

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2025 (25), № 1

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .docx на адрес:
acpp@inbox.ru

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.2004 г.

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2025

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместитель Главного редактора

А.А. Северный

Редакционная коллегия:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

А.Г. Головина, О.П. Шмакова ОСОБЕННОСТИ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....	4
Г.Ю. Боровской, М.Н. Емельянова, Л.Н. Касимова, Е.А. Энгель РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТОАГРЕССИИ И ГЕТЕРОАГРЕССИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	11
И.А. Горьковая СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ.....	21
Т.Г. Светличная, Е.А. Смирнова ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ НА ПОДРОСТКОВ.....	29
Д.С. Клак, Н.В. Зверева КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОЦЕНКИ ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ В ГАДЖЕТАХ.....	40
Ю.А. Труханова, Л.А. Тишина, В.Т.А. Сорокина АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ КИНЕТИЧЕСКИХ И КИНЕСТЕТИЧЕСКИХ УКЛАДОВ У ОБУЧАЮЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА.....	50
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
В.Д. Менделевич, Э.В. Макаричева СЛУЧАЙ КВАДРОБИНГА: ГДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ИГРА И НАЧИНАЕТСЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ?.....	61
Т.А. Солодовникова, А.Г. Родионова, П.П. Скрипниченко, В.А. Клименко ПЛАВАНИЕ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ.....	74
Т.Д. Шевеленкова, М.М. Сальникова МЕТОДИКА «ИСТОРИЯ МОЕГО ТЕЛА» КАК КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ТЕЛУ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ (ЧАСТЬ II).....	82
ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	
А.А. Кокорева, Я.В. Колпаков, А.О. Коннова, Г.А. Корчагина, И.П. Крохин, Е.Б. Шмидеберг, А.В. Ялтонская РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СПЕКТРОМ НАРУШЕНИЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. ЧАСТЬ 1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	102
Ю.А. Пичугина, И.В. Забигулина, М.А. Березовская, О.С. Юков, Т.В. Коробицина, Е.А. Рябушева, Н.А. Афанасьева ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ФОРМИРОВАНИИ НЕФОРМАЛЬНЫХ МОЛОДЕЖНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....	116
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ	
Т.В. Вакуленко, Т.А. Басилова, Г.А. Перминова X ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАЗВИТИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ И ДЕТАМ».....	126
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	132

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

A.G. Golovina, O.P. Shmakova

FEATURES OF SCHOOL DYSADAPTATION IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPAL
PERSONALITY DISORDER..... 4

G.Yu. Borovskoy, M.N. Emelyanova, L.N. Kasimova, E.A. Engel

PREVALENCE OF AUTO- AND HETEROAGGRESSIVE BEHAVIOR AMONG CHILDREN
AND ADOLESCENTS..... 11

I.A. Gorkovaya

SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS WITH DEVIANT BEHAVIOR AT DIFFERENT
LEVELS OF SELF-REGULATION..... 21

T.G. Svetlichnaya, E.A. Smirnova

THE IMPACT OF INTERNET-TECHNOLOGIES ON TEENAGERS..... 29

D.S. Klak, N.V. Zvereva

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ANALYSIS OF PARENTAL
ASSESSMENT OF CHILDREN'S USE OF GADGETS..... 40

Yu.A. Trukhanova, L.A. Tishina, V.T.A. Sorokina

ANALYSIS OF THE STATE OF KINETIC AND KINESTHETIC BEHAVIORS IN CERTAIN
CATEGORIES OF STUDENTS WITH HEARING IMPAIRMENTS..... 50

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

V.D. Mendelevich, E.V. Makaricheva

CASE OF QUADROBING: WHERE THE GAME ENDS AND DOES PSYCHOPATHOLOGY
BEGIN?..... 61

T.A. Solodovnikova, A.G. Rodionova, P.P. Skripnichenko, V.A. Klimenko

SWIMMING AS A MEANS OF CORRECTION OF ANXIETY STATES IN HIGH SCHOOL
STUDENTS..... 74

T.D. Shevelenkova, M.M. Salnikova

THE «MY BODY STORY» METHOD AS A QUALITATIVE STUDY OF THE ATTITUDE
TOWARDS THEIR OWN BODY IN TEENAGE GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA
NERVOUS (PART II)..... 82

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

A.A. Kokoreva, Ya.V. Kolpakov, A.O. Konnova, G.A. Korchagina, I.P. Krokhin,

E.B. Shmideberg, A.V. Yaltonskaya

AUTISMS SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH FETAL
ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS: A LITERATURE REVIEW. PART 1. PROBLEM
STATEMENT AND EPIDEMIOLOGY..... 102

Y.A. Pichugina, I.V. Zabigulina, M.A. Berezovskaya, O.S. Yukov, T.V. Korobitsina,

E.A. Ryabusheva, N. A. Afanasieva

THE IMPORTANCE OF MENTAL DISORDERS IN THE FORMATION OF INFORMAL
YOUTH ASSOCIATIONS IN THE MODERN WORLD..... 116

OFFICIAL MATERIALS, REVIEWS, INFORMATION

T.V. Vakulenko, T.A. Basilova, G.A. Perminova

X ANNIVERSARY CONFERENCE «DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE FOR ADULT
AND CHILDREN»..... 126

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 132

**ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ,
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

УДК 616.89-053.6-039.71-07-08

А.Г. Головина, О.П. Шмакова

**ОСОБЕННОСТИ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ
С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье представлены результаты исследования школьного функционирования подростков с шизотипическим личностным расстройством. Клинико-психопатологически обследовано 38 больных, 12-17 лет 11 мес., 34 (89,5%) юношей и 4 (10,5%) девушки. Формализованным инструментом оценки клинических симптомов послужил Опросник шизотипических черт личности (SPQ). Все психопатологические феномены были сгруппированы в три кластера: 1) приводящие к снижению успеваемости; 2) предрасполагающие к пропускам занятий; 3) определяющие развитие конфликтов в школе. Чем выше были показатели по SPQ, то есть чем больше нарушений в различных сферах демонстрировали пациенты, тем хуже они адаптировались в школе.

Ключевые слова: школьная дизадаптация¹, шизотипическое личностное расстройство, подростки, социальная адаптация

У подростков, страдающих психическими расстройствами, часто обнаруживаются нарушения социального функционирования, структура и проявления которых отличаются разнообразием. Они могут быть связаны с проблемами, обусловленными особенностями одной, но чаще одновременно нескольких сфер психической деятельности (интеллекта, эмоций, воли). Практически все пациенты школьного возраста демонстрируют сложности в процессе обучения в школе, что значимо для взрослеющей личности, поскольку именно учеба - один из основных видов деятельности в данной возрастной группе. Она является проявлением познавательной активности, мотивации к получению академических знаний, когнитивной деятельности, коммуникативных навыков, а также полем социального тренинга юного индивидуума. В свою очередь, школьный фактор, влияя на общее психическое состояние, формирование личности и проявления ее свойств, развитие эмоционального и социального интеллекта подростков, сказывается и на особенностях динамики, выраженности клинических проявлений психических расстройств, имею-

¹Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дзадаптация». 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, Martiam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «**дизадаптация**» («**dysadaptation**»).

щихся у пациентов. Кроме того, академическая компетентность и успешная адаптация к условиям образовательного учреждения в период adolescence являются значимым предиктором качества функционирования индивидуума в будущем [8]. Литературные данные свидетельствуют о значительной распространенности явления школьной несостоятельности у пациентов с психическими расстройствами [6, 10], при этом значительная часть работ, посвященных данной проблеме, анализирует отдельные ее проявления, чаще уделяя внимание сложностям начального этапа школьного обучения [1], контингентам с задержкой психического развития, интеллектуальным дефицитом [9]. Исследования, предлагающие классификационные подходы к школьной дизадаптации (ШД), к сожалению, немногочисленны [3], среди них практически отсутствуют те, в которых авторами разработаны алгоритмы количественной оценки выявленных нарушений с учетом конкретной нозологии, определившей их развитие.

В контексте обсуждаемой проблемы особый интерес представляет шизотипическое личностное расстройство (ШТЛР) – один из вариантов шизотипического расстройства, часто диагностируемый у пациентов подросткового возраста [2, 4-5, 7]. Оно характеризуется доминированием устойчивых личностных аномалий, а нарушения социальной, в частности, школьной адаптации, в структуре его проявлений играют значимую роль. Несостоятельность, проявляющаяся в ходе учебы в школе, у подростков с ШТЛР, несмотря на ее частоту и релевантность, исследована недостаточно подробно и, что особенно важно, часто ограничивается самим фактом ее наличия без прицельного рассмотрения конкретных механизмов развития, выраженности и особенностей.

Целью настоящей работы стало изучение проблем школьного функционирования подростков с ШТЛР.

Материал и методы исследования. Исследование с использованием клинико-психопатологического, психометрического, статистического методов, ретроспективного анализа данных проводилось на базе одного из амбулаторных психиатрических участков московского Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. В исследование включались обучающиеся по школьной программе подростки, наблюдавшиеся по поводу шизотипического личностного расстройства (F21.8 по МКБ-10). Всего в исследование было включено 38 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет 11 мес. (средний возраст 14,8 года), из них 34 (89,5%) – мужского пола и 4 (10,5%) – женского. Стационарно обследованы 12 (31,6%) больных (все мальчики), остальные наблюдались амбулаторно.

Диагноз ШТЛР был установлен в возрасте до 10 лет – 17 больным (все мальчики), от 11 до 13 лет – 9 пациентам (5 мальчиков и 4 девочки), после 14 лет – 12 подросткам (все мальчики). Следует отметить, что у большинства пациентов с раннего возраста выявлялись признаки шизотипического дизонтогенеза, проявления дефицитности в различных сферах, включая эмоциональную, мотивационно-волевою. В качестве формализованного инструмента при оценке клинических симптомов ШТЛР использовался Опросник шизотипических черт личности (SPQ – Schizotypal Personality Questionnaire) [11], состоящий из 74 вопросов, позволяющих оценить выраженность всех диагностических признаков, характерных для шизотипического расстройства. Значения SPQ от 41 балла и выше, в соответствии с критериями, заданными шкалой, считались повышенными. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью

программного обеспечения GraphPad Prism 8 (San Diego, CA, USA). Для сравнения данных между группами использовался дисперсионный анализ (ANOVA, пост-хок тест Тьюки). Критический уровень значимости $p < 0.05$.

Критерии включения: возраст пациентов от 10 до 17 лет 11 мес., установленный диагноз «Шизотипическое личностное расстройство» (F21.8), информированное согласие подростка и его родителей (законных представителей) на участие в исследовании.

Критерии не включения: наличие текущего органического заболевания ЦНС, признаков текущего эндогенного процесса, развернутых психотических расстройств; интеллектуального дефицита умственной отсталости.

Результаты и обсуждение. На момент обследования все 38 пациентов учились в школе, прошли Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию для определения условий обучения и определения учебного маршрута. Из 38 человек – 21 (55%) подростков уже с младших классов обучались по адаптированным программам для детей с расстройствами аутистического спектра, задержками развития. Из них 4 больных (11%, все мальчики) являлись детьми-инвалидами по психическому заболеванию. Остальные 17 (45%) учились по основной образовательной программе, однако 6 (16%) из 17 обследованных получали образование в частных школах, где классы были малокомплектными с индивидуальным подходом к ученикам. 11 (29%) из 38 подростков в младшей и средней школе обучались в стандартных условиях, однако к моменту ее окончания были переведены на индивидуальное надомное обучение. У обследованных больных нарушения школьной адаптации отличались разнообразием. В случаях рано проявившихся симптомов ШТЛР пациенты обнаруживали слабую познавательную активность (в ряде случаев ограничивающуюся сферой сверхценных интересов), дефицит побуждений к получению систематизированных знаний, нарушения процесса запоминания и фиксации полученной информации, замедленное формирование отвлеченно-логического мышления. У них часто отмечалась чрезмерная двигательная расторможенность, чередующаяся с вялостью, пассивностью, а также эмоциональная неустойчивость, проявлявшаяся преимущественно плаксивостью. Низкая продуктивность в учебе нередко сочеталась с нелепым, неадекватным поведением в классе, невозможностью контролировать повышенную моторную активность. Во время занятий они вертелись за партой, вскакивали с места, ходили или бегали по классу, гримасничали, разговаривали, что расценивалось учителями и родителями как «кривляние», «шалости». Нередко несостоятельность в учебе влекла за собой страх неудачи, боязнь вызвать неодобрение педагогов или родителей, что, в свою очередь, провоцировало стремление любой ценой избежать посещения школы, проявлявшееся предъявлением разнообразных соматоформных жалоб, прогулами занятий, зачастую - гротескными реакциями отказа и протеста.

По достижении подросткового возраста пациенты сталкивались с необходимостью решения проблем, связанных с выбором профиля обучения и возросшими академическими нагрузками, поиском своего места в референтной группе сверстников и среди значимых взрослых, необходимостью самостоятельного установления и поддержания более широких социальных связей, чем это требовалось в детстве, что усугубляло имевшиеся ранее сложности. Больные отличались от сверстников психологической незрелостью, импульсивно-

стью, повышенной чувствительностью к реальным и мнимым обидам, вспыльчивостью и непоследовательностью. Они не умели справляться с трудностями, плохо приспосабливались к новым для себя ситуациям, дисциплинарным требованиям и негласным правилам, принятым в школе. Эти подростки, плохо понимая других, не считались с мнением и чувствами окружающих, нередко излишне категорично и не к месту высказывали свое мнение, часто проявляли негибкость, вели себя грубо и вызывающе или, напротив, чрезмерно робко. Такое поведение делало их «трудными», «неудобными», «сложными» как для одноклассников, так и для учителей. Несоответствие высокого уровня притязаний и реальных возможностей личности приводило к конфликтам со сверстниками и педагогами, отказу от посещения школы, смене учебных заведений.

Варианты ШД по предпочтительным нарушениям, выявленным у обследованных, представилось корректным подразделить на:

1. ШД с проявлениями плохой успеваемости:

а) ассоциированная с нарушениями мышления по эндогенному типу;

б) возникающая вследствие прокрастинации;

в) как производная апатобулических нарушений;

2. ШД, проявляющаяся необоснованными пропусками занятий:

а) связанная с социофобическими/обсессивно-компульсивными проявлениями;

б) ассоциированная с предъявлением психосоматических жалоб (алгии в области головы и шеи, сенсопатии с локализацией в области желудочно-кишечного тракта, сердца, а также дизритмии);

в) являющаяся проявлением эндогенных нарушений эмоционально-волевой сферы;

г) возникающая вследствие нарушений ритма сна и бодрствования.

3. ШД, проявляющаяся конфликтами в школе, вследствие нарушения межличностных отношений с одноклассниками, учителями:

а) определялась агрессивностью, чрезмерной вспыльчивостью подростка, являвшегося источником конфликтов/опасности для окружающих;

б) являлась следствием личностной уязвимости больного, часто подвергавшегося буллингу, игнорированию, сегрегации, избиениям, насмешкам окружающих, источником конфликтов/опасности для него являлся коллектив сверстников.

Представленность вариантов ШД² можно видеть в табл. 1.

Таблица 1.

Варианты ШД у подростков с ШТРЛ (n=83).

	Юноши	Девушки	Всего
ШД, проявляющаяся плохой успеваемостью	25	3	28
ШД, проявляющаяся пропусками занятий	21	4	25
ШД, проявляющаяся конфликтами в школе	28	2	30
ИТОГО	74	9	83

Оценка выраженности ШД проводилась по 5-балльной шкале, где 0 баллов - отсутствие проявлений ШД, 1 балл – единичные проявления ШД, 2 балла – легкие, 3 балла – средневывраженные, 4 балла – умеренные проявления ШД, 5

²У каждого из обследованных пациентов встречалось больше одного варианта ШД, отсюда сумма общего количества ее разновидностей превышает абсолютное число больных.

баллов – тяжелая степень ШД. Данные о степени выраженности ШД у обследованных пациентов представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Степень выраженности ШД у обследованных больных (n=38).

	Юноши	Девушки	Всего
1. средневывраженные проявления ШД	7(18%)	1(3%)	8(21%)
2. умеренные проявления ШД	18(47%)	2(5%)	20(52%)
3. тяжелые проявления ШД	9(24%)	1(3%)	10(27%)

Как можно видеть, более половины пациентов обнаруживали умеренные проявления ШД, около трети пациентов – тяжелые и менее четверти больных – среднетяжелые показатели ее выраженности (легких же выявлено не было). Анализ взаимосвязи значений по методике SPQ и степени выраженности ШД показал, что баллы по шкале SPQ значительно различались между группами тяжести: 46.75 ± 1.424 в группе 1, 56.55 ± 0.8659 в группе 2, 68.08 ± 1.118 в группе 3 ($p < 0.0001$, ANOVA, пост-хок тест Тьюки) (среднее $\pm$ ошибка среднего): чем выше были показатели по шкале SPQ, то есть чем больше нарушений в различных сферах демонстрировали пациенты, тем хуже они адаптировались в школе.

На дендрограмме (см. рис. 1) показана связь результатов обследования пациентов по шкале SPQ и выраженности проявлений ШД.

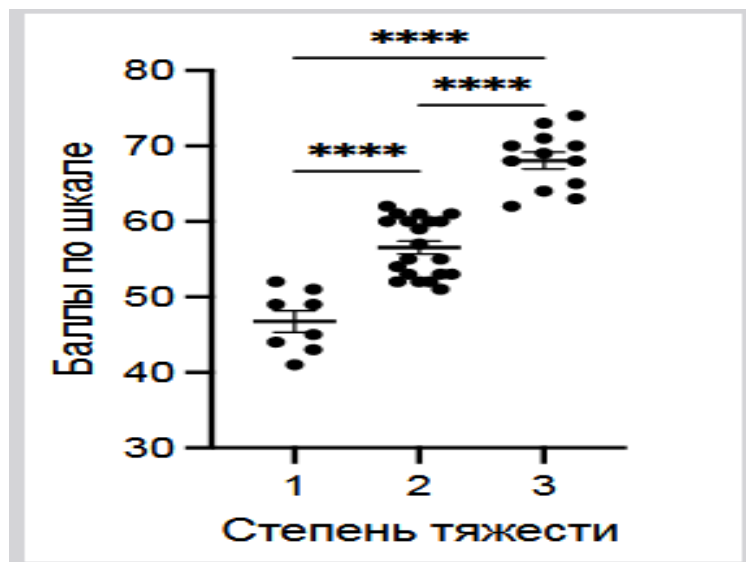


Рисунок1. Взаимосвязь значений по методике SPQ и степени выраженности ШД (по оси абсцисс: 1 - средневывраженная; 2 - умеренная, 3 - тяжелая ШД; по оси ординат: баллы по шкале SPQ). **** - $p < 0.0001$.

Анализ симптоматиологии ШТЛР, оцененной по результатам Опросника SPQ, показал, что у пациентов с нарушенной школьной адаптацией с преимущественным снижением успеваемости, выявлялись грубые специфические расстройства мышления, характерные для эндогенных заболеваний. Регистрировались признаки его аморфности, обстоятельности, метафоричности, гипердетализированности, не-

редко - стереотипности, наблюдалась обсессивная жвачка. Эти подростки имели высокие баллы по субшкале «нарушения мышления». У больных с ШД, ведущими проявлениями которой были пропуски занятий, регистрировались высокие баллы по субшкалам «идеи отношения», «подозрительность или параноидные идеи», «обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации». Пациенты с доминирующими проявлениями конфликтности (ШД, связанной с конфликтами в школе), имели высокие баллы по шкалам: «неадекватный или суженный аффект», «странное, эксцентричное поведение», «подозрительность или параноидные идеи».

Выводы. Несмотря на преимущественно непсихотический уровень расстройств, наблюдающихся при ШТЛР, их хронический характер и значительная длительность персистирования к моменту достижения подросткового возраста приводят к значимым нарушениям функционирования больных в условиях обучения в школе. ШД является вторичным симптомом по отношению к клиническим признакам ШТЛР, поэтому многообразие ее проявлений у подростков с ШТЛР обусловлено сложностью феноменологии и разнообразием палитры психопатологических расстройств у этих больных.

Все клинические феномены, приводящие к трудностям школьного обучения, могут быть сгруппированы в три кластера: 1) приводящие к снижению успеваемости; 2) предрасполагающие к пропускам занятий; 3) определяющие развитие конфликтов в школе. Безусловно, это подразделение имеет определенную долю условности, т. к. речь идет преимущественно о предпочтительности выявленных расстройств. Исследование показало, что чем больше нарушений в различных сферах демонстрировали пациенты, тем труднее им было адаптироваться в образовательном учреждении. Несмотря на то, что все обследованные с официально верифицированным диагнозом ШТЛР обучались в щадящих условиях, учитывающих имеющиеся у них расстройства, оказалось, что этап школьного обучения, приходящийся на период пубертата, представлял для них значительные сложности. Своевременное распознавание симптомов ШТЛР у подростков и их системная коррекция (фармакологическая и немедикаментозная) с учетом варианта и степени выраженности нарушений функционирования, возникающих в процессе школьного обучения, позволят улучшить не только актуальное состояние пациента, но и облегчить для него приобретение знаний, усвоение конструктивных жизненных стратегий, реализовать имеющиеся способности, повысить дальнейшее качество его жизни на этапе взрослости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова И.Д., Костин И.А. Особенности школьной адаптации учащихся с расстройствами аутистического спектра на первом году обучения // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 3. С. 78–97.
2. Горюнов А.В., Зверева Н.В., Симонов А.Н., Каледа В.Г. Клинические особенности шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. № 9-2. С. 5-13.
3. Катунова В.В. Практико-ориентированный подход к типологии школьной дизадаптации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 19–39.
4. Панкова О.Ф., Казин Н.М., Иванова С.М. Современные проблемы в изучении распространенности и диагностике расстройств шизофренического спектра у детей и подростков // Вестник РГМУ. 2021. № 3. С. 82-86.

5.Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Макаров Р.О., Чумак М.А. Эпидемиология расстройств шизотипического спектра и некоторые показатели качества жизни больных // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013. № 6. С.38-41.

REFERENCES

1.Antonova I.D., Kostin I.A. Osobennosti shkol'noj adaptaczii uhashhikhysya s rassstrojstvami autisticheskogo spektra na pervom godu obucheniya // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya.2023.T. 12, # 3. S. 78–97.

2.Goryunov A.V., Zvereva N.V., Simonov A.N., Kaleda V.G. Klinicheskie osobennosti shizotipicheskogo rassstrojstva v detsko-podrostkovom vozraste // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2022.T. 122. # 9-2. S. 5-13.

3.Katunova V.V. Praktiko-orientirovannyj podkhod k tipologii shkol'noj dizadaptaczii [E'lektronnyj resurs] // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya. 2019. T. 8. # 3. С. 19–39.

4.Pankova O.F., Kazin N.M., Ivanova S.M. Sovremennye problemy v izuchenii rasprostranennosti i diagnostike rassstrojstv shizofrenicheskogo spektra u detej i podrostkov // Vestnik RGMU. 2021. # 3. S.82-86.

5.Usacheva E.L., Pankova O.F., Makarov R.O., Chumak M.A. E'pidemiologiya rassstrojstv shizotipicheskogo spektra i nekotorye pokazateli kachestva zhizni bol'nykh // Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina. 2013. № 6. S.38-41.

6.Chien Y.L., Tu E.N., Gau S.S. School Functions in Unaffected Siblings of Youths with Autism Spectrum Disorders // J Autism Dev Disord.-2017. Vol.47. №10. P.3059-3071.

7.Fonseca-Pedrero E., et al. The structure of schizotypal personality traits: a cross-national study // Psychol Med. 2018. №48. P.451-462.

8.Ibragimova M.H., Ortiqova S.X., Turayev B.T. Features of social adaptation of adolescents with mental disorders // J of Sci in Medicine and Life. 2024. Vol. 2, № 3. P. 55-62.

9. Kislyakov P.A., Shmeleva E.A., Luneva L.F., Rybakova A.I., Feofanov V.N. Social and psychological safety of adolescents with intellectual disabilities in special and inclusive schools of Russia // Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2018. Vol.12. № 8. P. 17-20.

10.Prabhuswamy M. To go or not to go: School refusal and its clinical correlates // J Paediatr Child Health. 2018. Vol.54. № 10. P. 1117-1120.

11.Raine A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria // Schizophr Bull. 1991. Vol.17. № 4. P. 555-564.

A.G. Golovina, O.P. Shmakova

FEATURES OF SCHOOL DYSADAPTATION IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The results of a study of the school functioning of adolescents with schizotypal personality disorder are presented. Clinical and psychopathological examination included 38 patients aged 12-17 years and 11 months, 34 (89.5%) boys and 4 (10.5%) girls. The Schizotypal Personality Traits Questionnaire (SPQ) served as a formalized tool for assessing clinical symptoms. All psychopathological phenomena were grouped into three clusters: 1) leading to a decrease in academic performance; 2) predisposing to skipping classes; 3) determining the development of conflicts in school. The higher the SPQ scores, that is, the more violations in various areas the patients demonstrated, the worse they adapted to school.

Keywords: school dysadaptation, schizotypal personality disorder, adolescents, social adaptation

УДК 616.89-008.444.9

Г.Ю. Боровской, М.Н. Емельянова, Л.Н. Касимова, Е.А. Энгель
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТОАГРЕССИИ
И ГЕТЕРОАГРЕССИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ³**
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (Нижний Новгород).

Резюме. В статье представлены результаты исследования распространенности аутоагрессии и гетероагрессии у подростков 9-11 классов школ г. Нижнего Новгорода, полученные с помощью опросника, разработанного кафедрой психиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета совместно с Нижегородским институтом управления - филиалом РАНХиГС. В исследовании приняли участие 517 школьников. Выявлены наиболее значимые факторы риска возникновения агрессивного поведения. Подростки, вошедшие в группу риска по аутоагрессии и гетероагрессии, в большинстве случаев (73,1%) имели психические нарушения, классифицируемые на основании критериев МКБ-10 и DSM-V.

Ключевые слова: аутоагрессия, гетероагрессия, подростки, социальные факторы, психические расстройства.

Введение. Подростковая агрессивность является одной из острейших проблем нашего общества [11, 17, 22]. По данным исследований последних 10 лет, наблюдается существенный рост агрессивного поведения среди подростков в разных ее формах [1, 6, 13, 14, 16, 18, 23].

Актуальность. В структуре агрессии подростков суицидальное поведение рассматривается как крайняя степень аутоагрессии [27], а крайней формой проявления гетероагрессии является скулшуттинг [14, 16]. Согласно данным ВОЗ за 2019 г., Россия заняла 9 место по количеству суицидов среди юношей и 24 место среди девушек в возрасте 15-19 лет [6]. В Нижегородской области за период с 2021 по 2022 гг. зарегистрировано 27 случаев заверщенного суицида и 332 попытки суицида среди подростков и детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно [18].

По данным социологических исследований, с 2014 г. в России произошло от 15 до 19 случаев стрельбы в учебных заведениях (например, в 2014 г. в Москве, в 2018 г. в Улан-Удэ и Перми). Подобные преступления удалось предотвратить в Пензе и Хабаровске в 2019 г., в Керчи в 2020 г. [13].

Теоретические аспекты феномена агрессии. По определению С.Н. Ениколопова, агрессия — это «целенаправленное поведение, нарушающее нормы и правила существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения, причиняющее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт» [12]. Агрессивность и агрессивное поведение у молодых людей являются результатом сложного взаимодействия средовых факторов [9, 15] и генетических предрасположенностей [30]. Эти факторы тесно связаны с суицидальными тенденциями и самоубийствами [31].

³Научная работа выполнена в рамках реализации программы стратегического академического лидерства «Приоритет 2030».

Среди средовых факторов выделяют: употребление психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя [7], запугивание и издевательства [8, 29], особенности семейного воспитания [20, 28], сексуальное, физическое и эмоциональное насилие [26], уровень самооценки [21, 24]. К биологическим факторам относят: пол [10, 19], наличие родственников с психическими заболеваниями [2], наличие психического расстройства [5, 25]. Понимание этих факторов может помочь в разработке программ профилактики, направленных на снижение агрессивного поведения.

Цель исследования. Оценить распространённость аутоагрессивных и гетероагрессивных тенденций среди учащихся школ Нижнего Новгорода, выявить группу риска.

Материалы и метод. Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе для оценки аутоагрессивного и гетероагрессивного поведения было проведено не анонимное анкетирование учащихся школ Нижнего Новгорода при помощи социопсихологического опросника, разработанного кафедрой психиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета совместно с Нижегородским институтом управления - филиалом РАНХиГС.

Вопросы анкеты были сгруппированы по следующим разделам: мировоззрение, досуговые предпочтения, отношения в семье, отношения со сверстниками, школьная травля, отношение к самоубийству и оружию. Для оценки общей агрессивности использовался адаптированный опросник агрессии Басса-Перри (вариант С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского, 2007). Также в анкету был включен опросник суицидального риска (SBQ). Были заданы триггерные значения ответов для ауто- и гетероагрессии. Согласно литературным данным и данным собственного исследования, показатель распространенности агрессивных тенденций близится к 20%, что позволило определить пороговые значения в 12 баллов для аутоагрессии и 13 для гетероагрессии. В ходе статистической обработки использовался коэффициент надежности Альфа Кронбаха, что позволило выявить связь между переменными-индикаторами.

Родители учеников дали письменное добровольное информированное согласие, содержащее информацию об исследовании. Учащиеся в возрасте от 15 лет самостоятельно заполняли согласие на проведение обследования [3, 4].

В рамках второго этапа работы было проведено клиническое исследование с использованием диагностических опросников. На основании критериев МКБ-10 и DSM-V были установлены клинические диагнозы.

Результаты исследования.

Первый этап. На первом этапе исследования в анкетировании приняли участие 517 учащихся 9-11 классов 10 школ Нижнего Новгорода. Были выделены две группы для сравнения. В первую входили подростки, набравшие по результатам анкетирования по аутоагрессии и гетероагрессии выше 12 и 13 баллов соответственно. В контрольную группу вошли учащиеся, набравшие ниже 7 баллов.

Из 517 учащихся в группе риска оказались 59 человек. Из них 34 (6,6%) подростка имели выраженные аутоагрессивные тенденции, 14 (2,7%) человек имели комбинированный тип агрессии (и аутоагрессию, и гетероагрессию), высокий балл гетероагрессии был выявлен среди 11 учащихся (2,1%).

Из 59 респондентов 33,9% были мальчики (20 человек) и 59,3% девочки (35 человек), 6,8% опрошенных (4 человека) предпочли не отвечать на этот вопрос. Анализ соотношения пола и типа агрессии показал, что среди мальчиков аутоагрессия была выявлена у 11 человек (18,6%), гетероагрессия – у 3 (5%), комбинированный тип агрессии – у 6 (10,2%), среди девочек у 19 (32,2%) - аутоагрессия, у 8 (13,5%) – гетероагрессия, у 8 (13,5%) – комбинированный тип агрессии.

В результате анализа полученных данных факторы риска были расположены по частоте представленности. Проявление злости и гнева в ответ на внешние факторы являлось наиболее часто встречающимся фактором риска развития агрессии. В обеих группах испытуемые чаще испытывали злость по отношению к себе, родителям, друзьям, учителям по сравнению с контрольной группой (см. табл. 1).

Таблица 1.

	В общении с кем вы испытывали гнев, злость, ненависть в последнее время:			
Ответ	«С родителями, одним из родителей»	«С друзьями»	«С учителями»	«Злость на себя»
Аутоагрессия	45,76%, $\varphi=5,159$	25,42%, $\varphi=2,525$	22,03%, $\varphi=4,302$	44,06%, $\varphi=4,441$
Гетероагрессия	23,73%, $\varphi=4,171$	11,86%, $\varphi=1,752$	13,56%, $\varphi=3,953$	28,81%, $\varphi=4,806$
Контрольная группа	11,7%	11,7%	1,7%	15%

Употребление алкоголя - второй по частоте фактор риска агрессивного поведения в подростковой среде. В группе риска по аутоагрессии (50,85%, $\varphi=5,066$) и гетероагрессии (30,51%, $\varphi=4,974$) большинство респондентов уже пробовали алкоголь по сравнению с контрольной группой (16,7%).

Следующим по частоте фактором риска являлся буллинг. В 3 раза чаще с травлей в школе сталкивались испытуемые из группы риска с повышенным уровнем аутоагрессии (45,76%, $\varphi=4,594$) и в 1,5 раза чаще в группе риска по гетероагрессии (22%, $\varphi=3,801$) по сравнению с контрольной группой (15,3%).

Одним из факторов риска агрессии является обстановка в семье. Были выявлены основные причины семейных конфликтов: 1) разные взгляды на жизнь, 2) особенности характера, 3) финансовые затруднения, 4) употребление алкоголя и наркотиков кем-то из членов семьи (см. табл. 2).

Таблица 2.

	Если происходят конфликты, то чаще всего они происходят из-за того, что:			
Ответ	1)	2)	3)	4)
Аутоагрессия	42,4%, $\varphi=2,923$	27,1%, $\varphi=4,999$	13,6%, $\varphi=2,995$	11,9%, $\varphi=2,747$
Гетероагрессия	28,8%, $\varphi=3,747$	18,6%, $\varphi=4,995$	10,2%, $\varphi=3,201$	5,1%, $\varphi=1,908$
Контрольная группа	25%	1,7%	1,7%	0%

Анализируя отношение группы риска к суициду, мы получили следующие данные: в контрольной группе респонденты отмечали, что никогда не задумывались о самоубийстве, а испытуемые, имеющие агрессивные тенденции, планировали и даже пытались покончить жизнь самоубийством (см. табл. 3).

Таблица 3.

	Вам когда-нибудь приходила в голову мысль о самоубийстве, или Вы пытались покончить жизнь самоубийством?				Какова вероятность, что вы предпримите попытку самоубийства?	
Ответ	«Как минимум один раз я планировал покончить жизнь самоубийством, но не осуществил попытку»	«Как минимум, один раз я планировал покончить жизнь самоубийством и действительно хотел умереть»	«Я пытался покончить жизнь самоубийством, но не хотел умереть»	Я пытался покончить жизнь самоубийством и действительно хотел умереть»	«Возможно»	«Вполне возможно»
Аутоагрессия	32,2%,	20,3%,	5,1%,	3,4%	18,6%	5,1%
Гетероагрессия	6,78%,	3,39%,	3,39%	1,69%	8,47%	1,69%
Контрольная группа	0%	0%	0%	0%	0%	0%

У респондентов, вошедших в контрольную группу, нет друзей, совершивших суицидальную попытку, в отличие от испытуемых, имеющих аутоагрессивные (28,81%) и гетероагрессивные тенденции (23,73%).

Респонденты, вошедшие в группу риска по аутоагрессии и гетероагрессии, чаще общались с людьми, с которыми были знакомы только в интернете или предпочитали одиночество, по сравнению с испытуемыми без выраженных агрессивных тенденций (см. табл. 4).

Посредством статистического анализа, удалось выявить сочетание факторов риска, которые вместе оказывают значительное влияние на развитие агрессии. Так, подростки, которые подвергались буллингу или сами участвовали в травле, испытывали высокий уровень гнева – 88,1% ($\varphi=6,993$) и проявляли его по отношению к себе – 55,9% ($\varphi=5,073$) и родителям – 45,8% ($\varphi=5,6$), имели друзей с суицидальными наклонностями – 40,7% ($\varphi=6,094$) и уже употребляли алкоголь – 59,3% ($\varphi=6,681$).

Таблица 4.

Ответ	С кем вы в основном общаетесь			
	«С одноклассниками»	«С людьми, с которыми знаком только в интернете»	«С родственниками»	«Предпочитаю одиночество»
Аутоагрессия	30,5%, $\varphi=2,696$	23,7%, $\varphi=2,293$	23,7%, $\varphi=3,604$	16,9%, $\varphi=1,875$
Гетероагрессия	15,3%, $\varphi=2,323$	18,6%, $\varphi=3,163$	5,1%, $\varphi=4,760$	18,6%, $\varphi=3,642$
Контрольная группа	63,3%	11,7%	63,3%	8,3%

Второй этап. На втором этапе было проведено клиническое и психологическое исследование с использованием диагностических критериев МКБ-10 и DSM-V и диагностических опросников (Леонгарда-Шмишека, 1970, Гамильтона, 1960, Басса-Перри 1992).

На данном этапе исследования приняли участие 26 учащихся из 59, вошедших в группу риска. Часть респондентов, попавших в группу риска, или их родители отказались от участия во втором этапе исследования (56%), считая, что информация о психической патологии может негативным образом сказаться на будущем подростка. Родители, которые отмечали у своих детей изменения в поведении и эмоциональной сфере, дали согласие на проведение консультации (44%).

По результатам опросника Леонгарда-Шмишека, наиболее часто встречающимися типам акцентуации характера были: возбудимый тип личности - 50% (13 человек) и демонстративный тип личности - 30,7% (8 человек). Среди типов акцентуации темперамента: эмотивный тип личности - 73,07% (19 человек), гипертимный тип личности - 61,5% (16 человек), циклотимный тип личности - 30,75% (8 человек) и тревожный тип личности - 23,07% (6 человек).

По шкале Гамильтона депрессия была выявлена у 65,4% (17 человек) из 26 опрошенных учеников, среди которых у 34,6% (9 человек) - депрессивное расстройство средней степени тяжести. Легкое депрессивное расстройство было обнаружено у 23% (6 человек) депрессивное расстройство тяжелой степени у 7,8% (2 человека) осмотренных.

По результатам опросника Басса-Перри, повышенный уровень гнева был выявлен у 38,4% (10 человек) респондентов. У девочек этот показатель оказался выше - 50% (8 человек), чем у мальчиков - 20% (8 человек). Средний уровень враждебности в группе риска составил 42,3% (11 человек), у девочек - 37,5% (6 человек), у мальчиков - 50% (10 человек). Средний уровень вербальной агрессии - 38,4% (10 человек), у девочек - 37,5% (6 человек), у мальчиков - 40% (4 человека).

Из осмотренных на втором этапе исследования 26 учащихся у 73,1% (19

человек) были выявлены психические расстройства.

Большое депрессивное расстройство (БДР) было выявлено у 30,7% (8 человек) из 26 осмотренных учеников, среди которых 19,2% (5 человека) было с БДР легкой степени тяжести, 11,5% (3 человека) имеют БДР средней степени тяжести.

Также нами было выявлено, что некоторые респонденты имели БДР, коморбидное с симптомами параноидного расстройства личности (3,8%), антисоциального расстройства личности (3,8%), обсессивно-компульсивного расстройства (3,8%).

Из 26 учащихся у 7,7% респондентов было диагностировано генерализованное тревожное расстройство, у 3,8% выявлено смешанное тревожно-депрессивное расстройство, 7,7% - шизотипическое расстройство, у 3,8% – параноидное расстройство личности и у 3,8% было выявлено шизоаффективное расстройство.

Обсуждение. Проведенные исследования показали, что при использовании не анонимного анкетирования частота аутоагрессии и гетероагрессии среди школьников составила 11,4%. По данным литературы, частота такого рода проявлений агрессии составила 18-20%. Более низкие показатели в нашем исследовании связаны с тем, что дети, участвовавшие в исследовании, должны были оставлять свои персональные данные, включающие в себя фамилию, имя, отчество и личный номер телефона. Такие сведения были необходимы для того, чтобы школьный психолог или педагог могли составить индивидуальную программу коррекции для каждого подростка.

В ходе исследования были выявлены наиболее значимые факторы риска развития аутоагрессии и гетероагрессии. Среди них: частое переживание чувства злости и гнева, употребление алкоголя, травля в школе, семейные конфликты, а также наличие друзей, совершивших суицидальную попытку.

Клинические исследования на втором этапе позволили оценить структуру психических расстройств в группе риска. Самым часто встречающимся психическим расстройством оказалось большое депрессивное расстройство (30,7%), тревожные расстройства (11,5%) и расстройства шизофренического спектра (11,5%).

Дети, вошедшие в группу риска, должны быть в постоянном контакте с школьным психологом, знакомым с проблемами ребенка и разработавшим индивидуальную программу, направленную на коррекцию существующих психологических нарушений. При необходимости школьный психолог может направить ребенка к психологу службы психолого-педагогической и медико-социологической помощи обучающимся, а тот, при необходимости, к подростковому психиатру. Только совместная работа специалистов позволит адаптировать ребенка и предупредить агрессию, направленную на себя или окружающих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексанян Н.Г., Мищенко Я.П. Сравнительная характеристика мер, направленных на противодействие скулшуттингу как террористической идеологии // Студенческая наука: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сб. статей XIII Международной научн.-практ. конф, Пенза, 29 декабря 2023 г. Пенза: Наука и Просвещение, 2023. С. 241-244. EDN FAXDCN

2. Багацкая Н.В., Проскурина Т.Ю., Михайлова Э.А., Решетовская Н.Е., Аль-Анни Инас Гхассан Свидан Определение вклада средовых и наследственных факто-

ров в формирование депрессивных расстройств у детей и подростков // Вісник проблем біології і медицини. 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opredelenie-vklada-sredovyh-i-nasledstvennyh-faktorov-v-formirovanie-depressivnyh-rasstroystv-u-detey-i-podrostkov> (дата обращения: 17.07.2024).

3. Борисова З.К., Кириллова Т.А., Гаревская Ю.А. Социологические исследования по изучению условий и образа жизни подростковой популяции // Медицинский альманах. 2010. № 1. С. 29-31.

4. Вдовина М.В. Конфликтные взаимоотношения поколений в семье и их регулирование // Вестник ННГУ. 2008. № 3. С. 315-321.

5. Ворсина О.П., Симуткин Г.Г. Суицидальное поведение населения Иркутской области. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013. 334 с.

6. ВОЗ. Данные глобальной обсерватории здравоохранения. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

7. Гишинский Я.И. Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением. М.: Просвещение, 1989. 114 с.

8. Гусейнова Е.А., Ениколопов С.Н. Влияние позиции жертвы буллинга на агрессивное поведение // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014;6(2):246-256. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/2/Guseinova_Enikolopov.phtml

9. Дозорцева Е.Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением. М.: РИО «ГНЦ ССП Росздрава», 2004. 352 с.

10. Долгова В.И., Иванова Л.В. Психологические особенности агрессивного поведения подростков // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. Т. 31. С. 11-15.

11. Ениколопов С.Н. Агрессивность как форма активности. М.: 2002. 127 с.

12. Ениколопов С.Н. Психологические проблемы агрессивного поведения. Сб. мат-лов I Международной научн.-практ. конф «Психологическая работа в системе морально-психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности личного состава: состояние, проблемы и пути решения». 2018. С. 86–94.

13. Лисицын П. Случаи предотвращения вооруженных нападений на учебные заведения в России [Электронный ресурс] URL: <http://ria.ru/20200416/1570142889.html> (дата обращения: 17.03.2023)

14. Лукашкова И.Л., Яценко А.А. Феномен скулшуттинга: причины и профилактика // Ученые записки Казанского юридического института МВД России. 2021. Т. 6. № 2 (12). С. 337-341.

15. Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С. Клинико-психологические методы оценки риска совершения агрессивных действий несовершеннолетними: аналитический обзор. М.: ФГУ «ГНЦССП имени В.П. Сербского», 2008. 29 с.

16. Никишин В.Д. Колумбайн (скулшуттинг): сущность, правовая квалификация, криминалистическая диагностика // Lex russica. 2021. Т. 74. № 11 (180). С. 62-76.

