой засыпания. Неблагоприятные события были нечастыми при приеме мелатонина, но чаще, чем плацебо, и у детей, принимавших эзопиклон или золпидем [26].

Сон играет жизненно важную роль в функционировании мозга и системной физиологии многих систем организма. Нарушения сна имеют существенные

неблагоприятные краткосрочные и долгосрочные последствия для здоровья. При аналитическом обзоре литературы G. Medic, M. Wille, M.E. Hemels показали, что у подростков нарушение сна влияет на психосоциальное здоровье, успеваемость в школе и рискованное поведение. Долгосрочные последствия нарушения сна у здоровых приводят к таким состояниям, как гипертония, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания, проблемы с весом, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа [27].

Исследования проведенные S.A. Nita et al. показали, что проблемы со сном часто встречаются у детей, особенно у детей с нарушениями нервно-психического развития, и могут привести к последствиям для поведения, функционирования и качества жизни [31].

S.P. Becker в своем исследовании выявил взаимосвязь сна с академической, социальной и поведенческой адаптацией. В эксперименте участвовали 175 детей (81 мальчик, 94 девочки) 1-6 классов в возрасте 6-13 лет и их учителя. Дети заполняли самоотчет о сне. Учителя оценивали симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности, оппозиционного поведения и симптомов тревоги/депрессии. Анализ многоуровневого моделирования показал, что после учета симптомов психопатологии проблемы со сном, о которых сообщали дети, были в значительной степени связаны с ухудшением академического, поведенческого и социального функционирования, о которых сообщали дети и учителя, включая повышенную реактивную агрессию, неприятие сверстников, одиночество, и снижение удовлетворенности дружбой и самооценки [12].

Проблемы со сном часто встречаются у здоровых детей раннего возраста, а также у детей старшего возраста и подростков, страдающих астмой. Однако мало что известно о характере сна и проблемах со сном у маленьких детей, страдающих астмой. Кроме того, когда у маленьких детей возникают нарушения сна, обычно нарушается и родительский сон. L.J. Meltzer, C.E. Pugliese провели исследование сна у 364 детей в возрасте от 1 до 4 лет, страдающих бронхиальной астмой, и их родителей. По сравнению с детьми с хорошо контролируемой астмой, у детей с плохо контролируемой астмой характер сна был хуже. Им было труднее заснуть, а также было больше нарушений сна (т. е. беспокойный сон, частые апноэ и удушье во время сна, а также частые кошмары во сне). Родители детей с плохо контролируемой астмой отметили, что их собственный сон регулярно нарушался и они часто просыпались по ночам из-за заботы о здоровье своего ребенка и стресса, вызванного ими [28].

Консультирование семей по вопросам сна, по данным E. Bathory, S. Tomoroulos, требует понимания регуляции сна, физиологии, закономерностей развития, рекомендаций по оптимальной продолжительности сна и многих факторов, влияющих на сон и гигиену сна. Для эффективного консультирования должны учитываться факторы ребенка и его родителей, такие как темперамент ребенка и родителей, взаимодействие родителей с детьми и родительское влияние на ребенка. А также влияние факторов окружающей, культурной, географической и домашней среды, воздействие средств массовой информации, которые влияют на сон детей и подростков [11].

L.J. Meltzer et al. исследовали состояние сна у детей младшего возраста, страдающих атопическим дерматитом и бронхиальной астмой, и их родителей. Данные авторов свидетельствуют о нарушении сна и снижении качества жизни у детей и их родителей. Базисная программа, применяемая при лечении детей, приводит к снижению тяжести заболевания, а также к улучшению продолжительности и эффективности сна, самооценочных показателей сна, дневного функционирования и качества жизни у детей и их родителей [28, 29].

S. Reutrakul et al. провели метаанализ исследований, в которых сообщалось о показателях сна у пациентов с сахарным диабетом первого типа (СД1) и контрольной группы, которым проводился гликемический контроль в промежутках между сном. У детей с СД1 продолжительность сна была короче (средняя разница [СР]= -26,4 минуты; 95% доверительный интервал [ДИ]= -35,4, -17,7), чем у контрольной группы [34].