17. Платонова Н.М. Агрессия у детей и подростков: Учебное пособие / Ред. Н.М. Платонова. СПб: Речь, 2006. 336 с.

18. Постановление Правительства Нижегородской области от 20.10.2023 № 940 «Об утверждении Стратегии комплексной безопасности детей на территории Нижегородской области на период до 2030 года» (URL: <https://nobl.ru/dokumenty-ob-utverzhenii-strategii-kompleksnoy-bezopasnosti-detey-na-territorii-nizhegorodskoy-oblasti-na-per/?ysclid=ls0l5uw4jt854282706>)

19. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 5. С. 3-3.

20. Реан АА, Коновалов ИА. Проявление агрессивности подростков в зависимости от пола и социально-экономического статуса семьи // Национальный психологический журнал. 2019;1(33):23-33.

21. Рогова ЕЕ. Особенности проявления агрессии у подростков с разным уровнем самооценки. Ученые записки университета Лесгафта. 2020;12(190):360-363. doi:10.34835/issn.2308-1961.2020.12. p360-363

22. Смирнова Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. Ростов н/Д: «Феникс», 2004. 160 с.

23. Шиляева И.Ф., Астахова А.В. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Вестник Прикамского социального института. 2018. № 1(79). С. 148-152

REFERENCES

1. Aleksanyan N.G., Mishhenko Ya.P. Sravnitel'naya kharakteristika mer, napravlenny`kh na protivodejstvie skulshuttingu kak terroristicheskoy ideologii // Studencheskaya nauka: aktual'ny`e voprosy`, dostizheniya i innovaczii. Sb. statej XIII Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf, Penza, 29 dekabrya 2023 g. Penza: Nauka i Prosveshhenie, 2023. S. 241-244. EDN FAXDCN

2. Bagaczskaya N.V., Proskurina T.Yu., Mikhajlova E`.A., Reshetovskaya N.E., Al`-Anni Inas Gkhassan Svidan Opredelenie vkladu sredovy`kh i nasledstvenny`kh faktorov v formirovanie depressivny`kh rasstrojstv u detej i podrostkov // Vi`snik problem bi`ologiyi i` mediczini. 2015. # 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opredelenie-vklada-sredovyh-i-nasledstvennyh-faktorov-v-formirovanie-depressivnyh-rasstrojstv-u-detey-i-podrostkov> (data obrashheniya: 17.07.2024).

3. Borisova Z.K., Kirillova T.A., Garevskaya Yu.A. Socziologicheskie issledovaniya po izucheniyu uslovij i obraza zhizni podrostkovoj populyaczii // Mediczinskij al`manakh. 2010. # 1. S. 29-31.

4. Vdovina M.V. Konfliktny`e vzaimootnosheniya pokolenij v sem`e i ikh regulirovanie // Vestnik NNGU. 2008. # 3. S. 315-321.

5. Vorsina O.P., Simutkin G.G. Suiczidal`noe povedenie naseleniya Irkutskoj oblasti. Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2013. 334 s.

6. VOZ. Danny`e global`noj observatorii zdravookhraneniya. URL:<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

7. Gilinskij Ya.I. Samoubijstvo kak soczial`noe yavlenie. Problemy` bor`by` s deviantny`m povedeniem. M.: Prosveshhenie, 1989. 114 s.

8. Gusejnova E.A, Enikolopov S.N. Vliyanie poziczii zhertvy` bullinga na aggressivnoe povedenie // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru.

2014;6(2):246-256.

URL:

http://psyedu.ru/journal/2014/2/Guseinova_Enikolopov.phtml

9. Dozorczewa E.G. Anomal'noe razvitiye lichnosti u podrostkov s protivopravny'm povedeniem. M.: RIO «GNCz SSP Roszdrava», 2004. 352 s.

10. Dolgova V.I., Ivanova L.V. Psikhologicheskie osobennosti agressivnogo povedeniya podrostkov // Nauchno-metodicheskij e'lektronny'j zhurnal Koncept. 2015. T. 31. S. 11-15.

11. Enikolopov S.N. Agressivnost' kak forma aktivnosti. M.: 2002. 127 s.

12. Enikolopov SN. Psikhologicheskie problemy' agressivnogo povedeniya. Sb. mat-lov I Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf «Psikhologicheskaya rabota v sisteme moral'no-psikhologicheskogo obespecheniya operativno-sluzhebnoj deyatelnosti lichnogo sostava: sostoyanie, problemy' i puti resheniya». 2018. S. 86–94.

13. Lisiczy'n P. Sluchai predotvrashheniya vooruzhenny'kh napadenij na uchebny'e zavedeniya v Rossii [E'lektronny'j resurs] URL: <http://ria.ru/20200416/1570142889.html> (data obrashheniya: 17.03.2023)

14. Lukashkova I.L., Yashhenko A.A. Fenomen skulshuttinga: prichiny' i profilaktika // Ucheny'e zapiski Kazanskogo yuridicheskogo instituta MVD Rossii. 2021. T. 6. # 2 (12). C. 337-341.

15. Makushkin E.V., Dozorczewa E.G., Badmaeva V.D., Oshevskij D.S. Kliniko-psikhologicheskie metody' ocenki riska soversheniya agressivny'kh dejstvij nesovershennoletnimi: analiticheskij obzor. M.: FGU «GNCzSSP imeni V.P. Serbskogo», 2008. 29 s.

16. Nikishin V.D. Kolumbajn (skulshutting): sushhnost', pravovaya kvalifikaciya, kriminalisticheskaya diagnostika // Lex russica. 2021. T. 74. # 11 (180). S. 62-76.

17. Platonova N.M. Agressiya u detej i podrostkov: Uchebnoe posobie / Red. N.M. Platonova. SPb: Rech', 2006. 336 s.

18. Postanovlenie Pravitel'stva Nizhegorodskoj oblasti ot 20.10.2023 # 940 «Ob utverzhdenii Strategii kompleksnoj bezopasnosti detej na territorii Nizhegorodskoj oblasti na period do 2030 goda» (URL: <https://nobl.ru/dokumenty-ob-utverzhdenii-strategii-kompleksnoj-bezopasnosti-detey-na-territorii-nizhegorodskoy-oblasti-na-per/?ysclid=ls0l5uw4jt854282706>)

19. Rean A.A. Agressiya i agressivnost' lichnosti // Psikhologicheskij zhurnal. 1996. T. 17. # 5. S. 3-3.

20. Rean AA, Konovalov IA. Proyavlenie agressivnosti podrostkov v zavisimosti ot pola i soczial'no-e'konomicheskogo statusa sem'i // Naczial'ny'j psikhologicheskij zhurnal. 2019;1(33):23-33.

21. Rogova EE. Osobennosti proyavleniya agressii u podrostkov s razny'm urovnem samoocenki. Ucheny'e zapiski universiteta Lesgafta. 2020;12(190):360-363. doi:10.34835/issn.2308-1961.2020.12. p360-363

22. Smirnova T.P. Psikhologicheskaya korrekciya agressivnogo povedeniya detej. Rostov n/D: «Feniks», 2004. 160 s.

23. Shilyaeva I.F., Astakhova A.V. Osobennosti suicidal'nogo povedeniya v podrostkovom vozraste // Vestnik Prikamskogo soczial'nogo instituta. 2018. # 1(79).

S. 148-152

24. Canning, A, Andrew E, Murphy R, Walker JS, Snowden R.J. Gender differences in the relationship between self-esteem and aggression in young people leaving care. *Violence Gend.* 2017;4(2):49–54. doi:10.1089/vio.2017.0002

25. Falcone T, Mishra L, Carlton E, Lee C, Butler RS, Janigro D, Simon B, Franco K. Suicidal behavior in adolescents with first-episode psychosis. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2010 Apr;4(1):34-40. doi: 10.3371/CSRP.4.1.2. PMID: 20643627; PMCID: PMC4001852.

26. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Chen MS, Ennett ST, Basile KC, DeGue S, Vivolo-Kantor AM, Moracco KE, Bowling JM. Shared Risk Factors for the Perpetration of Physical Dating Violence, Bullying, and Sexual Harassment Among Adolescents Exposed to Domestic Violence. *J Youth Adolesc.* 2016;45(4):672-686. doi:10.1007/s10964-015-0404-z

27. Hartley CM, Pettit JW, Castellanos D. Reactive Aggression and Suicide-Related Behaviors in Children and Adolescents: A Review and Preliminary Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(1):38-51. doi:10.1111/sltb.12325.

28. Llorca A, Richaud MC, Malonda E. Parenting styles, prosocial, and aggressive behavior: The role of emotions in offender and non-offender adolescents. *Front Psychol.* 2017; 8:1246. doi:10.3389/fpsyg.2017.01246

29. Maniglio R. Bullying and Other Forms of Peer Victimization in Adolescence and Alcohol Use. *Trauma Violence Abuse.* 2017;18(4):457-473. doi:10.1177/1524838016631127

32. Raine A., Brennan P., Farrington D.P. *Biosocial bases of violence.* 1997; Springer. 1-20

33. Swogger M.T., You S., Cashman-Brown S., et al. Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Research.* 2011; 185 (3): 363-367.

G.Yu. Borovskoy, M.N. Emelyanova, L.N. Kasimova, E.A. Engel
PREVALENCE OF AUTO- AND HETEROAGGRESSIVE BEHAVIOR
AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Privolzhsky Research Medical University (Nizhny Novgorod).

Summary. The article presents the results of a study of the prevalence of autoaggression and heteroaggression in adolescents of grades 9-11 in Nizhny Novgorod schools, obtained using a questionnaire developed by the Department of Psychiatry of the Privolzhsky Research Medical University in cooperation with the Nizhny Novgorod Institute of Management - a branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. The study involved 517 schoolchildren. The most significant risk factors for the occurrence of aggressive behavior were identified. Adolescents included in the risk group for autoaggression and heteroaggression, in most cases (73.1%) had mental disorders classified based on the criteria of ICD-10 and DSM-V.

Keywords: autoaggression, heteroaggression, adolescents, social factors, mental disorders.

И.А. Горьковая

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ**
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет (Санкт-Петербург).

Резюме. В теоретическом обзоре указано на явно недостаточное количество научных публикаций, посвященных саморегуляции в контексте суицидального риска у подростков с девиантным поведением; отмечается различие методологии исследований. Выборка составила 80 подростков с девиантным поведением 14-17 лет. Низкий и средний уровни саморегуляции распределились почти поровну; наиболее значимым является стиль саморегуляции «Моделирование» и регуляторно-личностное свойство «Самостоятельность», которые взаимосвязаны с показателями суицидального риска при среднем уровне саморегуляции; при низком уровне саморегуляции количество взаимосвязей с показателями суицидального риска ограничено.

Ключевые слова: саморегуляция, суицидальный риск, подростки, девиантное поведение.

Введение. Исследования последних лет показывают существенный рост суицидального риска у молодежи. Приводятся демографические данные о встречаемости суицидальных попыток у подростков от всех зарегистрированных суицидальных попыток: 44,4% в Пакистане, 81,8% в Египте; причина смертности от суицида во Франции у молодежи в 15-24 года на втором месте, отмечается высокая смертность в Европе вследствие суицида в возрасте 24-34 лет при первых суицидальных попытках в подростковом возрасте [16], на третьем месте смертность среди подростков в России [1] с ростом суицидов на 30% во всех возрастных периодах вне зависимости от трех основных вариантов оценки смертности от внешних причин [15]. При этом психиатр В.Я. Семке более 30 лет назад одним из первых обратил внимание на факт наличия от 8 до 20 суицидальных попыток, предшествующих завершённому суициду, которые обычно впервые совершаются в подростковом возрасте [11]. В 2021 г. по сравнению с 2020 г. число повторных попыток среди несовершеннолетних увеличилось на 92,5% [3] на фоне снижения способности к саморегуляции [12]. В связи с вышеперечисленными данными проблема суицидального риска у подростков является актуальной.

Большинство авторов отмечает низкую саморегуляцию у подростков с девиантным поведением при высоком уровне суицидального риска. Тем не менее, эмпирических исследований взаимосвязи показателей суицидального риска и разных аспектов саморегуляции посвящено явно недостаточное количество и их методология различается. Так, при исследовании 138 подростков в возрасте 13-18 лет, из них 58 основной группы разделялись на подростков с завершёнными суицидами и с суицидальными попытками с сохранением высоких суицидальных рисков. Авторы [4] выявили компоненты антисуицидального фактора: самоэффективность, социально-психологическая поддержка ближайшего окружения, социальная активность и самоконтроль поведения, что замерялось при помощи Единой методики социально-психологического тестирования, куда, в частности,

вошли перечисленные шкалы, факторный анализ эмпирических данных не производился. В другом эмпирическом исследовании, во-первых, обнаружена встречаемость высокого уровня суицидального риска у 38% у подростков с девиантным поведением, во-вторых, эмпирически доказано снижение уровня саморегуляции в эмоциональной, поведенческой и когнитивных сферах личности, где саморегуляция рассматривалась посредством методик «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана в адаптации Н.В. Сироты, В.М. Ялтонского и «диагностики копинг-механизмов» Э. Хейма в адаптации в ПНИИ им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана [5]. Параллельно проведено аналогичное исследование, по результатам которого выявлена положительная взаимосвязь показателя суицидального риска «Антисуицидальный фактор» с неадаптивными типами совладания «Дистанцирование» и «Бегство-избегание», при этом у большинства обследуемых подростков обнаружен пониженный и низкий уровни суицидального риска [2]. Как видно из представленных исследований, саморегуляция понимается по-разному и, соответственно, измеряется разными методами.

При этом в подавляющем большинстве программ первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального риска у подростков одной из основных целей является формирование навыков саморегуляции эмоций и поведения. В обзорно-аналитическом исследовании, посвященном профилактике суицидального поведения подростков, делается акцент на программах с практикой осознанности с выходом из депрессивной руминации и снижении избегающего поведения, в результате чего поведение становится приемлемым, когнитивные и поведенческие нарушения, стресс, депрессия и агрессия снижаются с одновременным увеличением самоконтроля [13], как следствие повышением саморегуляции поведения. Другие авторы, работающие в психолого-педагогической парадигме, считают, что основной целью превенции аутоагрессивного, суицидального поведения у подростков является формирование позитивного мышления и навыков саморегуляции, повышение стрессоустойчивости [6, 14], формирование жизнестойкости и ресурсных состояний личности с целью повышения саморегуляции поведения [10].

Итак, суицидальный риск у современных подростков высокий, является причиной смертности у молодежи на 2-3 местах, зачастую с неоднократными предшествующими суицидальными попытками. Исследований саморегуляции поведения при аутоагрессии у подростков явно недостаточно, имеющиеся немногочисленные исследования различаются по методологии исследования, что затрудняет их обобщение и сравнение. Наряду с этим, в подавляющем большинстве предлагаемых программ разных уровней профилактики суицидов у подростков предлагается рассматривать навыки саморегуляции как одну из их основных целей.

Цель эмпирического исследования состоит в исследовании взаимосвязей стилей саморегуляции поведения с показателями суицидального риска с учетом уровня саморегуляции у подростков с девиантным поведением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 подростков в возрасте 14-17 лет, из них 35% подростки женского пола и 65% подростки мужского пола, имеющие опыт эпизодического употребления психоактивных веществ, мелких краж, актов вандализма, прогулы занятий в школе, повышенную конфликтность, дерзость в общении и т. д. Сбор эмпирического материала проведен в 2024 г. в общеобразовательном учреждении для несовершеннолетних с девиантным поведением. Исследование проводилось с использованием опрос-

ника суицидального риска А.Г. Шмелева в адаптации Т.Н. Разуваевой [9]. Эмоциональное состояние рассматривалось при помощи методики DASS-21 [7] с анализом шкал «депрессии», «тревоги» и стресса». Применялся опросник «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» В.И. Моросановой [8]. По результатам показателя общего уровня саморегуляции данные распределились следующим образом: у 55% (N 44) подростков с девиантным поведением выявлен низкий уровень саморегуляции, у 42% (N 34) - средний уровень саморегуляции, у 3% (N 2) - высокий уровень, что легло в основу разделения подростков на две группы. Для статистической обработки результатов исследования применялся программный пакет SPSS-23, с помощью которого рассчитывались описательные статистики ($M \pm S$), критерий U Манна-Уитни из-за ненормального распределения совокупности данных по критерию Колмогорова-Смирнова, а также осуществлялся корреляционный анализ (коэффициент Спирмена, r).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования суицидального риска, саморегуляции и эмоционального состояния у подростков с девиантным поведением представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Описательные статистики показателей суицидального риска, эмоционального состояния и саморегуляции у подростков с девиантным поведением с разным уровнем саморегуляции

Показатели	Подростки с низким уровнем саморегуляции ($M \pm S$)	Подростки со средним уровнем саморегуляции ($M \pm S$)	Критерий U Манна-Уитни
Тревога	7,17±4,19	5,31±5,22	0,009**
Депрессия	6,89±4,48	6,42±5,57	0,364
Стресс	7,29±4,66	7,13±5,88	0,629
Демонстративность	1,86±1,14	1,95±1,34	0,982
Аффективность	2,53±1,26	2,85±1,52	0,420
Уникальность	1,73±1,13	1,54±1,26	0,371
Несостоятельность	2,99±1,16	2,80±1,35	0,460
Социальн. пессимизм	3,31±1,24	3,77±1,31	0,217
Слом культурных барьеров	2,59±1,47	2,78±1,44	0,907
Максимализм	2,43±2,10	2,40±1,93	0,694
Временная перспектива	1,92±1,29	1,52±1,21	0,075
Антисуицидальный фактор	2,86±2,04	2,56±1,90	0,774
Планирование	4,00±1,60	5,87±1,87	0,000***
Моделирование	4,10±1,76	5,59±1,63	0,000***
Программирование	4,52±1,51	5,74±1,32	0,000***
Оценка результатов	4,62±1,50	5,34±1,64	0,029*
Гибкость	4,10±1,56	5,89±1,59	0,000***
Самостоятельность	3,69±2,02	5,04±2,20	0,02*

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

По результатам описательных статистик обнаружена значимая разница по показателю «Тревога», которая выше ($p < 0,01$) у подростков с девиантным поведением.

ем с низким уровнем саморегуляции по сравнению со средним уровнем. Вероятно, повышенная тревожность связана с опытом негативного переживания последствий импульсивного поведения, неумения планировать деятельность, которые влекут за собой определенные санкции. При этом такие показатели эмоционального состояния, как «Депрессия» и «Стресс», при низком и среднем уровне саморегуляции выражены фактически одинаково. Наряду с этим, по всем исследуемым показателям стилей саморегуляции поведения выявлены статистически значимые различия, что вполне объяснимо логикой построения исследования при разделении подростков на группы в зависимости от общего уровня саморегуляции.

Таблица 2.

Взаимосвязи показателей суицидального риска и стилей саморегуляции у подростков с девиантным поведением с разным уровнем саморегуляции

Показатели	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценка результата.	Гибкость	Самостоятельность.
Низкий уровень саморегуляции						
Демонстрат.	0,096	0,44	-0,093	-0,228	-0,155	0,046
Аффективность	0,226	-0,164	-0,063	-0,138	-0,081	0,227
Уникальность	0,095	0,027	0,037	-0,241	-0,056	0,118
Несостоятельн.	0,241	-0,106	0,090	-0,179	-0,175	0,235
Соц. пессимизм	0,283*	-0,131	-0,187	-0,250	-0,013	0,274*
Слом культурных барьеров	0,103	0,169	-0,056	0,042	-0,178	-0,091
Максимализм	0,125	0,026	-0,106	-0,029	-0,128	0,126
Временная перспектива	0,137	0,088	-0,054	-0,339*	0,112	0,278*
Антисуицидный фактор	0,082	0,218	-0,099	0,064	-0,192	0,041
Средний уровень саморегуляции						
Демонстративн..	-0,039	-0,354*	0,134	-0,149	0,180	0,297*
Аффективность	0,034	-0,159	-0,039	-0,025	0,002	0,320*
Уникальность	-0,196	-0,284	0,047	-0,083	0,088	0,347*
Несостоятельн.	0,186	-0,405*	0,009	-0,215	0,110	0,170
Соц. пессимизм	-0,007	-0,149	-0,115	-0,185	0,009	0,097
Слом культурных барьеров	0,174	-0,258	0,009	-0,294*	0,333*	-0,040
Максимализм	-0,149	-0,231	-0,020	-0,077	-0,051	0,086
Временная перспектива	-0,116	-0,395**	0,118	-0,213	0,115	0,350*
Антисуицидный фактор	-0,045	-0,294*	0,020	-0,201	-0,034	0,046

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Обращает на себя внимание факт, что статистически значимых различий между показателями суицидального риска при низком и среднем уровнях саморегуля-

ции у подростков с девиантным поведением не выявлено. Видимо, этим можно объяснить недостаточную эффективность программ первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального поведения, в которых одной из целей является формирование навыков саморегуляции в обобщенном виде. В связи с этим, представляется необходимым конкретизировать взаимосвязь определенных показателей суицидального риска с такими регуляторными процессами, как планирование, моделирование, программирования и оценка результатов, а также регуляторно-личностными свойствами, в первую очередь, гибкости и самостоятельности, что в совокупности определяет индивидуальную саморегуляцию.

Как видно из табл. 2, при низком уровне саморегуляции выявляются всего 4 статистически значимые взаимосвязи между показателями суицидального риска и различными аспектами саморегуляции, тогда как при среднем уровне саморегуляции наблюдается 10 взаимосвязей, что существенно больше. Центральным стилем саморегуляции в контексте суицидальных рисков у подростков с девиантным поведением при среднем уровне саморегуляции является «Моделирование», где обнаруживаются отрицательные связи с «Демонстративностью», «Несостоятельностью», «Временной перспективой» и «Антисуицидальным фактором», то есть с половиной исследуемых показателей суицидального риска. Иными словами, чем больше подростки со средним уровнем саморегуляции способны в достаточной мере определять непосредственные и отдаленные цели с формированием определенного плана их достижения с возможностью перестраиваться при необходимости, тем у них выше самооценка, больше уверенность в своих силах, меньше надежд на помощь со стороны окружающих.

При такой вполне благополучной картине приходится констатировать факт, что стиль саморегуляции «Моделирование» не снижает суицидальный риск у подростков с девиантным поведением при среднем уровне саморегуляции, о чем свидетельствует отрицательная взаимосвязь с «Антисуицидальным фактором». Также данный факт подтверждается отрицательной взаимосвязью показателя стиля саморегуляции «Оценка результата» и положительной взаимосвязью с регуляторно-личностным свойством «Гибкость» с показателем суицидального риска «Слом культурных барьеров», что свидетельствует о допустимости суицидального поведения подростками с девиантным поведением даже при адекватной оценке своего поведения и деятельности как одного из варианта выхода из проблемных ситуаций.

Наиболее значимым регуляторно-личностным свойством является «Самостоятельность». При низком уровне саморегуляции выявлена взаимосвязь с показателями суицидального риска «Социальный пессимизм», «Временная перспектива», при среднем уровне – взаимосвязь с показателями «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Временная перспектива». Так, при низком уровне саморегуляции для подростков с девиантным поведением характерно негативное представление об окружающем мире в целом и своих низких возможностях, что повышает суицидальный риск; при среднем уровне саморегуляции на первый план выступает склонность к дезорганизирующим эмоциональным реакциям на фоне недостаточного жизненного опыта.

Обращает на себя внимание, что показатель суицидального риска «Временная перспектива» имеет положительную взаимосвязь с регуляторно-личностным свойством «Самостоятельность» вне зависимости от уровня само-

регуляции, а также отрицательные взаимосвязи с показателем «Оценка результата» при низком уровне саморегуляции и с показателем «Моделирование» при среднем уровне саморегуляции. Указанные взаимосвязи отражают пессимистическую оценку своего будущего, повышенный страх перед неудачами с опытом переживания «регуляторных сбоев», вследствие чего не выполняются поставленные цели деятельности и обуславливается импульсивность поведения.

Выводы.

1. У большинства обследованных подростков с девиантным поведением наблюдается низкий уровень саморегуляции (55%), тогда как высокий уровень саморегуляции встречается редко (3%). Статистически значимых различий между показателями суицидального риска при низком и среднем уровнях саморегуляции у подростков с девиантным поведением не выявлено.

2. Статистически значимых взаимосвязей между показателями суицидального риска, стилями саморегуляции и регуляторно-личностными свойствами существенно больше в группе подростков со средним уровнем саморегуляции по сравнению с группой подростков с низким уровнем саморегуляции.

3. В группе подростков с девиантным поведением со средним уровнем саморегуляции наиболее значимым является стиль саморегуляции «Моделирование», с которым коррелирует половина показателей суицидального риска; для всех обследованных подростков с девиантным поведением на первый план выступает регуляторно-личностное свойство «Самостоятельность» и показатель суицидального риска «Временная перспектива».

Отдельно следует отметить, что показатель «Антисуицидальный фактор», который определяет степень выраженности суицидального риска, не связан с исследуемыми показателями саморегуляции, кроме отрицательной взаимосвязи со стилем саморегуляции «Моделирование». Данный факт требует дополнительных исследований различных аспектов саморегуляции для разработки эффективных психокоррекционных мероприятий, направленных на снижение суицидального риска у подростков с девиантным поведением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов А.О., Алимова Н.И. Современное состояние риска суицидального поведения личности // Международный научно-исследовательский журнал. 2023; № 1 (127). С. 1-5. DOI: 10.23670/IRJ.2023.127.133

2. Борисова И.В., Буряк М.К. Взаимосвязь суицидального риска со стратегиями совладающего поведения в раннем юношеском возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24). № 2. С. 81-86.

3. Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А. К вопросу о суицидальном поведении подростков - реалии скоропомощного стационара // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 2. С. 68–83. DOI: 10.17759/cpp.2023310203

4. Васягина Н.Н., Шемпелева Н.И. Представленность факторов риска и факторов защиты в социально-психологическом портрете личности подростка, обладающего высокой суицидальной активностью // Педагогическое образование в России. 2022. № 4. С. 170-178. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49541228>

5. Власова Н.В., Буслаева Е.Л. Особенности саморегуляции у подростков, склонных к суицидальному поведению // Российская девиантологическая панорама: теория и практика. Мат-лы международной научн.-практ. конф. СПб,

30.09.2022. С. 150-155.

6. Данькова И.В. Суицид в подростковой среде как форма девиантного поведения несовершеннолетних и его профилактика // Випэйшая школа: наукова-метадычны І публіцыстычны часопіс. 2024. № 2 (160). С. 40-43. EDN: BGYBIS

7. Золотарева А.А. Систематический обзор психометрических свойств Шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 26–37. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-26-37

8. Моросанова В.И., Коноз Е.М. Стилевая саморегуляция поведения человека // Вопросы психологии. 2000. № 2. С. 118-128.

9. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть, 1993. 280 с.

10. Севастьянова О.А., Иванов Д.В. Психологическая профилактика формирования суицидального поведения у подростков // Бюллетень науки и практики. 2024. Т. 10. № 5. С. 549-554. DOI: 10.33619/2414-2948/102/72

11. Семке В.Я. Истериические состояния М.: Медицина, 1988. 224 с.

12. Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31. № 1 (119). С. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101>

13. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения (обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2019. № 2. С. 121-144. DOI: 10.11621/vsp.2019.02.121

14. Фортова Л.К., Шевченко В.М. К проблеме психолого-педагогической превенции аутоагрессивного поведения подростков // Глобальный научный потенциал. 2024. № 1. С. 41-49. EDN: EFPWGM

15. Юмагин В.В., Винник М.В. Оценка реального уровня убийств и самоубийств в регионах России // Социологические исследования. 2019. № 1. С. 116-126. DOI: 10.31857/S013216250003753-1

REFERENCES

1. Alimov A.O., Alimova N.I. Sovremennoe sostoyanie riska suiczidal'nogo povedeniya lichnosti // Mezhdunarodny`j nauchno-issledovatel`skij zhurnal. 2023; # 1 (127). S. 1-5. DOI: 10.23670/IRJ.2023.127.133

2. Borisova I.V., Buryak M.K. Vzaimosvyaz` suiczidal'nogo riska so strategiyami sovladayushhego povedeniya v rannem yunosheskom vozraste // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2024 (24). # 2. S. 81-86.

3. By`kova V.I., Polukhina Yu.P., L`vova E.A., Fufaeva E.V., Valiullina S.A. K voprosu o suiczidal`nom povedenii podrostkov - realii skoropomoshhnogo staczionara // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 2. S. 68–83. DOI: 10.17759/cpp.2023310203

4. Vasyagina N.N., Shempeleva N.I. Predstavlennost` faktorov riska i faktorov zashhity` v soczial`no-psikhologicheskom portrete lichnosti podrostka, obladayushhego vy`sokoj suiczidal`noj aktivnost`yu // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. 2022. # 4. S. 170-178. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49541228>

5. Vlasova N.V., Buslaeva E.L. Osobennosti samoregulyaczii u podrostkov, sklonny`kh k suiczidal`nomu povedeniyu // Rossijskaya deviantologicheskaya panorama: teoriya i praktika. Mat-ly` mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf. SPb,

30.09.2022. S. 150-155.

6. Dan`kova I.V. Suicid v podrozkovoy srede kak forma deviantnogo povedeniya nesovershennoletnikh i ego profilaktika // Vy`she jshaya shkola: navukova-metady`chny` I publiczy`sty`chny` chasopic. 2024. # 2 (160). S. 40-43. EDN: BGYBIS

7. Zolotareva A.A. Sistematcheskij obzor psikhometricheskikh svojstv Shkaly` depressii, trevogi i stressa (DASS-21) // Obozrenie psikhiiatrii i mediczinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2020. # 2. S. 26–37. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-26-37

8. Morosanova V.I., Kono E.M. Stilevaya samoregulyacziya povedeniya cheloveka // Voprosy` psikhologii. 2000. # 2. S. 118-128.

9. Razuvaeva T.N. Diagnostika lichnosti. Shadrinsk: Iset`, 1993. 280 s.

10. Sevast`yanova O.A., Ivanov D.V. Psikhologicheskaya profilaktika formirovaniya suiczidal`nogo povedeniya u podrozkov // Byulleten` nauki i praktiki. 2024. T. 10. # 5. S. 549-554. DOI: 10.33619/2414-2948/102/72

11. Semke V.Ya. Istericheskie sostoyaniya M.: Mediczina, 1988. 224 s.

12. Subotich M.I. Kliniko-psikhologicheskie i socziodemograficheskie faktory` suiczidal`nogo povedeniya i riska ego khronifikaczii: obzor issledovanij // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023. T. 31. # 1 (119). S. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101>

13. Fedunina N.Yu., Vikhristyuk O.V., Bannikov G.S. Praktiki osoznannosti v profilaktike suiczidal`nogo povedeniya (obzor zarubezhny`kh issledovanij) // Vestnik Moskovskogo universitete. Seriya 14: Psikhologiya. 2019. # 2. S. 121-144. DOI: 10.11621/vsp.2019.02.121

14. Fortova L.K., Shevchenko V.M. K probleme psikhologo-pedagogicheskoy prevenczii autoagressivnogo povedeniya podrozkov // Global`ny`j nauchny`j potenczial. 2024. # 1. S. 41-49. EDN: EFPWGM

15. Yumagin V.V., Vinnik M.V. Oczenka real`nogo urovnya ubijstv i samoubijstv v regionakh Rossii // Socziologicheskie issledovaniya. 2019. # 1. S. 116-126. DOI: 10.31857/S013216250003753-1

16. Olfson M., Wall M., Wang S. Et al. Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults // Pediatrics. 2018. № 141 (4). P. 2-10. DOI:10.1542/peds.2017—3517

I.A. Gorkovaya

SUICIDAL RISK IN ADOLESCENTS WITH DEVIANT BEHAVIOR AT DIFFERENT LEVELS OF SELF-REGULATION

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

Summsary. The theoretical review points out the apparently insufficient number of scientific publications on self-regulation in the context of suicidal risk in adolescents with deviant behavior; differences in research methodology are noted. The sample consisted of 80 adolescents with deviant behavior 14-17 years old. Low and average levels of self-regulation were almost equally distributed; the most significant is the self-regulation style “Modeling” and the regulatory-personality property “Self-independence”, which are correlated with indicators of suicidal risk at the average level of self-regulation; at the low level of self-regulation the number of correlations with indicators of suicidal risk is limited.

Keywords: self-regulation, suicide risk, adolescents, deviant behavior.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ НА ПОДРОСТКОВ

¹ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет (Архангельск), ²ФГБОУ ВО Череповецкий государственный университет (Череповец).

Резюме. В статье представлено исследование, целью которого стало изучение распространения в подростковой среде использования Интернета. Для достижения поставленной цели было выполнено социологическое исследование подростков, проживающих в г. Череповце. Инструментом исследования послужила авторская анкета, состоящая из 32 вопросов. Выборочная совокупность составила 495 человек. Выборка случайная, кластерная, стратифицирована по полу и возрасту. Полученные результаты позволяют сделать выводы о большой роли Интернета в жизни современных подростков. Общаясь с друзьями (92,9%), только каждый третий (37,2%) выбирает личные встречи. В остальных случаях они предпочитают общаться с помощью технических средств, к которым общаются с 6-9 лет.

Ключевые слова: подростки, Интернет, компьютер, гаджет.

Актуальность. В современном обществе все более широкое распространение получает такой феномен, как Интернет-зависимость. Ее распространенность достигает 5% [18]. Компьютерные технологии для молодежи становятся неотъемлемым компонентом жизни и общения [1]. Границы их использования постоянно расширяются, а интенсивность влияния на социум непрерывно растет. Однако наиболее выраженное деструктивное влияние компьютерные технологии оказывают на самых ранних этапах жизни человека, в детском и подростковом возрасте, вследствие исключительной уязвимости психики детей и подростков и их большей подверженности риску развития зависимого поведения [4, 18], поэтому изучение распространения в подростковой среде использования Интернета не вызывает сомнения

Материалы и методы исследования. При поддержке Российского государственного научного фонда (Грант РГНФ 17-13-35005) научным составом кафедры социологии и социальных технологий ФГБОУ ВО Череповецкий государственный университет в октябре 2017 г. было проведено социологическое исследование с целью изучения существующей практики потребления гаджетов. Объектом исследования стали подростки, проживающие в Череповце. Предмет исследования – потребление гаджетов подростками. Инструментом исследования послужила авторская анкета, состоящая из 32 вопросов. Выборочная совокупность составила 495 человек. Выборка случайная, кластерная, стратифицирована по полу и возрасту. Ошибка выборки не превышала 3,5–4%. Число отказов от участия в исследовании не превысило 2%.

В исследовании приняли участие 58,7% девочек и 41,3% мальчиков. Средний возраст (Mean) составил 13,69 лет, Std. Deviation=1,861, минимальное зна-

чение=10 лет, максимальное=17 лет. В 2024 г. информантам исполнилось 20 лет, (min=17 лет, max=24 года), т.е. это наиболее активная возрастная группа, которая либо закончила обучение в школе и делает дальнейший жизненный выбор, либо закончила обучение в высшем учебном заведении. В любом случае, это те люди, которые в скором времени начнут формировать наше ближайшее будущее, от позиции которых во многом будет зависеть отношение к здоровью и другим ценностям. Для этой возрастной группы, группы «цифровых аборигенов» с рождения были доступны Интернет и смартфон, их мировоззрение формировалось под влияние цифровизации в отличие от их еще молодых родителей – «цифровых мигрантов», освоивших технологии уже во взрослом возрасте.

Полученные результаты. Мы решили выявить основные ценности в жизни молодого поколения на этапе становления их как личности (табл. 1).

Таблица 1.

Основные повседневные ценности молодежи (% , 95% ДИ)

критерий	важно	не важно	нет ответа
физическая культура	78,6 (74,8-82,0)	17,4 (14,3-21,0)	4,0 (2,6-6,2)
общение с друзьями	92,9 (90,3-94,9)	5,7 (3,9-8,1)	1,4 (0,7-2,9)
общение с членами семьи	93,1 (90,5-95,0)	5,9 (4,2-8,4)	1,0 (0,4-2,4)
чтение литературы	68,8 (64,6-72,8)	26,7 (23,0-30,8)	4,5 (3,0-6,7)
просмотр развлекательных программ	42,6 (38,4-47,1)	52,9 (48,4-57,2)	4,5 (3,0-6,7)
прогулки на улице (в том числе с друзьями)	89,1 (86,0-91,5)	9,5 (7,2-12,4)	1,4 (0,7-2,9)
активное движение (велосипед, ролики, лыжи, и т.п.)	83,3 (79,8-86,4)	13,8 (11,1-17,2)	2,9 (1,7-4,7)
компьютерные игры	32,4 (28,4-36,6)	63,8 (59,4-67,9)	3,8 (2,5-5,9)
посещение кружков, секций	78,2 (74,3-81,6)	19,8 (16,6-23,6)	2,0 (1,1-3,7)
хождение по магазинам	48,8 (44,4-53,2)	47,6 (43,2-52,0)	3,6 (2,3-5,7)
театр, кинотеатр, музеи	64,4 (60,1-68,5)	30,8 (26,9-35,0)	4,8 (3,3-7,1)

Наиболее высокие позиции в рейтинге ценностей современной молодежи составляет общение с членами семьи (93,1%) и с друзьями (92,9%). Молодежь выбирает активные формы досуга (83,3%) на свежем воздухе (89,1%). Необходимо отметить, что современную молодежь наряду с компьютерными играми (63,8%), просмотром развлекательных программ (52,9%) меньше интересует чтение литературы (26,7%).

С друзьями предпочитают общаться все информанты (100%): при личной встрече (37,2%; 95% ДИ 34,3-40,1) или в социальных сетях (24,6%; 95% ДИ 22,1-27,3) (рис. 1). Чуть меньше – по телефону (17,8%; 95% ДИ 15,6-20,2) или с помощью мгновенные сообщения в чатах (Skype, Viber, WhatsApp) (12,6%; 95% ДИ 10,7-14,7). Ничтожно малое значение получили SMS-сообщения (6,9%; 95% ДИ 5,6-8,6) и электронная почта (0,9%; 95% ДИ 0,5-1,7).

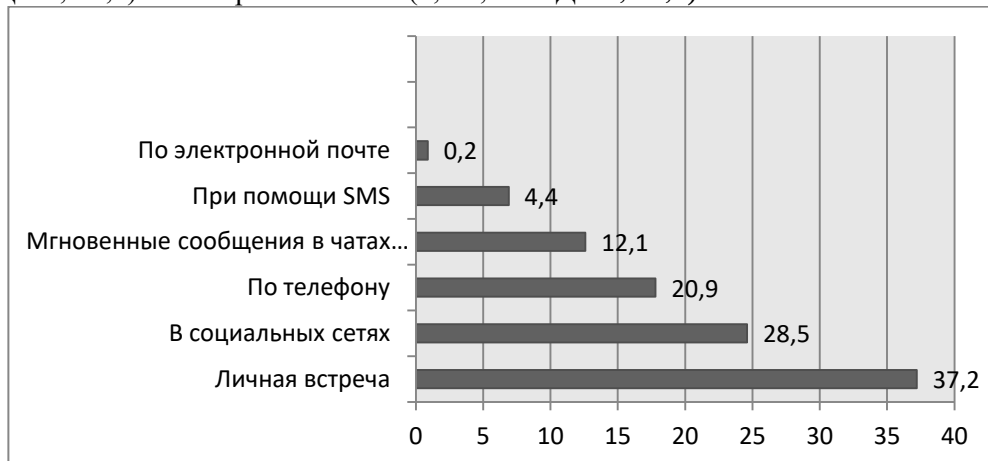


Рисунок 1. Повседневная форма коммуникации современной молодежи, % (на 100 информантов).

Затем мы поинтересовались, какие технические средства имеются дома у информантов (рис. 2).

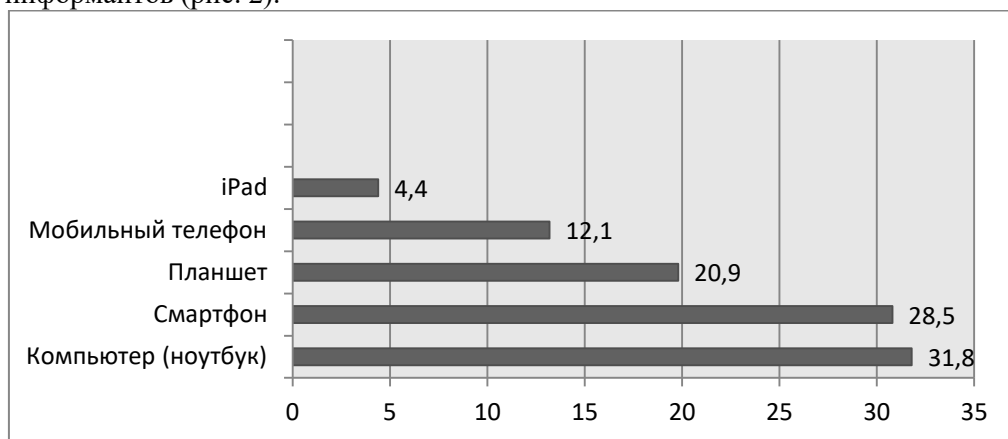


Рисунок 2. Наличие средств коммуникации у современной молодежи, % (на 100 информантов)

У каждого третьего информанта дома имеется компьютер и/или ноутбук 31,8% (95% ДИ 29,5-34,5), смартфон 30,8% (95% ДИ 28,3-33,3), чуть меньше планшет 19,8% (95% ДИ 17,7-22,0) и мобильный телефон 13,2% (95% ДИ 11,4-15,1), в районе статистической погрешности iPad (4,4%; 95% ДИ 3,4-5,6).

Каждый информант имеет примерно 15 друзей (реальных и виртуальных) (табл. 2). Первый компьютер и сотовый телефон у них появились в 7 лет. За просмотром телевизора наши информанты проводят по 3 часа, еще 3 часа они проводят за компьютером, играя в компьютерные игры (2 часа) и гуляя в сети Интернет (4 часа). Получают до 4 сообщений каждый день, а обходиться без Интернета могут подряд 4-6 дней.

Таблица 2.

Основные показатели, характеризующие повседневность современной молодежи

Критерий	Стандартное отклонение	Медианная оценка	Средняя	25-й перцентиль	75-й перцентиль
в каком возрасте появился первый компьютер (лет)	2,867	7,00	7,50	6,00	9,00
в каком возрасте появился сотовый телефон (лет)	1,910	7,00	7,65	7,00	8,00
сколько часов в день смотришь телевизор	2,394	3,0	4,14	2,0	7,0
сколько часов в день ты проводишь за компьютером	1,674	3,0	3,45	2,00	4,00
сколько часов в день проводят в сети Интернет	1,894	4,0	4,17	3,00	5,00
сколько сообщений в сети Интернет в день получают	2,008	3,0	3,54	2,00	6,00
сколько часов в день ты играешь в компьютерные игры	1,641	2,0	2,34	1,00	4,00
сколько дней подряд могут обходиться без Интернета	1,836	4,0	4,19	2,0	6,0
количество друзей	5,192	15,0	15,7	5,0	50,0

На рис. 3 представлена структура повседневной жизни в сети Интернет современной молодежи.

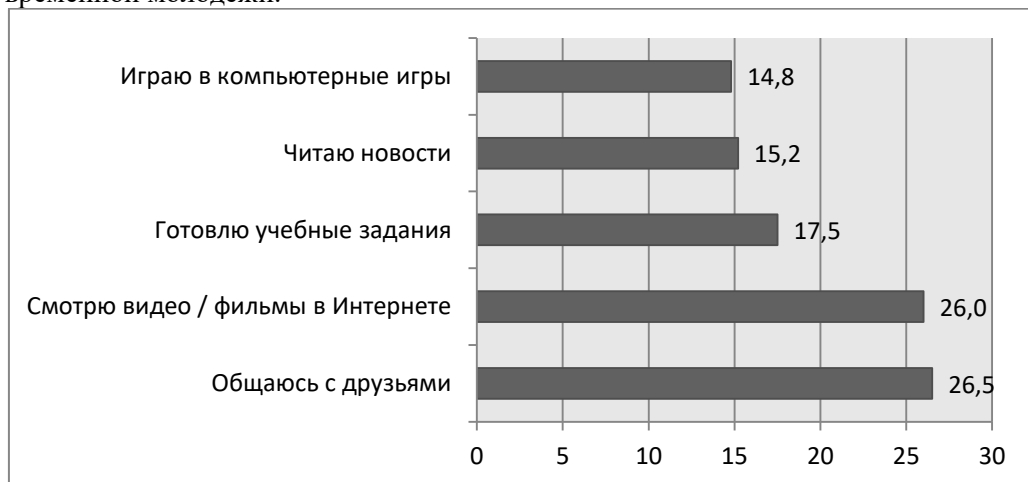


Рисунок 3. Структура повседневной жизни современной молодежи в сети Интернет, % (на 100 информантов).

Каждый четвертый информант в сети Интернет общается с друзьями 26,5% (95% ДИ 23,3-29,0) и смотрит видео 26% (95% ДИ 23,8-28,4). Каждый десятый читает новости (15,2%; 95% ДИ 13,4-17,1) и играет в компьютерные игры (14,8%; 95% ДИ 13,0-16,8). И только 17,5% (95% ДИ 15,6-19,5) используют ресурсы сети Интернет для подготовки к учебе.

Каждый третий (38,8%) информант забывает о времени, когда входит в сеть Интернет, находясь дольше запланированного времени (табл. 3), а каждый пятый при этом даже забывает о домашних делах и заданиях (22,8%), еде (12,1%). Каждый десятый (13,3%) демонстрирует негативные эмоции, если кто-то его отвлекает во время пребывания в сети Интернет, а возвращение туда помогает исправить ситуацию (37,8%).

Таблица 3.

Характеристика самооценок молодежи, связанной с сетью Интернет (%; 95% ДИ)

показатель	согласен	не согласен	нет ответа
я забываю о времени, когда «сизжу» в Интернете, и часто провожу там больше времени, чем намеревался	38,8 (34,6-43,1)	60,0 (55,7-64,2)	1,2 (0,6-2,6)
иногда я пренебрегаю домашними делами, выполнением домашнего задания, чтобы провести больше времени в Интернете, в сети	22,8 (19,4-26,7)	74,4 (70,4-78,0)	2,8 (1,7-4,6)
бывает, что я ругаюсь, кричу или иным образом выражаю досаду, когда кто-то пытается отвлечь меня от пребывания в Интернете	13,3 (10,6-16,6)	82,3 (78,7-85,4)	4,4 (2,9-6,5)

в сети у меня больше друзей, чем в реальной жизни.	25,6 (22,0-29,6)	69,0 (64,8-72,9)	5,4 (3,7-7,7)
в сети я чувствую себя гораздо увереннее, чем в реальной жизни.	34,4 (30,4-38,7)	60,4 (56,1-64,6)	5,2 (3,6-7,5)
мне кажется, что люди, с которыми я общаюсь в сети, понимают меня гораздо лучше, чем те, кто окружают меня в повседневной жизни.	21,2 (17,9-25,1)	72,8 (68,7-76,5)	6,0 (4,2-8,4)
когда у меня плохое настроение, я раздражен, расстроен и т.п., я играю в компьютерные игры или выхожу в Интернет, чтобы исправить себе настроение, успокоиться	37,8 (33,6-42,1)	57,4 (53,1-61,7)	4,8 (3,2-0,7)
часто я забываю поесть, когда играю в компьютерные игры, общаюсь в сети или просто гуляю по Интернету	12,1 (9,6-15,3)	84,9 (81,5-87,8)	3,0 (1,8-4,9)
мне легче общаться с людьми в социальных сетях, чем в реальной ситуации	25,5 (21,8-29,4)	71,0 (66,9-74,8)	3,5 (2,3-5,6)

В сети Интернет чувствуют себя более уверенно, чем в реальной жизни, 34,4% информантов, они там находят большее понимание со стороны окружающих (21,2%). Каждому четвертому информанту легче общаться в социальных сетях, чем в реальной жизни (25,5%), и виртуальных друзей больше чем реальных (25,6%).

Обсуждение и выводы. По нашим данным, развлекательные программы по телевизору увлекают чуть меньше половины подростков (42,6%). В.В. Радаев [3] приводит данные о большей вовлеченности подростков. Так, ежедневно смотрят телевизор 73% миллениалов, 79% реформенного поколения, 88% более старших поколений. По мнению Дж. Кина [2], снижается объединяющая роль голубого экрана и повышается разъединяющая роль семьи мобильных телефонов, компьютеров, когда использование беспроводных сетей позволяет подрастающему поколению постоянно пребывать в сети. За десять лет доля пользователей Интернета увеличилась вдвое (с 37% в 2003 г. до 66% 2016 г.). И если в мобилизационном поколении рост пользователей отмечается в размере статистической погрешности (4%), то у миллениалов достигает 93% [15]. Таким образом, не только подростки, но и, например, офисные работники обеденное время предпочитают тратить на пребывание в Интернете.

Все подростки общаются с членами семьи (93,1%) и друзьями (92,9%). При этом личное общение выбирает только каждый третий (37,2%) подросток. По данным В.В. Радаева [3], встречается с друзьями и родственниками значительно меньшее число (57%) миллениалов, а между остальными четырьмя поколениями различий фактически нет (41%–45%). Посредством SMS-сообщений общаются только 4,4% школьников. Однако, по данным R. Entner, у подростков достаточно широко распространена эта форма общения [3]. Большинство гуляет на улице (89,1%), предпочитая активное движение (83,3%) и занятие физкультурой (78,6%). По данным источников, гуляет на природе меньшее число миллениа-

лов (48%) и предшествующих поколений (36%–38%) [15]. Молодежь чаще посещает театры, кино, концерты, музеи и спортивные соревнования (32%). По нашим данным, таких в 2 раза больше (64,4%).

Читают литературу чуть более половины (68,8%) подростков. Каждый третий (32,7%) читает в сети Интернет, готовясь к учебе (17,5%) и читая новости (15,2%). М. McLuhan утверждает, что разные источники информации по-разному влияют на индивида. Например, печатные работы (автор их наделяет характеристикой «горячие» медиа) способны увлекать пользователей, держа их на некоторой дистанции. Они формируют такие качества, как логичность и аналитическая точность. «Холодные» же медиа зависят от самих пользователей контента, например, различные шоу. И те, и другие встраивают в наши жизни искусственные перцепции и ценности. СМИ влияют на наш чувственный аппарат, они могут формировать в обществе различные ценности, в т. ч. и гедонистические. Мы начинаем по-новому мыслить и говорить. На физическом уровне они могут расширять наши телесные и чувственные способности, нередко в ущерб другим. Кроме того, разное влияние оказывают различные формы использования технических средств. Так, если мы читаем на планшете, новый модус коммуникации провоцирует рефлексивное отстранение, а при использовании мгновенных сообщений в чатах (Skype, Viber, WhatsApp) или при использовании умных очков, наоборот, требуется глубокое погружение пользователя. И в том, и в другом случае стимулируются разные чувства в разных сочетаниях [14]. М. Фишер объясняет снижение интереса к чтению у подростков не к его содержанием, а именно актом чтения, скукой, что значит быть «отделенным от коммуникативной матрицы SMS-сообщений, YouTube и фастфуда, действующих в качестве стимула и реакции» [5]. Стремление к постоянному развлечению делает неспособным сконцентрироваться на чем-то действительно важном. Однако молодежь не может увидеть связь между этим фактом и будущими возможными неудачами.

Кроме того, все чаще говорят о возникновении такого феномена, как коммуникационное изобилие, и его негативных последствиях, одним из которых является переизбыток информации. Возникают так называемые «информационные каскады», погружающие граждан в потоки их собственного мнения и мнения других людей. На смену индивидуальности приходит «роевое мышление», а «мем» приводит к возникновению культуры мэшапа (англ. Mashup — смешение). Нередко сознание индивида наполнено ошибочными «мэшапами», зачастую авторство которого сложно или невозможно определить. Кажущуюся правдоподобной информацию в ситуации тотальной занятости индивид не может критически осмыслить или проверить на практике. Вместо публичного обсуждения и осознания люди вовлечены в группы с общими интересами, разделяющие одну точку зрения, не вызывающую сомнения в ее правдивости. Запускаются цепные реакции, так называемая «мудрость толпы». Как следствие, миллионы людей общаются между собой, но осмысленно общаются лишь единицы, нарастает одиночество [12]. Все это способствует формированию заниженной самооценки среди пользователей, общей нерешительности. Важной проблемой

становится распространение пустой болтовни и разговора ради разговора [10]. Отмечается повышенное нервное возбуждение, тревоги, вызываемые новостями и различными шоу, что занимает наше время, необходимое для восстановления. Работа и личная жизнь переплетаются, сакральный смысл близких отношений утрачивается.

По нашим данным, первый телефон и компьютер у школьников появился в 7 лет. В среднем 6 часов в день они уделяют просмотру телевизора (3 часа) и работе на компьютере (3 часа). В Интернете проводят в среднем 4 часа в день. Складывается ситуация, когда последнее, что они видят перед сном, это смартфон, и первое, что их интересует, снова смартфон. В сети Интернет можно удовлетворить любую потребность из пирамиды Маслоу. Там молодежь знакомится, общается, покупает и продает. И даже беженцы, прибывшие из зоны ведения военных действий, первым делом пытаются получить доступ к смартфону, а уже потом пищу и крышу над головой [17]. Е. Mayo, A. Nairn [13] приводят данные о поведении подростков в сети Интернет. Они смотрят телевизор и играют в компьютерные игры в сети более 5 часов в день. У каждого третьего имеется персональный компьютер, а у большинства - игровая приставка. Половина (30%-50%) школьников начальной школы и у большинства (90-98%) учащихся средней школы имеют мобильный телефон. В.В. Радаев [3] приводит данные, о том, что миллениалы уступают по обладанию личными мобильными телефонами всем поколениям. В 2016 г. имели мобильные телефоны 56% миллениалов, а другие поколения 67-85%. Зато они быстрее других переходят к более продвинутым в техническом отношении гаджетам. Так, в 2016 г. смартфоны имели 55% миллениалов, а предшествующие поколения - 38%, с возрастом этот показатель стремился к нулю. Доля посещающих Интернет с мобильных устройств устойчиво возрастает от поколения к поколению - от 11% (0,5% всех респондентов) в мобилизационном поколении до 80% (74% всех респондентов) у миллениалов. Доля совершающих онлайн-покупки увеличилась с 13% в 2003 г. до 42% в 2016 г. В мобилизационном поколении к этой практике прибегали 18% (0,7% всех респондентов), в следующих двух поколениях уже по 30%, в реформенном поколении 43%, а у миллениалов эта доля достигает 49% (45% всех респондентов). Далеко не многие в силу своего возраста осознают существующий интерес рекламодателей к их личной информации. При доступе к бесплатным сайтам на подсознание подростков начинает воздействовать реклама, порцию которой они регулярно получают. И рекламодатель с удовольствием позволяет им не вспоминать о собственных предпочтениях и потребностях, и их желание определяется коммерческими роликами. Конечно же, подросток, покупая широко разрекламированную вещь стремится повысить свою уверенность в себе. Кроме того, широко распространена практика вторжения цифровых хакеров в частную жизнь граждан; компьютеры преднамеренно инфицируются вирусами, что помогает беспрепятственно получать доступ к номерам кредитных карт и т. д. И нет ничего страшнее для цифрового аборигена, чем голубой монитор его компьютера с тремя цифрами - 404. Вот это вызывает настоящее смещение, тревогу, панику.

Широкое распространение получают компьютерные игры и вместе с ними такой феномен, как дополненная реальность, подразумевающая под собой интерактивный слой, наложенный на реальный мир. Так, новостные ленты округа Колумбия потрясла история, когда Шейла Виггинс вышла из дома в Ривертоне и через пару кварталов обнаружила тело мужчины в Арапахо. Эта женщина оказалась в двух местах одновременно. Физически, находясь на берегу реки Уинд, она присутствовала в том измерении, которое было видно ей на экране iPhone. Такое возможно стало только при использовании игры с дополненной реальностью, которая «снабжает своих игроков некоторой информацией о мире и предметах в нем, накладывая ее на поле зрения в виде специфического для данного места графического слоя» [6]. Другие игры с дополненной реальностью выводят людей на улицы в поисках виртуальных противников, когда люди выбегают на проезжую часть, держа перед собой смартфоны [15]. Ученые среди последствий такой новой реальности отмечают: сдвиг в реальности, диссонанс обыденной жизни, разные группы людей представляют разные версии тех жизненных событий, которые ранее составляли базовую среду для всех.

Очень близко к дополненной реальности находится реальность виртуальная. Здесь мы обращаемся к технологиям интерфейса. Погружение в виртуальную реальность требует использования громоздкого аппарата, надеваемого на голову, который изолирует пользователя от остального мира. Дополненная реальность, наоборот, смешивает свои сигналы и графическое наложение с обыденным миром, каким мы его воспринимаем, и для нее не требуется никакого специального оснащения. Пользователи как дополненной, так и виртуальной реальности отмечают физическую реакцию организма на пребывание в тех мирах даже непродолжительное время. Так после снятия устройства через 15 минут у человека отмечалась потеря ориентации, тошнота и головокружение, затруднение в выполнении базовых когнитивных и моторных задач [8, 11, 16]. Стив Манн предположил, что за годы нейронная сеть адаптировалась к постоянному потоку сенсорной информации, получаемому через устройство, и сеть процессов, образующих мозг, стала частично существовать за пределами черепа его хозяина [11, 16]. Еще одним примером может послужить пешеход в момент осознания, что ему звонят. Он сразу останавливается, чтобы ответить. И не важно, задействована здесь гарнитура или нет, главным становятся те когнитивные и эмоциональные ресурсы, которые мы в это вкладываем. Такое расщепление внимания увеличивает повседневные риски человечества. Подтверждением того выступает статистика о всплеске числа происшествий со смертельным исходом с участием пешеходов [9].

Таким образом, мы можем говорить о большой роли Интернета в жизни современной молодежи. Компьютеризация и интернетизация, связанные с широким внедрением в повседневную жизнь информационных технологий, вызвали появление целого ряда негативных перемен практически во всех сферах жизнедеятельности индивидов, социальных групп и общества в целом. Основным объектом неблагоприятного информационного воздействия стала человеческая личность. Наибольший вред негативные факторы информатизации ока-

зывают на начальном этапе становления личности - в детском и подростковом возрасте. Этот самый ранний период в жизни человека связан с формированием системы морально-нравственных представлений и ценностных ориентаций.

Компьютер существенно изменяет структуру повседневности современной молодежи. Они большую часть жизни проводят в сети: смотрят телевизор (2-7 часов), находятся за компьютером (2-4 часа) и в сети Интернет (3-5 часов), играют в компьютерные игры (1-4 часов). Использование компьютерных технологий негативно воздействует на когнитивную, эмоциональную, поведенческую и другие сферы развития молодежи. Каждый третий (38,8%) проводит в сети больше времени, чем планировал, а у каждого четвертого (25,6%) в сети больше друзей, чем в реальной жизни (25,6%), и общение в сети придает большую уверенность (34,4%). По нашим данным, общаясь с друзьями (92,9%), только каждый третий (37,2%) выбирает личные встречи. В остальных случаях они прибегают к помощи технических средств. К последним они приобщились довольно рано. Первый компьютер появился в среднем в 6-9 лет, сотовый телефон в 7-8 лет. Таким образом, в настоящее время все большую актуальность приобретает проблема комплексного характера нехимических видов зависимости деструктивной направленности: зависимость от компьютера, от интернета, от группы. Такая деятельность может наносить вред не только здоровью, но и жизни граждан. Ситуация усугубляется активным вовлечением в этот процесс детей и подростков, являющихся интеллектуальным и трудовым потенциалом общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безвербная Н.А. Аддиктивные модели инклюзии молодежи в Интернет-пространство // Научные труды SWORLD. 2015. Т. 10. № 1(38). С. 22-26.
2. Кин Дж. Демократия и декаданс медиа / пер. с англ. Д. Кралечкина; под науч. ред. А. Смирнова. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. 312 с.
3. Радаев В.В. Миллениалы: Как меняется российское общество. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. 224 с.
4. Саглам Ф.А. Педагогические условия коррекции Интернет-аддикции у подростков. Дис. канд. пед. наук. Казань, 2009. 214 с.
5. Фишер М. Капиталистический реализм. Альтернативы нет? М.: Ультракультура 2.0, 2010. 144 с.

REFERENCES

1. Bezverbnaya N.A. Addiktivny`e modeli inklyuzii molodezhi v Internet-prostranstvo // Nauchny`e trudy` SWORLD. 2015. T. 10. # 1(38). S. 22-26.
2. Kin Dzh. Demokratiya i dekadans media / per. s angl. D. Kralechkina; pod nauch. red. A. Smirnova. M.: Izd. dom Vy`sšej shkoly` e`konomiki, 2015. 312 s.
3. Radaev V.V. Millenialy`: Kak menyaetsya rossijskoe obshhestvo. M.: Izd. dom Vy`sšej shkoly` e`konomiki, 2019. 224 s.
4. Saglam F.A. Pedagogicheskie usloviya korrekczii Internet-addikczii u podrostkov. Dis. kand. ped. nauk. Kazan`, 2009. 214 s.
5. Fisher M. Kapitalisticheskij realizm. Al`ternativy` net? M.: Ul`trakul`tura 2.0, 2010. 144 s.
6. Countyio News. «Teen Playing New Pokemon Game on Phone Discovers

Body in Wind River», July 8, 2016.

7. Entner R. Under-aged Texting: Usage and Actual Cost. <<http://www.nielsen.com/us/en/insights/news/2010/under-aged-texting-usage-and-actual-cost.html>>.

8. Eugenia M. Kolasinski. «Simulator Sickness in Virtual Environments,» US Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences Technical Report 1027, May 1995- dtic.mil/cgi-bin/CeTRDoc? AD=ADA29s86i.

9. Governors Highway Safety Association. «Spotlight on Highway Safety: Pedestrian Fatalities by State». 2010, ghsa.org/html/publications/pdf/spotlights/spotlight.ped.pdf

10. Heidegger M. Being and Time. San Francisco: Harper & Row, 1962. P. 211.

11. Lisa Guernsey. «At Airport Gate, A Cyborg Unplugged,» New York Times, March 14, 2002.

12. Marche S. Is Facebook Making Us Lonely? // The Atlantic Magazine. 2012. May.

13. Mayo E., Nairn A. Consumer Kids: How Big Business Is Grooming Our Children for Profit. L.: Constable, 2009.

14. McLuhan M. Understanding Media: The Extensions of Man. N.Y., 1964.

15. Melissa Chan, «Pokemon Co Players Anger 9/11 Memorial Visitors: 'It's a Hallowed Place',» Time, July 12, 2016.

16. Steve Mann. «'Reflectionism' and 'Diffusionism': New Tactics for Deconstructing the Video Surveillance Superhighway,» Leonardo, vol. 31, no. 2, April 1998: pp. 93-102.

17. Will Worley, «Syrian Woman Explains Why Refugees Need Smartphones,» Independent, May 12, 2016.

18. Young K.S. Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction - and a Winning Strategy for Recovery. N.Y. e.a.: John Wiley & Sons, 1998.

T.G. Svetlichnaya¹, E.A. Smirnova²

THE IMPACT OF INTERNET-TECHNOLOGIES ON TEENAGERS

¹Northern State Medical University(Arkhangelsk), ²Cherepovets State University (Cherepovets).

Summary. The article presents a study aimed at studying the spread of Internet use in the adolescent environment. To achieve this goal, a sociological study of teenagers living in Cherepovets was carried out. The author's questionnaire consisting of 32 questions served as a research tool. The sample population was 495 people. The sample is random, clustered, and stratified by gender and age. The results obtained allow us to draw conclusions about the great role of the Internet in the lives of modern teenagers. Communicating with friends (92.9%), only one in three (37.2%) chooses personal meetings. In other cases, they prefer to communicate using technical means, which they become familiar with from the age of 6-9.

Keywords: teenagers, Internet, computer, gadget.

Д.С. Клак, Н.В. Зверева

**КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ
РОДИТЕЛЬСКОЙ ОЦЕНКИ ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ В ГАДЖЕТАХ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Московский госу-
дарственный психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. Отношение родителей к пребыванию детей в гаджетах, принимаемые ими меры, чтобы обезопасить ребенка, оценка того, что подвержено влиянию гаджета – эти вопросы определили задачи пилотного исследования: провести оценку восприятия пребывания ребенка в гаджетах родителями разного возраста; дать психологическую оценку поведения самого ребенка с точки зрения родителя и установить наличие или отсутствие связи «сложности» характера ребенка и факта его пребывания в гаджете. В пилотном исследовании 81 родителя анкетой «ребенок с гаджетом глазами родителей», получены предварительные данные о значении возраста родителей в такой оценке.

Ключевые слова: школьники, родители, гаджеты, «сложные» дети, ограничения, опросник.

Введение. Передача информации между людьми во все времена воспринималась по-разному: простейшие рисунки и звуки не требовали особых усилий для обмена информацией внутри племени, развитие письменности поставило вопрос о видах средств передачи и хранения информации. Изначально только высшим сословиям был доступен данный уровень «взаимодействия» с информацией и ее источниками. В новейшее время, когда письменность и чтение стали общедоступны, особенно молодым людям и детям, появился обширный доступ к книгам. Для взрослых встал вопрос ограничения количества получаемой информации детьми, не последнее место отводилось увеличению потраченного на книги времени вместо выполнения необходимых семье других работ. Дальнейшее развитие средств передачи информации - телефонии, радио и телевидения - открыло еще больший доступ к познанию, и дети через эти новые формы получили возможность знакомиться с разными культурами, зарубежными программами, узнавать новые тенденции в различных областях жизни. Это, в свою очередь, также вызывало недовольство у взрослых/родителей, пытавшихся привлечь детей к уже понятной культуре чтения книг. Сейчас же цифровые технологии представлены в различных видах: от больших экранов, занимающих площадь целого здания, до маленьких устройств, помещающихся на ладони, и микроэлектроника еще не достигла предела развития. Дальнейший ее прогресс происходит на наших глазах и вполне понятна обеспокоенность взрослых в связи с новыми увлечениями молодежи в сфере получения и передачи информации.

Компактность и доступность современных технических устройств порождают новые проблемы для родителей и детей. Здесь мы сталкиваемся с префигуративным типом культуры по Маргарет Мид, когда родитель не имеет достаточно навыков обучить ребенка пользованию техническим устройством, осо-

бенно сетью Интернет, представлений о том, что может для ребенка быть вредным или полезным в играх, в каком возрасте его приобщать к игровой культуре и прочее [5]. При этом родитель часто пытается сохранить свои главенствующие воспитательно-ограничительные позиции. Современные авторы рассматривают эту проблемную ситуацию с разных сторон. Навязывание мнения «доверенного» источника информации, пропагандирующего только выгодную оценку, не дает объективного представления о когнитивном развитии и пользе либо вреде технологий [1]. Одностороннее освещение вопроса технологий как «вызывающих зависимость» заставляют родителей больше опасаться их и не подпускать к ним своего ребенка как можно дольше, игнорируя развитие познания, творческого влияния технологий на детей [8], а также возможности получения дальнейшего профессионального интереса в области IT-технологий или игровой индустрии.

Со стороны ребенка, родитель, пользующийся цифровым устройством, не всегда может обосновать свой запрет ребенку на использование устройства. Попытки ребенка получить устройство с применением социальных манипуляций не дают результатов, но когда устройство все же попадает ребенку в руки, чаще всего становится недоступен уже родитель как воспитатель и участник общения с ребенком. Подобное может вызывать нарушение поведения детей в структуре семьи, провоцировать на ожесточенность и агрессию родителей в отношении ребенка, тем самым только ухудшая внутрисемейные отношения [2]. В семьях со здоровыми детьми это может приводить к психологическим проблемам, еще большие трудности могут возникнуть в семьях с так называемыми «сложными» детьми.

Термин «сложные» дети не является официальной научной терминологией и редко используется в научных статьях из-за своего широкого смысла. Чаще всего речь идет о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации, детях-сиротах, детях с проблемами развития психики в силу социальных и/или биологических обстоятельств, имеющих нарушения поведения [6; 7]. В нашем исследовании под этим термином мы объединили детей, у которых есть разные психические расстройства (патологии), и детей без подтвержденного медицинского диагноза, но с нарушениями поведения по оценке родителей. Т. е. объединяющим этих детей в одну группу стал показатель наличия у них подтвержденных, заявленных родителями поведенческих проблем.

Актуальность исследования родительского отношения к пребыванию в пространстве гаджетов ребенка, находящегося в так называемой «экранной зависимости», не вызывает сомнения в связи с развитием технологий, изменением социальной ситуации развития, по Л.С. Выготскому [3]. Родительская оценка часто бывает необъективна по отношению к собственному ребенку. Это может быть связано как с психологическими травмами самих родителей, так и с избыточной тревогой, попытками обезопасить ребенка от взаимодействия с опасностями внешнего мира, и такие «опасности» могут меняться вместе с культурно-историческим контекстом.

В данной работе сравнивается родительская позиция относительно гадже-

тов по всей выборке (в связи с возрастом родителей) и отдельно у детей «сложных» и без поведенческих особенностей; рассматривается, расходится ли мнение родителей разного возраста о пребывании ребенка в экранном пространстве с их фактическим поведением.

Описание методики и выборки. В работе применены разрабатываемые и адаптируемые в отделе медицинской психологии НЦПЗ опросник-анкета для родителей «Ребенок с гаджетом глазами родителей» и родительский опросник личностной идентичности ребенка LoPF-Q 6-18 PR [4, 9]. Статья написана по материалам анкетирования родителей, каждый из которых давал информированное согласие на участие в исследовании. Опрос проводился в 2024-2025 гг.

Опросник-анкета «Ребенок с гаджетом глазами родителей» был разработан на базе ФГБНУ НЦПЗ для родителей детей от 6 до 18 лет. Представлен начальный этап разработки опросника-анкеты. Родители отвечали про своих детей, вопросы касались того, как родители видят своего ребенка в гаджетах, что разрешают—запрещают, о чем беспокоятся с точки зрения влияния гаджетов. Материал набирался через интернет формы и специальные рассылки (через обращение к знакомым и объявление у нас на сайте НЦПЗ).

Всего представлено родительское видение 81 ребенка в гаджетах. В опроснике-анкете был специальный вопрос о здоровье ребенка — есть ли диагнозы, есть ли инвалидность, какие диагнозы — соматические или иные, что позволило оценить состояние здоровья оцениваемых детей. По оценке родителей, у 7 детей были психиатрические диагнозы: F90.0; F80.9; F84 (4 ребенка); R62.0. и у 7 - соматические диагнозы: D16; M30.3; J30.1 (2 ребенка); T78.4; K29; H52.

Родительский ответ по поведению ребенка позволил разделить детей на 2 группы: «сложные» — с особенностями поведения, по родительской оценке, и без нарушений поведения, также по родительской оценке. Испытуемые делились по группам по фактору наличия поведенческих проблем у детей. Подтвержденный медицинский диагноз не был ведущим показателем, так как в исследовании участвовали родители детей не только с психическими, но и с соматическими диагнозами, последние, в свою очередь, не могут исключать поведенческие проблемы у ребенка.

Опросник-анкета состоит из двух базовых частей, включающих всего 38 вопросов (как с закрытым выбором позиции, так и в форме свободного ответа родителя на поставленный вопрос), касающихся информации о взаимодействии в системе «родитель – ребенок – медиа». Первая часть содержит ключевые вопросы о взаимодействии ребенка с медиа и интернетом с точки зрения родителя: сколько времени ребенок проводит за компьютером и смартфоном, проведенное время (активное или пассивное), общается ли он в это время с друзьями и прочее. Вторая часть вопросов обращена к мнению родителей относительно контента, поставляемого медиа, и его пользы для ребенка: во что играет ребенок, как игры отражаются на поведении и эмоциях, какой контент может оказаться опасным, какой – полезным, отношение родителей к играм в целом и прочее. Анкета также включает в себя вопросы, касающиеся пола и возраста ребенка, его обучения (в том числе средний балл по учебным предметам), нали-

чия/отсутствия медицинских диагнозов, инвалидности, наличия/отсутствия нарушений поведения (проблем в поведении, по описанию родителей).

Сформированный таким образом опросник-анкета размещался в сети с помощью Google Forms, ссылки были адресными (распространялись по методу «снежный ком») или размещались на сайте ФГБНУ НЦПЗ, сайте Пикабу и в VK. Получены первичные эмпирические материалы, касающиеся восприятия пребывания ребенка 6-18 лет в гаджетах глазами родителей. Оценка ответов родителей по выделенным критериям была балльной от 0 до 1 и от 0 до 3 (от 0 – нет и 1 – да до 0 – только польза и 3 – только вред). В последующей статистической обработке внимание уделялось наличию/отсутствию родительских жалоб на проблемное поведение ребенка.

Вторая методика - опросник LoPF-Q 6-18 PR, направленный на тестирование родительского взгляда на психическое здоровье ребенка. Это швейцарская разработка для родительской оценки возможных нарушений личности у ребенка, мы перевели и сейчас завершаем ее адаптацию с согласия авторов [4, 9]. Опросник выявляет нарушения функционирования личности детей 6-18 лет. Это позволяет на ранних стадиях диагностики дифференцировать здоровых детей и детей с рисками развития или существующими личностными особенностями, а в нашем исследовании сопоставить с родительской оценкой нарушений поведения ребенка. Методика включает в себя 36 вопросов для родителей, которые оцениваются по 5-балльной шкале Лайкерта (от 0 – «совершенно нет» до 4 – «полностью да»). За основу брался общий Т-балл, рассчитанный по баллам данных в ходе тестирования родителями ответов. Для удобства баллы были разделены на 3 группы: 1 - «норма», показатель, не превышающий 60 баллов; 2 – «расстройство личности - РЛ», показатель от 60 до 79 баллов; 3 – «патология», показатель 80.

Анализ полученных результатов проводился в 2 этапа:

Этап 1: Оценивались анкеты всех участников (81 человек). Средний возраст родителей составил 41,6 лет. Респондентами были 63 мамы, 11 пап, 3 опекуна, 1 отчим, 1 тетя, 1 сестра, 1 бабушка. Рассматривалась средняя балльная оценка от 0 до 3 по всем показателям отдельно для возрастных групп родителей:

- А – группа родителей до 29 лет;
- Б – родители возраста 30-39 лет;
- В – родители возраста 40-49 лет;
- Г – родители возраста 50 лет и старше.

Группы сравнивались по общему числу ответов, данных в зависимости от возраста, на травматизацию сфер деятельности ребенка, которые наиболее страдают от ограничений в гаджетах.

Этап 2: Для второго этапа оценки из 81 были отобраны анкеты 59 родителей детей школьного возраста (29 мальчиков, 30 девочек) от 6 до 18 лет (средний возраст детей – 11,5 лет). Эти дети имели средний балл за обучение не ниже 4,3 баллов, анкеты детей, обучающихся в первом классе или посещающих детский сад, или где имелись пустые клетки среднего балла, исключались. Далее

выборка была разделена на 2 группы, согласно родительской оценке поведения ребенка:

- группу 1 - 22 родителя, которые описали своих детей как «сложных», т. е. в графе о наличии проблем в поведении данные родители смогли подробно описать у ребенка необычные реакции, атипичное поведение или подтвердить наличие психиатрического диагноза;

- группу 2 - 37 родителей детей, не отмечающих отклонений в поведении своих детей.

В группах на втором этапе сравнивались показатели пола, подтвержденного диагноза, инвалидности, способа общения ребенка во время игры, отношения родителя к игровой индустрии, Т-балла по методике LoPF-Q 6-18 PR. Учитывалось родительское мнение о том, что может пострадать в развитии ребенка (актуальном и будущем) в случае ограничений ребенка в сфере технологий.

Статистическая обработка проводилась в программе IBM SPSS v.26 и Microsoft Office 365 Excel. Для обработки данных использовался U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок и ф-критерий Фишера.

Результаты.

Рассмотрим результаты 1 этапа исследования. Первое, на что хотелось бы обратить особое внимание, что при заполнении анкетных данных родители указывали наличие у детей поведенческих проблем без документально подтвержденного диагноза. Проверка показала, что из 81 исследованного ребенка наличие поведенческих проблем отмечают 22 родителя, а на учете в ПНД из них наблюдаются 7 детей, остальные психиатрической помощи не получают. Таким образом, вне внимания психологов и психиатров остаются примерно 31,8% детей.

Вторым моментом было отмечено, что не все родители, участвующие в опросе, позволяют детям пользоваться компьютером. Статистика показала, что 34,6% опрошенных родителей не позволяют своему ребенку сидеть за компьютером, еще у 12,3% детей нет смартфона. А 56,1% всех опрошенных родителей предпочитают не следить вовсе за соцсетями своего ребенка.

Сравнение групп родителей, разделенных на возрастные группы А-Г показывает, что между возрастными группами родителей существуют расхождения мнений по ряду показателей. Так, старшее поколение родителей особо относится к использованию гаджетов детьми ($p_1=0,040$; $p_2=0,000$; $p_3=0,002$), а молодое поколение родителей беспокоится, что использование гаджетов может отразиться на учебе ребенка ($p_1=0,008$; $p_2=0,038$; $p_3=0,004$). Часть представителей средних поколений родителей уверена, что ограничения в использовании гаджетов никак не будут сказываться ни на одной из указанных сфер жизни ($p_3=0,003$), в то время как другая часть уверена, что лишение ребенка гаджета может негативно сказаться на сфере познания ($p_3=0,002$) и карьеры ($p_3=0,012$).

Отношение родителей к играм - по этому показателю никаких различий между группами выявлено не было. Однако качественный анализ привлек внимание частотой даваемых родителями нашей выборки ответов: 55% родителей считают игры еще одним способом познания мира, но готовы придерживаться возрастных ограничений, 22,5% уверены, что любые игры вредны для ребенка,

15% согласны давать ребенку только самостоятельно проверенные игры, и 7,5% родителей приравнивают игры к кино и книгам, поэтому не видят смысла ограничивать ребенка.

Рассмотрим результаты 2 этапа исследования.

Сравнение групп с нарушениями поведения (т. наз. «сложные дети», далее в тексте обозначаются как «группа 1») и детей без отмечаемых родителями нарушений поведения (т. наз. «норма», далее в тексте «группа 2») по значимым показателям представлены в таблице 1. Отметим, что дети с диагнозом и инвалидностью встречались в обеих группах, во второй группе это соматические диагнозы.

Таблица 1.

Сопоставление групп «сложных» (группа 1) детей и «нормы» (группа 2) по значимым показателям (U-критерий Манна-Уитни) (средний балл по группе, возраст).

	Группа 1	Группа 2	Достоверность	Диапазон (мин-макс по параметру)	
				Группа 1	Группа 2
Подтвержденный диагноз (кол-во детей)	7 из 22	7 из 37	0,003**	0-1	0-1
Инвалидность (кол-во детей)	4 из 22	1 из 37	0,003**	0-1	0-1
Поведенческие проблемы	1,05	0,00	0,000**	0-2	0-0
Общение в сети	1,18	1,43	0,334	0-2	0-3
Ограничения в сети	2,91	2,46	0,086	2-4	1-4
Отношение родителей к играм	1,77	1,49	0,239	0-3	0-3
Доступ в компьютер	0,64	0,76	0,328	0-1	0-1
Доступ в смартфон	0,86	0,84	0,792	0-1	0-1
LoPF-Q 6-18 PR	2,05	1,38	0,000**	1-3	1-3
Возраст родителей	40,5 лет	41,8	0,666	29-58 лет	29-63 года
Возраст ребенка	11,5	11,5	0,950	7-17 лет	7-18 лет
Пол ребенка	0,64	0,41	0,089	0-1	0-1

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,005$

Большинство родителей группы 2, по материалам анкеты «Ребенок с гаджетом глазами родителей», не отмечает у своих детей особенностей в поведении, но по результатам подсчета общего T-балла методики LoPF-Q 6-18 PR выясняется, что в группе без нарушений поведения также немало детей со «сложностями» (высокими показателями риска расстройств личности согласно опроснику) (рис.1).

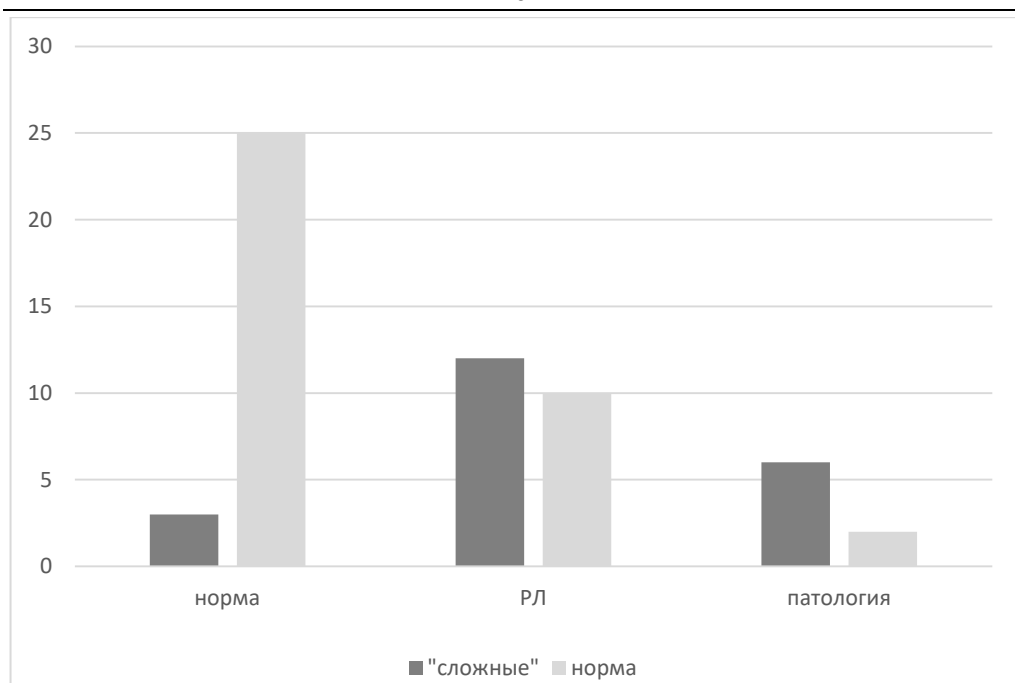


Рисунок 1. Распределение частоты встречаемости «сложных» детей в группах по методике LoPF-Q 6-18 PR (ось ординат – кол-во детей; ось абсцисс – варианты личностных особенностей, по данным LoPF-Q 6-18 PR (норма – нет патологии личности; РЛ – расстройство личности; патология – грубая патология личности)).

Из описания опросника можно отметить, что отмечаются не только существующие, но и потенциальные личностные проблемы детей.

По полу оцениваемых детей группы значимо не различаются, есть лишь тенденция к небольшому перевесу показателя личностных расстройств по опроснику в группе «сложных» детей у мальчиков. Обратную тенденцию можно наблюдать в группе 2, где небольшой перевес преобладает у девочек.

Анализ показателя «Ограничение в сети» также достоверно не различается в группах 1 и 2, однако качественный анализ выявил тенденцию группы 2 к поощрению детей к высокоуровневому общению со сверстниками: родители отмечают, что дети собираются вместе, играют на одном устройстве, обсуждают сюжеты и прохождения. Такое взаимодействие более позитивно сказывается на когнитивной гибкости детей. У родителей группы 1 ответов о совместном взаимодействии их ребенка с кем-то из детей за одним устройством не наблюдается вовсе. «Общение в сети» родители обеих групп отмечают как самый частый способ взаимодействия с друзьями.

Обсуждение результатов. Первый этап исследования показал нам предельно точную позицию родителей школьников в отношении использования гаджетов. Опасения, в первую очередь, касаются учебы, так как в действитель-

ности существуют проблемы, связанные с информационным потоком, не позволяющие ребенку обучаться по старой системе. Возможно, эту проблему скорее следует решать оптимизацией образовательного процесса под современные реалии, родитель же как исполнитель системы бессилён. Ответы родителей 30-49 лет как свидетелей активного входа в медиаиндустрию указывают на их гибкую позицию относительно наличия или отсутствия гаджета у ребенка. Родители старшего поколения демонстрируют особое отношение к использованию гаджетов детьми. Они видят в гаджетах перспективы, но и сами относятся к ним с опаской. Отдельно хочется отметить, что большинство родителей не позволяет сидеть детям за компьютером, однако не вводит ограничений для смартфонов, что можно рассматривать как неуверенность в правильности собственной позиции: хотят обучить ребенка правильному применению гаджетов, но имеют недостаточно навыков и знаний для реализации обучения.

Второй этап исследования дал нам результаты групп «нормы» (без нарушений поведения, по родительской оценке) и «сложных» детей. Показатели LoPF-Q 6-18 PR группы 2 и показатели личностных расстройств (с учетом хороших и высоких оценок в школе) могут свидетельствовать о повышенной тревожности некоторых из детей или о завышенных ожиданиях родителей, что также может вести к личностным расстройствам.

Общая оценка результатов применения опросника-анкеты может свидетельствовать о переутомлении детей, избыточной тревоге родителей за учебу, что сказывается на психике ребенка, и встречается даже в группе нормы. В данном случае стоит обратить внимание на завышенные требования родителей к ребенку. В группе 1 «сложные» дети не все состоят на учете у психиатра или посещают психолога, хотя родители отмечают особенности в их поведении. Родители детей группы 2 отмечают высокоуровневое использование игровых устройств, в то время как родители детей группы 1 его не отмечают вовсе. Наряду с ограничениями компетентности родителей в вопросах цифровизации остается открытым вопрос обучения цифровой грамотности детей со «сложным» поведением и контролем за их использованием гаджетами.

Резюме. Проведенное пилотное исследование позволяет сделать некоторые обобщения. Очевидно, что родительская оценка использования гаджета детьми меняется со сменой поколения родителей, но при этом остается открытым вопрос о цифровой грамотности самих родителей и их компетентности в вопросах обучения пользованию ребенком гаджета. Все это требует дальнейшего изучения. Существенным результатом пилотного исследования оказалось разделение позиций родителей в зависимости от возраста. Важным и конструктивным представляется применение термина «сложные дети», поскольку при всех вариантах патологии поведение может нарушаться в разной степени, также как и условно нормотипичные дети могут демонстрировать нарушения поведения, все это волнует родителей. Наша методика не дает достаточно достоверных оценок, касающихся времени пребывания ребенка за компьютером, характера его пребывания, способах его связи с друзьями и др. (это известно только самому ребенку), однако представление родительской оценки объективно помо-

гает проанализировать и структурировать пути дальнейшего исследования.