Проблемы со сном и изменение нормального режима сна были выявлены A.M. Gregory, A. Sadeh при основных формах детской психопатологии, включая тревогу, депрессию и расстройства внимания, а также при симптомах трудностей во всем диапазоне у детей и подростков. Авторы сделали некоторые ключевые выводы относительно связи между сном и связанными с ним трудностями в детстве и подростковом возрасте. В заключении статьи ученые рекомендуют применять междисциплинарный подход для дальнейшего понимания связи между сном и связанным с ним трудностями [21].

По данным K.F. Davis et al, примерно 25% детей младше 5 лет испытывают те или иные проблемы со сном. Независимо от того, является ли проблема острой или хронической, может произойти значительное нарушение сна ребенка, что окажет негативное влияние на ребенка и семью. Эта статья является второй в серии из двух частей, посвященной сну младенцев и детей раннего возраста. Авторы в своей статье предоставили фундаментальную информацию о распространенных проблемах со сном у младенцев и детей, которую врач может использовать при оценке поведения ребенка во сне или решении проблем родителей [18].

Результаты отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о неблагоприятном влиянии буллинга на психическое и соматическое здоровье подростков. Ding H, et al, провели анализ нарушения сна у жертв буллинга и у буллеров. Для изучения связи между травлей в школе и нарушениями сна авторы использовали логистический регрессионный анализ. Активные участники травли, включая буллеров и жертв, сообщили о более высоких уровнях нарушений сна по сравнению с неактивными участниками. Была выявлена зависимость «доза–реакция» между количеством видов школьной травли и нарушениями сна. В контексте ролей, связанных с травлей, жертвы буллеров имели самый высокий риск сообщений о нарушениях сна. Авторы отметили положительную корреляцию между ролями травли и нарушениями сна у подростков раннего возраста. Они выделили четыре потенциальные категории поведения при травле в школе: низкая вовлеченность в травлю, вербальные жертвы и жертвы отношений, средние жертвы буллеров и высокие

жертвы буллеров. Самая высокая частота нарушений сна наблюдалась в группе с высоким уровнем жертв хулиганов. [19].

Комплексные исследования влияния буллинга и виктимизации, проведенные Н.Б. Семеновой, среди 298 подростков, вовлеченных в буллинг, выявили нарушения сна более чем у третьей части обследованных. Подростки, вовлеченные в буллинг, чаще предъявляют жалобы психосоматического содержания, в том числе на головную боль (62,8%), повторяющуюся боль в животе (60,1%), нарушение сна (43,6%). У девочек жалобы встречаются чаще, чем у мальчиков [9].

Несмотря на то, что нарушения сна у детей распространены, в педиатрической среде о них недостаточно известно. В статье, представленной J.A. Mindell, рассматриваются вопросы диссомнии и парасомнии, с которыми сталкиваются дети. Нарушения сна у детей они разделяют на две основные категории. К диссомниям относятся те расстройства, которые приводят к трудностям с засыпанием или поддержанием сна или сопровождаются чрезмерной сонливостью. Парасомнии – это расстройства, которые нарушают сон после его начала, но не приводят к жалобам на бессонницу или чрезмерную сонливость [3, 30].

Нами было проведено исследование по выявлению особенностей оценки родителями трудностей со сном у детей грудного возраста. В качестве баз для проведения исследования были выбраны детские поликлиники города Ярославля, в которых осуществлялось анкетирование семей с их добровольного согласия на приеме участкового педиатра. Проведен опрос 30 семейных пар, имеющих детей грудного возраста, по специально разработанной авторской анкете. Родители отвечали на вопросы о паттерне сна ребенка и заполняли опросник привычек детей в отношении сна.

Критериями включения в группы были: согласие родителей; возраст ребенка на момент исследования – до 12 месяцев включительно; гестационный возраст при рождении 38–40 недель, отсутствие тяжелых хронических заболеваний (группы здоровья 1, 2, 3), благоприятный социальный анамнез семей. За нормальный режим сна брали следующие параметры для детей: 1–2 месяца – 18 часов; 3–4 месяца – 17–18 часов; 5–6 месяцев – 16 часов; 7–9 месяцев – 15 часов; 10–12 месяцев – 13 часов [1, 32, 33].