Первый опыт такого пилотного исследования имеет ряд ограничений: небольшой объем выборки, инструменты исследования в стадии интенсивной разработки. Однако эти ограничения не снижают значимость поставленных в статье вопросов и предварительных результатов. Исследование имеет все основания для продолжения и расширения, как в плане уточнения инструментов диагностики, увеличения выборки, так и в отношении изучения собственно «ребенка в гаджете» по его собственной позиции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веракса А.Н., Бухаленкова Д.А., Чичина Е.А., Калимуллин А.М., Шатская А.Н., Зинченко Ю.П. Цифровые устройства в жизни современных дошкольников // Наука телевидения. 2024. № 20 (1). С. 171-215.

2. Веракса Н.А., Корниленко Д.С., Чичина Е.А., Бухаленкова Д.А., Чурсина А.В. Связь времени использования дошкольниками цифровых устройств с полом, возрастом и социально-экономическими характеристиками семьи // Наука телевидения. 2021. №17 (3). С. 179-209.

3. Выготский Л.С. Проблема культурного развития ребенка (1928) // Вестник Московского университета. Сер.14, Психология. 1991. № 4. С. 5-18.

4. Клак Д.С., Зверева Н.В., Зверева М.В. Родительская оценка пребывания ребенка в интернете в связи с восприятием особенности личностной идентичности детей // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2024. Выпуск 7. С. 180-186.

5. Мид М. Культура и мир детства: Избранные произведения / Пер. с англ. и коммент. Ю.А. Асеева. Сост. и послесловие И.С. Кона. М.: Главная редакция восточной литературы издательства «Наука», 1988. 429 с.

6. Стрельцова А.О. Проблема со «сложными» детьми на групповых занятиях // Научные достижения и инновационные подходы: теория, методология, практика. Сб. научн. трудов по материалам VIII Международной научн-практ. конф. Анапа, 28 ноября 2022 г. Анапа: Изд-во «НИЦ ЭСП» в ЮФО, 2022. С.48-52.

7. Ткачева В.В., Имподистова А.М. Принципы и методы психолого-педагогического сопровождения замещающих семей, воспитывающих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Universum: психология и образование: электрон. научн. журн. 2023. 5 (107).

8. Чичина Е.А., Твардовская А.А., Веракса А.Н. Активное и пассивное экранное время детей 5-6 лет // Социологические исследования. 2024. № 9. С. 138-144.

REFERENCE

1. Veraksa A.N., Bukhalenkova D.A., Chichina E.A., Kalimullin A.M., Shatskaya A.N., Zinchenko Yu.P. Czfirovy`e ustrojstva v zhizni sovremenny`kh doshkol`nikov // Nauka televideniya. 2024. # 20 (1). S. 171-215.

2. Veraksa N.A., Kornilenko D.S., Chichina E.A., Bukhalenkova D.A., Chursina A.V. Svyaz` vremeni ispol`zovaniya doshkol`nikami czfirovy`kh ustrojstv s polom, vozrastom i soczial`no-e`konomicheskimi kharakteristikami sem`i // Nauka televideniya. 2021. #17 (3). S. 179-209.

3. Vy`gotskij L.S. Problema kul`turnogo razvitiya rebenka (1928) // Vestnik

Moskovskogo universiteta. Ser.14, Psikhologiya. 1991. # 4. S. 5-18.

4. Klak D.S., Zvereva N.V., Zvereva M.V. Roditel'skaya ocenka prebyvaniya rebenka v internete v svyazi s vospriyatiem osobennosti lichnostnoj identichnosti detej // Gerczenovskie chteniya: psikhologicheskie issledovaniya v obrazovanii. 2024. Vy`pusk 7. S. 180-186.

5. Mid M. Kul'tura i mir detstva: Izbranny`e proizvedeniya / Per. s angl. i komment. Yu.A. Aseeva. Sost. i posleslovie I.S. Kona. M.: Glavnaya redakciya vostochnoj literatury` izdatel'stva «Nauka», 1988. 429 s.

6. Strel'czova A.O. Problema so «slozhny`mi» det'mi na gruppovy`kh zanyatiyakh // Nauchny`e dostizheniya i innovacionny`e podkhody`: teoriya, metodologiya, praktika. Sb. nauchn. trudov po materialam VIII Mezhdunarodnoj nauchn-prakt. konf. Anapa, 28 noyabrya 2022 g. Anapa: Izd-vo «NICz E`SP» v YuFO, 2022. S.48-52.

7. Tkacheva V.V., Impodistova A.M. Printsipy` i metody` psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya zameshhayushhikh semej, vospity`vayushhikh detej-sirot i detej, ostavshikhsya bez popecheniya roditelej // Universum: psikhologiya i obrazovanie: e`lektron. nauchn. zhurn. 2023. 5 (107).

8. Chichinina E.A., Tvardovskaya A.A., Veraksa A.N. Aktivnoe i passivnoe e`krannoe vremya detej 5-6 let // Socziologicheskie issledovaniya. 2024. # 9. S. 138-144.

9. Mazreku G., Birkhölzer M., Cosgun S., Kerber A., Schmeck K. and Goth K. Impaired Personality Functioning in Children and Adolescents Assessed with the LoPF-Q 6-18 PR in Parent-Report and Convergence with Maladaptive Personality Traits and Personality Structure in School and Clinic Samples // Children. 2023. 10. 1186 p. Children (Basel) 2023 Jul 8;10(7):1186.

D.S. Klak, N.V. Zvereva

QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ANALYSIS OF PARENTAL ASSESSMENT OF CHILDREN'S USE OF GADGETS

Mental Health Research Center, Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The attitude of parents to their children's use of gadgets, the measures they take to protect their children, and the assessment of what is susceptible to the influence of gadgets—these questions defined the objectives of the pilot study: to assess the perception of a child's use of gadgets by parents of different ages; to provide a psychological assessment of the child's behavior from the parent's point of view and to establish the presence or absence of a connection between the "complexity" of the child's character and the fact of his or her use of gadgets. In the pilot study of 81 parents, the questionnaire "A child with a gadget through the eyes of parents" provided preliminary data on the importance of parents' age in such an assessment.

Keywords: schoolchildren, parents, gadgets, "difficult" children, restrictions, questionnaire.

Ю.А. Труханова, Л.А. Тишина, В.Т.А. Сорокина
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ КИНЕТИЧЕСКИХ И КИНЕСТЕТИЧЕСКИХ
УКЛАДОВ У ОБУЧАЮЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический
университет» (Москва).

Резюме. Полисенсорный анализ компонентов речевой деятельности играет особую роль в формировании фонации. Учитывая специфику состояния кинетических и кинестетических артикуляционных укладов у разных категорий обучающихся с особыми образовательными потребностями, необходимо рационально подходить к отбору технологий и содержания коррекционно-развивающей работы. В статье представлен анализ состояния базовых компонентов сенсомоторного развития у детей с нарушенным слухом. В ходе проведенного исследования были установлены специфические особенности в условиях нарушенного первичного сенсорного компонента, определен потенциал реализации междисциплинарного подхода специалистами службы психолого-педагогического сопровождения.

Ключевые слова: нарушения слуха, дошкольники с особыми образовательными потребностями, артикуляционные уклады, обучение произношению, фонация.

Материал и методы. Проблемы коррекции нарушений устной речи разных категорий лиц с особыми образовательными потребностями давно вышли за рамки сугубо коррекционной педагогики [2, 4, 8, 16]. Особое внимание членности и разборчивости речи уделяется не только в структуре органических, но и функциональных нарушений фонационного оформления высказывания. [7, 13, 20]. Вопросы правильной артикуляции связаны с системой формирования произносимых умений и навыков на любом из этапов коррекционной работы, являются неотъемлемым разделом формирования слоговой структуры слова, определяют специфику интонирования таких видов речевой деятельности, как говорение и чтение.

В современных психолого-педагогических исследованиях оральная ация и артикуляционный праксис рассматриваются для каждой нозологической группы отдельно с учетом специфики индивидуально-типологических особенностей и структуры нарушенного развития. [1, 3, 10, 18]. Все большую актуальность приобретают исследования, касающиеся комплексного подхода к оценке сенсомоторных навыков у обучающихся с особыми образовательными потребностями, состояния речеслухового и речедвигательного анализатора как ведущих в формировании фонации [6, 17].

Современная система формирования устной речи *детей с нарушениями слуха* базируется на исследованиях Ф.Ф. Рау и Н.Ф. Слезиной [14], обосновавших аналитико-синтетический, концентрический и полисенсорный методы обучения произношению неслышащих. В развитие системы обучения произноше-

нию у глухих и слабослышащих детей внесли вклад В.И. Бельтюков [5], О.И. Королева [9] и др. В частности, исследователи обращали особое внимание на взаимосвязь нарушения слухового анализатора и формирование артикуляционных стереотипов у детей с нарушенным слухом. В.И. Бельтюков, говоря о взаимосвязи слухового и речедвигательного анализаторов, отмечал, что если появление звуков в произношении является следствием дифференцированности их в слуховом восприятии, то и само слуховое восприятие находится под определенным влиянием со стороны моторного компонента речи. В отношении глухих и слабослышащих детей, которые не располагают достаточной основой для восприятия устной речи даже при условии одновременного участия слухового и зрительного анализаторов, компенсация пробелов восприятия может быть достигнута за счет встречной активности функции речедвигательного анализатора [5]. При этом речедвигательный анализатор может играть в процессе восприятия как положительную, так и отрицательную роль в зависимости от степени сформированности его функции. Положительной она может быть, если произношение глухих детей приближается к воспринимаемому образцу.

А.С. Сарычев, рассматривая методы и средства слухоречевой реабилитации ранооглохших детей с кохлеарными имплантатами, отмечает, что преодолеть нарушения голоса (монотонность, носовой оттенок, напряженность, нарушения громкости) достаточно сложно, поскольку у детей уже сформированы неверные артикуляторные стереотипы, базирующиеся, в первую очередь, на тактильном контроле своей речи. Однако, при условии длительной и правильной коррекционной работы, звучание речи существенно улучшится [15].

Значительную часть детей, имеющих стойкие нарушения слуха, составляют слабослышащие дети. Это дети с частичной потерей слуховой функции, которая приводит к системному недоразвитию речи и возникновению устойчивых речевых нарушений. Для качественного восприятия звуков слабослышащим детям требуется усиление звучания в случаях легкой и умеренной тугоухости до 20-50 дБ и более, в случае глубокой тугоухости до 60-90 дБ на основных речевых частотах.

Развитие звукопроизношения у слабослышащих детей происходит с выраженной задержкой в условиях недостаточной связи слухоречевого и речедвигательного анализатора [11, 19]. Сложности слухового восприятия речевых звуков и дифференциации на слух сходных фонем препятствуют усвоению правильной артикуляции, что, в свою очередь, приводит к нарушению произношения целых групп звуков.

Изучение влияния нарушения слухового анализатора на формирование артикуляционных стереотипов позволило выявить наиболее характерные для слабослышащих детей нарушения звукопроизношения, голоса, темпо-ритмической стороны речи, обоснована методика коррекционно-развивающей работы.

В целях более детального изучения вопроса взаимного влияния недостаточности слухового контроля над речью и формирования артикуляционных стереотипов нами было предпринято исследование состояния моторики артикуляционного аппарата слабослышащих дошкольников.

В исследовании принимали участие 24 старших дошкольника 5-7 лет с

сенсоневральной тугоухостью 3-4 степени, посещавших дошкольные образовательные организации и занятия учителя-сурдопедагога МУДО ЦППМСП городского округа Люберцы, обучающихся по АООП ДО для детей с нарушениями слуха (слабослышащие дети). Все дети слухопротезированы слуховыми аппаратами бинаурально. Четыре ребенка слухопротезированы до года, девять детей – в возрасте полутора-двух лет, 11 детей – в возрасте трех-четырех лет.

По результатам изучения психолого-педагогической документации и наблюдения можно заключить, что все дети имели системное нарушение речи разной степени выраженности: 19 детей владели развернутой фразовой речью с аграмматизмами, со стороны звукопроизношения отмечались неточности в произношении или нарушенное произношение таких звуков как [С], [З], [Ц], [Ш], [Ч], [Р], [Ф], замены заднеязычных звуков на переднеязычные [К] и [Г] на [Т]. В результате проводимой работы по коррекции произносительной стороны речи большинство «проблемных» звуков дети могли правильно произнести изолированно, в слогах и словах на занятии или по просьбе педагога, однако в самостоятельной речи навыки правильного произношения не были автоматизированы или автоматизированы недостаточно только в хорошо знакомых детям словах. У всех детей отмечался носовой оттенок голоса, недостаточность речевого выдоха. Общее звучание речи у 19 детей приближено к естественному, у 5 – речь нечеткая и маловнятная. 5 дошкольников владели простой фразой с аграмматизмами, со стороны звукопроизношения отмечались множественные нарушения и замены, в том числе замены [Б] и [П] на [М], [С] и [Ш] на [Т], [Ф] на [П], а также наличие призвуков. Большинство звуков также находилось в стадии исправления или автоматизации, однако дети испытывали большие трудности как в самостоятельном произнесении звуков, так и в выделении их на слуховой основе.

Обследование артикуляционной моторики в рамках нашего исследования проходило по единой схеме: исследование строения органов артикуляции; исследование подвижности органов артикуляции.

При изучении строения органов артикуляции фиксировалось:

- форма нёбного свода (высокий, «готический», низко расположенный, куполообразный, с выраженным швом и т. д.);
- состояние круговой мышцы рта и губ: особенности строения губ; мышечный тонус; положение в состоянии покоя;
- при обследовании языка: особенности анатомического строения; особенности строения уздечки языка; положение в полости рта;
- исследование состояния и функций нёбно-глоточного смыкания включало учет анатомических особенностей мягкого нёба, оценку мышечного тонуса мягкого нёба, определение степени подвижности мягкого нёба, согласованность движений;
- особенности строения зубочелюстного ряда (диастемы, тремы, прогнатия, прогения, прямой открытый прикус, боковой открытый прикус и т. д.).

При оценке возможности выполнения артикуляционных движений уточнялась подвижность органов артикуляции при выполнении артикуляционных поз и движений по подражанию и инструкции, принятие и удержание позы, амплитуда и переключаемость движений.

Для большей наглядности нами было принято решение заполнять артикуляционный профиль ребенка (табл. 1).

Таблица 1.

Артикуляционный профиль ребенка

Ф.И. ребенка	Лоб		Щеки		Нижняя челюсть		Синкинезии	Мягкое нёбо	
	Нахмурить	Поднять брови	Надуть	Втянуть	Откусывание	Опускание		Непроизвольные	Произвольные
Губы			Язык						Примечание
Лабialis-зация	Растяг	Оскал	Вперед	Вверх	Вниз	Вправо	Влево	Облизывание	

При заполнении таблицы использовались следующие символы (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели заполнения протокола «Артикуляционный профиль ребенка»

«+»	«-»	«+/-»	«Примечания»
при правильном выполнении задания	при невыполнении заданного движения	при неточном выполнении движения	пометка о качестве выполнения задания

Результаты и обсуждение. При обследовании анатомического состояния артикуляционного аппарата дошкольников с нарушениями слуха были выявлены следующие особенности. Мимическая мускулатура в покое у большинства слабослышащих детей исследуемой группы (83%) соответствует возрастной норме. Только у двух дошкольников (17%) присутствуют сглаживание носогубных складок и признаки ротового дыхания. Кроме того, у них наблюдается нарушение прикуса (открытый передний прикус и прогнатия), а также сниженный тонус круговой мышцы рта и мышц языка; у одного из них укороченная подъязычная связка при высоком (готическом) нёбе. У половины детей отмечается выраженный кариес молочных зубов и сменный тип прикуса. Таким образом, у большинства детей исследуемой группы отсутствуют грубые отклонения со стороны строения артикуляционного аппарата.

При обследовании двигательной функции артикуляционного аппарата все предлагаемые пробы и задания проводились по показу. Словесная инструкция при предъявлении заданий не использовалась во избежание неточного понимания инструкции слабослышащими детьми.

Исследование динамической организации движений артикуляционного ап-

парата проводилось с использованием 6 двигательных проб:

1. Оскалить зубы, высунуть язык, затем широко открыть рот;
2. Широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижних зубов (резцов), затем поднять кончик языка к верхним зубам (резцам) и положить на нижнюю губу;
3. Положить широкий язык на губу, загнуть кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот;
4. Широко раскрыть рот, как при звуке «а», растянуть губы в улыбку, вытянуть в трубочку;
5. Широко раскрыть рот, затем попросить полузакрыть и закрыть его;
6. Повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков или слогов изменялась в процессе предъявления): А-И-У; У-И-А; КА-ПА-ТА; ПА-КА-ТА; ПЛА-ПЛУ-ПЛО; РАЛ-ЛАР-ТАР-ТАЛ; СКЛА-ВЗМА-ЗДРА.

Отмечались: правильность выполнения; замены одного движения другим, поиск артикуляции, «застывание», недифференцированность движений, нарушение плавности, напряженность языка, подергивание языка; насколько свободно переключается с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую и одного звукового ряда на другой.

Большинство проб, направленных на исследование двигательной функции губ и нижней челюсти, дети выполнили правильно, в полном объеме, при этом у 10 (42%) детей отмечены незначительные трудности в выполнении двигательных проб по показу: неточность и недостаточный диапазон движений; 4 ребенка с выраженными отклонениями со стороны строения артикуляционного аппарата с трудом выполняли двигательные пробы даже после неоднократного показа, движения были нечеткими и смазанными.

Таблица 3.

Исследование двигательной функции губ и нижней челюсти дошкольников с нарушениями слуха, в %

Исследование:	Показатели / процент выполнения		
двигательных функций губ	выполнение правильное, в полном объеме	диапазон движений снижен	чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений
	37,5	41,7	20,8
двигательных функций челюсти	выполнение правильное	движения челюстью недостаточного объема	выполняет неточно даже после неоднократного показа
	45,8	50	4,2

Исследование двигательных функций языка показало, что все дети испытывали трудности в выполнении заданий как по образцу с возможностью визуального контроля, так и при выполнении без опоры на зрительный анализатор. Отмечались: неточность выполнения артикуляционных движений, замены на более простые и легкие движения, недостаточный диапазон движений языка. Трудности носили нестойкий характер, при неоднократном повторении дети

могли выполнить движения как близко к образцу, так и неточно. 4 ребенка с особенностями строения артикуляционного аппарата не смогли повторить двигательные пробы, наблюдалась истощаемость движений, отказ от выполнения.

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата выявило у большинства детей трудности в выполнении серий артикуляционных движений.

Таблица 4.

Динамическая организация движений артикуляционного аппарата дошкольников с нарушениями слуха, в %

Показатели	движения активные, объем движений полный, переключаемость хорошая	движения вялые, объем не полный, наблюдается замена движений и сложность переключения	выраженные затруднения в выполнении движений, моторная напряженность или вялость, переключение удастся с большим трудом
% выполнения	20,8	58,4	20,8

Наибольшие трудности были отмечены при выполнении проб, требующих тонкой дифференциации движений, например, при выполнении пробы 3 чашечка «разрушалась», язык не поднимался к верхним зубам. Особую трудность вызвали задания, требующие повторения последовательностей слогов и звуков (проба 6). Дети забывали звуки и слоги, старались упростить артикуляционные движения, пропускали звуки в слогах.

Таблица 5.

Успешность выполнения проб на исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата дошкольников с нарушениями слуха, в %

Проба №	1	2	3	4	5	6	По всей серии
Успешность выполнения пробы (в %)	89,6	75	69,8	71,9	72,9	61,5	73,4

Недостаточная сформированность динамических артикуляционных стереотипов у детей с нарушенным слухом подтверждается результатами исследования возможности произвольного формирования мимических поз и символического праксиса (76,3% успешности выполнения заданий). Воспроизведение «эмоциональных масок» и выполнение заданий на символический праксис вызывали у детей сложности: наблюдалось усредненное воспроизведение эмоций удивления и страха, грусти и злости, радости и удивления, связанное с непониманием смысла движения, проблемы в повторении по образцу поз символического праксиса (так, свист и плевок заменяются выдохом через вытянутые губы, улыбка и оскал не дифференцируются, воспроизводятся усредненно).

Таблица 6.

Исследование мимической мускулатуры дошкольников с нарушениями слуха, в %

Показатели: Исследование:	выполнение правильное	небольшие затруднения в выполнении движений; мимическая картина не- четкая	замены движений
объема и качества движе- ний мышц лба	37,5	50	12,5
объема и качества движе- ний глаз	54,1	29,2	16,7
объема и качества движе- ний мышц щек	37,5	41,7	20,8
возможности произвольно- го формирования опреде- ленных мимических поз	—	75	25
символического праксиса	—	70,8	29,2

Задания на исследование подвижности мышц лба, щек и глаз, требующие повторения простых движений, не вызывали у большинства детей значительных затруднений. Только у 4 дошкольников (дети с нарушениями в строении артикуляционного аппарата) возникали затруднения при надувании щек, нахмурировании, а также необходимости смены зрительного фокуса.

Обобщая результаты проведенного исследования, можно сделать *заключение* о влиянии снижения слуховой чувствительности на формирование артикуляционных стереотипов, необходимых для становления произносительной стороны речи.

Данные проведенного исследования подтверждают предположение о том, что снижение слухового контроля в составе комплексной обратной связи при артикуляции тормозит формирование «правильных» артикуляторных кинестезий, замедляя речевое развитие, делая речь нечеткой, смазанной, звучащей непривычно для людей с сохранным слухом.

Таким образом, отсутствие части значимых для формирования произносительной стороны речи компонентов у детей с нарушениями слуха приводит к измененным в сравнении с нормой движениям и нагрузкам на суставно-мышечный аппарат органов артикуляции, что в свою очередь ведет к диспропорции в развития части мышц, ответственных за артикуляцию, особенностям развития суставно-связочного аппарата и последующей адаптации к этой диспропорции. Адаптация к диспропорции и искажениям движений приводит к еще большему несоответствию слуховых, слухо-зрительных и двигательных моделей звуков и, как следствие, к трудностям усвоения верных артикуляционных кинестезий в ходе коррекционно-развивающей работы.

Коррекция произносительной стороны речи у детей с выраженным нарушением слуха проводится на полисенсорной основе с опорой на остаточный слух и современные возможности слухопротезирования.

Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не испытывают значительных трудностей при выполнении изолированных движений, однако слуховой и двигательный контроль у них снижается при выполнении заданий, требующих пе-

реключения и удержания в памяти нескольких двигательных стереотипов. Для формирования навыков переключения с одного кинестетического стереотипа на другой нами было предложено увеличить количество заданий, направленных на развитие навыков речевого самоконтроля и остаточного слуха с использованием слухо-речевого тренажера, позволяющего обеспечить вибрационную поддержку слухового восприятия. Звуковой, слоговой и словесный материал отбирался в соответствии с АООП ДО для детей с нарушениями слуха (слабослышащие дети), а также с опорой на наиболее усвоенные детьми артикуляционные стереотипы.

Для усиления контроля над артикуляцией нами был использован метод речедвигательной ритмики А.Я. Мухиной [12]. Метод подразумевает не только использование движений для закрепления звукопроизношения, но и работу над мышечным тонусом, контроль речевого дыхания и работу над эмоциональной сферой, позволяя организовать занятие в игровой форме, наиболее подходящей и интересной для детей дошкольного возраста.

Выводы. Проведенное исследование показало, что слабослышащие дошкольники нуждаются в дополнительной коррекционно-развивающей работе по формированию и закреплению правильных артикуляционных движений с учетом выявленных особенностей формирования двигательных артикуляционных и мимических стереотипов.

Обобщая результаты, следует отметить, что базовые компоненты, обеспечивающие артикуляцию в частности и фонацию в целом, для диагностики и коррекции имеют особое значение. В специальной литературе для разных категорий детей выделены практически идентичные направления работы, но отбор содержания будет совершенно различным, а спектр владения коррекционными технологиями специалистов психолого-педагогического сопровождения достаточно широким.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адильжанова М.А. Влияние имитационных способностей на развитие речи у детей с аутизмом // Логопедия. 2014. № 3 (5). С. 87-88.
2. Акимова Н.А. Коррекционно-педагогическая помощь тяжело и длительно болеющим детям // XXI Международная научн.-практ. конф. молодых исследователей образования «Науки об образовании в меняющемся мире: перспективы исследований для решения глобальных и локальных проблем». М., 2022. С. 863.
3. Артемова Е.Э. Полимодальный подход и его использование в логопедической работе // Межотраслевые подходы в организации обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья. М.: Спутник, 2014. С. 16-31.
4. Баблумова М.Е. Педагогические условия формирования коммуникативных умений у дошкольников с умеренной умственной отсталостью // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. № 1. С. 22.
5. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи. М.: Педагогика, 1977. 176 с.
6. Богданова Т.Г. Речь и мышление детей с нарушениями слуха: психологические аспекты // Обучение языку в системе образования детей с ОВЗ. К 95-летию со дня рождения Е.А. Горбуновой. Мат-лы научн.-практ. конф. с международным участием / Под общей ред. К.Б. Вовненко. М., 2022. С. 12-16.
7. Данилова А.М., Чулкова А.А. Изучение состояния слоговой структуры слова у старших дошкольников с общим недоразвитием речи / Психолого-

педагогическое сопровождение общего, специального и инклюзивного образования детей и взрослых. Мат-лы IV Международной научн.-практ. конф.. Чебоксары, 2024. С. 164-167.

8. Кондратьева С.Ю. Значение «внутриутробной педагогики» в развитии детей раннего возраста в условиях семейного воспитания // Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном и специальном образовании. Сб. мат-лов Всероссийского научн.-образоват. форума, Биробиджан, 09 ноября 2022 г. Биробиджан: Приамурский государственный университет им. Шолом-Алейхема, 2023. С. 230-235.

9. Королева И.В. Оценка эффективности слухоречевой реабилитации детей с нарушением слуха // Вестник психофизиологии. 2022. Т. 2. № 1. С. 91-97.

10. Ледовских Е.Д., Сорокина В.Т.А. Применение метода сенсорной интеграции в процессе ранней реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра // Социальная и образовательная инклюзия: стратегии, практики, ресурсы : сб. статей по мат-лам VIII Международной научн.-практ. конф., Ялта, 30–31 мая 2024 г. Симферополь: Издательство Типография «Ариал», 2024. С. 202-206.

11. Малхасьян Е.А. Проблемы формирования коммуникативной деятельности у обучающихся с нарушениями слуха // Образование лиц с нарушением слуха: достижения и актуальные проблемы. Мат-лы Всероссийской научн.-практ. конф. / Под ред. Е.Г. Речицкой, В.В. Линькова. 2019. С. 21-24.

12. Мухина А.Я. Речедвигательная ритмика. М.: Астрель, 2010. 128 с.

13. Приходько О.Г. Специфика речевого развития детей первых лет жизни различных нозологических групп // Специальное образование. 2021. № 4 (52). С. 95.

14. Рау Ф.Ф. Формирование устной речи у глухих детей / Под ред. Т.А. Власовой, Н.Ф. Слезиной, В.И. Бельтюкова; НИИД АПН СССР. М.: Педагогика. 1981. 168 с.

15. Сарычев А.С. Методы и средства слухоречевой реабилитации ранооглохших детей с кохлеарными имплантами // ЦИТИСЭ. 2019. № 1 (18).

16. Современные коррекционно-развивающие технологии в системе начального общего образования обучающихся с особыми образовательными потребностями: Монография / Е.Э. Артемова, Л.А. Тишина, Т.Ю. Сунько и др. – М.: Издательство «МГППУ», 2024. 186 с.

17. Сорокина В.Т.А., Адильжанова М.А. Особенности детской самооценки голоса // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 4. С. 65-73.

18. Тишина Л.А., Голубева Н.Н. Использование жестов в коррекционно-логопедической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра // Актуальные проблемы образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Мат-лы научн.-практ. конф. с международным участием / Под редакцией Е.Г. Речицкой, В.В. Линькова. 2018. С. 130-134.

19. Труханова Ю.А., Михайлова Г.И. Психолого-педагогическое сопровождение развития детей после кохлеарной имплантации на ранних этапах абилитации // Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья. Мат-лы IV Международной научн.-практ. конф. / Под редакцией И.В. Евтушенко, В.В. Ткачевой. 2014. С. 302-307.

20. Труханова Ю.А., Юнькина Е.А. Ранняя диагностика и коррекция нарушений развития у детей на базе центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи // Психолого-педагогическое сопровождение общего,

специального и инклюзивного образования детей и взрослых. Сб. мат-лов III Всероссийской научн.-практ. конф. с международным участием / Науч. ред. С.Г. Лещенко. Чебоксары, 2023. С. 104-105.

REFERENCES

1. Adil' zhanova M.A. Vliyanie imitaczionny`kh sposobnostej na razvitie rechi u detej s autizmom // Logopediya. 2014. # 3 (5). S. 87-88.
2. Akimova N.A. Korrekczionno-pedagogicheskaya pomoshh` tyazhelo i dlitel'no boleyushhim detyam // XXI Mezhdunarodnaya nauchn.-prakt. konf. molody`kh issledovatelej obrazovaniya «Nauki ob obrazovanii v menyayushhemsya mire: perspektivy` issledovaniy dlya resheniya global'ny`kh i lokal'ny`kh problem». M., 2022. S. 863.
3. Artemova E.E`. Polimodal'ny`j podkhod i ego ispol'zovanie v logopedicheskoy rabote // Mezhotraslevy`e podkhody` v organizaczii obucheniya i vospitaniya licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov'ya. M.: Sputnik, 2014. S. 16-31.
4. Bablumova M.E. Pedagogicheskie usloviya formirovaniya kommunikativny`kh umenij u doshkol'nikov s umerennoj umstvennoj otstalost'yu // Mediko-soczial'naya e`kspertiza i reabilitaczia. 2014. # 1. S. 22.
5. Bel'tyukov V.I. Vzaimodejstvie analizatorov v processe vospriyatiya i usvoeniya ustnoj rechi. M.: Pedagogika, 1977. 176 s.
6. Bogdanova T.G. Rech` i my`shlenie detej s narusheniyami slukha: psikhologicheskie aspekty` // Obuchenie yazy`ku v sisteme obrazovaniya detej s OVZ. K 95-letiyu so dnya rozhdeniya E.A. Gorbunovoj. Mat-ly` nauchn.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem / Pod obshhej red. K.B. Vovnenko. M., 2022. S. 12-16.
7. Danilova A.M., Chulkova A.A. Izuchenie sostoyaniya slogovoj struktury` slova u starshikh doshkol'nikov s obshhim nedorazvitiem rechi / Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obshhego, speczial'nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya detej i vzrosly`kh. Mat-ly` IV Mezhdunarodnoj nauchn.-prakt. konf.. Cheboksary`, 2024. S. 164-167.
8. Kondrat`eva S.Yu. Znachenie «vnutriutrobnoy pedagogiki» v razvitii detej rannego vozrasta v usloviyakh semejnogo vospitaniya // Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov'ya v inklyuzivnom i speczial'nom obrazovanii. Sb. mat-lov Vserossijskogo nauchn.-obrazovat. foruma, Birobidzhan, 09 noyabrya 2022 g. Birobidzhan: Priamurskij gosudarstvenny`j universitet im. Sholom-Alejkhema, 2023. S. 230-235.
9. Korolyova I.V. Oczenka e`ffektivnosti slukhorechevoj reabilitaczii detej s narusheniem slukha // Vestnik psikhofiziologii. 2022. T. 2. # 1. S. 91-97.
10. Ledovskikh E.D., Sorokina V.T.A. Primenenie metoda sensornoj integraczii v processe rannej reabilitaczii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Soczial'naya i obrazovatel'naya inklyuziya: strategii, praktiki, resursy` : sb. statej po mat-lam VIII Mezhdunarodnoj nauchn.-prakt. konf., Yalta, 30–31 maya 2024 g. Simferopol': Izdatel'stvo Tipografiya «Arial», 2024. S. 202-206.
11. Malkhas`yan E.A. Problemy` formirovaniya kommunikativnoj deyatel`nosti u obuchayushhikhsya s narusheniyami slukha // Obrazovanie licz s narusheniem slukha: dostizheniya i aktual'ny`e problemy`. Mat-ly` Vserossijskoj nauchn.-prakt. konf. / Pod red. E.G. Rechiczkoj, V.V. Lin`kova. 2019. S. 21-24.
12. Mukhina A.Ya. Rechedvigatel'naya ritmika. M.: Astrel`, 2010. 128 s.
13. Prihod'ko O.G. Speczifika rechevogo razvitiya detej pervy`kh let zhizni

razlichny`kh nozologicheskikh grupp // Speczial`noe obrazovanie. 2021. # 4 (52). S. 95.

14. Rau F.F. Formirovanie ustnoj rechi u glukhikh detej / Pod red. T.A. Vlasovoj, N.F. Slezinoj, V.I. Bel`tyukova; NIID APN SSSR. M.: Pedagogika. 1981. 168 s.

15. Sary`chev A.S. Metody` i sredstva slukhorechevoj reabilitaczii ranooglokhshikh detej s kokhlearny`mi implantami // CzITISE`. 2019. # 1 (18).

16. Sovremennyye korrekcionno-razvivayushhie tekhnologii v sisteme nachal`nogo obshhego obrazovaniya obuchayushhikhsya s osoby`mi obrazovatel`ny`mi potrebnostyami: Monografiya / E.E`. Artemova, L.A. Tishina, T.Yu. Sun`ko i dr. – M.: Izdatel`stvo «MGPPU», 2024. 186 s.

17. Sorokina V.T.A., Adil`zhanova M.A. Osobennosti detskoj samooczenki golosa // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 4. S. 65-73.

18. Tishina L.A., Golubeva N.N. Ispol`zovanie zhestov v korrekcionnolopedicheskoy rabote s det`mi s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Aktual`ny`e problemy` obrazovaniya licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya. Mat-ly` nauchn.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem / Pod redakciej E.G. Rechiczkoj, V.V. Lin`kova. 2018. S. 130-134.

19. Trukhanova Yu.A., Mikhajlova G.I. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie razvitiya detej posle kokhlearnoj implantaczii na rannikh e`tapakh abilitaczii // Aktual`ny`e problemy` obucheniya i vospitaniya licz s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya. Mat-ly` IV Mezhdunarodnoj nauchn.-prakt. konf. / Pod redakciej I.V. Evtushenko, V.V. Tkachevoj. 2014. S. 302-307.

20. Trukhanova Yu.A., Yun`kina E.A. Rannyaya diagnostika i korrekciya narushenij razvitiya u detej na baze czentra psikhologo-pedagogicheskoy, mediczinskoj i soczial`noj pomoshhi // Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obshhego, speczial`nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya detej i vzrosly`kh. Sb. mat-lov III Vserossijskoj nauchn.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem / Nauch. red. S.G. Leshhenko. Cheboksary`, 2023. S. 104-105.

Yu.A. Trukhanova, L.A. Tishina, V.T.A. Sorokina
ANALYSIS OF THE STATE OF KINETIC AND KINESTHETIC
BEHAVIORS IN CERTAIN CATEGORIES
OF STUDENTS WITH HEARING IMPAIRMENTS

Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The polysensory analysis of the components of speech activity plays a special role in the formation of phonation. Taking into account the specifics of the state of kinetic and kinesthetic articulatory patterns in different categories of students with special educational needs, it is necessary to rationally approach the selection of technologies and the content of correctional and developmental work. The article presents an analysis of the state of the basic components of sensorimotor development in children with hearing impairment. In the course of the study, specific features were identified in the conditions of a disturbed primary sensory component, and the potential for the implementation of an interdisciplinary approach by specialists of the psychological and pedagogical support service was determined.

Keywords: hearing disorders, preschoolers with special educational needs, articulatory patterns, pronunciation training, phonation.

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

УДК 159.923:616.89-008

В.Д. Менделевич, Э.В. Макаричева**СЛУЧАЙ КВАДРОБИНГА: ГДЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ИГРА
И НАЧИНАЕТСЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ?****Казанский государственный медицинский университет (Казань).**

Резюме. В статье приводится описание клинического случая одиннадцатилетней Марины, занимавшейся квадробингом с восьмилетнего возраста и прекратившей подобную деятельность по причине буллинга со стороны сверстников и социального прессинга в связи с новым законодательством. Спецификой конкретного случая явилось то, что обращение к психиатрам не было связано с квадробингом - подростка привели на обследование из-за патологически сниженного настроения, суицидального мировоззрения, интенсивного селфхарма, школьной и социальной дизадаптации. Ассоциирование себя с животными у Марины сменилось на идентификацию с героем корейских анимэ Ли Хуном и косплеингом. В статье приводится психолого-психиатрический анализ и делается вывод о том, что игровые перевоплощения в виде квадробинга и косплеинга, основанные на феномене диффузной идентичности, следует рассматривать не как проявления психопатологических симптомов, а как психологический способ совладания с трудностями социализации.

Ключевые слова: квадробинг, косплеинг, патологическое фантазирование, игровое перевоплощение, диффузная идентичность, пограничное расстройство личности.

Тема квадробинга (квадробики) стала резонансной в российском обществе после того, как законодатели посчитали подобное поведение молодежи неадекватным, деструктивным и девиантным. Общество раскололось на ярых противников и осторожных сторонников. Высказывалось мнение о том, что за поведением квадроберов стоит психическая патология, поскольку «нормальный человек не может стремиться преобразиться в животное и вести себя не по-человечески».

Известно, что под квадробингом понимается современная молодежная субкультура, в рамках которой подростки склонны имитировать действия и повадки животных, ходить на четвереньках, иногда питаться из соответствующей посуды, совершать физиологические отправления по-кошачьи или по-собачьи [18]. С точки зрения некоторых специалистов и общественных деятелей основной проблемой и опасностью подобного поведения является нарушение личностной тождественности, «поиск альтернативной идентичности», влияющей на формирование моральных ценностей и на принятие позиции о существовании множественных нормативных форм самовосприятия, например, позиции в отношении допустимости трансгендерной и небинарной гендерной идентичности [цит. по 4].

Психиатрических работ, посвященных проблеме квадробинга, в научной литературе практически не представлено, поскольку для психопатологов прин-

ципиально важным остается вопрос о необходимости обнаружения очевидных симптомов и синдромов, дифференциации их с нормативным поведением, но не моральная оценка поведения человека [7]. С этой точки зрения, игровая деятельность детей и подростков в норме может быть противопоставлена феномену «игрового перевоплощения», бреда метаморфозы - превращения в животное (зооантропия), в частности, в кошку (галеантропия) [2, 13, 15]. В качестве основы дифференциальной диагностики нормы и патологии выступает характер и глубина нарушений идентификации и деперсонализации. В литературе имеются указания на то, что синдром патологического фантазирования в виде игрового перевоплощения может встречаться в рамках шизофрении, а также при расстройствах аутистического спектра (РАС), шизоидном расстройстве личности и органических психических расстройствах [3, 5, 6].

Ниже приведен клинический случай 11-летней Марины⁴, занимавшейся квадробингом с восьмилетнего возраста и прекратившей подобную деятельность по причине буллинга со стороны сверстников и социального прессинга в связи с новым законодательством. Спецификой конкретного случая явилось то, что обращение к психиатрам не было связано с квадробингом – мама привела подростка на обследование из-за патологически сниженного настроения, суицидального мировоззрения, интенсивного селфхарма, школьной и социальной дизадаптации. По словам мамы, ассоциирование себя с животными у Марины сменилось на идентификацию с героем (героями) корейских анимэ и косплеингом.

Марина, 11 лет. Обращение к психиатрам связывает с опасениями мамы по поводу ее психического нездоровья и неадекватного поведения. Сама девочка не признает необходимости консультирования и лечения у психиатров и лишь выполняет просьбы матери. В своем поведении не видит никаких отклонений – считает нормальным суицидальное мировоззрение, нанесение самопорезов, квадробинг и косплеинг. Рассматривает свои увлечения как приемлемые и широко распространенные среди современных подростков. Обсуждение темы квадробинга старается избегать, поскольку, с одной стороны, она уже не занимается «этим видом спорта», с другой, боится осуждения со стороны окружающих. Акцентирует внимание лишь на проблеме социофобии.

Анамнез жизни и болезни. Беременность у матери протекала без патологии. Психическое и физическое развитие в соответствии с возрастом. С трех лет посещала детские дошкольные учреждения, в школу пошла с семи лет. В настоящее время учится в пятом классе гимназии с углубленным изучением иностранных языков, в последнее время была вынуждена перейти на домашнее обучение. Есть младший брат трех лет. Учеба в школе давалась с трудом, плохо запоминала школьные тексты, с трудом понимала, что нужно сделать в математических задачах. Со слов мамы, еще в подготовительном классе учителя говорили, что Марина «не тянет» школьную программу. Любимым предметом называет рисование, самым трудным – английский язык, «ненавидела» физкультуру, говорила, что школьников «воспитывают как каких-то солдат». Фразеу «шагом марш» и

⁴Имя изменено, получено согласие родителей на проведение психиатрического и психологического исследований.

командный голос учителя воспринимала как угрозу. Училась в основном на «тройки» и «четверки». Школу воспринимает как мучение. Жалуется на трудности с слушанием и запоминанием на уроке, на вопрос, «о чем же ты думаешь на уроке», отвечает «скорее бы он закончился». На данный момент учителя в школе, со слов мамы, относятся к ней с пониманием. С одноклассниками отношения не складывались с начальных классов. Был всего один друг, с которым впоследствии перестали общаться. На вопрос о причине расставания сообщила, что «стыдно дружить с мальчиком, нас будут считать типа мы любовники какие-то». Особо выделяет тот факт, что раздражало то, что «девочек сажали за парты с мальчиками, которые пинались и которых [она] ненавидела». При этом соглашается, что подобное негативное поведение со стороны мальчиков не распространялось на других девочек. В четвертом классе Марина решила сообщить о буллинге учителю, на что та серьезно не отреагировала. При этом дело дошло до инспектора по делам несовершеннолетних, который провел беседу со всем классом. В настоящее время у Марины всего одна близкая подруга («Юки»).

В дошкольном возрасте Марина увлекалась фигурным катанием, получила третий юношеский разряд, затем бросила занятия, когда начались трудности из-за набора веса. С первого класса посещала музыкальную школу («воспитатели в детском саду говорили о ее исключительном музыкальном слухе»). Бросила занятия из-за конфликта с учителем. В дальнейшем был период, когда увлекалась игрой на барабанах и верховой ездой. Примерно в четырехлетнем возрасте был период, когда Марина начала подражала поведению кошек – стала ползать на четвереньках, руки держала как кошачьи лапы, высовывала язык и имитировала все кошачьи повадки. Мама расценила такое поведение как «защитное от школьного стресса». После смены детского сада подобное поведение прекратилось. Однако, она продолжала носить на голове «кошачьи ушки» и одежду только с изображением кошек.

В 9-10 лет началось «осознанное» увлечение квадробикой, которое включало изготовление костюмов (масок), подражание повадкам животных, съемку себя на видео для выкладывания в социальные сети. Стала ходить преимущественно на четвереньках, совершала прыжки, причем старалась это делать максимально похоже на кошачьи движения. В связи с тем, что прыжки совершались с мебели на мебель (с кресла на диван, или на стул) в доме было испорчено немало вещей – сломана дверь, на которой Марина как кошка пыталась висеть, подоконники, батареи. Из-за этого крайне ухудшились отношения с отцом, в то время как мама относилась к подобному увлечению дочери терпимо и даже помогала в изготовлении масок, хвостов, костюмов. В то же время девочка никогда не требовала к себе отношения как к кошке, не ела из мисок, не ходила по-кошачьи в туалет. Никогда не ассоциировала себя с животным, не считала, что она в действительности не девочка, а кошка или волк (был период, когда она имитировала поведение волка). В школу маски и хвосты не носила и там как кошка себя не проявляла. Никогда не мяукала, но «выдумывала» себе кошачьи имена («Нямкэт», «Рейни», «Эн»).