Было проведено распределение детей в зависимости от возраста: до 1мес (13%), 1–6мес (40%), 6–12мес (47%). Распределение семей в соответствии с возрастом родителей: до 20 лет (7%), 20–30 лет (27%), 30–40 лет (46%), старше 40 лет (20%), средний возраст составил 33 года. 53% опрошенных семей – многодетные.

Все семьи со слов родителей имеют среднее материальное положение, однако у 13% не организован детский уголок. Вредные привычки представлены только курением, при этом более часто у отцов (40%). У 100% отношения между взрослыми членами семьи спокойные, ровные, рожденные дети были желанными, дети имеют положительные взаимоотношения со взрослыми и сверстниками. При оценке воспитания ребенка в 7% семей не соблюдают режим дня ребенка.

При анализе полученных нами данных жалобы на качество сна детей предъявляли 60% опрошенных родителей. Быстрое, спокойное засыпание детей отмечали 73% родителей, медленное – 20%, беспокойное – 7%. Глубокий, спо-

койный характер сна наблюдался у 60%, прерывистый, беспокойный у 40% детей. Длительность сна по возрасту была у 80%, укороченный/длинный – у 20% пациентов. К участковому педиатру по данному вопросу родители не обращались, так как не считали это проблемой.

Ночные пробуждения более характерны для раннего детского возраста, хотя 95% новорожденных плачут после ночного пробуждения и требуют родительского внимания для повторного засыпания. К возрасту одного года от 60 до 70% детей могут уже заснуть вновь самостоятельно. Исследования показали, что приблизительно каждый третий ребенок в возрасте до 4 лет продолжает пробуждаться ночью, что требует вмешательства родителей, чтобы вернуть его ко сну [1, 2, 4].

Выводы.

1. Регулярный, полноценный сон в течение рекомендованного времени не только влияет на качество жизни и состояние психического и физического здоровья в целом, но и является профилактикой когнитивных, эмоциональных и соматических расстройств.

2. Анализ научной литературы и данные собственных исследований свидетельствуют о довольно распространенном феномене нарушения сна и качества жизни у детей и их родителей, которые требуют полипрофильного подхода при диагностике нарушений и проведении профилактических мероприятий по достижению полноценного качественного сна у детей и подростков.

3. Учитывая распространенность жалоб на различные трудности, связанные со сном у детей грудного возраста, актуален вопрос о причинах, по которым родители не квалифицируют эти трудности как проблемы и не обращаются за помощью к педиатру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашидзе Э.Ф., Намазова Л.С., Кожевникова Е.В., Аршба С.К. Нарушение сна у детей // Педиатрическая фармакология. 2008. 5 (5). С. 69–73.

2. Блохин Б.М., Полуэктов М.Г., Тарасенко Е.С. и соавт. Нарушения и особенности сна у детей грудного и раннего возраста // Лечебное дело. 2010. Т. 1. С. 4–10.

3. Ганузин В.М. Сон и его нарушения у детей // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 2 (4) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 22.06. 2024).

4. Дубровская М.И., Рязанова О.В., Нетребенко О.К., Боткина А.С., Полунина В.В., Моисеев А.Б., Вартапетова Е.Е. Ночной сон у детей раннего возраста // РМЖ. Мать и дитя. 2021. № 4(2). С. 173-177. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-2-173-177.

5. Пшеничникова И.И., Захарова И.Н., Свиницкая В.И., Мирошина А.В. Нарушения ночного сна: влияние на состояние здоровья подростков // Практика педиатра. 2020. № 3. С. 20-23.

6. Кельмансон И.А. Расстройства сна и их связь с нарушениями в эмоциональной сфере и поведении у детей // Ж. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. 2021. Т. 121. № 11. С. 9398. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112111193>

7. Рассказова Е.И., Боташева Т.Л., Кудряшов Д.В., Железнякова Е.В., Заводнов О.П., Васильева В.В. Жалобы на нарушения сна у детей 5-13 лет: распространенность и содержание. Часть 1 // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 1. С. 58-78. DOI: 10.17759/cpp.2023310103

8. Рассказова Е.И., Боташева Т.Л., Кудряшов Д.В., Железнякова Е.В., Заводнов О.П., Васильева В.В. Жалобы на нарушения сна у детей 5-13 лет: соотношение оценок детей и родителей. Часть 2 // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 4. С. 47–64. DOI: 10.17759/cpp.2023310403

9. Семенова Н.Б. Влияние буллинга на здоровье подростков: ассоциация с психосоматическими жалобами // Профилактическая медицина. 2024. № 27(3). С. 52–58.

10. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / Под ред. Я.И. Левина, М.Г. Полуэктова. – М.: «Медфорум», 2013. 432 с.

REFERENCES

1. Abashidze E.F., Namazova L.S., Kozhevnikova E.V., Arshba S.K. Narushenie sna u detej // Pediatricheskaya farmakologiya. 2008. 5 (5). S. 69–73.

2. Blokhin B.M., Polue`ktov M.G., Tarasenko E.S. i soavt. Narusheniya i osobennosti sna u detej grudnogo i rannego vozrasta // Lechebnoe delo. 2010. T. 1. S. 4–10.

3. Ganuzin V.M. Son i ego narusheniya u detej // Klinicheskaya i mediczinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: e`lektron. nauch. zhurn. 2014. # 2 (4) [E`lektronny`j resurs]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (data obrashheniya: 22.06. 2024).

4. Dubrovskaya M.I., Ryazanova O.V., Netrebenko O.K., Botkina A.S., Polunina V.V., Moiseev A.B., Vartapetova E.E. Nochnoj son u detej rannego vozrasta // RMZh. Mat` i ditya. 2021. # 4(2). S. 173-177. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-2-173-177.

5. Pshenichnikova I.I., Zakharova I.N., Svincziczka V.I., Miroshina A.V. Narusheniya nochnogo sna: vliyanie na sostoyanie zdorov`ya podrostkov // Praktika peditra. 2020. # 3. S. 20-23.

6. Kel`manson I.A. Rasstrojstva sna i ikh svyaz` s narusheniyami v e`moczional`noj sfere i povedenii u detej // Zh. nevrol. i psikhiatr. im.S.S.Korsakova. 2021. T. 121. # 11. S. 9398. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112111193>

7. Rasskazova E.I., Botasheva T.L., Kudryashov D.V., Zheleznyakova E.V., Zavadnov O.P., Vasil`eva V.V. Zhaloby` na narusheniya sna u detej 5-13 let: rasprostranennost` i sodержanie. Chast` 1 // Konsul`ativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 1. S. 58-78. DOI: 10.17759/cpp.2023310103

8. Rasskazova E.I., Botasheva T.L., Kudryashov D.V., Zheleznyakova E.V., Zavadnov O.P., Vasil`eva V.V. Zhaloby` na narusheniya sna u detej 5-13 let: sootnoshenie ocenok detej i roditelej. Chast` 2 // Konsul`ativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 4. S. 47–64. DOI: 10.17759/cpp.2023310403

9. Semenova N.B. Vliyanie bullinga na zdorov`e podrostkov: assocziacziya s psikhosomaticheskimi zhalobami // Profilakticheskaya mediczina. 2024. # 27(3). S. 52–58.

10. Somnologiya i mediczina sna. Izbranny`e lekczii / Pod red. Ya.I. Levina, M.G. Polue`ktova. – М.: «Medforum», 2013. 432 с.

11. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age

children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(2):29–42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>

12. Becker S.P. External validity of children's self-reported sleep functioning: associations with academic, social, and behavioral adjustment // *Sleep Med*. 2014. Vol. 15. № 9. P. 1094—1100. DOI: 10.1016/j.sleep.2014.06.001

13. Bladder J.C., Koplewicz H.S., Abikoff H., Foley C. Sleep problems of elementary school children: a community survey. // *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997. Vol. 151. P. 473—480.

14. Carter KA, Hathaway NE, Lettieri CF. Common sleep disorders in children. *Am Fam Physician*. 2014 Mar 1;89(5):368-77. PMID: 24695508.