Считала, что «квадробика как вид спорта имеет множество положительных качеств – во время хождения на четвереньках и прыжков худеешь и укрепляются мышцы». Занималась квадробингом в компании двух подруг. Чаще всего это

происходило либо в квартирах подружек, либо в общем дворе. Втроем разыгрывали сценки, в которых каждая «кошечка исполняла свою роль». Все действия снимали на видео и в дальнейшем выкладывали в социальные сети – нравилось, что видео набирали множество просмотров и лайков. Количество подписчиков канала Марины достигло одной тысячи человек. За время увлечения квадробингом попадала в трудную ситуацию. Например, как-то на Марину и подружек в образе кошек во дворе напали девочки, представляющие субкультуру Эмо. Из-за подобного поведения в школе девочку подвергали буллингу, оскорбляли, смеялись над ней. После того как Марина узнала, что за квадробинг введено наказание, она приняла решение прекратить подобную деятельность. В это же время увлеклась корейскими анимэ и косплеингом – перевоплощением в роли героев мультфильмов (фильмов), переодеванием в костюмы и в передаче характера, пластики тела и мимики любимых персонажей. В качестве объектов для подражания сначала был выбран Эн - мальчик робот (из аниме «Дроны-убийцы») - добрый, благородный персонаж, помогающий окружающим людям. Затем его сменила девушка Рейни - придуманная Мариной девушка-квадробер с ушками на голове. В дальнейшем выбор пал на корейского «суицидального мальчика Ли Хуна».

Впервые обратились к психиатру в возрасте восьми лет в связи с жалобами на плохую память и внимание, была направлена к нейропсихологу, который посчитал, что у девочки «чисто психиатрические проблемы и что без приема лекарств занятий проводить не имеет смысла». Поводом для этого стало то, что на прием девочка пришла в ободке с кошачьими ушками на голове. После повторной консультации у психиатра было принято решение о том, что «никакой психотерапии не требуется – «подростковый возраст пройдет и исчезнут проблемы». Однако, состояние Марины продолжало ухудшаться – она перестала справляться со школьной программой, еще более уединилась, перестала выходить из дома, участились эпизоды селфхарма, усилились размышления о «никчемности жизни». Состояние усугубилось после того, как она стала свидетелем падения мужчины с балкона. Вместе с другими свидетелями происшествия подошла к телу упавшего на землю человека и в испуге внимательно рассматривала все детали. Однажды сообщила матери о том, «почему это одному человеку выбрасываться из окна и умирать можно, а мне нельзя».

В возрасте десяти лет была консультирована психиатром онлайн, с которым Марина общаться не захотела и за спиной мамы прыгала как кошка с дивана на кресло. Было констатировано, что у девочки «приподнятый фон настроения, двигательно возбуждена, импульсивна, демонстративна. Речь смазанная, односложная, высказывания наивно-откровенные. Предпочитает быть в образе кошки, чем быть девочкой. Ассоциации конкретно-инфантильные». Выставлен диагноз: **шизоаффективное расстройство, синдром патологического фантазирования у ребенка с резидуально-органической церебральной недостаточностью** и рекомендован прием арипипразола по 10 мг в сутки.

Со слов мамы, впервые признаки «социофобии» у Марины проявились за полгода до обращения к психиатрам. Она начала бояться людей, избегать общения, выбирать уединение, в связи с чем практически не выходила из дома. При-

чину своего страха людей объяснить не может, хотя иногда сообщает, что люди на улице, в транспорте могут на нее «странно» смотреть («мужики таращатся, «некоторые прям смотрят, прям с улыбкой»). Поясняет, что, возможно, это связано с тем, что ее считают «ненормальной». С того же времени у Марины появилось желание нанести себе порезы для того, чтобы «снять стресс». Объясняет, что страдала от того, что у нее нет друзей, конфликты в школе и «социофобия». Порезы на руках, на животе, на ногах, на лице наносила острыми предметами. После таких действий «становилось легче на душе, забывались проблемы». Вначале совершала селфхарм почти каждый час, затем реже - каждый день, в последнее время прибегает к такому способу расслабиться не так часто. Использует «трекер вредных привычек» – методику, которой Марину обучил психолог («ради подарков готова по три-четыре дня не резаться»). Договоренность по трекеру соблюдает почти всегда, таким способом отучилась резать одну руку. Отмечает, что иногда удержаться от стремления нанести себе самопорезы «крайне трудно». За полгода несколько раз возникали «панические атаки», когда «начинало трясти, не могла усидеть на месте, глубоко дышала, появлялся страх смерти».

Психический статус. На прием зашла, робко озираясь по сторонам и оглядывая собравшихся врачей. Внешне выглядит смущенной, испуганной - взгляд опущен в пол, фигура сутулящаяся. Одежда темного цвета, избыточного размера. Волосы падают на лицо, прикрывают глаза. В контакт вначале вступает неохотно, утверждая, что у нее никаких психологических проблем нет и она ходит по врачам исключительно для успокоения мамы. В процессе беседы становится более раскованной, открытой и откровенной. Голос тихий, но хорошо модулированный. С самого начала просила не обсуждать вопрос квадробинга, поскольку, во-первых, это уже неактуально, а во-вторых, потому, что ее уже много раз об этом расспрашивали и она все подробно рассказала. На руке имеются неглубокие порезы от нанесенных самоповреждений. На щеке наклеен пластырь телесного цвета («для красоты»). Стала так приклеивать пластырь в последние недели, подражая своему кумиру (идолу) Ли Хуну⁵. На вопрос о том, как ей бы хотелось, чтобы к ней в процессе обследования обращался психиатр, сообщила, что предпочтительнее именно Ли Хун, а не Марина. Однако не стала на этом настаивать и спокойно реагировала, когда ее называли настоящим именем. Ассоциацию с Ли Хуном объясняет тем, что она похожа на него доминирующим настроением, мировоззрением и увлечениями - «суицидом похожа, он тоже любит оверсайз». Отзывается о Ли Хуне с восхищением («хороший, милый») и сочувствием, делая упор на его страданиях, одиночестве, на том, что он сирота, потерявший родителей. На вопрос о том, что ведь она сама не сирота, ее родители живы и ничего трагического в ее жизни не происходило, сообщает, что сопереживает таким как Ли Хун,

⁵Ли Хун – «суицидальный мальчик» из корейской манхвы (комикса). Обстоятельства его жизни таковы: «семнадцатилетний школьник Ли Хун совершает попытку самоубийства». Отец, зависимый от алкоголя, сбежал после смерти матери, оставив кучу долгов. Ли Хун - изгой в школе, его жизнь, собравшая все возможные неприятности, не что иное, как мрак. В будущем - только отчаяние, в настоящем - только боль.. поэтому он пытается совершить самоубийство, выбирая разные способы, но все они заканчиваются тем, что Ли Хун продолжает жить дальше.

и хотела бы, чтобы и к ней также относились окружающие. Обрадовалась, когда психиатр сообщил, что видел эту манхву, и оценивает ее как психологически интересную, раскрывающую важную тему одиночества.

Марина сообщила, что ей нравится «косплеить» Ли Хуна, на скопленные ей самой деньги даже купила парик этого персонажа, приклеивает, как и он, пластырь себе на лицо и имитирует его поведение. Полностью отдает отчет, что она не является Ли Хуном, а лишь перевоплощается в него для того, чтобы почувствовать спокойствие на душе. Ее не смущает, что копирует она не девочку, а мальчика. Марина очень хотела бы, чтобы и ее подруга, которой она дала имя Юки, поучаствовала в этой игре. При этом понимает, что та бывает грубой, негативной по отношению к ней, вследствие чего никакие секреты свои ей не доверяет. Со слов мамы, у Юки свои психологические проблемы, но, учитывая, что других подруг у Марины нет, «ей приходится дружить с ней». Помимо этого, у Марины есть интернет-подруга из другого города, с которой она делится секретами, и ей бы очень хотелось, чтобы она была с ней рядом. Со слов мамы, та девочка «очень добрая» и «мило общается». Марина объясняет, что на данный момент отказывается от посещения всех школьных мероприятий, поскольку никто ее там не понимает и не принимает. Иногда общается с младшим братом, но в целом «ненавидит» и его («он все ломает, портит вещи», «родители больше любят его, больше внимания ему уделяют»). На вопрос о том, зачем она так много времени проводит на балконе и иногда ведет себя рискованно, например, садится на край, сообщила, что не боится упасть и ее это успокаивает.

Описывая свое «прошлое увлечение» квадробингом, говорит о том, что это была и игра и занятие спортом. Никогда себя не ассоциировала с животными, понимала, что она девочка и не хотела меняться. Осознавала, что окружающие воспринимали такое поведение как неадекватное, но ей нравилось так играть. Кроме того, нравилось, что к ней со стороны подписчиков странички в соцсетях приковано внимание. С некоторой досадой говорит о причинах прекращения занятиями квадробингом. Называет две основных – крайнее недовольством со стороны отца по причине того, что немало домашней мебели было сломано из-за ее «кошачьих прыжков», и страх наказания в случае принятия закона о запрете квадробинга.

Об отце активно не рассказывает, на вопросы о нем отвечает отрывчато, немногословно («с папой мы не общаемся», «я его боюсь», «он на меня кричал»). Мама подтверждает, что у них с Мариной произошел конфликт из-за увлечения квадробикой, когда папа «психовал», требовал снять маску с лица. В настоящее время они не разговаривают друг с другом.

Во время беседы Марина склонна спокойно обсуждать тему самоубийства, считая, что это вероятный вариант исхода ее жизни. На вопрос о том, что, если она верующая, то подобное поведение не является правильным, задумывается и соглашается, что «идеи о самоубийстве – это теория, и никаких действий я предпринимать в ближайшее время не собираюсь». Обсуждает эту тему с особой серьезностью, не проявляя страха и эпатажа, демонстрируя философское отношение. При этом сообщила, что, если выбирать, то лучше всего спрыгнуть «например, с шестнадцатого или с двенадцатого этажа», не уточнив, почему именно с них. Однако,

потом добавляет, что любит сидеть на окне, но боится при этом выпасть из него. При вопросе о том, нужно ли что-то поменять в жизни, сказала, что «ничего менять не надо», подумав добавила, что можно «школу полностью убрать». При размышлениях об идеальной жизни, сказала, что она не нужна, «и так нормально». А депрессия, спокойное и грустное состояние ей нравится, но причину этого объяснить не может. При вопросах об описании эмоций, чувств, причин поведения часто отвечает «не знаю», «вы все об этом спрашиваете, а я не понимаю».

Говорит, что, возможно, в будущем хочет стать психологом. Хочет закончить девятый класс, но сомневается в том, что это ей удастся («если я пойму, что у меня там хорошие оценки, у меня все получается, то я буду учиться; если нет, то не закончу»). При этом говорит, что может и «не дожить до окончания школы». При обсуждении столь деликатных тем не проявляет выраженных эмоциональных реакций тревоги, страха или оживления. В некотором смысле ориентируется на реакции собеседника. Интеллект соответствует возрасту, речь достаточно развита, словарный запас богатый. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляется.

Психологическое обследование. В контакт вступает с необоснованным недоверием, в периоде адаптации проявляет себя немногословной, скрытной, особо напряженно-мрачной по настроению. Место предполагаемой в новой ситуации социальной тревоги, скорее, занимает пассивно-протестная или косвенная раздражительность, нередко становится фиксирована на отражающих ее собственный эмоциональный фон стимулах, отрывках диалога, проявляя более или менее нелепое, некритичное «смещение» на них мотивационной доминанты. Речь с отдельными механическими нарушениями произношения, связанными с индивидуальными особенностями строения челюсти. В эмоциональной экспрессии доминирует дисфорическое по окраске «выпячивание негативного» вместе с напряженной замкнутостью (в частности, как демонстрация реакции пресыщения или обостренной сенситивности). В первом же рисунке - своеобразное искажение образа вне полученной инструкции, которое вначале никак не поясняет, но в опросе, завершающем работу, говорит о нем с неприкрытым выражением уничижительной гетероагрессии (презрением, отвращением, насмешками) - «Я - дрон-убийца», «Это когда настроение настолько херовое, что охота насрать на весь мир: глобуса не хватает [чтобы сделать это сейчас же]». В этом контексте обращает на себя особое внимание роботоподобный и как бы изуродованный образ человека на рисунке (частичное отсутствие конечностей, замена лица «нежизненной» частью).

Со слов присутствовавшей мамы, в последние полгода девочка «всегда в плохом настроении», тяжело переживает неудачи, высказывается о нежелании жить, «не любит, когда на нее смотрят» (реагирует агрессивно). В просьбах к родителям угадывается стремление к получению немедленного и непосредственного переживания удовольствия (как правило, от покупок, проведения времени «в телефоне»). В раннем развитии - «гиперактивность», манифестировавшая только с 4 лет и до школы компенсированная постоянными занятиями спортом, затем - нейрорпсихологической коррекцией.

В трактовках проективных картин РАТ аффективно фиксирована на «негативных» трактовках человеческих образов как источниках агрессии, предательст-

ва, чувства обиды. Так, о любых трех фигурах говорит «типичная дружба втроем», а о человеке, догоняющем другого, немедленно говорит «побить хочет» (также: «два идиота решили разбить себе голову»). По Методу Цветовых Выборов - реакция эмоциональной напряженности и неустойчивости фона настроения с вовлечением физиологических потребностей (как акцентированного стремления к отдыху и расслаблению), противоречие между тенденциями к спонтанности и самоконтролю, нетерпеливость, раздражительность, подавленное противодействие обстоятельствам, ощущение дискомфорта и приниженности вместе с оптимизмом, поисками социальной активности и признания без тягостной ответственности, упорство и требовательность в достижении своих целей, с уступчивостью ради сохранения связей, неудовлетворенное желание доброжелательных отношений и ощущение непонятности значимыми окружающими.

Внимание по пробе Шульте ближе к легкому снижению по концентрации и распределению: 58", 59", 1'16", 1'13"; реакция на нагрузку в виде неустойчивости волевого усилия (в основном переход к «заторможенной» пассивности). Непосредственное запоминание по пробе «10 слов» в норме после короткого вработывания, с небольшой неустойчивостью ретенции (5-9-8-10 слов из 10, отсроченно 8). Проба на опосредованное запоминание показывает адекватный или (чаще) акцентирующий субъективные переживания/протестность/ сенситивность, эгоцентрический подбор образов (к понятию «болезнь» рисует указатель в две стороны: «туда - болезнь, свобода, а туда - мучение, школа», рисунок к понятию «богатство» - разбитое сердце: «Если что-то будет богатое, то оно еще больше будет агрессивное для меня... Богатое, оно наглое».) «Пиктограммы» неряшливо-схематические в отличие от выверенного индивидуально-значимого рисунка, с чередованием импульсивной гиперстении и тревожности (дублирование линий). Воспроизведение на уровне «низкой нормы» за счет многочисленных неточностей. Мышление в невысоком или замедленном темпе (общая когнитивная инертность), в вербально-логическом и конструктивном компонентах преимущественно типичные недочеты абстрагирования и пространственного синтеза (по «органическому» типу), продуктивность под постоянным и существенным влиянием эмоционально обостренных отказных реакций (вследствие пресыщения нагрузкой и тесным взаимодействием по поводу нее, либо фиксации на субъективно (аффективно) значимом). В классификации предметов показывает способность к объединению по существенному признаку, составляет группу «измерение», однако, иногда малокритично переходит к ситуативным («при болезни используются») или второстепенным конкретным (из-за чего слабо справляется с объединением групп - соединяет их как «стекляшки», «мучения»: связанные со школой), презрительно переворачивает карточки с людьми - «терпеть не могу», неоднократно подчеркнуто называет эту группу «идиоты». Скрытый смысл прочитанного рассказа («Галка и голуби») улавливает верно, но передает с утрированной эгоцентрической окраской («Не очень хорошо поступила - осталась без ничего»), дает демонстративно разрозненные оценки, подчеркивая собственные сиюминутные идеи - «Не надо наказывать бедную птицу!», «Не надо завидовать голубям!», на внешнюю стимуляцию к

упорядочиванию ответа реагирует негативно («Мне лично пофиг»). В пробе «Простые аналогии» нуждается в корректирующих подсказках, так как не улавливает наиболее глубокие из заданных обобщающие межпонятийные связи. На Кубиках Коса конструирует с преодолеваемыми затруднениями синтетического восприятия усложненных образцов. Счетные навыки не нарушены: правильно решает в уме несложные арифметические примеры с неизвестными. Интеллект сохранен. В обследовании когнитивной сферы определяется негрубое неравномерное снижение когнитивных возможностей по «органическому» типу (в картине которого преобладают недостаточность функции внимания и снижение уровня обобщения и пространственного синтеза) при выраженной субъективно-эмоциональной обусловленности стиля и содержания когнитивной деятельности, возникающей в силу ситуативно интактных: дистимии, эмоционально-волевой неустойчивости, раздражительности, пресыщаемости, обостренной сенситивности, демонстративных тенденций, а также признаки эмоционально-мотивационной и волевой незрелости, что в совокупности может представлять собой предпосылки патохарактерологического направления развития.

Терапия. За время наблюдения психиатрами получала следующую психофармакотерпию: сертралин (до 100 мг в сутки), ламотриджин (до 50 мг в сутки), арипипразол (до 10 мг в сутки). Проходила психотерапию. Со слов мамы, эффективность незначительная и краткосрочная – оценивалась по частоте самоповреждений. По мнению Марины, она не нуждается ни в каком лечении и принимает лекарства исключительно для спокойствия мамы. При этом отмечает, что настроение на фоне лечения становится лучше, смягчается социофобия, становится более общительной, готовой выходить из дома.

Обсуждение. Представленный случай одиннадцатилетней Марины привлек наше внимание неоднозначностью психопатологической интерпретации наблюдавшегося феномена квадروبинга и его трансформации в иную форму «игровой идентичности». Психиатрами, осматривавшими пациентку, в ее игровых перевоплощениях усматривалось патологическое (бредоподобное) фантазирование в рамках расстройств шизофренического спектра, а для купирования состояния назначались атипичные антипсихотики. Анализ случая позволяет по-иному квалифицировать поведенческие расстройства девочки. Дискуссионным является вопрос о том, имеются ли научные основания причислить ее игровую деятельность (квадروبинг, косплеинг) с психопатологическому кругу явлений? Учитывая тот факт, что психосоциальная дизадаптация Марины была связана не только и не столько с квадروبингом, значимым представляется также анализ связи игровой деятельности с психопатологическими симптомами. В клинической картине заболевания доминировали аффективные расстройства (эмоциональная лабильность, депрессивный фон настроения) в сочетании с суицидальными мыслями и намерениями, поведенческие нарушения в виде самоповреждений и импульсивности, а также личностные особенности (социофобия, мизантропия). Помимо этого, в клинической картине обнаруживался редкий феномен флюктуирующей идентичности, синдром игрового перевоплощения и квадروبинг.

Как показал анализ случая Марины ее психическое состояние можно было

охарактеризовать как соответствующее **формирующемуся пограничному расстройству личности (ПРЛ)**. За этот диагноз говорили такие симптомы, как выраженная дисгармония в личностных позициях и поведении, включая возбудимость, сниженный контроль побуждений, склонность прилагать чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой «участи быть покинутым», склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения, чередование крайностей (идеализации и обесценивания), импульсивность, рецидивирующие суицидальные проявления, угрозы самоубийства, акты самоповреждения, чувство опустошенности, выраженного гнева и трудности его контролировать, преходящие параноидные идеи или диссоциативные симптомы, а также *нарушения идентичности: неустойчивость образа или чувства Я* [10]. Из перечисленных критериев у Марины наблюдались практически все, что подтверждало диагноз формирующегося ПРЛ. Никаких признаков расстройств шизофренического спектра обнаружено не было.

Особое внимание в конкретном клиническом случае следует обратить на критерий «диффузной идентичности», признанный одним из основополагающих для пациентов с ПРЛ. Под феноменом диффузной идентичности (ДИ) понимается неустойчивость и неопределенность самооценки, самовосприятия человеком самого себя, которые переживаются как недостаток аутентичности и цельности истории собственной жизни, вызывающие существенные сложности адаптации человека в обществе [1, 8, 11, 12, 17, 19-21]. По мнению S. Akhtar [9] синдром диффузной идентичности включает в себя шесть клинических признаков: 1) противоречивые черты характера, 2) временная неоднородность личности, 3) отсутствие аутентичности, 4) чувство пустоты, 5) гендерная дисфория и 6) чрезмерный этнический и моральный релятивизм. Этот синдром чаще встречается в молодом возрасте, предполагает наличие тяжелой патологии характера и отличается от подросткового кризиса идентичности.

Квадробинг, вызвавший диагностические споры в случае Марины, относится к субкультуральным подростковым увлечениям, в рамках которых происходит специфическая социализация, социальная идентификация, актуализация для изменения себя, других и действительности, выход «за пределы себя» [4]. Квадробинг нет никаких оснований причислять к психопатологическим симптомам, поскольку, во-первых, он носит массовый (групповой) характер - психические расстройства, как правило, не появляются синхронно у десятков и сотен пациентов, во-вторых, за поведением квадроберов не просматривается ни бреда, ни галлюцинаций, ни obsessions, ни иных клинических симптомов. Квадроберы не утверждают, что превратились в животных, а лишь имитируют и подражают повадкам животных. Они, как в случае с зооантропией, не используют систему доказательств для того, чтобы убедить окружающих в том, что они не люди, а животные [13], и не отказываются жить в обществе.

Внешне сходное с квадробингом поведение описывается в психиатрии при бредовых формах фантазирования детей и подростков в рамках шизофрении, биполярного расстройства и др. [3, 5, 6, 13]. У обследованной нами девочки никаких признаков бредовых идей не наблюдалось, что позволяло утверждать, что

квадробинг у нее не носил психопатологического характера.

Главной особенностью представленного клинического случая являлось то, что фабула увлечений не исчерпывалась квадробингом - он трансформировался у девочки в косплейинг героя корейского анимэ. Обычно увлечение квадробингом является стойким и не обнаруживает тенденции переходить в другие формы имитационного игрового поведения. Можно предполагать, что это произошло у Марины по причине наличия ПРЛ и феномена диффузной идентичности. Выбор конкретного персонажа для подражания определялся доминирующим суицидальным мировоззрением и мизантропией. Роль «суицидального мальчика» Ли Хуна позволила Марине отыграть в условиях косплеинга собственные эмоциональные и коммуникативные проблемы, дала возможность «найти родственную душу» в мультяшном герое. Косплейинг как и квадробинг нет оснований признавать психопатологией. Некоторые авторы утверждают, что «взгляд через призму теории личностных конструктов приводит к пониманию временности в построении идентичности и плюривокальности самонарративов» [14]. Считается, что игровая идентичность имеет положительное значение, поскольку она представляет собой здоровое развитие большинства навыков и отношений, определяющих качество жизни, таких как разработка решений проблем, с которыми люди сталкиваются на протяжении всей жизни, установление социальных отношений и достижение идентичности [12, 16].

Таким образом, анализ клинического случая одиннадцатилетней Марины позволяет утверждать, что игровые перевоплощения в виде квадробинга и косплеинга, основанные на феномене диффузной идентичности, следует рассматривать не как проявления психопатологических симптомов в рамках каких-либо психических или поведенческих расстройств, а как психологический способ совладания (coping) с трудностями социализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С., Кошкин К.С. Антивитальные переживания и аутоагрессивные формы поведения подростка с «диффузной идентичностью» // Психологическая наука и образование. 2013. Т. 5. № 1. https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n1/59073.
2. Дамулин И.В., Сиволап Ю.П. Ликантропия: психоневрологические и соматические аспекты. // Российский медицинский журнал. 2018. Т. 24. № 1. С. 41-44. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-1-41-44>.
3. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. М.: Питер, 2006. 416 с.
4. Клейберг Ю.А. Квадроберы: ювенально-девиантологический дискурс // Вопросы девиантологии. 2024. № 4 (28). С. 27–34.
5. Кравченко И.В., Макаров И.В. Патологическое фантазирование (аналитический обзор) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 1. С. 109-115.
6. Макаров И.В., Кравченко И.В. Клиническая типология синдрома фантазирования у детей и подростков. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 1. С. 56-62.
7. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической ди-

агностики в психиатрии. М.: Городец; 2016. 128 с.

8. Менделевич В.Д., Каток А.А., Митрофанов И.А. Диффузная идентичность как психологический и психопатологический феномен. Случай небинарной религиозной персоны // Неврологический вестник. 2024. Т. 56, № 4. С. 341–354. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb640889>

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Koshkin K.S. Antivital'ny'e perezhivaniya i autoagressivny'e formy povedeniya podrostka s «diffuznoj identichnost'yu» // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2013. T. 5. # 1. https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n1/59073.

2. Damulin I.V., Sivolap Yu.P. Likantropiya: psikhonevrologicheskie i somaticheskie aspekty. // Rossijskij mediczinskij zhurnal. 2018. T. 24. # 1. С. 41.44. Doi <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-1-41-44>.

3. Iovchuk N.M., Severnyj A.A., Morozova N.B. Detskaya soczial'naya psikhiatriya dlya nepsikhiatrov. М.: Piter, 2006. 416 с.

4. Klejberg Yu.A. Kvadrobery: yuvenal'no-deviantologicheskij diskurs // Voprosy deviantologii. 2024. # 4 (28). S. 27–34.

5. Kravchenko I.V., Makarov I.V. Patologicheskoe fantazirovanie (analiticheskij obzor) // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2017 (17). # 1. S. 109-115.

6. Makarov I.V., Kravchenko I.V. Klinicheskaya tipologiya sindroma fantazirovaniya u detej i podrostkov. // Obozrenie psikhii i mediczinskoj psikhologii. 2013. # 1. S. 56-62.

7. Mendelevich V.D. Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki v psikhii. М.: Городец; 2016. 128 с.

8. Mendelevich V.D., Katok A.A., Mitrofanov I.A. Diffuznaya identichnost' kak psikhologicheskij i psikhopatologicheskij fenomen. Sluchaj nebinarnoj religioznoj persony // Nevrologicheskij vestnik. 2024. Т. 56, # 4. S. 341–354. Doi: <https://doi.org/10.17816/nb640889>

9. Akhtar S. The syndrome of identity diffusion. // Am J Psychiatry. 1984. vol. 141 (11): Pp. 1381-1385. DOI: 10.1176/ajp.141.11.1381.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596

11. Basten Ch., Touyz S.W. Sense of Self: Its Place in Personality Disturbance, Psychopathology, and Normal Experience. // Review of General Psychology. 2019. vol. 24 (2):108926801988088. DOI: 10.1177/1089268019880884.

12. Breakwell G.M. Identity resilience: its origins in identity processes and its role in coping with threat. // Contemporary Social Science, 2021. Vol. 16 (5). Pp. 573-588, DOI: 10.1080/21582041.2021.199948

13. Garlipp P., Gödecke-Koch T., Dietrich D.E., Haltenhof H. Lycanthropy - psychopathological and psychodynamical aspects. // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004. Vol. 109 (1). Pp. 19–22. doi:10.1046/j.1600-0447.2003.00243.x

14. Ghaempanah B., Khapova S.N. Identity play and the stories we live by. // Journal of Organizational Change Management. 2020. Vol. 33 (5). Pp. 683-695. DOI: [10.1108/JOCM-07-2019-0238](https://doi.org/10.1108/JOCM-07-2019-0238)

15. Guessoum S.B., Benoit L., Minassian S., Mallet J., Moro M.R. Clinical Lycanthropy, Neurobiology, Culture: A Systematic Review. // *Front Psychiatry*. 2021. Vol. 11 (12):718101. doi: 10.3389/fpsyt.2021.718101.
16. Gunes G. Personal play identity and the fundamental elements in its development process. // *Curr Psychol*. 2023. Vol. 42(9). Pp. 7038-7048. doi: 10.1007/s12144-021-02058-y.
17. Jorgensen C.R., Boye R. How Does It Feel to Have a Disturbed Identity? The Phenomenology of Identity Diffusion in Patients With Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. // *J Pers Disord*. 2022. Vol. 36 (1). Pp. 40-69. doi: 10.1521/pedi_2021_35_526.
18. Puchyn V. Quadrobics: a new trend or a psychological problem? <https://medplus.media/en/advices/childrens-health/quadrobics-a-new-trend-or-a-psychological-problem>
19. Rivnyak A., Poharnok M., Peley B., Lang A. Identity Diffusion as the Organizing Principle of Borderline Personality Traits in Adolescents - A Non-clinical Study. // *Front. Psychiatry*. 2021. vol. 12: 683288. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.683288
20. Sollberger D., Gremaud-Heitz D., Riemenschneider A. et al. Change in Identity Diffusion and Psychopathology in a Specialized Inpatient Treatment for Borderline Personality Disorder. // *Clin Psychol Psychother*. 2015. vol. 22 (6). Pp. 559-69. DOI: 10.1002/cpp.1915.
21. Verschuere M., Claes L., Gandhi A., Luyckx K. Identity and psychopathology: Bridging developmental and clinical research. // *Emerging Adulthood*. 2020. vol. 8 (5): Pp. 319-332. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167696819870021>.

V.D. Mendelevich, E.V. Makaricheva

**CASE OF QUADROBING: WHERE THE GAME ENDS
AND DOES PSYCHOPATHOLOGY BEGIN?**

Kazan State Medical University (Kazan).

Summary. The article describes the clinical case of eleven-year-old Marina, who was involved in quadrobing from the age of eight and stopped such activities due to bullying from peers and social pressure in connection with new legislation. The specificity of the particular case was that the visit to psychiatrists was not associated with quadrobing - the teenager was brought for examination due to pathologically low mood, suicidal outlook, intense self-harm, school and social maladjustment. Marina's association with animals changed to identification with the Korean anime hero Lee Hoon and cosplaying. The article provides a psychological and psychiatric analysis and concludes that game transformations in the form of quadrobing and cosplaying, based on the phenomenon of diffuse identity, should be considered not as manifestations of psychopathological symptoms, but as a psychological way of coping with the difficulties of socialization.

Keywords: quadrobing, cosplaying, pathological fantasy, playful reincarnation, diffuse identity, borderline personality disorder.

УДК 37.015.31

Т.А. Солодовникова¹, А.Г. Родионова², П.П. Скрипниченко², В.А. Клименко³**ПЛАВАНИЕ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ
ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ**

¹ФГБУ ВО «Тихоокеанский государственный университет» (Хабаровск), ²Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана (Москва), ³ФГБУ ВО «Дальневосточный государственный университет путей сообщения» (Хабаровск).

Резюме. В статье представлены обобщенные данные о феномене тревожности, механизмах ее проявления, а также некоторых способов по ее контролю и коррекции учащихся старшей школы. На протяжении жизни человек сталкивается с различными жизненными обстоятельствами, вызывающими у него различные поведенческие реакции. Проявление тревожности представляет собой одну из форм такой реакции. Проявление тревожности в условиях учебного процесса также находит свое выражение у всех его участников. Комплексный подход в решении задач по контролю и коррекции тревожных состояний позволяет не только понимать суть данного феномена, но и осуществлять комплекс мероприятий по ее снижению, для более продуктивного обучения и воспитания. Исходя из вышеизложенного, предлагается комплекс педагогических и психологических средств по диагностике и коррекции тревожных состояний в условиях учебного и воспитательного процессов.

Ключевые слова: тревога, школа, состояние, учебный процесс, коррекция тревожности, старший школьник, коррекция, средства физической культуры.

Введение. На протяжении всего существования человечества чувства всегда являлись индикатором поведения индивида, отражающим его восприятие окружающей действительности. На фоне нарастающего напряжения между отдельными индивидами, а также социальных, политических и экономических противоречий общество становится все более жестким. И в этих условиях отдельному человеку становится все труднее регулировать свою эмоциональную сферу.

Свое место в данном контексте занимает тревожность, т. к. представляет собой одну из форм такого восприятия мира, в особенности у учащихся старшей школы.

Актуальность данной темы обусловлена высокой значимостью психолого-педагогического регулирования тревожных состояний учащихся старшей школы в стремительно меняющихся условиях образования и воспитания.

Гипотеза исследования. Предполагалось, что занятия плаванием в рамках учебного процесса позволит снизить уровень тревожных состояний у учащихся старшей школы.

Обзор литературы. Для более широкого понимания такого явления, как тревожные состояния, необходимо оценка причин его возникновения. Итак, по мнению К. Хорни, в основе тревожных состояний лежит ряд невротических потребностей индивида, с помощью которых он пытается избавиться от тревоги (желание нравиться, власть над другими, потребность в любви, страх одиночества и др.) [13].

Основоположником психоанализа З. Фрейдом утверждается, что тревожность и страх являются одинаковыми понятиями. Однако если страх связан с

вполне реальной угрозой в ответ на возникший раздражитель, то тревожность З. Фрейдом рассматривалась как одна из личностных характеристик, позволяющих предвосхитить отрицательных последствий предполагаемых событий [11].

С.Ю. Циркин [14] полагает, что тревога является видом переживаний, которое возникает при опасности личности как к объекту социальному, когда угрозе могут быть подвержены его положение в обществе: представления о себе, его ценности, желания, касающиеся его личности. По мнению автора, тревога часто является причиной ожидания неудач во взаимодействии социуме. И в данном контексте она представляется как эмоциональное состояние, которое связано с возможностью фрустрации социальных потребностей. На сегодняшний день в психологии под тревогой как психическим состоянием принято понимать ситуативную или реактивную тревожность, так как она связана с конкретными внешними причинами [9].

Иной точки зрения относительно тревожности придерживается Э. Фромм. По его мнению, тревожность связана с историческим развитием человечества, а именно с переходом от клановой структуры и способам производств к капитализму. Э. Фромм в рамках данной теории вводит понятие «естественные социальные связи», под которыми он подразумевает связь индивида с миром первичными узами, существующими в первобытном обществе. С переходом человечества к капитализму эти самые первичные узы разрываются, появляется свободный индивид, который оторван от природы, от людей, что, в конечном счете, ведет к переживанию глубокого чувства неуверенности, бессилия, сомнений, одиночества и тревоги [10].

В не менее известной теории дифференциальных эмоций К. Изарда утверждается, что тревожность представляет собой совокупное сочетание печали, стыда, чувства вины и страха. При этом в данной теории утверждается, что соединение страха с одной из других эмоций ведет к возникновению конкретного вида тревожности. Например, комбинация страха и стыда ведет к появлению социальной тревожности; а в сочетании страха и вины образуется моральная тревожность [2].

Исходя из вышеизложенного, тревожные состояния возникают вследствие неудачного взаимодействия индивида с другими представителями социума, следствием которого являются разочарование, бессилие, одиночество, страх и т. п.

Как любое явление в поведении человека, тревога имеет свои формы и виды. Согласно Р. Лихи существуют:

- изолированные фобии. Характеризуются устойчивыми убеждениями, что некоторые явления и/или вещи для них опасны (животные, самолеты, замкнутые пространства и т. п.);
- обсессивно-компульсивное расстройство. Представляет собой вид тревожного расстройства, в котором у носителя присутствуют мысли или образы (потеря контроля, отравление, возможные ошибки или некорректное поведение), вследствие чего у него может возникать непреодолимое желание выполнить действия, которые, как ему кажется, могут нейтрализовать неприятные образы (постоянные проверки, мытье рук и т. д.);
- социофобия. Характеризуется боязнью индивидом порицания со стороны, особенно в ситуациях межличностных отношений (концерты, новые знакомства, общественные места), также огромное психофизиологическое напряжение при социальных контактах, склонность к одиночеству и самоизоляции, алкоголизм и употребление запрещенных психоактивных веществ;
- паническое расстройство. Представляет собой боязнь своих собственных

физиологических реакций. Любое изменение своего состояния с точки зрения физиологии (изменение дыхания, частоты сердечных сокращений, дрожь, головокружение) воспринимается как признак надвигающегося сумасшествия, обморока или смерти. Данный вид расстройства встречается у 3% людей [4].

Согласно А.М. Прихожан, существуют следующие виды тревожных состояний:

- открытая (переживание осуществляется индивидом сознательно в форме поведения и действий в виде состояния тревоги);
- скрытая (характеризуется излишним спокойствием, нечувствительностью к реальной неприятности и даже ее отрицанием);
- личностная тревожность – это установка (готовность) индивида к волнению и переживанию страха по поводу разнообразных субъективно значимых событий. Личностная тревожность является базовой чертой личности, формирующейся и закрепляющейся в раннем детстве;
- ситуативная тревожность – является показателем интенсивности переживания, которое может возникнуть в ответ на любое типичное событие [6, 7].

Н.М. Михайлова и Т.М. Сиряченко термином «тревожность» обозначают следующее:

- а) комплекс естественных эмоциональных реакций на какой-либо стрессогенный фактор;
- б) выраженные клинические симптомы, находящие свое проявление в различных психопатологических состояниях вне рамок психического заболевания;
- в) симптомы, свойственные конкретному психическому нарушению;
- г) специфичные критерии в диагностике, которые определяют вид расстройства [5].

Согласно классификации Ч. Спилбергера, существуют ситуативная и личностная тревожность. Первая представляет собой форму реакции индивида в ответ на происходящее вокруг, вторая же является чертой личности в ее восприятии обстоятельств и ситуаций [9]. Проявление тревожных состояний также зависит от половой принадлежности.

Проведены исследования уровня тревожности, среди лиц подросткового возраста 14-15 лет в Тарской гимназии № 1 им. А.М. Луппова. Исследования проводились по методике Ч.Д. Спилбергера. Полученные данные отражены в табл. 1.

Таблица 1.

Показатели уровня тревоги у мальчиков и девочек в процентном выражении

Вид тревожного состояния \ Уровень	Мальчики			Девочки		
	низкий	умеренный	высокий	низкий	умеренный	высокий
Ситуативная тревога	25	75	0	0	77, 8	22,2
Личностная тревога	0	75	25	0	33,3	66,7

Аналогичные исследования проводились в 2003 г. в Москве. Целью данного исследования являлась проверка степени влияния тревожных состояний на успешность в учебной деятельности среди учащихся. Диагностика уровня тревожных состояний проводилась по методике оценки «эмоциональной напряженности» Г.Ш. Габреевой в возрасте 16–17 лет. Полученные данные свидетельствуют о проявлениях: боязнь неудач (77% у девочек и 86% у мальчиков),

чувство неполноценности (у мальчиков 57%, у девочек 45%). Из проведенного исследования был сделан вывод, что проявление тревоги у подростков мальчиков встречается чаще, чем у девочек [3]. Данный факт противоречит известному тезису о том, что уровень тревожности у женщин выше, чем у мужчин.

Как видно из вышеизложенного, у исследователей нет однозначного мнения относительно проявления тревожных состояний. Следовательно, выбор психолого–педагогических средств по их контролю и коррекции ограничен.

Использование воды как средства физического воспитания известно издавна. Вода, как природный элемент, обладает уникальными свойствами. Среди них высокая теплопроводность и удельная теплоемкость, что способствует расширению сосудов, уменьшению компрессии на суставы, мышцы и соединительные ткани, уменьшению нагрузки на сердечно–сосудистую систему, поскольку вес тела в воде уменьшается, а также возникает антистрессовый эффект [1].

Материалы и методы исследования.

Проводя исследования, предполагалось определить уровень тревожности у учащихся старшей школы.

Исследования проводились на базе Тихоокеанского государственного университета в период с июня по октябрь 2024 г. В группы испытуемых входили лица из числа учащихся старшего звена школ г. Хабаровска в возрасте от 15 до 17 лет (30 юношей и 30 девушек в каждой группе испытуемых).

Диагностика уровня тревожности проводилась в два этапа и определялась анкетированием по методике А.М. Прихожан «Шкала личностной тревожности учащихся»[8]. Согласно данной методике, градации уровней тревожности распределяются следующим образом:

- от 1 до 2 баллов – «чрезмерное спокойствие»;
- от 3 до 6 баллов – норма;
- от 7 до 8 баллов – несколько завышенный;
- 9 баллов – очень высокий;
- От 10 и более – явно завышенный.

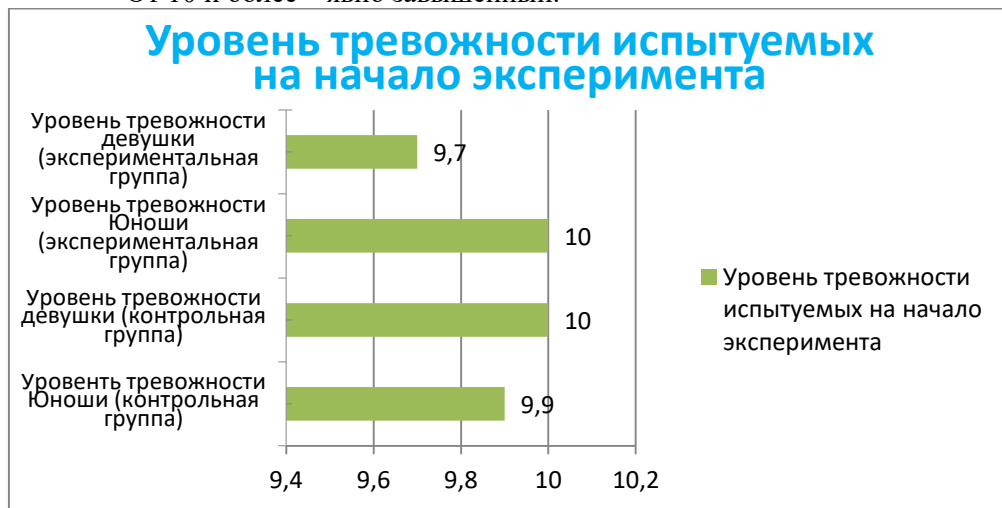


Диаграмма 1. Уровень тревожности учащихся старшей школы на начало эксперимента (среднеарифметические показатели в баллах)

Как видно из диаграммы 1, на начало эксперимента уровень тревожности испытуемых выходит за пределы нормы. При этом в экспериментальной группе девушек уровень тревожности несколько ниже, чем у юношей аналогичной группы (на 0, 3 балла), а также по сравнению с контрольной группой юношей. В контрольных группах испытуемых коррекция тревожности проводилась с применением методов когнитивно-поведенческой терапии (КТП). Выбор в пользу данного метода при проведении эксперимента обусловлен ходом педагогического наблюдения, в процессе которого удалось выяснить, что тревожные состояния во многом вызваны страхом и/или предчувствием физического и/или психологического дискомфорта в определенных социально-бытовых ситуациях. Далее испытуемым предлагалось моделировать данные ситуации в своем воображении и максимально их катастрофизировать с целью показать, что вызванный дискомфорт или страх не приведет к непоправимым последствиям.

В экспериментальной группе помимо КТП проводились занятия по плаванию в бассейне («сухая» разминка на суше, разминка в воде, основные упражнения, заключительная часть). Характерной особенностью в экспериментальной группе являлось наличие у испытуемых изолированной фобии (страха воды). Парадокс ситуации заключается в том, что чем больше желание избавиться от тревоги, тем сильнее она становится.

Испытуемым предлагалось зайти в воду и понаблюдать за своими ощущениями. Далее, после того как испытуемые привыкали к воде, осуществлялось обучение правильному дыханию (вдох над водой ртом – выдох под водой носом).

Следующим шагом было научить испытуемых «держаться» на воде. Участники экспериментальной группы набирали воздух в легкие и ложились на воду лицом вниз. Основная задача состояла в том, чтобы лежать на воде лицом вниз не выпуская воздух максимально возможное для испытуемого время.

После проведения данной части эксперимента испытуемые отмечали несоответствие своих ожиданий и ощущений во время нахождения в воде. Основное внимание испытуемых было сосредоточено на том, что они не смогут справиться с водой и утонут. После проведения данного упражнения, по словам испытуемых, единогласно, ощущение тревоги сменилось на замешательство. Далее, после ослабления ощущения тревоги испытуемым был предложен комплекс упражнений в воде, направленный на расслабление:

1. Звездочка (вариант на груди) – ноги и руки расставлены в стороны и вверх, тело расположено параллельно поверхности воды;

2. Звездочка (вариант на спине) – тоже, что и в предыдущем упражнении, но лицом вверх;

3. Поплавок – набрать воздух в грудь, погрузиться под воду и согнуть ноги в коленях, обхватив их руками (поза эмбриона);

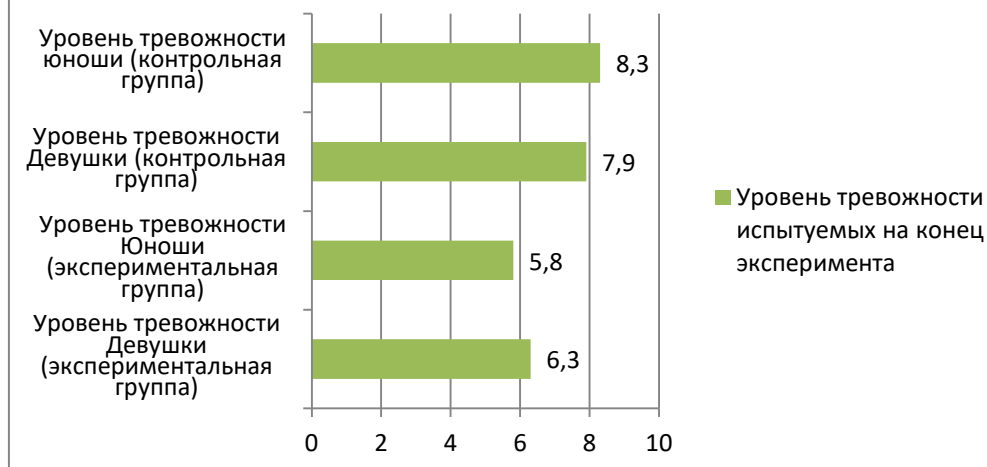
4. Плавание на спине с плавательной доской;

5. Плавание на груди с плавательной доской;

6. Вдох над водой ртом, выдох под водой носом, отталкиваясь от воды руками на средней глубине (150–170 см).

На конец проведения эксперимента удалось получить следующие данные:

Уровень тревожности испытуемых на конец эксперимента



Лиаграмма 2. Уровень тревожности учащихся старшей школы на конец эксперимента (среднеарифметические показатели в баллах)

Исходя из полученных данных, при проведении исследования можно сделать следующие выводы:

- уровень тревожности в контрольной группе у юношей на конец эксперимента снизился с 9,9 до 8,3 балла;
- среднеарифметический показатель тревожности у девушек в контрольной группе также снизился в конце проведенного исследования с 10 до 7,9 балла;
- по показателю тревожности в экспериментальной группе у девушек динамика в сторону снижения составила 3,4 балла (с 9,7 до 6,3);
- в экспериментальной группе юношей динамика в сторону снижения составила 4, 2 балла (с 10 до 5, 8).

Таким образом, наибольшую динамику снижения тревожности продемонстрировала экспериментальная группа юношей. Экспериментальная группа девушек также продемонстрировала существенную динамику в сторону уменьшения.

Также следует отметить, что в экспериментальных группах, проводя коррекционные психолого–педагогические мероприятия в комплексе с физкультурными, уровень тревожности испытуемых вышел в пределы нормы. Следовательно, гипотеза об использовании плавания как средства по коррекции тревожных состояний учащихся старшей школы находит свое подтверждение по результатам проведенного исследования.

Заключение. Тревожные расстройства являются искаженной формой в поведении индивида в ответ на происходящее во внешнем мире, в том числе и в образовательном процессе. Коррекция различных форм тревожных состояний учащихся старшей школы в нынешних условиях является острой необходимо-

стью, поскольку в процессе усвоения знаний затрачивается огромное количество психологических ресурсов.

Применение плавания как способа коррекции тревожных состояний является методически обоснованным, что подтверждается результатами проведенного исследования.

Приведенные методы коррекции тревожных расстройств могут быть использованы в общеобразовательных учреждениях педагогическими работниками в условиях учебного и воспитательного процессов при работе с учащимися старшей школы для сохранения их физического и психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер Б.Э. Биофизиологические аспекты гидротерапии // Комплексная водная терапия / Под ред. Б.Э. Беккер, А.Дж. Коул. Бостон: Баттерворт-Хайнеманн, 2003. С. 17–47.

2. Изард К.Э. Эмоции человека. М.: Директ-Медиа, 2008. 954 с.

3. Кузнецов Д. Демобилизующая тревожность. Некоторые причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников // Школьный психолог. 2005. № 2. С. 21–44.

4. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2019. 368 с.

5. Михайлова Н.М., Сирыченко Т.М. Тревога при психических нарушениях непсихотического уровня // Регулярные выпуски «РМЖ» №15 от 24.07, 2006. С. 1120.

6. Прихожан А.М. Психология тревожности. СПб.: Питер, 2009. С. 97–103.

7. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. № 2. С. 38–47.

8. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2009. 192 с.

9. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и тревожность: хрестоматия / сост. В.М. Астапов. СПб.: Питер, 2001. 256 с.

10. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Ред. С.Ю. Циркин. СПб.: Питер, 2001. 752 с.

11. Фрейд З. Запрещение, симптом и страх // Тревога и тревожность. СПб.: Питер, 2001. С. 18–22.

12. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: АСТ, 2022. 736 с.

13. Хорни К. Невротическая личность нашего времени: пер с англ. М.: Айрис-пресс, 2004. 480 с.

14. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: Изд-во БИНОМ, 2012. 288 с.

REFERENCES

1. Bekker B.E`. Biofizilogicheskie aspekty` gidroterapii // Kompleksnaya vodnaya terapiya / Pod red. B.E`. Bekker, A.Dzh. Koul. Boston: Battervort-Khajnemann, 2003. S. 17–47.

2. Izard K.E`. E`moczi cheloveka. M.: Direkt-Media, 2008. 954 s.

3. 3. Kuzneczov D. Demobilizuyushhaya trevozhnost`. Nekotory`e prichiny` i

formy` proyavleniya nevrolicheskih rasstrojstv u sovremenny`kh starsheklassnikov // Shkol`ny`j psikholog. 2005. # 2. S. 21-44.

4. Likhi R. Svoboda ot trevogi. Sprav`nya s trevogoj, poka ona ne raspravilas` s toboj. SPb.: Piter, 2019. 368 s.

5. Mikhajlova N.M., Siryachenko T.M. Trevoga pri psikhicheskikh narusheniyakh nepsikhoticheskogo urovnya // Regulyarny`e vy`puski «RMZh» #15 ot 24.07, 2006. S. 1120.

6. Prikhozhan A.M. Psikhologiya trevozhnosti. SPb.: Piter, 2009. S. 97-103. .

7. Prikhozhan A.M. Prichiny`, profilaktika i preodolenie trevozhnosti // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 1998. # 2. S. 38-47.

8. Prikhozhan A. M. Psikhologiya trevozhnosti: doshkol`ny`j i shkol`ny`j vozrast. SPb.: Piter, 2009. 192 s.

9. Spilberger Ch. Konceptual`ny`e i metodologicheskie problemy` issledovaniya trevogi // Trevoga i trevozhnost`: khrestomatiya / sost. V.M. Astapov. SPb.: Piter, 2001. 256 s.

10. Spravochnik po psikhologii i psikiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta / Red. S.Yu. Czirkin. SPb.: Piter, 2001. 752 s.

11. Frejd Z. Zapreshhenie, simptom i strakh // Trevoga i trevozhnost`. SPb.: Piter, 2001. S. 18-22.

12. Fromm E`. Anatomiya chelovecheskoj destruktivnosti. M.: AST, 2022. 736 s.

13. Khorni K. Nevroticheskaya lichnost` nashego vremeni: per s angl. M.: Ajrispress, 2004. 480 s.

14. Czirkin S.Yu. Analiticheskaya psikhopatologiya. M.: Izd-vo BINOM, 2012. 288 s.

T.A. Solodovnikova¹, A.G. Rodionova², P.P. Skripnichenko², V.A. Klimenko³

SWIMMING AS A MEANS OF CORRECTION

OF ANXIETY STATES IN HIGH SCHOOL STUDENTS

¹Pacific State University (Khabarovsk), ²Moscow State Technical University named after N.E. Bauman (Moscow), ³Far Eastern State Transport University (Khabarovsk).

Summary. The article presents generalized data on the phenomenon of anxiety, the mechanisms of its manifestation, as well as some methods for its control and correction in high school students. Throughout his life, a person is faced with various life circumstances that cause him to have different behavioral reactions. The manifestation of anxiety is one form of such a reaction. The manifestation of anxiety in the educational process also finds its expression in all its participants. An integrated approach to solving problems of control and correction of anxiety states allows not only to understand the essence of this phenomenon, but also to implement a set of measures to reduce it, for more productive training and education. Based on the foregoing, a complex of pedagogical and psychological means for diagnosing and correcting anxiety states in the conditions of educational and educational processes is proposed.

Keywords: anxiety, school, condition, educational process, correction of anxiety, senior schoolchild, correction, means of physical education.

Т.Д. Шевеленкова, М.М. Сальникова

**МЕТОДИКА «ИСТОРИЯ МОЕГО ТЕЛА» КАК КАЧЕСТВЕННОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ТЕЛУ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ
(ЧАСТЬ II)**

ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет» (Москва).

Резюме. В статье представлены теоретическое обоснование и особенности применения методики «История моего тела» как качественного исследования отношения к собственному телу, выявляющая прежде всего неосознаваемые его компоненты, а также эмпирические исследования данного отношения при нервной анорексии, проведенные с ее использованием. Показаны критерии, способы и результаты контент анализа текстов, полученных в результате применения данной методики, а также особенности ее использования в лонгитюдном исследовании.

Ключевые слова: методика «История моего тела», качественное исследование, отношения к собственному телу, неосознаваемые конфликты, конфликтное телесное воплощение, нервная анорексия.

Перейдем к результатам исследования с помощью методики «История моего тела» неосознаваемых (и не вполне осознаваемых) аспектов отношения к собственному телу девушек-подростков, страдающих нервной анорексией (НА), находящихся на стационарном лечении.

Исследование проводилось на базе Центра изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП) в Москве с 27.03.2021 г. по 10.09. 2022 г. В нем приняли участие девочки-подростки в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст $15,15 \pm 1,14$ лет). Было обследовано 33 девушки, страдающие НА, однако завершили исследование 20 из них. **Критерии включения** в выборку: (1) согласие пациенток на участие в исследовании; поставленный психиатром диагноз «НА» (F50.0), значительное снижение веса у всех пациенток на момент помещения в стационар; (2) завершённое участие в двух этапах исследования. **Критерии исключения** из выборки: несогласие на участие в исследовании, поставленный психиатром диагноз «нервная булимия», незаконченное участие в любом из этапов исследования. От родителей девочек было получено информированное согласие на участие их дочерей в исследовании. Участие в нем было добровольным. Пациентки получили информацию о целях и процедуре его проведения, им сообщали, что они могут отказаться от участия в исследовании на любом этапе без ущерба для проводимого лечения. Пациентки получали фармакотерапевтическое лечение в совокупности с индивидуальной и групповой психотерапией под наблюдением врачей (психиатров, консультантов по питанию и др.) и психологов. Также, помимо обязательного питания, пациентки получали

парентеральное питание. В исследовании применен вариант лонгитюдного метода: пациентки, проходили исследование в два этапа: в начале стационарного лечения и через месяц после его начала – в конце.

С использованием параметров, теоретически выделенных и представленных в первой части данной статьи, был осуществлен качественный анализ текстов историй, рассказанных девушками-подростками, страдающими НА, в начале и конце стационарного лечения.

Результаты контент-анализ показал, что количество смысловых единиц (СЕ) в каждой истории в среднем составило 28,7 в начале стационарного лечения (НСЛ) и 27,3 – в конце стационарного лечения (КСЛ).

В табл. 2 (см. Приложение 2) «Результаты лонгитюдного исследования неосознаваемых компонентов отношения к своему телу девушек-подростков, страдающих нервной анорексией, с применением методики «История моего тела» в конце и начале стационарного лечения» указан *процент респонденток*, истории которых содержали анализируемые смысловые единицы (высказывания и их смысловые фрагменты), а также *процент высказываний* (от общего числа смысловых единиц), соответствующих каждому из выделенных параметров, а также примеры данных высказываний.

Обсуждение результатов. Прежде всего отметим, что данные, полученные методом контент-анализа историй пациенток в НСЛ, практически полностью соответствуют теоретическим представлениям о симптоматике и патогенезе НА. Так *фиксация на внешнем виде* в НСЛ присутствует у 100% пациенток, в КСЛ число респонденток, ее выявляющих, уменьшается на четверть (75%). В НСЛ превалирует *негативное* (55,0%) и *амбивалентное* (40,0%) *эмоциональное отношение* к собственному телу при практически отсутствующем *позитивном* отношении (5% респонденток). К КСЛ число респонденток, демонстрирующих позитивное отношение к своему телу, резко возрастает (до 50,0%), а число больных с негативным и амбивалентным отношением резко уменьшается (30,0% и 20,0% соответственно), но возрастает процент смысловых единиц, свидетельствующих о данном отношении, с 12,9% до 25,7%, что говорит о возрастании степени негативизма и амбивалентности по отношению к собственному телу у пациенток, их обнаруживающих, к КСЛ.

Интересным фактом явилось то, что ни в НСЛ, ни в его конце не обнаружено субъектного отношения к собственному телу у девушек, страдающих НА; выявлено 100% *объектное отношение*. Этот факт, скорее всего, свидетельствует о том, что, вероятно, подростковый период вообще характеризуется объектным отношением, ориентированным на «взгляд извне», что подтверждается нашими исследованиями девушек-подростков без нарушений пищевого поведения (условной нормы), результаты которых будут приведены в следующей части нашей статьи.

Сходные данные получены в исследовании по параметру «Тело как результат расстройства воплощения»: в НСЛ *неконфликтное воплощение* не обнару-

живается ни у одной пациентки, а к КСЛ появляется у 25% пациенток. Практически не меняется число пациенток, выявляющих отношение к собственному телу (ОкСТ) по типу «Тело как отказ от женского», что свидетельствует о том, что стационарное лечение не способствует изменению отношения к взрослению и женской сексуальности, появлению нового идеала женственности. Конфликт «Искаженное тело» к КСЛ оказывается менее свойственным пациенткам: 55,0% респонденток против 75,0% в НСЛ. Резко снижается конфликт по типу «Отчужденное тело», он обнаруживается в НСЛ у 35,0% и у 5,0% респонденток в КСЛ. Также к КСЛ пропадает самый драматичный конфликт в ОкСТ при НА - «Исчезающее тело» (у 10,0% респонденток в НСЛ и 0% - в КСЛ).

Интересные метаморфозы происходят с «Восприятием будущего». Позитивное отношение к будущему (в аспекте телесности) к КСЛ выявляется в 25,0% случаев против 10,0% в НСЛ. Однако практически не изменяется процент пациенток, обнаруживающих неоднозначное отношение к нему (45,0%). Более того, к КСЛ появляются пациентки с негативным отношением (0% в НСЛ и 10 % в КСЛ), но при этом у пациенток исчезает переживание типа «Будущего нет» (10% в НСЛ и 0% в КСЛ). Также к КСЛ снижается до 20% число пациенток с переживанием «Идеал в будущем – худоба» (30,0% в НСЛ). Появление к КСЛ пациенток с негативным отношением к будущему свидетельствует, на наш взгляд, о представлении о том, что болезнь в будущем, скорее всего, вернется, и о страхе смерти. Об этом свидетельствует и содержание высказываний: «Через 5 лет, возможно, болезнь вернется, потому что все-таки иногда возникают мысли о похудении и, возможно, потому что у меня уже будет гораздо меньше контроля, я смогу это осуществить».

Контент-анализ тем, связанных с темой отношения к собственному телу показал, что к КСЛ несколько снижается процент пациенток, стремящихся уйти от разговора на тему тела (с 20,0% в НСЛ до 15,0% к КСЛ). Особенно резко к КСЛ снижается процент пациенток, проявляющих ненависть к себе (с 80,0% в НСЛ до 35,0% к КСЛ), а также повышается процент пациенток, демонстрирующих принятие себя (с 5,0% в НСЛ до 65,0% к КСЛ). К КСЛ уменьшается процент пациенток, переживающих стагнацию или ухудшение жизни в связи с похудением (с 40,0% в НСЛ до 30,0% к КСЛ), демонстрирующих уход от темы болезни (с 55,0% в НСЛ до 30,0% к КСЛ), но одновременно возрастает число демонстрирующих принятие состояния болезни (с 45,0% в НСЛ до 70,0% к КСЛ). К КСЛ появляется желание набрать вес (с 15,0% в НСЛ до 50,0% к КСЛ). Данные изменения, скорее всего, появляются в ходе прохождения психотерапевтического лечения. Результатом психотерапии можно считать и рост числа пациенток, осознающих влияние на возникновение болезни травматических событий и стрессовых ситуаций (с 15,0% в НСЛ до 20,0% к КСЛ).

Однако необходимо отметить и негативные тенденции, появляющиеся к КСЛ. Не меняется число пациенток, переживающих страх смерти (10,0%), резко увеличивается число тех, кто выражает желание похудеть (с 25% в НСЛ до

50,0% к КСЛ). Последнее является прямой реакцией на понимание того, что в ходе стационарного лечения вес пациенток увеличивается. Также появляется страх отката в болезнь (0% в НСЛ и 15,0% в КСЛ). Такие тенденции появляются у пациенток, для которых стационарное лечение не дало желаемого результата, а именно о негативной или амбивалентной динамике их состояния и продолжении патогенеза НА.

О наличии *мотива похудения (внутреннего или внешнего)* в НСЛ сообщают 30% пациенток (мотивация всегда отрицательная, то есть вызванная неприятием себя или другими). К КСЛ мотивированность внутренними факторами остается у 20% пациенток, а внешними – у 15 %. В то же время к КСЛ растет число пациенток, никак не упоминающих то, почему они стали худеть (40% в НСЛ и 65,0% в КСЛ), что, скорее всего свидетельствует о стремлении скрыть данное желание и считаться выздоровевшими.

В результате стационарного лечения, как правило, снижается число пациенток, считающих, что похудение приносит определенные *выгоды*. Так, к КСЛ остается 5% пациенток, сохраняющих на надежду на то, что если они похудеют, то смогут, наконец, *принять себя* (против 10% в НСЛ), 5% пациенток считают, что похудение способствует *налаживанию отношений с родителями* (против 10% в НСЛ), возникновению положительных эмоций и *переживанию счастья* (5% против 25% в НСЛ), занятию любимым делом (5% против 10% в НСЛ). В КСЛ совсем не обнаружено пациенток, считающих, что путем похудения можно *наладить отношения со сверстниками* (против 5% в НСЛ). Однако 5% пациенток считают (как в КСЛ, так и в его начале), что *похудение способствуют тому, что девушку начинают ценить за богатый внутренний мир*. Однако, к КСЛ не упоминают о вторичных выгодах 75% пациенток (против 45% в НСЛ).

Большинство выделенных и исследованных нами неосознаваемых аспектов отношения к собственному телу изменяется к КСЛ (имеет положительную динамику). Исключение составляют следующие аспекты: не изменяется к КСЛ *конфликтное воплощение по типу «отказ от женского»*; сохраняется *объектное отношение к собственному телу* (100% выраженность); появляется *негативное отношение к будущему*, не свойственное пациенткам в НСЛ; сохраняется на том же уровне *страх смерти*; сохраняется *иллюзия, что в случае похудения пациентку будут больше ценить за богатый внутренний мир*.

Можно предположить, что именно эти «исключения» существенно препятствуют выздоровлению при НА. И это подтверждается анализом индивидуальной динамики неосознаваемых компонентов отношения к своему телу исследованных пациенток. Результат анализа данной индивидуальной динамики позволил выделить к КСЛ три группы пациенток. Первая – группа с положительной динамикой. В нее вошло 25% пациенток, у которых в КСЛ наблюдалось неконфликтное телесное воплощение, а также позитивное восприятие будущего. 30% респонденток, у кого в КСЛ наблюдалось конфликтное воплощение тела и негативное восприятие будущего или отсутствие будущего как такового, образо-

вали группу с отрицательной динамикой. Те пациентки (45% респонденток), у которых в КСЛ осталось конфликтное воплощение тела и неоднозначное восприятие будущего, образовали группу с неоднозначной динамикой. Примеры историй, рассказанных в начале и конце стационарного лечения пациентками с разной динамикой выздоровления (табл. 3) представлены в Приложении 3.

Выводы и перспективы исследования.

1. Применение методики «История моего тела» как качественного исследования отношения к собственному телу выявляет у девушек-подростков с НА такие структурные компоненты данного отношения как неосознаваемые и плохо осознаваемые конфликтные телесные воплощения, субъектное/объектное отношение к собственному телу, мотивация похудения, вторичные выгоды от похудения, а также фиксация на внешнем виде и значимые темы, связанные с телесной сферой. Использование данного методического инструментария позволяет содержательно расширить концепт «отношение к телу» и не сводить его к эмоциональному отношению, в том числе к удовлетворенности/неудовлетворенности собственным телом, что, в свою очередь, значительно обогащает представления об отношении к телу при НА и, более того, позволяет его эмпирически исследовать.

2. Сравнительный анализ результатов исследования отношения к собственному телу девушек с НА в НСЛ и КСЛ с использованием методики «История моего тела» *по группе в целом* позволяет обнаружить к КСЛ в структуре данного отношения как существенные позитивные сдвиги по ряду компонентов, так и не изменяющиеся параметры, существенно препятствующие выздоровлению при НА, к которым относятся: *конфликтное воплощение по типу «отказ от женского»*; *объектное отношение к собственному телу*; *появляющееся негативное отношение к будущему* (менее выраженное в НСЛ); *страх смерти, а также иллюзия, что в случае похудения пациентку будут больше ценить за богатый внутренний мир*. Не изменяющиеся в процессе стационарного лечения параметры высвечивает мишени психотерапевтической и коррекционной работы, актуальные в КСЛ.

3. Анализ *индивидуальной* динамики неосознаваемых компонентов отношения к своему телу пациенток с НА позволяет выделить к КСЛ три группы исследованных пациенток: группу с положительной динамикой (25 % пациенток), группу с отрицательной динамикой (30% респонденток) и группу с неоднозначной динамикой (45% респонденток). Основными показателями положительной динамики явились в КСЛ неконфликтное телесное воплощение, а также позитивное восприятие будущего.

4. Перспективой исследования является использование методики «История моего тела» для анализа неосознаваемых аспектов отношения к собственному телу девушек-подростков без нарушений пищевого поведения и с риском нарушений пищевого поведения, а также сравнение результатов такого исследования с результатами пациенток с НА, полученными в НСЛ.

Приложение 2.

Таблица 2.

Результаты лонгитюдного исследования неосознаваемых компонентов отношения к своему телу девушек-подростков, страдающих НА, с применением методики «История моего тела» в НСЛ и КСЛ

Параметры	Критерии параметров	Начало стационарного лечения		Конец стационарного лечения	
		% респондентов	Средний % высказываний	% респондентов	Средний % высказываний
Фиксация на внешнем виде <i>Примеры высказываний</i>	Присутствует	100%	19,8%	75,0%	22,5%
	- Я стала больше задумываться о том, как я выгляжу, о цифре на весах - от этого зависело, хорошее у меня будет настроение или нет. - Потом, когда росла, я похудела, я в 14 лет, или в 13, весила 47 кг, и с этого момента я начинала худеть. Сначала похудела до минимального веса - до 36 кг, потом вес колебался до 39, потом - 36, потом, перед тем как я легла в больницу, я весила 39 кг. И сейчас у меня растет, ну, набирается вес. Я не знаю пока, сколько он, сколько мой вес. - Мне не нравились мои ноги; то, как я выгляжу. Я очень сильно комплексовала из-за этого и считала себя толстой. - В принципе у меня были постоянные мысли о теле, о питании, о похудении.				
	Отсутствует	0,0%	-	25,0%	-
Эмоциональное отношение к телу <i>Примеры высказываний</i>	Позитивное	5,0%	16,7%	50,0%	22,7%
	- На данный момент я ощущаю себя в своем теле более комфортно, чем до того, как я легла в больницу. - Я захотела исправиться, и за последний месяц в ЦИРППе я снова изменилась. Мне это теперь нравится, и я, можно сказать, в восторге что ли. - Сейчас я рада, что набираю вес, потому что я себя чувствую сейчас физически лучше, чем тогда, и эмоционально я чувствую себя как-то пободрее, и мозг у меня лучше работает, чем в начале, потому что в начале он настолько ослаб, что ему не хватало просто энергии. - Мне прекрасно в моем теле. Я себя чувствую замечательно.				
	Амбивалентное	40,0%	15,6%	30,0%	14,8%

Примеры высказываний	званий	- Сейчас у меня двойственные чувства насчет того, что я набрала вес: с одной стороны, я буду здоровее, а с другой, все, что я хотела убрать - живот, щеки, ляжки - оно не ушло, а наоборот, даже прибавилось. - Я снова выгляжу не особо и стараюсь это исправить... Я очень радуюсь за свое тело, потому что я здесь очень быстро пошла на поправку. - Ну сейчас я физически чувствую себя как бы в принципе комфортно, точнее наоборот: физически я чувствую себя некомфортно, но вот морально меня в принципе все устраивает. - Сейчас я ощущаю себя нормально, но понимаю, что могло бы оно (тело) быть и лучше.				
		Негативное	55,0%	12,9%	20,0%	25,7%
		- Мне не нравится тело, в котором я сейчас нахожусь. Скорее всего, присутствует ненависть к себе. - Сейчас я не очень люблю свое тело, потому что я не считаю себя красивой из-за того, что моим идеалом до сих пор остается худоба. - ... кажется, что я вообще перестала нравиться себе. - Сейчас мне не нравится мое тело. Я чувствую отеки на нем, я чувствую, что я начала полнеть, и чувствую себя не в своем теле.				
Примеры высказываний	Субъектное или объектное отношение к телу	Объектное	100%	12,6%	100%	22,1%
		- Я стала больше задумываться о том, как я выгляжу, о цифре на весах - от этого зависело, хорошее у меня будет настроение или нет. - Потом, когда росла, я похудела, я в 14 лет или в 13 весила 47 кг, и с этого момента я начинала худеть. Сначала похудела до минимального веса - до 36 кг, потом вес колебался до 39, потом - 36, потом, перед тем как я легла в больницу, я весила 39 кг. И сейчас у меня растет, ну, набирается вес. Я не знаю пока, сколько он, сколько мой вес. - «Оно (тело) тянет меня вниз, и это мне доставляет дикий дискомфорт. Мне это вообще не нравится. Я бы хотела его как будто бы отбросить, как какую-то лишнюю деталь механизма».				
		Субъектное	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Примеры высказываний	Тело как результат расстройства воплощения	Неконфликтное воплощение тела	0%	-	25,0%	-
		- Сейчас я хорошо ощущаю, ну, мне комфортно в моем теле. Конечно, оно продолжает меняться, но я только радуюсь своим изменениям.				

званий Примеры высказываний	- Состояние моего тела гораздо улучшилось за последний месяц в ЦИРППе. Я набрала вес, и это повлекло ряд положительных изменений и в эмоциональном состоянии, и в физическом, так что я сейчас хорошо себя ощущаю в своем теле. - Сейчас мне намного комфортнее на самом деле в своем теле, я чувствую себя намного лучше, я чувствую себя сильнее, бодрее и как-то даже увереннее. - Сейчас я ощущаю свое тело прекрасно.				
Примеры высказываний	Тело как отказ от женского	15,0%	8,3%	15,0%	10,8%
	- Еще было бы круто в зале накачать себе плечи, и я буду просто такая широкая, как шкаф. - ... что вообще творится с моим телом – все эти черные волосы повсюду и целлюлит, даже на икрах. - ... но все равно вижу эти жирные ляжки, складку живота и второй подбородок - ... Плюс ко всему я стала замечать на своем теле эти мерзкие волосы повсюду.				
	Искаженное тело	75,0%	12,3%	55,0%	14,5%
Примеры высказываний	- На данный момент я свое тело ощущаю не очень хорошо и не могу понять, худая я или полная. - Сейчас мне не нравится, как я выгляжу, потому что мне кажется, что я не худая, а толстая. - Сейчас я дискомфортно ощущаю себя в своем теле, оно кажется мне слишком большим. - Мне не нравится ощущение того, что у меня трутся ляжки друг о друга, мне не нравится свое кругловатое лицо, мне не нравится свой живот - он небольшой, но он все-таки есть.				
	Отчужденное тело	35,0%	8,9%	5,0%	6,3%
Примеры высказываний	- Я чувствую себя не в своем теле. - Мы не понимаем друг дружку со своим телом. - Я полностью потеряла контакт со своим телом – оно больше меня не слушалось, и я, смотря в зеркало уже больше не узнавала ту Алену, которую знала всегда. - Я полностью утратила связь со своим телом и перестала его слушаться.				
	Исчезающее тело*	10,0%	5,6%	0,0%	0,0%
Примеры высказываний					
- Оно (тело) тянет меня вниз, и это мне доставляет дикий дискомфорт. Мне это вообще не нравится. Я бы хотела его					

	как будто бы отбросить, как какую-то лишнюю деталь механизма. - Как я ощущаю свое тело сейчас? Да никак я его не ощущаю... Я уже мечтаю о том, что как только я съеду от родителей, я смогу сделать все со своим телом, что захочу, и, соответственно, я смогу снова похудеть до того момента, до которого мне захочется.				
Восприятие будущего	Положительное	10,0%	22,6%	25,0%	13,3%
<i>Примеры высказываний</i>	- Если говорить о будущем, то я думаю, что мое тело через 5 лет будет прекрасным, потому что, как правило, наше настроение и наша жизнь не должны зависеть от нашего тела. Я думаю, я буду здоровой и счастливой и в любом теле. - Я думаю, что через 5 лет я уже 100% вылечусь от этой болезни, и мое тело придет в норму, и я буду его поддерживать в таком же здоровом состоянии. - Через 5 лет я представляю здоровое, любящее себя, свое тело, и принимающее его полностью. - Через 5 лет, я думаю, я вырасту и, надеюсь, мое тело будет крепким и здоровым.				
	Неоднозначное	45,0%	16,3%	45,0%	14,3%
<i>Примеры высказываний</i>	- Я хочу немножечко, еще сильнее его укрепить и начать заниматься спортом, как только вот эта вся тема после ЦИРППа пройдет... Но я боюсь, что снова мысли дурные в голову залезут, и я начну снова... Я в ЦИРППе не в первый раз была, и я сорвалась. - Я думаю, что через 5 лет мое тело также сильно поменяется. Не знаю, в какую сторону, но я очень надеюсь, что эти изменения я приму. - Ну оно, надеюсь, никак не поменяется, но, возможно, как бы оно станет более взрослым, нежели чем оно является сейчас, вот.				
<i>Примеры высказываний</i>	- Думаю, через 5 лет тело – ну, я буду стараться не как-нибудь в сторону похудения, но просто так, для себя ходить в зал потихоньку, не сильно себя нагружать. Как раз, я думаю, все отеки сойдут. Немножко приведу себя в форму, думаю, что все будет в порядке.				
	Негативное	0,0%	0,0%	10,0%	15,6%
<i>Примеры высказываний</i>	- Я уже задумывалась над этим вопросом: что будет с моим телом дальше, и мне кажется, что по достижении своего совершеннолетия у меня начнется та же история, которая была и в 15 лет, то есть на данный момент. - Через 5 лет, возможно, болезнь вернется, потому что все-таки иногда возникают мысли о похудении, и, возможно,				

Примеры высказываний	<i>потому что у меня уже будет гораздо меньше контроля, я смогу это осуществить.</i>				
	Будущего нет	15,0%	9,2%	0,0%	0,0%
	<i>- И думаю, что через 5 лет, я надеюсь, мое тело будет в спортивном состоянии. За последний месяц мне набрали вес.</i> <i>- Через 5 лет мое тело будет в хорошей форме. Мое тело увеличилось.</i> <i>- И я не знаю, что будет с моим телом через 5 лет, потому что я стараюсь не думать о будущем, а жить настоящим.</i> <i>- Оно останется моим телом, а что с ним будет, это не так уж и важно, если я вообще доживу до этого возраста.</i>				
	Идеал в будущем – худоба	30,0%	10,1%	20,0%	10,5%
	<i>- Через 5 лет, я думаю, я приведу свое тело в идеальную для него форму: худое и подтянутое.</i> <i>- Через 5 лет, конечно же, уже в мечтах... Я уже мечтаю о том, что как только я съеду от родителей, я смогу сделать все со своим телом, что захочу, и, соответственно, я смогу снова похудеть до того момента, до которого мне захочется.</i> <i>- Главное – чтобы мне нравилось сейчас, как я выгляжу, чтобы стать худой. Я хочу снова весить 36 кг, чтобы был мой минимальный вес.</i> <i>- Через 5 лет... мое тело, думаю, будет подтянутым и худым.</i>				
Темы	Уход от темы тела	20,0%	-	15,0%	-
Примеры высказываний	История не содержит никаких высказываний, связанных с собственным телом, речь идет о другом, например о внутренних органах и т. д.				
	Ненависть к себе	80,0%	13,4%	35,0%	20,7%
Примеры высказываний	<i>- Мне не нравится тело, в котором я сейчас нахожусь. Скорее всего, присутствует ненависть к себе.</i> <i>- Конечно, бывают моменты, с которыми еще нужно работать, но я устала от разных ограничений, от ненависти к себе. Я правда устала. Я хочу меняться.</i>				
	Принятие себя	5,0%	17,4%	65,0%	23,0%
Примеры высказываний	<i>- За период лечения в ЦИРППе я многому научилась, многое осознала, в том числе и о принятии себя... я надеюсь, что не сойду с пути любви к себе, так как считаю его правильным, и отклоняться от него я не хочу.</i> <i>- ... и свое тело я начала потихоньку принимать, и в целом я стараюсь прислушиваться к нему, и ощущаю я себя сейчас нормальной, мне комфортно... за последний месяц я набира-</i>				

Примеры высказываний	ла вес, и сейчас я уже не похожа на какой-то скелет, и, мне кажется, выгляжу намного лучше.				
	Травматические события и стрессовые ситуации	15,0%	5,8%	20,0%	6,9%
Примеры высказываний	- ... после одного инцидентика я стала усердно худеть, и это привело к не особо приятным последствиям.				
Примеры высказываний	- ... я подвергалась, так скажем, троллингу и буллингу со стороны своих близких и одноклассников				
Примеры высказываний	Страх смерти	10,0%	4,7%	10,0%	13,3%
	- ... я даже порой боюсь думать о будущем, потому что мне кажется, что я не доживу. - Что с ним (с телом) будет, это не так уж и важно, если я вообще доживу до этого возраста.				
Примеры высказываний	Тело в контексте социальных взаимоотношений	25,0%	7,5%	20,0%	11,8%
	- Отношения с друзьями и с родителями ухудшились. Я и раньше была не очень открытым человеком, не очень общительным, а теперь все перешло любые рамки. - ... и сил не хватало на общение со сверстниками.				
Примеры высказываний	Желание похудеть	25,0%	15,5%	50,0%	13,1%
	- Я хочу еще похудеть. - Хочется быть похудее – мне не комфортно				
Примеры высказываний	Желание набрать вес	10,0%	20,1%	50,0%	13,9%
	- Чувствую, что мне надо поправиться, чувствую, что мне надо набрать вес, чтобы и настроение улучшилось, и эмоции стали получше, чтобы я смогла вернуться к прежней жизни. - Сегодня себя на фотографии видела – я поняла, что реально все очень плохо, вот, и мне нужно реально набрать вес, хотя бы до... - До того, чтобы мое лицо выглядело не таким худым, хотя бы чтобы мои органы заработали.				
Примеры высказываний	Стагнация или ухудшение жизни в связи с похудением*	40,0%	19,2%	30,0%	12,7%
	- Когда мое тело было нормальным, когда оно мне не мешало двигаться, то есть были силы на движение, настроение было, понятное дело, лучше. В период, когда я похудела, силы куда-то ушли, ну понятно в принципе.				

	- Да, жизнь очень сильно изменилась, причем после того, как я сильно похудела, моя жизнь изменилась в худшую сторону. - ... Я очень сильно закрылась. У меня появилась апатия и еще из такой болезни вылилась небольшая депрессия.				
	Страх отката в болезнь*	0,0%	0,0%	15,0%	10,4%
	- ... возможно, болезнь вернется, потому что все-таки иногда возникают мысли о похудении... - Но я боюсь, что снова мысли дурные в голову залезут, и я начну снова... Я в ЦИРППе не в первый раз была, и я сорвалась.				
	Принятие состояния болезни*	45,0%	13,0%	70,0%	12,1%
	- ... но из-за болезни я сильно осунулась и похудела, а так, до нее я в целом тоже не была полной, я была обычным, нормальным, среднестатистическим человеком. В связи с изменениями моего тела, в связи с болезнью, изменилась, конечно же, моя жизнь. - ... моя болезнь буквально кричала: нет, это вредно, это сладко, это жирно – это нельзя.				
	Уход от темы болезни*	55,0%	-	30,0%	-
	История не содержит указаний на переживания темы болезни				
Мотивация похудения	Внутренняя отрицательная	30%	9,0%	20%	12,4%
Примеры высказываний	- И в какой-то период времени, примерно в 11 лет, я посчитала себя некрасивой, толстой и решила начать худеть. - Потом, в один момент у меня появилась навязчивая мысль похудеть. ... когда я уже начала поддерживать эту худобу, то у меня стали появляться навязчивые мысли, что надо еще больше, начинало казаться, что я не слишком худая - мне надо еще лучше. И моя жизнь перестала быть жизнью, а скорее стала существованием с единственной целью - похудеть. - ... но потом случился переходный возраст, и мне стало не нравиться мое тело. Из-за этого я решила похудеть. Я стала осознавать, что мне не нравится совершенно мое тело, и я начала худеть, пробовать разные диеты, ну и потом я похудела.				
Примеры высказываний	Внешняя отрицательная	30%	8,9%	15%	14,1%
	- ... после одного инцидентика я стала усердно худеть.				

	- ... и в итоге даже врач сказал, что у меня есть лишний вес. Это на меня повлияло, и я начала худеть. - Последней каплей для моего похудения стали слова отца, который назвал меня заплывшей жиром, и я стала худеть. - Но мне изначально как бы сказали о том, что я толстая, поэтому из-за этого я начала сильно комплексовать. Вот, поэтому это заложило такую основу, потому что до этого всего я не задумывалась о том, как я выгляжу, то есть меня все устраивало. Когда мне на это сказали, то я действительно начала очень жестко комплексовать.				
	Внутренняя положительная	0%	0,0%	0%	0,0%
	<i>Не обнаружена</i>				
	Внешняя положительная	0%	0,0%	0%	0,0%
	<i>Не обнаружена</i>				
	Избегание говорить на тему мотивации похудения	40%	-	65%	-
В тексте истории нет никакого указания на то, почему пациентка начала худеть					
Вторичные выгоды от похудения <i>Примеры высказываний</i> <i>Примеры высказываний</i> <i>Примеры высказываний</i>	Надежда на принятие себя	10,0%	22,4%	5,0%	10,0%
	- Когда я была полной, я прям вообще не любила себя, очень стеснялась, постоянно закрывалась, носила очень объемную одежду – в общем, очень комплексовала. - Когда я начала худеть, не замечая этого, моя жизнь также не менялась, я просто начала любить себя, жить в гармонии со своим телом и тому подобное.				
	Наладились отношения с родителями	10,0%	8,2%	5,0%	20,0%
	- ... мои родители стали ко мне более лояльно относиться, я начала чувствовать их любовь, а до этого мне казалось, что у меня никто не любит, и я никому не нужна. - ...когда я заболела, родители стали более внимательно ко мне относиться и стали более добрыми по отношению ко мне.				
	Наладились отношения со сверстниками	5,0%	2,1%	0,0%	0,0%
- В связи с изменениями моего тела моя жизнь постепенно,					

Примеры высказываний	но менялась. Менялась она в лучшую сторону – у меня появились новые знакомства.				
	Люди стали ценить за богатый внутренний мир	5,0%	3,6%	5,0%	3,3%
Примеры высказываний	- ... я встретила других людей, которые, так скажем, ценят за внутренний мир, а не за внешность. - ... разве что я встретила людей, которые ценят меня за мой внутренний мир.				
	Счастье	25,0%	5,1%	5,0%	22,7
Примеры высказываний	- ... при похудении я испытывала положительные эмоции, видя положительный результат. - ... я стала больше задумываться о том, как я выгляжу, о цифре на весах - от этого зависело, хорошее у меня будет настроение или нет.				
	Занятие любимым делом	10,0%	11,0%	5,0%	2,6%
	- ... потом меня отдали на фигурное катание. Там у меня появились мышцы. Я помню, что тренер нас просил как-то не налегать на еду, но меня это тогда особо не волновало. Но я знаю, что у других девочек начинались из-за этого проблемы. - Один раз мое будущее очень зависело от веса моего тела. Я тогда поступала во МГАХ ... и мой рост был около метра сорока, вес – 28-29 кг примерно ... и мне надо было еще худеть на килограмма 1,5 примерно.				
	Вторичных выгод нет либо избегание говорить на эту тему	45,0%	-	75,0%	-
	Текст истории не содержит никаких указаний на вторичные выгоды от похудения				
Примечания:					
1. Параметры и критерии, отмеченные * относятся исключительно к группе НА.					
2. Выделены результаты (на сером фоне), полученные в конце стационарного лечения					

Приложение 3.

Таблица 3.