15. Carter JC, Wrede JE. Overview of Sleep and Sleep Disorders in Infancy and Childhood. *Pediatr Ann*. 2017 Apr 1;46(4):e133-e138. doi: 10.3928/19382359-20170316-02. PMID: 28414394.

16. Chaput JP, Dutil C, Sampasa-Kanyinga H. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? *Nat Sci Sleep*. 2018;10:421–30. <https://doi.org/10.2147/NSS.S163071>

17. Chaput JP, Gray CE, Poitras VJ, Carson V, Gruber R, Birken CS, et al. Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*. 2017;17(Suppl 5):855. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>

18. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: part two: common sleep problems. *J Pediatr Health Care*. 2004;18(3):130–7. [https://doi.org/10.1016/S0891-5245\(03\)00150-0](https://doi.org/10.1016/S0891-5245(03)00150-0)

19. Ding H, Cao L, Xu B, Li Y, Xie J, Wang J, Su P and Wang G (2023) Involvement in bullying and sleep disorders in Chinese early adolescents. *Front. Psychiatry* 14:1115561. doi: 10.3389/fpsy.2023.1115561

20. Friman P.C., Schnoes C.J. Pediatric Prevention: Sleep Dysfunction // *Pediatr Clin North Am*. 2020. Vol. 67. № 3. P. 559—571. PMID: 32443994. DOI: 10.1016/j.pcl.2020.02.010

21. Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioural difficulties in children and adolescents. *Sleep Med Rev*. 2012;16(2):129–36. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.03.007>

22. Kotagal, Suresh. Sleep-Wake Disorders of Childhood // *Continuum (Minneapolis, Minn.)* 23, 4, Sleep Neurology (2017): 1132-1150. PMID: 28777180. DOI: 10.1212/CON.0000000000000504

23. Kudryashov D., Rasskazova E., Tkhostov A., Ivanenko A. Validation of Russian version of the children's sleep habits questionnaire (CSHQ) // *Sleep Medicine*. 2017. Vol. 40. № S1. P. E171. DOI: 10.1016/j.sleep.2017.11.501

24. Magee CA, Robinson L, Keane C. Sleep quality subtypes predict health-related quality of life in children. *Sleep Med*. 2017;35:67–73. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.04.007>

25. Matricciani L, Paquet C, Galland B, Short M, Olds T. Children's sleep and health: a meta-review. *Sleep Med Rev*. 2019;46:136–50. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.04.011>

26. McDonagh M.C., Marian S. et al. Pharmacologic Treatments for Sleep Disorders in Children: A Systematic Review // *Journal of child neurology* 34, 5 (2019):

237-247. PMID: 30674203. DOI: 10.1177/0883073818821030

27. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:151–61. <https://doi.org/10.2147/nss.s134864>

28. Meltzer LJ, Flewelling KD, Jump S, Gyorkos E, White M, Hauk PJ. Impact of atopic dermatitis treatment on child and parent sleep, daytime functioning, and quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;124(4):385–92. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.12.024>

29. Meltzer LJ, Pugliese CE. Sleep in young children with asthma and their parents. *J Child HealthCare*. 2017;21(3):301–11. <https://doi.org/10.1177/1367493517712064>

30. Mindell, J. A. (1993). Sleep disorders in children. *Health Psychology*, 12(2), 151–162. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.2.151>

31. Nita S.A. et al. The Role of Polysomnography in Identifying Sleep Disorders in Children with Migraine // *Journal of medicine and life* 13, 1 (2020): 64-67. PMID: 30674203. DOI: 10.1177/0883073818821030

32. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*. 2017;3(1):6–19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>

33. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of sleep medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(6):785–6. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>

34. Reutrakul S, Thakkinstian A, Anothaisintawee T, Chontong S, Borel AL, Perfect MM, et al. Sleep characteristics in type 1 diabetes and associations with glycemic control: systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2016;23:26–45. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.03.019>

35. Sundell, A.L., Angelhoff, C. Sleep and its relation to health-related quality of life in 3–10-year-old children. *BMC Public Health* 21, 1043 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11038-7>

V.M. Ganuzin, G.S. Maskova, L.I. Mozhukhina, E.A. Mavrenkova
SLEEP AND ITS FEATURES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. Children's sleep changes throughout life, with particularly noticeable changes occurring during the first few years of life and during the transition from childhood to adolescence. Such changes are partly the result of brain maturation, as well as changes in daily routine, environmental demands, and responsibilities. Despite the automaticity of sleep in children and adolescents, in some cases, there are times when sleep may be disturbed. The authors of the article conducted an analytical review of scientific studies on sleep patterns in children and adolescents and presented their own observations of sleep patterns in children of the first year of life.