Примеры историй, рассказанных в начале и конце стационарного лечения пациентами с разной динамикой выздоровления

Тип динамики	Начало стационарного лечения
Положительная	Так, я была нормальным обычным ребенком, то есть вообще у меня был нормальный, стабильный вес, может быть, я была более худая, чем остальные. Ну то есть в нормальном, спокойном таком весе, но потом случился переходный возраст, и мне стало не нравиться мое тело. Из-за этого я решила похудеть, и в целом мое тело менялось от нормального к более худому, болезненному. Да, моя жизнь в последнее время очень сильно изменилась, как изменилось мое тело, когда я начала худеть, причем не в положительную сторону, а наоборот, в отрицательную. Сейчас я ощущаю себя нормально, но понимаю, что могло бы оно быть и лучше. Думаю, что нужно чуть-чуть его подправить, подлечить. И буду его стараться принимать дальше таким, какое оно будет. Я думаю, что через 5 лет я приду к такой стадии, что наконец-то полюблю свое тело, какое оно будет. И не важно, какое оно будет через 5 лет. Оно, скорее всего, будет еще меняться, но я надеюсь, что полюблю его и приму таким, какое оно будет, вне зависимости от того, каким оно будет.
Отрицательная	Тело – это нечто материальное, что меняется в течение всей жизни. И оно поменялась в моей жизни таким образом, что изначально из нормального оно превратилось в очень худое. Изначально при похудении я испытывала положительные эмоции, видя положительный результат. Потом уже, ближе к концу, я начала испытывать негативные эмоции, потому что начались проблемы. В связи с изменениями моего тела, да, моя жизнь менялась. Я стала хуже спать, у меня ухудшилось внимание, у меня были трудности с походом в туалет и тому подобное. Сейчас я ощущаю свое тело не слишком комфортным, поэтому я приехала на терапию. Через 5 лет, я думаю, я приведу свое тело в идеальную для него форму: худое и подтянутое.
	Конец стационарного лечения
Положительная	Ну на протяжении всей своей жизни, ну до того, как я заболела, я была обычным ребенком, весила нормально. То есть ИМТ был в норме. Вот. И потом, с приходом болезни мое тело резко поменялось в худшую сторону. Я очень сильно сбросила вес, а уже после того, как я легла сюда, я уже немного набрала вес, вот. Да, жизнь очень сильно измени-

	лась, причем после того, как я сильно похудела, моя жизнь изменилась в худшую сторону. У меня ухудшились отношения с родителями, с друзьями. Я очень сильно закрылась. У меня появилась апатия и еще из такой болезни вылилась небольшая депрессия. Вот. Сейчас мне намного комфортнее на самом деле в своем теле, я чувствую себя намного лучше, я чувствую себя сильнее, бодрее и как-то даже увереннее, вот. Я думаю, что через 5 лет я уже 100% вылечусь от этой болезни, и мое тело придет в норму, и я буду его поддерживать в таком же здоровом состоянии. Вот, как и сейчас. Так, ну за последний месяц, я не знаю, насколько, но я набрала вес. Пока что не тот, который нужно, потому что до выписки еще нужно немножко подождать, но набрала вес и я полностью приняла это, и мне уже не страшно.
Отрицательная	В течение жизни мое тело менялось не сильно, то есть я просто росла, и оно менялось с возрастом. Потом, в один момент у меня появилась навязчивая мысль похудеть. Я изначально не обращала на нее внимания и ела, как мне казалось, нормальными порциями, но я худела. Я не замечала этого и считала это абсолютно нормальным. Потом, когда я начала уже поддерживать это похудение, то мое тело начало еще больше худеть и уже истощаться. Изначально, когда оно менялось с возрастом, все было вообще хорошо, то есть моя жизнь шла так, как надо. Когда я начала худеть, не замечая этого, моя жизнь также не менялась, я просто начала любить себя, жить в гармонии со своим телом и тому подобное. Потом, когда я уже начала поддерживать эту худобу, то у меня стали появляться навязчивые мысли, что надо еще больше, начинало казаться, что я не слишком худая - мне надо еще лучше. И моя жизнь перестала быть жизнью, а скорее стало существованием с единственной целью - похудеть. Сейчас я ощущаю свое тело, наверно, достаточно комфортным. Но мне периодически кажется, что мне нужно похудеть — это тоже имеется, да. Но... ничего такого, чтобы это начать делать, у меня нет. Через 5 лет, возможно, болезнь вернется, потому что все-таки иногда возникают мысли о похудении, и, возможно, потому что у меня уже будет гораздо меньше контроля, я смогу это осуществить. Мое тело никак не поменялось за последний месяц, то есть оно каким было, таким и осталось. Вот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бинсвангер Л. Два случая: Эллен Вест и Лола Фосс. Пер. с англ. М.: Альма Матер, 2024. 339 с.
2. Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю. Дистморфофобические расстройства у детей и подростков при нарушениях пищевого поведения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). № 2. С. 32.
3. Дольто Ф. На стороне подростка. Пер. с фр. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2010. 423 с.
4. Киселева М.Н. Исследование отношения женщин к своему телу // Общество. 2020. Т. 18. № 3. С. 113-117.
5. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 176 с.
6. Леви Т.С. Отношение к телу в структуре самоотношений // Знание. Понимание. Умение. 2008. № 3. С. 72-75.
7. Мешкова Т.А., Гаврилова Е.Л. Особенности отношения к телу лиц с последствиями детского церебрального паралича и спинальной травмы // Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10. № 1. С. 180-205. doi: 10.17759/cpse.2021100109.
8. Мешкова Т.А., Клычкова О.М. Апробация невербальной методики для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ) // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 1. С. 118-138. doi: 10.17759/cpse.2018070109.
9. Ожигова Л.Н., Клемперт С.В. Удовлетворенность собственным телом и отношение к здоровью у молодых девушек // Образование и наука в современных реалиях: Мат-лы Международной науч.-практ. конф., Чебоксары, 14 мая 2021 года.. 2021. С. 134-139. doi: 10.21661/r-553936.
10. Оконишникова Е.В., Брюхин Е.В. Дистморфофобические расстройства у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2023. № 6. С. 476-485. doi:10.33920/med-01-2306-12.
11. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. Пер. с англ. СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа и Б & К, 1997. 195 с.
12. Рагулина М.В., Денмухаметова Е.С. Особенности эмоционального состояния женщин при негативном и амбивалентном образе тела // Общество. 2017. Т. 8. № 3. С. 63-68.
13. Станковская Е.Б. «Мое чужое тело»: формы современного отношения женщины к себе в аспекте телесности // Мир психологии. 2011. Т. 68. № 4. С. 112-119.
14. Шевеленкова Т.Д., Волжина Ж.А. Отношение к своему телу и психологическое благополучие в подростковом возрасте // Мышление и речь: подходы, проблемы, решения: Мат-лы XV международных чтений памяти Л.С. Выготского: в 2 томах, РГГУ, Институт психологии им. Л.С. Выготского / под редакцией В.Т. Кудрявцева. М., РГГУ. 2014. С. 8-13.
15. Шевеленкова Т.Д., Сальникова М.М. Изменения психической ригидности и отношения к своему телу в процессе лечения у девушек-подростков, страдающих нервной анорексией // Психолог. 2024. № 2. С. 1-19. doi: 10.25136/2409-8701.2024.2.70033 EDN: ZAHNDYL URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=70033

REFERENCES

1. Binsvanger L. Dva sluchaya: E`llen Vest i Lola Foss. Per. s angl. M.: Al`ma

Mater, 2024. 339 s.

2. Bryukhin A.E., Okonishnikova E.V., Lineva T.Yu. Dismorfofobicheskie rasstrojstva u detej i podrostkov pri narusheniyakh pishhevogo povedeniya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017 (17). # 2. S. 32.

3. Dol'to F. Na storone podrostka. Per. s fr. Ekaterinburg: Rama Publishing, 2010. 423 s.

4. Kiseleva M.N. Issledovanie otnosheniya zhenshhin k svoemu telu // Obshhestvo. 2020. T. 18. # 3. S. 113-117.

5. Korkina M.V., Czivil'ko M.A., Marilov V.V. Nervnaya anoreksiya. M.: Mediczina, 1986. 176 s.

6. Levi T.S. Otnoshenie k telu v strukture samootnoshenij // Znanie. Ponimanie. Umenie. 2008. # 3. S. 72-75.

7. Meshkova T.A., Gavrilova E.L. Osobennosti otnosheniya k telu licz s posledstviyami detskogo czerebral'nogo paralicha i spinal'noj travmy` // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya. 2021. T. 10. # 1. S. 180-205. doi: 10.17759/cpse.2021100109.

8. Meshkova T.A., Kly`chkova O.M. Aprobacziya neverbal'noj metodiki dlya ocenki udovletvorennosti uchastkami tela (UUT) // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya. 2018. T. 7. # 1. S. 118-138. doi: 10.17759/cpse.2018070109.

9. Ozhigova L.N., Klempert S.V. Udovletvorennost` sobstvenny`m telom i otnoshenie k zdorov`yu u molody`kh devushek // Obrazovanie i nauka v sovremenny`kh realiyakh: Mat-ly` Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., Cheboksary`, 14 maya 2021 goda.. 2021. S. 134-139. doi: 10.21661/r-553936.

10. Okonishnikova E.V., Bryukhin E.V. Dismorfofobicheskie rasstrojstva u paczientov s nervnoj anoreksiej i nervnoj bulimiej // Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i nejrokhirurgii. 2023. # 6. S. 476-485. doi:10.33920/med-01-2306-12.

11. Pajnz D. Bessoznatel'noe ispol'zovanie svoego tela zhenshhinoy. Per. s angl. SPb.: Vostochno-evropejskij institut psikhoanaliza i B & K, 1997. 195 s.

12. Ragulina M.V., Denmukhametova E.S. Osobennosti e`moczional'nogo sostoyaniya zhenshhin pri negativnom i ambivalentnom obraze tela // Obshhestvo. 2017. T. 8. # 3. S. 63-68.

13. Stankovskaya E.B. «Moe chuzhoe telo»: formy` sovremennogo otnosheniya zhenshhiny` k sebe v aspekte telesnosti // Mir psikhologii. 2011. T. 68. # 4. S. 112-119.

14. Shevelenkova T.D., Volzhina Zh.A. Otnoshenie k svoemu telu i psikhologicheskoe blagopoluchie v podrostkovom vozraste // My`shlenie i rech`: podkhody`, problemy`, resheniya: Mat-ly` XV mezhdunarodny`kh chtenij pamyati L.S. Vy`gotskogo: v 2 tomakh, RGGU, Institut psikhologii im. L.S. Vy`gotskogo / pod redakcziej V.T. Kudryavczeva. M., RGGU. 2014. S. 8-13.

15. Shevelenkova T.D., Sal`nikova M.M. Izmeneniya psikhicheskoy rigidnosti i otnosheniya k svoemu telu v proczesse lecheniya u devushek-podrostkov, stradayushhikh nervnoj anoreksiej // Psikholog. 2024. # 2. S. 1-19. doi: 10.25136/2409-8701.2024.2.70033 EDN: ZAHDYL URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=70033

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2013. 947 p.

17. Cash T.F., Brown T.A. Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature // *Behavior Modification*. 1987. Vol. 11. № 4. P. 487-521. doi: 10.1177/01454455870114005.
18. Charland L.C., Hope T., Stewart A., Tan J. Anorexia nervosa as a passion // *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 2013. Vol. 20. № 4. P. 353-365. doi: 10.1353/ppp.2013.0049.
19. Eli K. Striving for liminality: eating disorders and social suffering // *Transcultural Psychiatry*. 2018. Vol. 55 № 4. P. 475-494. doi: 10.1177/1363461518757799.
20. Farrell E. Lost for words: the psychoanalysis of anorexia and bulimia. London: Process Press, 1995. 104 p.
21. Fuchs T. Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia // *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 2005. Vol. 12. № 2. P. 95-107. doi: 10.1353/ppp.2005.0040.
22. Fuchs T. The disappearing body: anorexia as a conflict of embodiment // *Eating and Weight Disorders*. 2022. Vol. 27. № 1. P. 109-117. doi: 10.1007/s40519-021-01122.
23. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression // *Journal of Phenomenological Psychology*. 2002. Vol. 33. № 2. P. 223-243. doi: 10.1163/15691620260622903.
24. Gaete I.M., Fuchs T. From body image to emotional bodily experience in eating disorders // *Journal of Phenomenological Psychology*. 2016. Vol. 47. № 1. P. 17-40. doi: 10.1163/15691624-12341303.
25. Ivarsson T., Råstam M., Wentz E., Gillberg I.C., Gillberg C. Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community-based study // *Comprehensive Psychiatry*. 2000. Vol. 41. № 5. P. 398-403. doi: 10.1053/comp.2000.9001.
26. Jáuregui-Lobera I., Bolaños-Ríos P., Ruiz-Prieto I. Thought-shape fusion and body image in eating disorders // *International Journal of General Medicine*. 2012. Vol. 5. P. 823-830. doi: 10.2147/IJGM.S36324.
27. Keizer A., van Elburg A., Helms R., Dijkerman H.C. A Virtual Reality Full Body Illusion Improves Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa // *PLoS One*. 2016. Vol. 11. № 10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5053411/pdf/pone.0163921.pdf> (дата обращения: 01.07.2024). doi: 10.1371/journal.pone.0163921.
28. Kluck A.S. Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations // *Eating Behaviors*. 2008. Vol. 9. № 4. P. 471-483. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.07.006.
29. Lavis A. Not eating or tasting other ways to live: a qualitative analysis of 'living through' and desiring to maintain anorexia // *Transcultural Psychiatry*. 2018. Vol. 55. № 4. P. 454-474. doi: 10.1177/1363461518785796.
30. Legenbauer T., Radix A.K., Naumann E., Blechert J. The Body Image Approach Test (BIAT): A Potential Measure of the Behavioral Components of Body Image Disturbance in Anorexia and Bulimia Nervosa? // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7005054/pdf/fpsyg-11-00030.pdf> (дата обращения: 01.07.2024). doi: 10.3389/fpsyg.2020.00030.
31. Legrand D. Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa // *Neuropsychologia*. 2010. Vol. 48. № 3. P. 726-737. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.026.

32. Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978. 351 p.
33. Moccia L., Conte E., Ambrosecchia M., Janiri D., Di Pietro S., De Martin V., Di Nicola M., Rinaldi L., Sani G., Gallese V., Janiri L. Anomalous self-experience, body image disturbance, and eating disorder symptomatology in first-onset anorexia nervosa // *Eating and Weight Disorders*. 2022. Vol. 27. № 1. P. 101-108. doi: 10.1007/s40519-021-01145-0.
34. Mölbert S.C., Thaler A., Mohler B.J., Streuber S., Romero J., Black M.J., Zipfel S., Karnath H.O., Giel K.E. Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted // *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48. № 4. P. 642-653. doi: 10.1017/S0033291717002008.
35. Stanghellini G. The optical-coenaesthetic disproportion in feeding and eating disorders // *European Psychiatry*. 2019. Vol. 58. P. 70-71. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.02.005.
36. Stanghellini G., Ballerini M., Mancini M. The optical-coenaesthetic disproportion hypothesis of feeding and eating disorders in the light of neuroscience // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6755335/pdf/fpsy-10-00630.pdf> (дата обращения: 01.07.2024). doi: 10.3389/fpsy.2019.00630.
37. Troop N.A., Allan S., Serpell L., Treasure J.L. Shame in women with a history of eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2008. Vol. 16. № 6. P. 480-488. doi: 10.1002/erv.858.
38. Wilksch S., Wade T.D. Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. Vol. 35. № 4. P. 571-578. doi: 10.1002/eat.10273.

T.D. Shevelenkova, M.M. Salnikova

**THE «MY BODY STORY» METHOD AS A QUALITATIVE STUDY
OF THE ATTITUDE TOWARDS THEIR OWN BODY
IN TEENAGE GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOUS
(PART II)**

Russian State University for the Humanities (Moscow).

Summary. The article presents the «My Body Story» method as a method of qualitative research of attitudes towards one's own body, revealing primarily its unconscious components, its theoretical justification, features of its application and empirical studies of this attitude in nervous anorexia, conducted with its use. The criteria, methods and results of content analysis of texts obtained as a result of applying this method, as well as features of its application in longitudinal and cross-sectional research are shown.

Keywords: «My Body Story» method, qualitative research, attitudes towards one's own body, unconscious conflicts in attitudes towards one's own body, conflicting bodily embodiment, nervous anorexia.

УДК 347.157, 159.992.6(075.8), 616.896, 616.89-008.441.13:618.33

А.А. Кокорева¹, Я.В. Колпаков^{2,3,4}, А.О. Коннова^{5,6}, Г.А. Корчагина⁷,
И.П. Крохин^{8,9,10}, Е.Б. Шмидеберг¹¹, А.В. Ялтонская^{3,4}

**РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ
СПЕКТРОМ НАРУШЕНИЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.**

ЧАСТЬ 1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

¹ГБОУ «Школа № 1434 «Раменки» (дошкольные группы «Светлана»),
²НОЧУ ВО «Международный университет психолого-педагогических инноваций»,
³ОО «Российское общество психиатров», ⁴ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»,
⁵ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
⁶ГБУ МОСЦ «Роза ветров», ⁷ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»,
⁸ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»,
⁹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»,
¹⁰ООО «Международный институт сертифицированного образования и повышения квалификации»,
¹¹ООО «Центр практической психологии «Отношение»,
¹¹АНО ОПДиМНВ «НАШ СОЛНЕЧНЫЙ МИР - М» (Москва).

Резюме. В статье описывается проблема соотношения феноменологии расстройств аутистического спектра и фетального алкогольного спектра нарушений. Ставится вопрос об их сходстве и различиях, дается оценка современной эпидемиологической ситуации в отношении данных расстройств. Делаются выводы о наличии сходств и различий, требующих продолжения изысканий по данному вопросу.

Ключевые слова: дети и подростки, расстройства аутистического спектра, фетальный алкогольный спектр нарушений, эпидемиология

Введение: актуальность и проблемная область исследования. По проблеме связи расстройств аутистического спектра (РАС, ASD – *autism spectrum disorders*) и фетального алкогольного спектра нарушений (ФАЧН, FASD – *fetal alcohol spectrum disorders*) у детей и подростков, рожденных от беременности матерей с алкогольной экспозицией (БАЭ, PAE – *pregnancy & prenatal alcohol exposure & effects*) в отечественной научной литературе почти нет данных, хотя зарубежные исследователи активно разрабатывают данную область [33, 34, 44, 47]. РАС (шифры F84.0, F84.1, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9 по действующей Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10) - нарушения нейropsychического развития, характеризующиеся качественными отклонениями в социальном взаимодействии, способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. Эти аномалии являются общими чертами функционирования индивида во всех ситуациях и могут значительно различаться по степени выраженности [9, 14, 19, 23, 48].

РАС лучше всего описать со стороны феноменологической «триады» А.А. Северного, Н.М. Иовчук (2020) и симптоматической «триады» L. Wing, J. Gould (1979) (рис. 1) [2, 25, 32, 35, 36, 49].

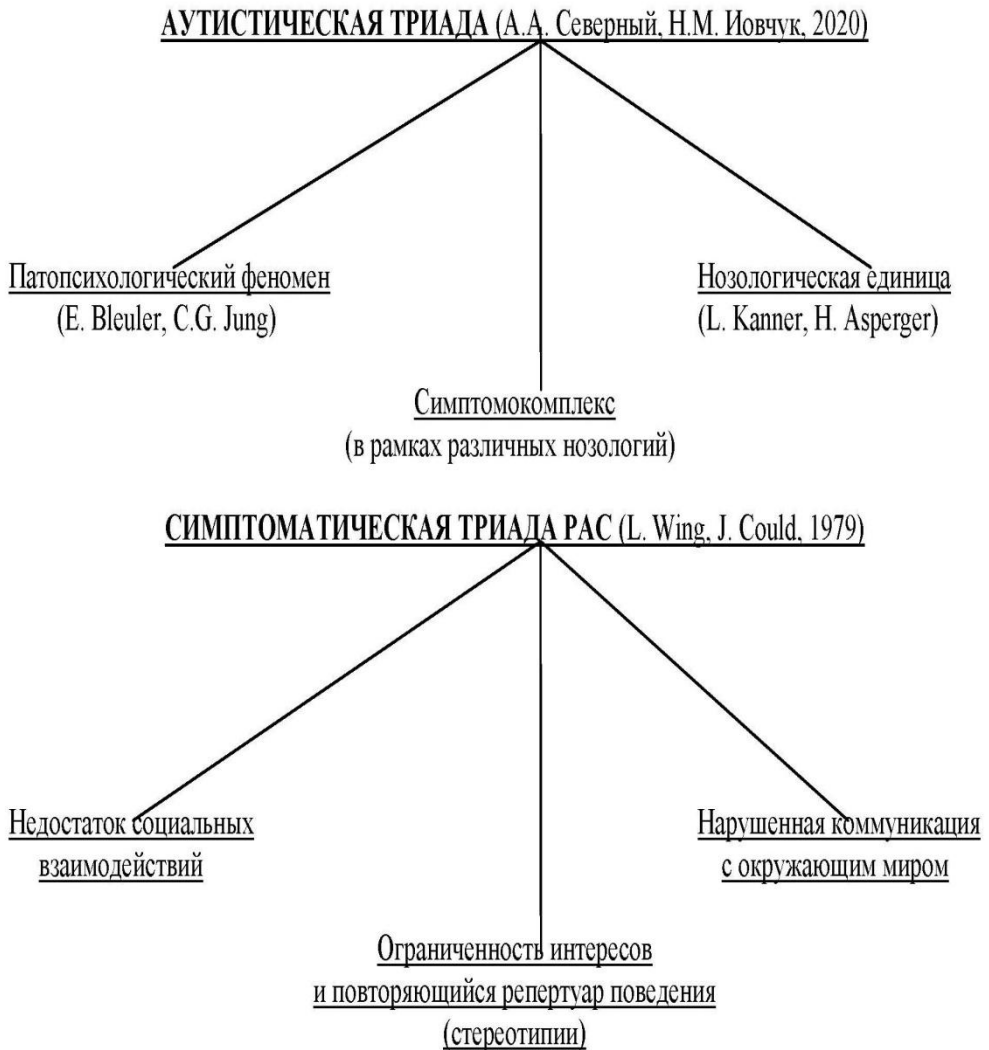


Рисунок. 1. Феноменологическая и симптоматическая «триады» РАС.

Для РАС характерно проявление первых признаков в раннем детском возрасте (чаще всего до трех лет), отставание и задержка в развитии разнообразных психических функций и социально-коммуникативных навыков, сохранение аномалий социального функционирования и особенностей поведения на протяжении всей жизни [9, 14, 23]. Н.В. Симашкова описывает РАС как континуум (рис. 2) [26].

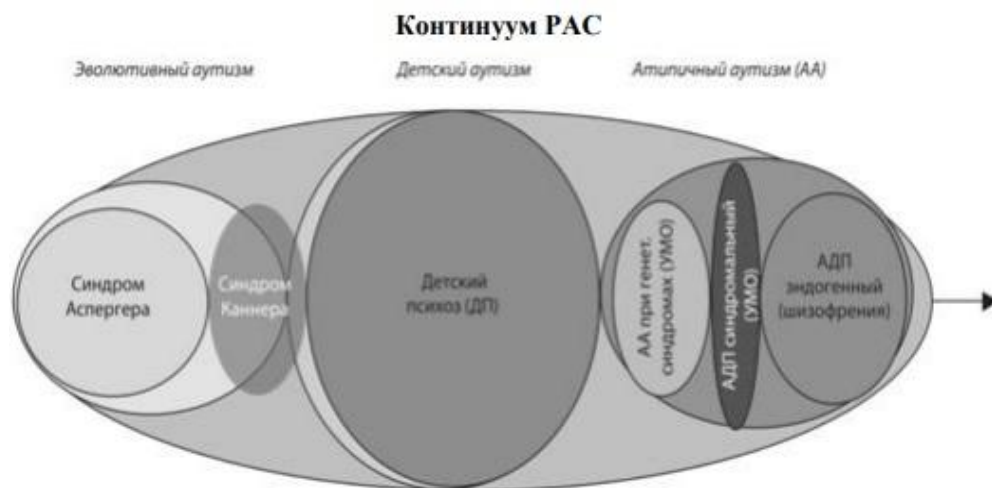


Рисунок 2. Континуум РАС.

Так, L.G. Klinger и K.M. Dudley) описывают сложную схему коморбидности симптомов РАС (рис. 3) [37].



Рисунок 3. Коморбидность симптомов РАС.

Поэтому диагностика РАС сложна, о чем пишут Н.М. Иовчук и Северный А.А. [8].

Согласно принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, WHO – World Health Organization) конвенциональным расчетам Zeidan J. et al., распространенность РАС в мире составляет 1% от популяции (рис. 4) [50]. Talantseva O.I. et al. корректируют эту цифру до 1,18% [45].



Рисунок 4. Распространенность РАС в мире по градиенту от 1 до 436 чел. / 10 тыс. населения.

По России Н.В. Устинова и соавт. отмечают устойчивую тенденцию к росту числа людей с РАС. Показатели распространенности (общероссийский - почти в 40 раз) отличаются от общемировой медианной распространенности РАС. Выявлены региональные различия (в 104,5 раза) частоты диагноза: от минимального 1,7 до максимального 177,7 на 100 тыс. населения. Авторы ссылаются на работу Б.Д. Менделевича, где установлено, что в России показатели заболеваемости детей в возрасте до 14 лет по регионам имеют: по органическим психическим расстройствам 316-кратный разрыв, при шизофрении 93-кратный, при легкой умственной отсталости 27-кратный и при других ее формах 88-кратный разрыв. Эти данные свидетельствуют о недостаточной диагностической надежности существующих клинических подходов в оценке психических расстройств [16, 27].

В.Д. Менделевич (2021) в связи с этим дискутирует с В.Э. Пашковским и ним же в соавторстве с И.В. Макаровым [17, 20, 21]. Заложниками этой ситуации, продолжают Н.В. Устинова и соавт., становятся пациенты и их семьи, вынужденные менять место проживания в поисках «правильного» диагноза и адекватной помощи [27]. Подробнее о последнем тезисе пишут многие авторы [1, 3-7, 10, 28-30].

ФАСН включает в себя: фетальный алкогольный синдром (ФАС; FAS - fetal alcohol syndrome) - LD2F.00 по МКБ-11 (2018-2022 гг. - по н.в.), Q86.0 по МКБ-10 (1990-2023 гг. - по н.в.); частичный (парциальный) ФАС (чФАС; pFAS – partial FAS); ряд других нарушений и симптомокомплексов, связанных с БАЭ [31, 40, 41].

Материалы и методы исследования. Материалом для обзора стали данные, представленные в основных доступных электронных базах данных результатов научных исследований: Google Scholar, MEDLINE, PubMed, SCOPUS, Web of Science и др. «Глубина погружения» составила 123 года.

Методы для обзора опирались на нарративный подход и ScR-методологию, дизайн и структура статьи соответствуют стандарту (AKw)IMRaD(CAR) [15, 18, 46].

Результаты исследования и их обсуждение. Феноменология ФАСН впервые описана в работе И.В. Сажина «Вліяніе алкоголя на розвиваючийся організм» (1902), на 60 лет раньше, чем у малоизвестного М.А. Петрова-Маслакова (рис. 5) и общепринятых P. Lemoine et al. Наиболее полно раскрыта в свежей работе G. Myers et al. [22, 24, 39, 40].



«Вред спиртных напитков для беременной женщины заключается не только в том, что ее организм подвергается действию алкоголя, но и в том, что, легко проникая через плаценту в кровь плода, он производит свое действие на его важнейшие органы (мозг, сердце, печень и др.). Замечено, что такие дети подвержены целому ряду нервных и душевных заболеваний, они хуже развиваются и чаще болеют» [22].

Рисунок 5. Академик АМН СССР, профессор М.А. Петров-Маслаков (1896-1976 гг.).

S. Popova et al. в перечень коморбидных ФАСН расстройств включает следующие, по действующей МКБ-10: F10.2, 19.2, 41.1/33.8, 80.1, 80.2, 81.9, 89, 90.0, 91; G40; H47.0, 52.6, 54, 65.0, 65.2, 90.8; Q02, 03, 04.0, 04.3, 04.6, 04.9, 05, 06.8, 10.0, 10.3, 10.6, 11.2, 12.0; схожую классификацию приводят А.В. Ялтонская и соавт. (рис. 6) [31, 41].

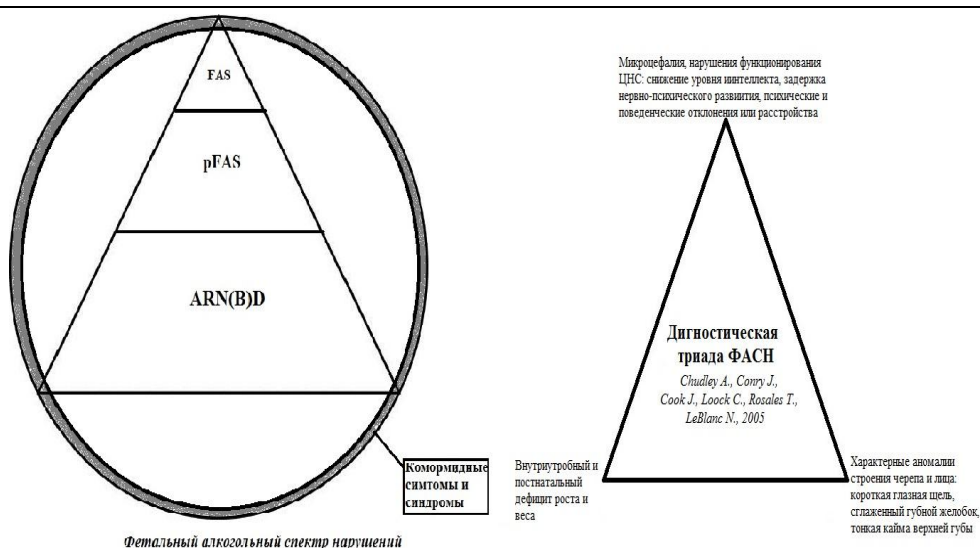


Рисунок 6. Феноменология ФАСН.

Следует отметить, что диагностика ФАСН так же сложна, как диагностика РАС [12, 13]. В глобальном масштабе распространенность ФАСН оценивается в 7,7 случаев на 1 000 человек (рис. 7) [41, 42].



Рисунок 7. Распространенность ФАСН в мире на 1 000 человек населения.

В Европе распространенность ФАСН в среднем составляет 19,8 случаев на 1 000 человек популяции, выше в странах Восточной Европы, которые известны своим высоким потреблением алкоголя: 53,3 в Хорватии, 36,6-46,6 в Беларуси, 36,5 в России, 34 на Украине, 32,7 в Болгарии и 32,3 в Литве. Более того, в нескольких европейских странах наблюдается схожая тревожная ситуация: Ирландия – 47,5-60,4, Дания - 45,8, Великобритания - 41,3, Италия - 33,1-45. Аналогичные данные

были зарегистрированы в Австралии - 35,6. ФАСН является редким в странах Ближнего Востока с показателями распространенности значительно ниже 1 больного младенца на 1 000 новорожденных. Странами с самой низкой распространенностью являются Бахрейн, Оман, ОАЭ, Саудовская Аравия, Катар и Кувейт. Максимальный показатель в ЮАР – 111,1 случаев на 1 000 новорожденных [41, 42].

В обзорах литературы приводятся данные, что в России распространенность ФАС/ФАСН составляет от 0,79 на 1000 живорожденных до 680 на 1000 новорожденных в отдельных когортах. Авторы отмечают, что точных данных нет, т. к. используются очень разные диагностические методики и методы и на очень локальных выборках [11, 31, 43].

Заключение. Таким образом, с одной стороны, исследователи указывают, что эпидемиологические и симптоматические совпадения между РАС и ФАСН немногочисленны и сообщают о методологических проблемах, которые не позволяют сделать окончательные выводы относительно наличия прямых связей феноменов между собой [33]. С другой стороны, есть данные, что РАС в два раза чаще встречаются у детей с ФАСН, чем в общей популяции [38]. Это ставит перед исследователями много вопросов, в которых соавторы данной статьи надеются более детально разобраться и представить результаты в последующих частях исследования.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Благодарности. Авторы выражают благодарность и признательность членам Международного координационного совета по профилактике вредных воздействий алкоголя и фетального алкогольного спектра нарушений ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»: канд. психол. наук, доценту кафедры нейро- и патопсихологии Психологического факультета Института психологии им. Л.С. Выготского ФГАОУ ВО «РГГУ» *И.Н. Абросимову* и клиническому психологу *А.Ю. Батуриной (Деревниной)* (Московская обл.), профессорам кафедры клинической психологии НОИ социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова ФГБОУ ВО «РосУниМед», д-рам мед. наук *Н.А. Сироте* и *В.М. Ялтонскому* (Москва) за многолетнюю поддержку исследования. А также редакции журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» в лице заместителя главного редактора, президента РОО «АДПП», канд. мед. наук *А.А. Северного* (Москва) за доброжелательное и терпеливое отношение к соавторам в процессе подготовки статьи к публикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баилова Т.А., Александрова Н.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. М.: Просвещение, 2008. 111 с.
2. Блейлер Э. Аутистическое мышление / Пер. с нем. и пред. Я.М. Когана. Одесса: Полиграф, 1927. 81 с.
3. Высотина Т.Н. Особенности материнского и отцовского отношения к детям со сложными вариантами нарушений психического развития (аутизм с умственной отсталостью) // Вестник СПбГУ. Серия 12 «Социология». 2012.

Вып. 2. С. 88-93.

4. Городнова М.Ю. Психотерапия семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17), № 2. С. 67-74.

5. Добряков И.В., Колесников И.А. Перинатальная психотерапия семьи // Психическое здоровье. 2010. Т.8, № 7(50). С. 24-27.

6. Зверева Н.В. Проблема принятия родителями нарушений в развитии ребенка // Современные тенденции социального сопровождения семьи особого ребенка: отечественный и зарубежный опыт: сб. научно-прикладных статей по материалам докладов в рамках Рождественских чтений Московского Православного Института Св. Иоанна Богослова Российского Православного Университетата, Москва, 30 января 2016 г. М.: ООО «ИТД ПЕРСПЕКТИВА», 2016. С. 44-52.

7. Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. 112 с.

8. Иовчук Н.М., Северный А.А. Современные проблемы диагностики аутизма [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. - 2013. - №5. - С. 91-98. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/5/Iovchuk_Severniy.phtml (дата обращения: 17.02.2025)

9. Касаткин В.Н. Детский аутизм: исследования и практика. М.: РОО «Образование и здоровье», 2008. 402 с.

10. Кириллина Н.К., Бородкина О.Ф. Детско-подростковая и семейная психотерапия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011 (11). № 2. С. 138-140.

11. Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Абросимов И.Н., Ялтонский В.М. К вопросу об оценке распространенности употребления алкоголя женщинами во время беременности // Алкоголь в России: мат-лы IV междунаrodn. научн.-практ. конф., Иваново, 25-26 окт. 2013. г. Иваново: Филиал РГГУ в г. Иваново, 2013. С. 61-64.

12. Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. Методология диагностики фетального алкогольного спектра нарушений у детей младшего школьного возраста в России // Вопросы наркологии. 2017. № 4-5. С. 153-163.

13. Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Ялтонская А.В., Колпаков Я.В. Методология диагностики фетального алкогольного спектра нарушений у детей младшего школьного возраста в образовательных учреждениях: Метод. рек.. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», 2019. 28 с.

14. Крохин И.П. Введение в клиническую психологию. Учеб. пособие. М.: ЦГМА Управления делами Президента РФ, 2016. 65 с.

15. Кулакова Е.Н., Настаушева Т.Л., Кондратьева И.В. Систематическое обзорное исследование литературы по методологии scoring review: история, теория и практика // Вопросы современной педиатрии. 2021. № 20 (3). С. 210-222. DOI: <https://doi.org/10.15690/vsp.v20i3/2271>

16. Менделевич Б.Д. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами детей в Российской Федерации // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2010. Т. 110. № 7. С. 48-52.

17. Менделевич В.Д. Страсти по аутизму (о спорных и бесспорных сторо-

нах монографии В.Э. Пашковского «10 лекций по аутизму») // Неврологический вестник. 2021. № 53 (1). С. 91-93. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb59951>

18. Мирошников А.Б., Хадарцев А.А., Павлов Е.А., Шевцов А.В., Рыбакова П.Д., Мештель А.В., Антонов А.Г., Смоленский А.В. Разработка и обоснование руководства для нарративных обзоров литературы: контрольный список Cinar // Вестник новых медицинских технологий. [Электр. изд.]. 2024. № 6 (4-2). С. 135-147. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2024-6/4-2.pdf>. DOI: 10.24412/2075-40942024-6-4-2

19. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте: классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10: / ВОЗ; пер. на рус. яз. О.Ю. Донец; вступ. ст. А.А. Северного. М.: Смысл, СПб., 2003. 407 с.

20. Пашковский В.Э. 10 лекций об аутизме. М.: ООО «МЕДпресс-информ», 2021. 136 с.

21. Пашковский В.Э., Макаров И.В. Расстройства аутистического спектра. М.: ООО «МЕДпресс-информ», 2023. 168 с.

22. Петров-Маслаков М.А. Гигиена женщины (Глава VIII) // Том I. Историческое развитие акушерства и гинекологии. Эмбриогенез. Анатомия и физиология женских половых органов. Гигиена женщины / ред. тома проф. Ф.А. Сыроватко // Многотомное руководство по акушерству и гинекологии / Отв. ред. проф. Л.С. Персианов. М.: МЕДГИЗ, 1961. 416 с.

23. Расстройства аутистического спектра: Клинические рекомендации (Рубрикатор Минздрава РФ, разработаны Ассоциацией психиатров и психологов за научно обоснованную практику и Союзом педиатров России). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2024. 98 с. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/594_3 (дата обращения: 17.02.2025)

24. Сажин И.В. Вліяніе алкоголя на развивающийся организм: Дис. д-ра мед. СПб.: Импер. Воен.-мед акад, 1902. 266 с.

25. Северный А.А., Иовчук Н.М. Дифференциально-диагностические критерии отграничения аутизма у детей и подростков (клинический очерк) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 1. С. 50-58.

26. Симашкова Н.В. Детская психиатрия на современном этапе развития науки: клиничко-психопатологические, дифференциально-диагностические, профилактические и абилитационные аспекты // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24). № 3. С. 82-90.

27. Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Басова А.Я., Солошенко М.А., Вишнева Е.А., Сулейманова З.Я., Лапшин М.С. Распространенность расстройств аутистического спектра в Российской Федерации: ретроспективное исследование // Consortium Psychiatricum. 2022. Т. 3, № 4. С. 28–37. DOI: 10.17816/CP211

28. Шевченко Ю.С., Горюнова А.В. Полипрофессиональный многоуровневый подход к терапии и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра // Психическое здоровье. 2023. № 18 (7). С. 74-76.

29. Шмидеберг Е.Б. Работа с родителями – важный фактор создания еди-

ной коррекционно-развивающей среды // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: мат-лы V междунар. теоретико-методол. семинара, Москва, МГПУ, 8–9 апр. 2013 г. / ред.-кол. Т.Г. Богданова, Н.М. Назарова, О.Г. Приходько, Е.В. Ушакова, А.А. Гусейнова. М.: МГПУ, 2013. Т. 2. С. 232–237.

30. Щербакова А.М., Василькова Е.А. Особенности включения родителей и детей с расстройством аутистического спектра в совместную продуктивную деятельность // Психолого-педагогическое сопровождение общего, специального и инклюзивного образования детей и взрослых: Сб. мат-лов Всеросс. научн.-практ. конф. с международным участием, Тула, 01 апреля 2021 г. Чебоксары: ООО «ИД «Среда», 2021. С. 162-167. DOI: 10.31483/r-98245

31. Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Колпаков Я.В., Абросимов И.Н., Таннер В., Перваков К., Рэм Ю., Попова С. Потребление алкоголя во время беременности и фетальный алкогольный спектр нарушений в России: систематический обзор литературы // Наркология. 2014. Т. 13, № 6 (150). С. 80-90.

REFERENCES

1. Basilova T.A., Aleksandrova N.A. Kak pomoch` maly`shu so slozhny`m narusheniem razvitiya: posobie dlya roditel'ev. M.: Prosveshchenie, 2008. 111 s.

2. Blejler E`. Autisticheskoe my`shlenie / Per. s nem. i pred. Ya.M. Kogana. Odessa: Poligraf, 1927. 81 s.

3. Vy`sotina T.N. Osobennosti materinskogo i otczovskogo otnosheniya k detyam so slozhny`mi variantami narushenij psikhicheskogo razvitiya (autizm s umstvennoj otstalost`yu) // Vestnik SPbGU. Seriya 12 «Socziologiya». 2012. Vy`p. 2. S. 88-93.

4. Gorodnova M.Yu. Psikhoterapiya sem`i rebenka s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017 (17), # 2. S. 67-74.

5. Dobryakov I.V., Kolesnikov I.A. Perinatal`naya psikhoterapiya sem`i // Psikhicheskoe zdorov`e. 2010. T.8, # 7(50). S. 24-27.

6. Zvereva N.V. Problema prinyatiya roditel'yami narushenij v razvitii rebenka // Sovremennyye tendenczii soczial'nogo soprovozhdeniya sem`i osobogo rebenka: otechestvenny`j i zarubezhny`j opy`t: sb. nauchno-prikladny`kh statej po materialam dokladov v ramkakh Rozhdestvenskikh chtenij Moskovskogo Pravoslavnogo Instituta Sv. Ioanna Bogoslova Rossijskogo Pravoslavnogo Universitetata, Moskva, 30 yanvarya 2016 g. M.: ООО «ITD PERSPEKTIVA», 2016. S. 44-52.

7. Igumnov S.A. Psikhoterapiya i psikhokorrekcziya detej i podrostkov. M.: Izdvo In-ta psikhoterapii, 2000. 112 s.

8. Iovchuk N.M., Severny`j A.A. Sovremennyye problemy` diagnostiki autizma [E`lektronny`j resurs] // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru. - 2013. - #5. - S. 91-98. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/5/Iovchuk_Severniy.phtml (data obrashheniya: 17.02.2025)

9. Kasatkin V.N. Detskij autizm: issledovaniya i praktika. M.: ROO «Obrazovanie i zdorov`e», 2008. 402 s.

10. Kirillina N.K., Borodkina O.F. Detsko-podrostkovaya i semejnaya

psikhoterapiya // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2011 (11). # 2. S. 138-140.

11. Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V., Abrosimov I.N., Yaltonskij V.M. K voprosu ob oczenke rasprostranennosti upotrebleniya alkogolya zhenshhinami vo vremya beremennosti // Alkogol` v Rossii: mat-ly` IV mezhdunarodn. nauchn.-prakt. konf., Ivanovo, 25-26 okt. 2013. g. Ivanovo: Filial RGGU v g. Ivanovo, 2013. S. 61-64.

12. Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V., Yaltonskij V.M., Abrosimov I.N. Metodologiya diagnostiki fetal`nogo alkogol`nogo spektra narushenij u detej mladshego shkol`nogo vozrasta v Rossii // Voprosy` narkologii. 2017. # 4-5. S. 153-163.

13. Korchagina G.A., Fadeeva E.V., Yaltonskaya A.V., Kolpakov Ya.V. Metodologiya diagnostiki fetal`nogo alkogol`nogo spektra narushenij u detej mladshego shkol`nogo vozrasta v obrazovatel`ny`kh uchrezhdeniyakh: Metod. rek.. M.: FGBU «NMICz PN im. V.P. Serbskogo», 2019. 28 s.

14. Krokhin I.P. Vvedenie v klinicheskuyu psikhologiyu. Ucheb. posobie. M.: CzGMA Upravleniya delami Prezidenta RF, 2016. 65 s.

15. Kulakova E.N., Nastausheva T.L., Kondrat`eva I.V. Sistematischeskoe obzornoe issledovanie literatury` po metodologii scoping review: istoriya, teoriya i praktika // Voprosy` sovremennoj pediatrii. 2021. # 20 (3). S. 210-222. DOI: <https://doi.org/10.15690/vsp.v20i3/2271>

16. Mendelevich B.D. Regional`ny`e osobennosti zabolevaemosti psikhicheskimi rasstrojstvami detej v Rossijskoj Federaczii // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2010. T. 110. # 7. S. 48-52.

17. Mendelevich V.D. Strasti po autizmu (o sporny`kh i bessporny`kh storonakh monografii V.E`. Pashkovskogo «10 lekczij po autizmu») // Nevrologicheskij vestnik. 2021. # 53 (1). S. 91-93. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb59951>

18. Miroshnikov A.B., Khadarczev A.A., Pavlov E.A., Shevczov A.V., Ry`bakova P.D., Meshtel` A.V., Antonov A.G., Smolenskij A.V. Razrabotka i obosnovanie rukovodstva dlya narrativny`kh obzorov literatury`: kontrol`ny`j spisok Cinar // Vestnik novy`kh mediczinskih tekhnologij. [E`lekt. izd.]. 2024. # 6 (4-2). S. 135-147. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2024-6/4-2.pdf>. DOI: 10.24412/2075-40942024-6-4-2

19. Mnogoosevaya klassifikacziya psikhicheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vozraste: klassifikacziya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10: / VOZ; per. na rus. yaz. O.Yu. Donecz; vstup. st. A.A. Severnogo. M.: Smy`sl, SPb., 2003. 407 s.

20. Pashkovskij V.E`. 10 lekczij ob autizme. M.: OOO «MEDpress-inform», 2021. 136 s.

21. Pashkovskij V.E`, Makarov I.V. Rasstrojstva autisticheskogo spektra. M.: OOO «MEDpress-inform», 2023. 168 s.

22. Petrov-Maslakov M.A. Gigiena zhenshhiny` (Glava VIII) // Tom I. Istoricheskoe razvitie akusherstva i ginekologii. E`mbriogenez. Anatomiya i fiziologiya zhenskikh polovy`kh organov. Gigiena zhenshhiny` / red. toma prof. F.A. Sy`rovatko // Mnogotomnoe rukovodstvo po akusherstvu i ginekologii / Otv. red. prof. L.S. Persianov. M.: MEDGIZ, 1961. 416 s.

23. Rasstrojstva autisticheskogo spektra: Klinicheskie rekomendaczii (Rubrikator Minzdrava RF, razrabotany` Assocziacziej psikhiatrov i psikhologov za nauchno obosnovannuyu praktiku i Soyuzom pediatrov Rossii). M.: Ministerstvo zdravookhraneniya RF, 2024. 98 s. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/594_3 (data obrashheniya: 17.02.2025)

24. Sazhin I.V. Vliyanie alkogolya na razvivayushhiysya organizm`: Dis. d-ra med. SPb.: Imper. Voen.-med akad, 1902. 266 s.

25. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. Differenczial`no-diagnosticheskie kriterii otgranicheniya autizma u detej i podrostkov (klinicheskij ocherk) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 1. S. 50-58.

26. Simashkova N.V. Detskaya psikhiatriya na sovremennom e`tape razvitiya nauki: kliniko-psikhopatologicheskie, differenczial`no-diagnosticheskie, profilakticheskie i abilitaczionny`e aspekty` // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2024 (24). # 3. S. 82-90.

27. Ustinova N.V., Namazova-Baranova L.S., Basova A.Ya., Soloshenko M.A., Vishneva E.A., Sulejmanova Z.Ya., Lapshin M.S. Rasprostranennost` rasstrojstv autisticheskogo spektra v Rossijskoj Federaczii: retrospektivnoe issledovanie // Consortium Psychiatricum. 2022. T. 3, # 4. S. 28–37. DOI: 10.17816/CP211

28. Shevchenko Yu.S., Goryunova A.V. Poliprofessional`nyj mnogourovnevnyj podkhod k terapii i reabilitaczii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Psikhicheskoe zdorov`e. 2023. # 18 (7). S. 74-76.

29. Shmideberg E.B. Rabota s roditelyami – vazhnyj faktor sozdaniya edinoj korrekczionno-razvivayushhej sredy` // Speczial`naya pedagogika i speczial`naya psikhologiya: sovremennye problemy` teorii, istorii, metodologii: mat-ly` V mezhdunar. teoretiko-metodol. seminar, Moskva, MGPU, 8–9 apr. 2013 g. / red.-kol. T.G. Bogdanova, N.M. Nazarova, O.G. Prihod`ko, E.V. Ushakova, A.A. Gusejnova. M.: MGPU, 2013. T. 2. S. 232–237.

30. Shherbakova A.M., Vasil`kova E.A. Osobennosti vklucheniya roditelej i detej s rasstrojstvom autisticheskogo spektra v sovместnuyu produktivnuyu deyatel`nost` // Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obshhego, speczial`nogo i inkluzivnogo obrazovaniya detej i vzrosly`kh: Sb. mat-lov Vseross. nauchn.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem, Tula, 01 aprelya 2021 g. Cheboksary`: OOO «ID «Sreda», 2021. S. 162-167. DOI: 10.31483/r-98245

31. Yaltonskaya A.V., Yaltonskij V.M., Kolpakov Ya.V., Abrosimov I.N., Tanner V., Pervakov K., Re`m Yu., Popova S. Potreblenie alkogolya vo vremya beremennosti i fetal`nyj alkohol`nyj spektr narushenij v Rossii: sistematicheskij obzor literatury` // Narkologiya. 2014. T. 13, # 6 (150). S. 80-90.

32. Asperger, H. (1944). Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv fur Psychiatrie und Nerven Krankheiten. N117. S. 76-136. (In German).

33. Carpita, B., Migli, L., Chiarantini, I., Battaglini, S., Montalbano, C., Carmassi, C., Cremone, I.M., & Dell'Osso, L. (2022). Autism Spectrum Disorder and Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Literature Review // Brain Science. Vol. 12(6). P. 792. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci12060792>

34. du Toit, S., Goosen, L. (2024). Transformative Technologies for Supporting

Children With Fetal Alcohol Syndrome and Autism Spectrum Disorders // In: Transformative Approaches to Patient Literacy and Healthcare Innovation / M. Garcia & R. de Almeida (Eds.). IGI Global Scientific Publishing. Pp. 156-179. DOI: <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-3661-8.ch008>

35. Jung, C.G. (1912). Über die zwei Arten des Denkens // Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. Wien, London. S. 124-153. (In German).

36. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact // Nervous child. Vol. 2-3. Pp. 217-250.

37. Klinger, L.G., & Dudley, K.M. (2019). Autism spectrum disorder // In: Prinstein M.J., Youngstrom E.A., Mash E.J., Barkley R.A. Treatment of Disorders in Childhood and Adolescence. – USA, NY, New York: Guilford Press. Pp. 376-415.

38. Lange, S., Rehm, J., Anagnostou, E., Popova, S. (2018). Prevalence of externalizing disorders and Autism Spectrum Disorders among children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: systematic review and meta-analysis // Biochemistry and Cell Biology. Vol. 96(2). Pp. 241-251. DOI: <https://doi.org/10.1139/bcb-2017-0014>

39. Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J.P., & Menuet, J.C. (1968). Les enfants de parent alcoolique: Anomalie observée à propos de 127 cas // Quest Medical. Vol. 21. Pp. 476-482. (In French).

40. Myers, G., Burd, M., Klug, M.G., Popova, S., & Burd, L. (2025). Comparing rates of agreement between different diagnostic criteria for fetal alcohol spectrum disorder: A systematic review. Alcohol: Clinical and Experimental Research. Vol. (49). Pp. 81-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.15492>

41. Popova, S., Charness, M.E., Burd, L., Crawford, A., Hoyme, H.E., Mukherjee, R.A.S., Riley, E.P., & Elliott, E.J. (2023). Fetal alcohol spectrum disorders // Nature Reviews Disease Primers. Vol. 9(11). – 20 p. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00420-x>

42. Popova, S., Lange, S., Probst, Ch., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis // Lancet Global Health. Vol. 5(3). e290–299. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)

43. Popova, S., Yaltonskaya, A., Yaltonsky, V., Kolpakov, Ya., Abrosimov, I., Pervakov, K., Tanner, V., & Rehm Ju. (2014). What Research Is Being Done on Prenatal Alcohol Exposure and Fetal Alcohol Spectrum Disorders in the Russian Research Community? // Alcohol and Alcoholism. Vol. 49(1). – Pp. 84-95. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt156>

44. Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S.,

44. Stevens, S.A., Nash, K., Koren, G., & Rovet, J. (2012). Autism characteristics in children with fetal alcohol spectrum disorders // Child Neuropsychology. Vol. 19(6). Pp. 579–587. DOI: <https://doi.org/10.1080/09297049.2012.727791>

45. Talantseva, O.I., Romanova, R.S., Shurdova, E.M., Dolgorukova, T.A., Sologub, P.S., Titova, O.S., Kleeva, D.F., & Grigorenko, E.L. (2023). The global

prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis // *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 14:1071181. – 11 p. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1071181

46. Teodosiu, M. (2019). Scientific writing and publishing with IMRaD. *Ann. For. Res.* Vol. 62(2). Pp. 201-214. DOI: 10.15287/afr.2019.1759

47. update. *Autism Research*, 1 –13. <https://doi.org/10.1016/j.autres.2023.100001>

47. Watson, S.L., Coons, K.D., & Hayes, S.A. (2013). Autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. Part I: a comparison of parenting stress // *J Intellect Dev Disabil.* Vol. 38(2). – Pp. 95-104. DOI: 10.3109/13668250.2013.788136

48. WHO. World Health Organization ©. (2022). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics Eleventh Revision (ICD-11). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата обращения: 17.02.2025)

49. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 9(1). Pp. 11-29.

50. Zeidan, J., Fombonne, E., Scorsah, J., Ibrahim, A., Durkin, M.S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update // *Autism Research*. Vol. 15(5). Pp. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

**A.A. Kokoreva¹, Ya.V. Kolpakov^{2,3,4}, A.O. Konnova^{5,6}, G.A. Korchagina⁷,
I.P. Krokhin^{8,9,10}, E.B. Shmideberg¹¹, A.V. Yaltonskaya^{2,3}**

**AUTISMS SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS WITH FETAL ALCOHOL
SPECTRUM DISORDERS: A LITERATURE REVIEW.**

PART 1. PROBLEM STATEMENT AND EPIDEMIOLOGY

¹School N1434 «Ramenki» (preschool department «Svetlana»), ²International University of Psychological and Pedagogical Innovations, ³Russian Society of Psychiatrists, ⁴Central Research Institute for Healthcare Organization and Informatization, ⁵Moscow State Psychological and Pedagogical University, ⁶My Special Family Center «Wind Rose», ⁷V.P. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, ⁸Russian University of Medicine, ⁹Central State Medical Academy, ¹⁰International Institute of Certified Education & Advanced Training, ¹¹OUR SUNNY WORLD - M (Moscow).

Summary. The article describes the problem of the relationship between the phenomenology of autism spectrum disorders and fetal alcohol spectrum disorders. The question of their similarities and differences is raised, and an assessment of the current epidemiological situation regarding these disorders is given. Conclusions are made about the presence of similarities and differences that require continued research on this issue.

Keywords: autism spectrum disorders, children and adolescents epidemiology, fetal alcohol spectrum disorders

УДК: 616.89

Ю.А. Пичугина, И.В. Забигулина, М.А. Березовская, О.С. Юков,
Т.В. Коробицина, Е.А. Рябушева, Н.А. Афанасьева
**ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ФОРМИРОВАНИИ
НЕФОРМАЛЬНЫХ МОЛОДЕЖНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ⁶**

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск).

Резюме. Каждые 10 лет в обществе возникают новые молодежные течения. Динамика формирования молодежных групп с особыми вариантами поведения имеет волнообразный характер. Специфические особенности подросткового возраста, потребность признания в среде ровесников, стремление приобрести единомышленников и др. способствуют формированию неформальных молодежных движений. И в определенной мере наличие среди подростков и людей молодого возраста тех, у кого присутствуют психические расстройства и отклоняющееся поведение, имеет место быть.

Ключевые слова: отклоняющееся поведение, неформальные группы, подростки, квадроберы, психические расстройства.

Введение. В последнее десятилетие наблюдалась четко выраженная тенденция к увеличению времени, проводимого подростками и лицами молодого возраста в интернете. Это сопровождалось снижением уровня межличностного общения, погружением в цифровую виртуальную среду, изменением образа жизни и основных мотиваций [59]. Данное явление стало привычным и в какой-то мере воспринималось как социально приемлемое. По сравнению с употреблением психоактивных веществ или курением табака увлечение компьютерами вызывало меньше беспокойства. В результате у современных подростков снизилось число друзей, число ситуаций непосредственного живого общения в свободное время, снизился уровень физической активности, сократилось число семей, созданных до 25-летнего возраста по сравнению с 1990-ми годами [9, 17, 30].

Однако в последнее время возникло новое явление, объединяющее молодежь в устойчивые неформальные группы с неожиданным характером поведения и внешнего вида, известное как «Квадроберы». Это вызвало значительный общественный резонанс и привлекло внимание средств массовой информации. В публикациях, посвященных этому новому явлению, отмечается откровенно девиантный и отклоняющийся характер поведения участников групп. Научных работ и публикаций по этой теме практически нет. Общественное мнение формируется, и организационные решения принимаются под влиянием информации из интернет-источников. В результате общая тенденция сводится к негативной оценке всего явления и актуализации репрессивных мер.

По мнению специалистов - психологов, психиатров, педагогов, юристов есть

⁶Начало. Окончание см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2025 (25). № 2.

несколько вариантов вовлечения подростков и молодежи в группы квадроберов:

- наличие психического заболевания, проявлений шизотипического расстройства, требующего медикаментозного лечения;
- социально-психологическая проблема, связанная с желанием ребенка уйти от реальности в другой мир – мир животных;
- нарушение связи с внешним миром, отсутствие навыков построения контактов, когда ребенок способен действовать свободно и непосредственно только под видом вымышленного персонажа [13, 15, 16, 22, 33, 34].

Психологи, анализирующие это явление, связывают его опасность с риском развития социальной изоляции участников неформального объединения, с использованием в группах материалов экстремистского содержания, провоцированием буллинга, затруднением процесса самоидентификации и закреплении манипулятивных форм поведения [36, 38, 45]. К проявлениям психических нарушений относят случаи отклоняющегося и девиантного поведения, характеризующиеся несколькими признаками: несоответствием поведения общепринятым нормам; негативным отношением окружающих с общественным осуждением или социальными санкциями; причинением ущерба самой личности; социальной дизадаптацией; выраженным индивидуальным и половозрастным своеобразием. Представители интернет-сообщества сообщают о случаях призыва к агрессии в отношении тех, кто увлекается квадробингом [31, 43].

Поддерживают точку зрения об опасности нового движения и общественные деятели, депутаты. Их представителями обосновывается необходимость наказывать родителей, чьи дети увлекаются квадробингом, направляются запросы в негосударственные общественные организации, в экспертные организации Минюста России, Минтруда России и Роскомнадзора, НИИ РОСДЕТСТВО [6, 8, 40] о необходимости защитить детей. В средствах массовой информации обсуждается возможность ввести штрафы для родителей квадроберов [7].

В связи с таким изменением парадигмы общения и стиля поведения в молодежной среде, а также активным и дружным откликом общества, становится актуальным более глубокое изучение данного вопроса. Очевидно, что формировать общественное мнение и принимать решения необходимо, опираясь на более систематизированный и методически обоснованный анализ всех сторон и последствий развития этого явления.

Цель: изучить особенности формирования современных неформальных молодежных объединений и спрогнозировать возможные варианты развития и исхода.

Методы: анализ научных публикаций в рецензируемых базах данных Scopus, Web of Science, Pubmed.

Результаты нашего исследования показали, что каждые 10-12 лет возникают новые молодежные течения, значительно отличающиеся от уже имеющихся объединений. К наиболее известным течениям можно отнести, например, молодежные объединения металлистов, панков, рокеров, готов, эмо и др. [48]. По этим примерам можно отметить, что динамика формирования молодежных групп с особенными вариантами поведения имеет волнообразный характер. По мнению авторов на-

учных работ, посвященных неформальным объединениям, этому способствуют специфические особенности подросткового возраста: потребность признания в среде ровесников, стремление приобрести единомышленников, необходимость актуализировать роль только еще формирующегося поколения и, в определенной мере, наличие среди подростков и людей молодого возраста тех, у кого присутствуют психические расстройства и отклоняющееся поведение [18, 24]. В табл. 1 мы представили несколько вариантов молодежных неформальных объединений с ориентировочными годами активности и характерными проявлениями.

Таблица 1.

Варианты неформальных молодежных объединений

Название	Время	Задачи	Признаки, культуровые фигуры	Расстройства
Стиляги	С конца 40-х до начала 60-х годов XX века	Стихийный протест против однообразного уклада жизни, против подавляющей роли общественных ценностей перед личными. Значение индивидуальности [39]	Яркая трофейная одежда. Напитки: сухие грузинские вина, коньяк, виски. Буги-вуги, джаз, рок-н-рол. Слова: чувак, чувиха, шузы, жлобы, дринать и др.	Зависимость от алкоголя, депрессии, суицидальное поведение
Хиппи	60-е, 70-е годы XX века	Протест против пуританской морали в обществе. Возврат к природной чистоте через любовь.[11]	Продвижение йоги, экоактивизма, зарождение компьютерной индустрии, сбор компьютеров в домашних условиях, зарождение гигантов силиконовой долины. Apple, Вудсток, Стив Джобс	Расширение сознания, злоупотребление психоделиками, веществами из определенных грибов, LSD, дромомания, сексуальная расстройство
Рокеры (байкеры)	60-е, 70-е годы XX века	Позитивное отношение к окружающим, получение удовольствия[37]	Кожаные куртки, одежда с «железками», перстни, цепи, браслеты, мотоциклы. Песня «Ром и пепси-кола» на музы-	Депрессия, БАР, алкогольная зависимость

			ку Чака Берри. Развитие рок-музыки, тяжелый рок. Марлон Брандо, актер, исполнитель главной роли в фильме «Крестный отец». Мик Джаггер, музыкант, актер, лидер группа The Rolling Stones	
Панки	70-е, 80-е годы XX века	Протестная субкультура, суть – в любом отходе от нормы – движение вопреки устоявшимся канонам: музыкальным, культурным, социальным. Основной принцип – принцип DIY(сделай сам). Нонконформизм (несогласие с мнением социума, его правилами, государственной политической системой и вообще любыми установками общества). Философия «потерянного поколения»: изменить мир к лучшему нельзя, жизнь потеряла смысл, будущего нет. Поэтому плюй на все [27]	Эпатажный внешний вид, окрашенные яркие волосы, панк-рок, ирокезы и армейские ботинки. Джим Деннис Кэрролл — американский писатель, поэт, автобиограф и панк-музыкант. Группа Joy Division , музыкант Ian Curtis	Деструктивное поведение, патология личности [51]
Скинхеды	70-е, 80-е годы	Националистическое движение про-	Музыкант-расист Ян Стю-	Зависимость от ПАВ, расстрой-

	XX века	тив мигрантов, пропаганда убийств на почве расовой ненависти [41, 47]	арт. Движение «Рок против коммунизма» (название маскирует расистский характер движения)	ства личности
Готы	Середине 80-х годов XX века	Крайний индивидуализм, культ оригинальности, избирательность круга общения, романтизация меланхолии, пристрастие к сверхъестественному, мистическому, эксцентричному, интерес к определенным формам классического и современного искусства [23, 25]	Люди в черном; одеваются в темную одежду, с цепями и др. Игра в вампирскую тематику, мрачность, пессимизм, меланхоличность. Мэрилин Мэнсон — американский рок-музыкант, композитор, актер, поэт, художник и бывший музыкальный журналист, основатель и бессменный лидер рок-группы Marilyn Manson	Суицидальное поведение, депрессия
Геймеры	2010-е годы	Доступ к широкому выбору игр разной степени сложности, требующих взаимодействия человека либо с компьютером, либо с другими участниками. Получение возможности вовлечь в субкультуру большое количество людей через многочисленность и разнообразие	Анонимное общение геймеров происходит в интернет-среде с помощью программ и сервисов, предполагающих возможность видеосвязи (Skype, ICQ, WhatsApp, Ventrilo и т. п.). Собеседники видят друг друга, наблюдают за	Игровое расстройство

		предлагаемых игр [5, 20, 21, 29]	мимикой и жестами, что создает эффект личного присутствия. Очень часто при помощи подобных приложений группа геймеров решает совместно задачи, поставленные игрой. Во многих случаях без такого согласования действий невозможна победа. Речь часто спонтанная, изобилует неполными предложениями со специфической лексикой. Илон Маск.	
Хипстеры	2000-е годы	Протест против неуютной их собственным принципам сложившейся ситуации, при этом, не всегда предлагая конкретную альтернативу; равнодушие ко всем социальным и человеческим проявлениям жизни, доходящее до полного отчуждения от окружающего общества, презрение всего, что находится вокруг, так как он ставит себя выше этого [10, 12, 32]	Наличие сленговых выражений, главным образом нецензурной лексики, винтажность, нарочитая небрежность, специфические аксессуары, сочетание демократичных марок одежды с вещами из секонд-хенда и самодельными моделями	Патология личности

Общим для всех вариантов представленных групп является то, что механизмы их формирования и развития хорошо укладываются в законы, описанные групповой психологией [35]. Во-первых, все они влияют на социализацию молодежи и подростков в зависимости от состава, направленности, стиля лидерства [26]. Каждую вновь образованную молодежную группу можно отнести к одному из 4 вариантов:

- социально-нейтральные, образованные по принципу удовлетворения потребности в личностном общении, чаще всего через игры, творчество, спорт;

- предкриминальные группы подражания с асоциальным поведением, обусловленным желанием выделиться из среды взрослых и сверстников, сделаться заметными любой ценой, как, например, деструктивная часть фанатов спортивных команд или музыкальных коллективов;

- неустойчивые криминальные или антиобщественные группы, объединенные желанием на удовлетворение основных интересов и склонностей антиобщественным или преступным путем, собирающиеся на короткое время и быстро распадающиеся;

- устойчивые криминальные объединения, хорошо организованные, с четко выстроенной иерархией, с руководящим центром, часто экстремистской или криминальной направленности.

Риск криминальных последствий и вовлечения в неблагополучную социальную среду разный для разных вариантов молодежных групп, как и риск развития психических расстройств. Из данных табл. 1 видно, что практически каждое из молодежных объединений было отмечено не только отклоняющимися вариантами поведения, но и заметными творческими музыкальными, литературными, цифровыми достижениями, оказавшими влияние на культуру и экономику всего мира.

Во-вторых, для групповой динамики каждой из представленных неформальных групп характерна цикличность. Каждое молодежное объединение проходит в своем развитии ряд этапов. [3, 19, 27,28, 42, 44]. В момент формирования участники группы объединяются спонтанно и непосредственно. В этот момент отсутствие явного лидера и определенных задач и целей приводит к развитию споров, конфликтов и борьбы за лидерство. Если группа успешно преодолевает эти этапы, то она стабилизируется и эффективно реализует свои цели и задачи. Участники группы испытывают чувство сплоченности, вдохновения и успешно разрешают проблемы за счет внутригруппового взаимодействия. После выполнения работы группа распадается. В обществе сохраняется память о наиболее значимых результатах, которые могут стать основой для вдохновения и объединения нового поколения молодежного течения.

Вопросы психического здоровья или нездоровья никогда не являлись основой объединения молодежи. Хотя каждое объединение неизбежно сталкивалось с наличием в составе людей с психической патологией. В таблицу 2 представлены данные по вариантам психических нарушений в молодежных неформальных группах.

Варианты психических расстройств в молодежных неформальных группах

Группа	Патология	Объект исследования	Результат
Готы	Социальная тревога [66]	353 девочки и 443 мальчика. Средний возраст – 13-36	Принадлежность к толпе сама по себе не предсказывала манифестацию социальной тревожности, но подростки в радикальной толпе были больше подвержены влиянию социальной тревожности своих сверстников, чем подростки, которые не присоединялись к радикальной группе. Результаты показывают, что посредством двустороннего процесса подростки, присоединяющиеся к радикальной толпе, могут со временем сузить свои связи со сверстниками и, в свою очередь, провоцировать социальную тревожность друг друга
Эмо	Самоповреждающее и суицидальное поведение [65]	Полуструктурированные углубленные качественные интервью с 14 приверженцами эмо, сопровождавшиеся анализом веб-форумов для обсуждения эмо	Отношение к самоубийству и преднамеренному членовредительству у подростков-приверженцев субкультуры ЭМО, формируется под влиянием мнений и установок других сверстников-ЭМО, с которыми они находятся или ранее находились в контакте. Таким образом, их понимание причинения себе увечий и самоубийства может быть сформировано принадлежностью к сообществу других приверженцев ЭМО, а также онлайн-восприятием ценностей и символов, связанных с субкультурой ЭМО.

Панки	ПАВ, депрессии [58], социальная девиация [60].	Было выявлено 257 испанских панк-групп. Дискографии включали 7777 песен, из которых 190 были связаны с агрессией, насилием или преступностью.	Связь между психическими расстройствами и преступностью/насилием преувеличена в анализируемой субкультуре. Наблюдалась положительная коннотация социальной девиации и насильственного содержания (в частности, серийных убийств) в угоду провокационной природе этого типа музыки
Геймеры	Флейм, депрессия [61, 68].	160 (57% мужчин); 2097 венгерских геймеров (88,5% мужчин, средний возраст 26,2 года, SD=6,8)	Большинство (66%) стали жертвами таких инцидентов в прошлом году, и геймеры считали проблему токсичного поведения серьезной. Неоднократно виктимизированные геймеры сообщали о большем количестве симптомов депрессии и проблемного использования видеоигр, в то время как жертвы/преступники выражали более высокую тревожность и гневные размышления.
Скинхеды	Алкоголизм, патология личности [41, 54]		Исследования показывают, что употребление алкоголя среди скинхедов в Перте служит средством выражения их английской этничности и социальной идентичности. - Алкоголь не только способствует социальным процессам и динамике группы, но и укрепляет связи между участниками субкультуры. - Потребление алкоголя рассматривается

			как важный элемент культурной практики, влияющий на поведение и ценности
Скинхеды, панки	Барбитураты [49].	Интервью с 19 панками и 21 скинхедом в Лондоне	Высокий уровень злоупотребления барбитуратами среди скинхедов, что связано с их социальным протестом и выражением недовольства. Использование наркотиков, включая барбитураты, служит символическим выражением внутреннего конфликта и недовольства участников субкультуры. Барбитураты являются одними из самых саморазрушительных и негативных наркотиков, и телесное поведение, вызванное ими, предоставляет этим панкам и скинхедам, употребляющим наркотики, идеальное средство для символического выражения своего разочарования и недовольства

**Y.A. Pichugina, I.V. Zabigulina, M.A. Berezovskaya, O.S. Yukov,
T.V. Korobitsina, E.A. Ryabusheva, N. A. Afanasieva**

**THE IMPORTANCE OF MENTAL DISORDERS IN THE FORMATION
OF INFORMAL YOUTH ASSOCIATIONS IN THE MODERN WORLD⁷**

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky (Krasnoyarsk),

Summary. Every 10 years, new youth movements appear in the society. The dynamics of the formation of youth groups with special behaviors has a wave-like character. The specific features of adolescence, the need for recognition among peers, the desire to acquire like-minded people, etc. They contribute to the formation of informal youth movements, and, to a certain extent, the presence among adolescents and young people of those who have mental disorders and deviant behavior.

Keywords: deviant behavior, non-formal groups, adolescents, quadrobbers, mental disorders.

⁷Beginning part. Final part see: Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov. 2025 (25). № 2.

УДК 616-08-039.75

Т.В. Вакуленко, Т.А. Баилова, Г.А. Перминова**X ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ****«РАЗВИТИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ И ДЕТЯМ»****ГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Благотворительное медицинское частное учреждение Детский хоспис «Дом с маяком» (Москва).**

Резюме. 18-19 ноября 2024 г/ в Москве состоялась X юбилейная конференция «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям». Конференция собрала ведущих специалистов из России и зарубежья, включая представителей ВОЗ, медиков, психологов и других экспертов. Основное внимание было уделено развитию паллиативной помощи, обезболиванию, уходу за тяжелобольными, интеграции новых технологий и обучению специалистов. Программа включала пленарные заседания, симпозиумы, круглые столы и мастер-классы, охватывающие такие темы, как поддержка пациентов с хроническими заболеваниями, юридические аспекты паллиативной помощи, помощь детям и новые подходы в фармакотерапии. Конференция подчеркнула важность международного сотрудничества и качественного развития паллиативной помощи в России.

Ключевые слова: паллиативная помощь, обезбоживание, хронические заболевания, поддержка пациентов, юридические и этические аспекты, детская паллиативная помощь, международное сотрудничество, хосписная помощь.

Введение. Паллиативная помощь как часть системы здравоохранения зародилась в 1960-х годах в Великобритании с открытием первого хосписа в Лондоне под руководством Сесили Саундерс, которая заложила основы комплексного подхода к уходу за неизлечимо больными. Впоследствии хосписное движение распространилось по всему миру, а ВОЗ в 1986 г. включила паллиативную помощь в систему здравоохранения. В России первые хосписы появились в 1990-х годах благодаря энтузиазму врачей и благотворительных организаций. Первый российский хоспис появился в 1990 г. в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорза - английского журналиста и активного участника хосписного движения. Первым врачом Первого хосписа в России стал Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британское благотворительное общество «Хоспис» для оказания профессиональной поддержки российским хосписам. В 1992 г. в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающая неизлечимо больным на дому. В 1994 г. при финансовой и административной поддержке правительства Москвы в центре города, на улице Доватора, открывается новое здание для Первого московского хосписа. Создателем и главным его врачом стала Вера Васильевна Миллионщикова. Развитие паллиативной помощи в стране шло медленно, но с 2011 г., с принятием ряда законодательных актов и программ, ситуация начала улучшаться. Сегодня паллиативная помощь активно развивается

как в рамках государственных учреждений, так и благодаря усилиям некоммерческих организаций.

Основная часть. 18-19 ноября 2024 г. в Москве, в отеле «Холидей Инн Москва Сокольники» состоялась X юбилейная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям» в рамках проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи» Ассоциации хосписной помощи. Соорганизатором конференции выступил Первый МГМУ им. И.М. Сеченова при поддержке Минздрава России и Фонда Президентских грантов. На открытии конференции с приветственным словом выступили не только министр здравоохранения и председатель Комитета ГД по охране здоровья, но и председатель Отдела социального служения Московской Епархии РПЦ, а также заместитель директора Департамента социальной защиты и социального обслуживания Минтруда России и специальный представитель ВОЗ РФ Б.Бердыклычев. Конференция проходила в гибридном формате: онлайн и очно.

Основные темы конференции касались многих проблем: особенностей ведения хронического болевого синдрома в паллиативной медицине; организации специализированной и первичной паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях; интеграции паллиативной помощи в специализированные направления медицины (пульмонология, неврология, кардиология, онкология); проблем респираторной, нутритивной поддержки детей с паллиативным статусом, а также новых возможностей фармакотерапии для детей с неврологической патологией; паллиативной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и помощи больным в конце жизни.

Программа конференции состояла из пленарного заседания, 14 симпозиумов, панельной дискуссии и 6 мастер-классов. Первый день конференции начался с пленарного заседания, первый доклад на котором сделала председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи, Д.В. Невзорова об организации оказания паллиативной помощи в РФ. Затем выступила эксперт Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета Е.В. Полевиченко с докладом о паллиативной помощи в системе детского здравоохранения. Технический специалист по паллиативной помощи отдела государственных стратегий и систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ из Дании Джули Линг (Julie Ling) сделала доклад на тему «Укрепление паллиативной помощи - 10 лет с момента принятия Резолюции Всемирной Ассамблеи Здравоохранения», в котором сообщила, что, по данным проведенного мониторинга за 2023 г. 29 039 детей получили паллиативную помощь в РФ. Генеральный директор Московского эндокринного завода, М.Ю. Фонарев сообщил о прогрессе в доступности наркотических лекарственных препаратов и психотропных веществ и расширении их номенклатуры. По окончании пленарного заседания состоялось торжественное награждение лучших специалистов, работающих в системе оказания паллиативной медицинской помощи в России.

В рамках конференции был проведён круглый стол, посвященный международному сотрудничеству в паллиативной помощи населению разных стран. Его ключевой темой для обсуждения было «Обезболивание - в рамках паллиативной помощи». Он начался с онлайн-трансляции доклада Стивена Коннора (Stephen R. Connor), исполнительного директора Всемирного Альянса паллиативной и хосписной помощи (Вирджиния, США), который рассказал о развитии паллиативной медицины с позиции международного сообщества и о важности доступности обезболивания пациентов, в которой в настоящее время нуждаются более 70 миллионов человек, и количество таких людей все время растёт. Затем ведущий специалист по паллиативной помощи Казахстана поделилась такими проблемами в своей стране, как: расчет потребности в наркотических анальгетиках для онкологических и неонкологических пациентов; состояние нормативно-правового регулирования оборота опиоидов; обучение терапии боли. Глава развития паллиативной и хосписной помощи МЗ Республики Узбекистан рассказал об открытии в Ташкенте детского хосписа «Taskin» в 2022 г. и строительстве хосписа для взрослых, который планируют открыть в 2025 г. Он также сообщил об опыте «Недели ознакомления с хосписной помощью» посредством радио, телевидения и интернет-изданий, во время проведения которой число просмотров составило около 3,5 миллионов. Ведущие специалисты по паллиативной помощи из Кыргызской Республики и Белоруссии также поделились своими проблемами. Слушатели также смогли познакомиться с достижениями и проблемами паллиативной медицины в Индии.

На симпозиуме «Помощь пациентам с нейромышечными заболеваниями» обсуждались проблемы в организации помощи пациентам с БАС (боковой амиотрофический склероз). Они касались респираторной и нутритивной поддержки пациентов с этим заболеванием и комплексном подходе к организации им помощи на дому.

Большой интерес среди участников конференции вызвала панельная дискуссия «Неонатальный пролог: что дальше?» Она была построена вокруг демонстрации фрагментов документального фильма «Путь новорождённого», который был снят режиссёром И.И.Зиминим при консультативной поддержке реаниматолога М.М.Ткачука. Ключевой темой для обсуждения стал вопрос о необходимости сохранения жизни глубоко недоношенного ребенка с очень низкой массой тела, который может выжить только в условиях интенсивной терапии, требующих огромных усилий врачей неонатологов, при том что риск множественных нарушений развития и даже паллиативного статуса у такого ребенка в будущем достаточно высок. Обсуждался вопрос об отказе в реанимировании таких детей, который ставят и часть их родителей, и многие специалисты. Риск смерти таких детей достаточно высок, и глубоко недоношенный ребенок признается выжившим после реанимации только после семи дней жизни. В этой дискуссии приняли участие режиссер фильма, врачи, клинические психологи, философы и руководители благотворительных фондов. М.М.Ткачук рассказал, что в настоящее время возможно сохранение жизни ребенку, родившемуся на 22 неделе беременности и почти предотвратить высокий риск слепоты из-за ретинопатии новорожденных

благодаря современным технологиям, позволяющим регулировать процент кислорода при искусственной вентиляции легких. Прозвучали данные о том, что организация высокотехнологичной интенсивной помощи всем новорожденным позволяет в настоящее время снизить риск их инвалидизации с 50% до 15%. Обсуждали вопрос поддержки семьи в ситуации неопределенного прогноза и возможного тяжелого этического выбора. В чем этический и практический смысл такой интенсивной медицинской помощи, особенно в случаях, если лечение новорождённого закончилось паллиативным статусом? Какая именно поддержка нужна родителям при оказании помощи в этой ситуации? Насколько специалисты паллиативной помощи готовы соответствовать потребностям таких семей? Говорили о необходимости открытого диалога между родителями детей с паллиативным статусом и специалистами, о высокой потребности семей в поддержке и их неуверенности в ней, о смысле жизни, который и состоит в ее сохранении.

В заключение первого дня конференции состоялась премьера фильма «Доктор Балу» при личном участии его режиссера В.Е.Герчикова, известного также как создателя фильма «Вечная тема». Этот фильм посвящен памяти известного петербургского психотерапевта Андрея Владимировича Гнездилова, ушедшего из жизни в мае 2022 г., который являлся основателем первого хосписа в России и автором новых методов в психотерапии: суппоративной, паллиативной, терминальной психотерапии, сказкотерапии, имидж-терапии, терапии колокольным звоном.

Следует также отметить, что уже в первый день конференции были проведены мастер-классы, посвященные передовым технологиям в уходе за тяжелобольными людьми, лечении хронических ран и особенностям питания.

Во второй день конференции большой интерес вызвал симпозиум «Юридическая практика при оказании паллиативной помощи». Основной темой для обсуждения стала тема «Эвтаназия с юридической и духовной точки зрения». С докладом выступил В.В.Ткаченко (основатель и руководитель консалтинговой группы vvCube), который затронул правовые проблемы эвтаназии в паллиативной помощи, вопрос о том, как помочь больному человеку облегчить страдания в конце жизни. Рассказал, в каких странах разрешена эвтаназия и как она осуществляется. Напомнил о запрете эвтаназии в России и уголовной ответственности за нее, осветил тему пассивной эвтаназии, асистируванном самоубийстве и паллиативной седации. Фредерика де Грааф (психолог и рефлексотерапевт Филиала «Первый московский хоспис им. В.В. Миллионщиковой») выступила с докладом об эвтаназии через призму духовных аспектов: что стоит за вопросом: «Я хочу покончить с собой»? - Страх смерти, страх болезни, страх потери контроля над собой, страхе неопределенности?». Фредерика поделилась историями из жизни пациентов хосписа о том, как они обрели смысл жить: «Если есть за чем жить, можно вынести любое «как». Рассказала о преодолении страданий во время тяжелого заболевания, об эмоциях, которые возникают у человека, который находится между жизнью и смертью, о том, что происходит в его душе и как важно быть рядом и давать ему любовь и поддержку. Также была затронута тема о детях с тяжелыми заболеваниями, которые находятся на искусственной

вентиляции лёгких. С онлайн-докладом «Последнее завещание доктора Твайкрасса» выступила А.И.Устинова, клинический психолог Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Речь шла о статье Роберта Твайкрасса, опубликованной в июне 2024 г., в которой рассматривались проблемы ассистирования умирающим. Были проанализированы три модели самоубийства на опыте таких стран, как Швейцария, США (штат Орегон) и Австралия (штат Виктория).

На симпозиуме «Паллиативная психология» М.В. Вагайцева (доцент кафедры психологии ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова») выступила с докладом о стандартах оказания психологической помощи человеку в ситуации паллиативного этапа заболевания. Р.А. Чекулаев (психолог Самарского онкологического диспансера) рассказал о взаимодействии врача и психолога в паллиативной помощи, об особенностях работы в отделении такой выездной помощи. Также прозвучал доклад о посттравматическом росте как стратегии совладения матерей с травматической ситуацией заболевания ребенка. Были представлены методы исследования для выявления особенностей психического состояния матери, ее отношения к болезни ребенка.

На симпозиуме «Практические решения для качественного ухода и реабилитации» особый интерес вызвал доклад Ю.Ю.Кузнецовой (психолога БАНО «Хоспис Дом Фрупполо») из Калининграда на тему «Альтернативная и дополнительная коммуникация с детьми». В этом докладе были рассмотрены эффективные методы и инструменты коммуникации в работе с паллиативными детьми. Она также рассказала о методах базальной стимуляции и интенсивного взаимодействия, применяемых ею в работе. Главным правилом своей работы она назвала уверенность в том, что дети понимают гораздо больше, чем могут продемонстрировать. Было интересно услышать истории ее подопечных. Она рассказала о коммуникативных паспортах детей и о сложностях, с которыми приходится сталкиваться психологу при нестабильном состоянии ребёнка и необходимости решения проблем в командной работе.

Модератор симпозиума «Клинические аспекты паллиативной помощи детям», А.В.Пшонкин (гематолог, детский онколог, заведующий отделением ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»), открыл его своим выступлением на тему «Как не бояться помогать онкопаллиативному ребенку». Рассказал об особенностях онкологического больного, о том, что должен делать лечащий врач таких детей. В других докладах были также рассмотрены задачи паллиативной помощи детям с гематологическими заболеваниями, затронут вопрос о том, какая особая помощь требуется ребенку после признания его паллиативного статуса; обсуждались проблемы купирования болевого синдрома у детей. М.А. Проваторова (невролог ГБУЗ Московской области) затронула важную тему о дифференциальном диагнозе судорог в детском возрасте.

На симпозиуме «Нутритивная поддержка в комплексе паллиативной помощи детям: экспертные мнения» был представлен доклад О.В.Быковой «Педиатрические подходы к диагностике и коррекции дисфагии у детей с церебральными параличами». В своем докладе лектор осветила теорию дисфагии, стадии глотания и шкалы оценки дисфагии. Подробно были описаны направления реа-

билитации при дисфагии, к которым относятся: постуральный менеджмент, модификация болюса, использование загустителей для подбора оптимальной консистенции пищи и жидкости, нутритивная поддержка и дополнительные реабилитационные методы для комплексной поддержки пациентов.

Во второй день конференции также проходили мастер классы, посвященные компенсаторным методам для облегчения приема пищи пациентам с дисфагией; разнообразии рациона при энтеральном питании тяжелобольных. Очень полезным в оказании паллиативной медицинской помощи была клиническая демонстрация ухода за кожей больных взрослых и детей в практике. Лекцию с мастер-классом «Компенсаторные методы и приемы для облегчения приема пищи пациентам с дисфагией» провела медицинский логопед В.В.Беспалова (Москва). Она кратко обозначила теоретические основы нарушений глотания и затем рассказала о методах работы с взрослыми паллиативными пациентами. Сделала обзор загустителей для жидкости и пищи, рассказала о шкалах оценки индекса массы тела, показала варианты адаптивной посуды для пациентов с дисфагией.

Очень насыщенная программа конференции включила большое количество докладов и выступлений, представленных ведущими российскими и зарубежными специалистами, оказывающими помощь взрослым и детям с тяжелыми прогрессирующими, ограничивающими жизнь заболеваниями. Были затронуты вопросы, касающиеся медицинских, психологических, этических и организационных аспектов оказания медицинской паллиативной помощи. Участники конференции выразили уверенность, что продуктивный обмен международным опытом и новыми достижениями будет способствовать развитию качественной комплексной паллиативной помощи в нашей стране.

T.V. Vakulenko, T.A. Basilova, G.A. Perminova

X ANNIVERSARY CONFERENCE

«DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE FOR ADULT AND CHILDREN»

Moscow State University of Psychology and Education, «The Lighthouse» Children's Hospice (Moscow).

Summary. On November 18-19, 2024, the X Jubilee Conference «Development of Palliative Care for Adults and Children» took place in Moscow. The conference gathered leading specialists from Russia and abroad, including representatives of the WHO, medical professionals, psychologists, and other experts. The main focus was on the development of palliative care, pain relief, care for the seriously ill, integration of new technologies, and training of specialists. The program included plenary sessions, symposia, roundtables, and workshops covering topics such as support for patients with chronic diseases, legal aspects of palliative care, pediatric palliative care, and new approaches in pharmacotherapy. The conference emphasized the importance of international cooperation and the high-quality development of palliative care in Russia.

Keywords: palliative care, pain relief, chronic diseases, patient support, legal aspects, pediatric palliative care, international cooperation, specialist training, innovations in medicine, hospice care.

**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 10.03.2025 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