Keywords: sleep, children, adolescents, age characteristics.

К 70-ЛЕТИЮ НАТАЛЬИ ВАЛЕНТИНОВНЫ СИМАШКОВОЙ



1 августа 2024 г. исполнилось бы 70 лет со дня рождения Натальи Валентиновны Симашковой – детского психиатра, профессора, доктора медицинских наук.

Наталья Валентиновна окончила педиатрический факультет 2-го Московского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова в 1978 г. В 1978–1980 гг. проходила обучение в клинической ординатуре по психиатрии при ВНЦПЗ АМН СССР, в 1980–1983 гг. училась в аспирантуре ВНЦПЗ АМН СССР, в 1984 г. защитила кандидатскую диссертацию «Клинические особенности подростковой шизофрении с острыми полиморфными приступами». В последующем работала младшим научным сотрудником, научным сотрудником, старшим научным сотрудником, ведущим

научным сотрудником отдела детской психиатрии; с 2010 по 2022 гг. руководила отделом детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

В 2006 г. Наталья Валентиновна защитила докторскую диссертацию «Атипичный аутизм в детском возрасте». Круг научных интересов Н.В. Симашковой составляли актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии (расстройства аутистического спектра, детская и подростковая шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные расстройства, аффективные расстройства, гиперкинетический синдром и др.). Н.В. Симашкова является автором и соавтором более 320 научных публикаций в отечественных и зарубежных журналах и сборниках, 7 монографий. Выступления Натальи Валентиновны с докладами на конференциях, в том числе с международным участием, вызывали неизменный интерес слушателей. На протяжении ряда лет Наталья Валентиновна была лектором и ведущим клинических конференций на Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. Н.В. Симашкова была активным членом редакционных коллегий журналов «Психиатрия», «Аутизм и нарушения развития», научным руководителем 5 кандидатских диссертаций.

С 1995 г. Н.В. Симашкова являлась заместителем председателя постоянно действующего при ФГБНУ НЦПЗ семинара «Современные аспекты клинических, экспертных и социальных проблем подростково-юношеской психиатрии», читала лекции, проводила семинары и вебинары для психиатров, ординаторов, аспирантов, клинических психологов. Будучи членом экспертной группы ВОЗ по разработке психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней 11-го пересмотра, Наталья Валентиновна внесла ощутимый вклад в систематику психических нарушений детского и подросткового возраста. Являясь главным внештатным детским психиатром Центрального федерального округа Минздрава РФ, членом детской секции Российского общества психиатров, Н.В. Симашкова входила в состав ряда рабочих групп при Минздраве РФ, при Министерстве труда и социальной защиты РФ и при Министерстве образования РФ по вопросам развития межведомственного взаимодействия в организации специализированной психиатрической помощи детям. Наталья Валентиновна Симашкова — автор первых клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи при расстройствах аутистического спектра и детской шизофрении.

Профессиональные заслуги Н.В. Симашковой были высоко оценены, в 2012 г. ей было присвоено почетное звание «Почетный работник сферы образования РФ». Наталья Валентиновна была лидером российской детской психиатрии, она объединяла вокруг себя главных специалистов из регионов, помогала детям и родителям. Заслуженное уважение к Н.В. Симашковой - не только результат ее успешной научной деятельности, но и следствие ее незаурядных человеческих качеств. Светлая память об этом замечательном человеке, прекрасном докторе, отдававшем всю себя помощи маленьким пациентам и их семьям, навсегда останется в памяти и в сердцах тех, кто ее знал, любил, уважал. Дело, которому Наталья Валентиновна полностью отдала себя, сегодня продолжается в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ ее коллегами, соратниками и учениками.

**Коллеги
Редколлегия**

**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 09.09.2024 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