

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2025 (25), №2

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

Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .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. Горьковская,
И.В. Добряков, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, Т.А. Куприянова, И.В. Макаров,
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, В.С. Собкин,
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Е.С. Прохоренко, И.В. Макаров, Р.Ф. Гасанов, Д.А. Емелина ПСИХИЧЕСКИЙ ТОНУС КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ.....	4
И.В. Полякова НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ И МОТИВАЦИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ.....	14
Е.В. Корень, Т.А. Куприянова, О.З. Хайретдинов НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВОГО РЕАГИРОВАНИЯ У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	23
А.А. Бебенин, С.В. Гречаный ТИПЫ ПАТОЛОГИЗИРУЮЩЕГО СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЭНКОПРЕЗЕ.....	32

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

А.Н. Ключникова, М.А. Сотникова, С.В. Артышко, Е.Ю. Журавлева КОРРЕКЦИЯ ДЕНТОФОБИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	43
Е.В. Котова ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ.....	51
В.Т.А. Сорокина, Л.А. Тишина, Ю.А. Труханова АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ КИНЕТИЧЕСКИХ И КИНЕСТЕТИЧЕСКИХ УКЛАДОВ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ РЕСПИРАТОРНЫМ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ.....	63

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е.А. Арманова ВЗАИМОСВЯЗЬ РАБОЧЕЙ ПАМЯТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ.....	71
М.С. Матюшина, А.М. Хатит ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО «Я» У ДЕВУШЕК С ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ.....	77

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

И.В. Добряков, М.В. Романовская, Ю.А. Фесенко СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ВЛЕЧЕНИЯ САМОСОХРАНЕНИЯ.....	83
И.Д. Горнушенков, А.А. Коваль-Зайцев, А.Н. Бархатова, Ю.А. Чайка НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	90
В.М. Ганузин ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ: ПРОФИЛАКТИКА «ШКОЛЬНЫХ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЙ» С ПОМОЩЬЮ АНТИБУЛЛИНГПВЫХ ПРОГРАММ (ОБЗОР).....	98
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.....	109
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	120

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

E.S. Prokhorenko, I.V. Makarov, R.F. Gasanov, D.A. Emelina

MENTAL TONE AS A FACTOR IN THE FORMATION OF BEHAVIORAL DISORDERS
IN CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION..... 4

I.V. Polyakova

NEUROTIC DISORDERS OF ADOLESCENTS AND MOTIVATION OF EDUCATIONAL
ACTIVITY: FEATURES OF THE RELATIONSHIP..... 14

E.V. Koren, T.A. Kupriyanova, O.Z. Khayretdinov

SOME SPECIFICS OF SOCIAL-STRESS REACTIONS OF PARENTS OF CHILDREN
WITH MENTAL DISORDERS..... 23

A.A. Bebenin, S.V. Grechany

TYPES OF PATHOLOGIZING FAMILY EDUCATION IN CHILDREN'S ENCOPRESIS..... 32

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

A.N. Klyuchnikova, M.A. Sotnikova, S.V. Artyshko, E.Yu. Zhuravleva

CORRECTION OF DENTOPHOBIA IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS..... 43

E.V. Kotova

PSYCHOPROPHYLAXIS OF ADDICTIVE BEHAVIOR AMONG HIGH SCHOOL
STUDENTS..... 51

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

ANALYSIS OF KINETIC AND KINESTHETIC PATTERNS IN CHILDREN
WITH RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS..... 63

SHORT COMMUNICATIONS

E.A. Armanova

THE RELATIONSHIP BETWEEN WORKING MEMORY AND EMOTIONAL
INTELLIGENCE IN ADOLESCENTS..... 71

M.S. Matyushina, A.M. Khatit

FEATURES OF THE PHYSICAL SELF IN GIRLS WITH DYSMORPHOPHOBIC
MANIFESTATIONS..... 77

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATERIALS

I.V. Dobriakov, M.V. Romanovskaya, Yu.A. Fesenko

SUICIDAL MANIFESTATIONS OF SELF-PRESERVATION DRIVE DISORDERS..... 83

I.D. Gornushenkov, A.A. Koval-Zaitsev, A.N. Barkhatova, Yu.A. Chaika

NEUROCOGNITIVE FUNCTIONS OF ARBITRARY REGULATION IN ADOLESCENTS
WITH HIGH-FUNCTIONING FORMS OF AUTISTIC DISORDERS: CLINICAL PICTURE,
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, REHABILITATION (LITERATURE REVIEW)..... 90

V.M. Ganuzin

PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT: PREVENTION
OF «SCHOOL EARTHQUAKES» WITH THE HELP OF ANTI-BULLYING PROGRAMS
(REVIEW)..... 98

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..... 109

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 120

УДК: 159.973: [616.89-008.454-053.2:616.89-008.447]

Е.С. Прохоренко¹, И.В. Макаров^{1, 2}, Р.Ф. Гасанов¹, Д.А. Емелина¹

**ПСИХИЧЕСКИЙ ТОНУС КАК ФАКТОР
ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, ²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт Петербург).

Резюме. Психическое развитие детей с умственной отсталостью включает в себя как нарушения формирования когнитивных функций, их дисгармоничность, так и реализующие себя в контакте ребенка со средой нарушения формирования адаптивного поведения. Инертность и быстрая истощаемость психических процессов, недостаточность обработки сенсорной информации, дефицитное созревание мотивационных и познавательных систем замедляют развитие регуляторных механизмов психической деятельности. В основе психической регуляции лежит понятие психического тонуса, снижение которого способствует более низкому темпу протекания психических процессов и приводит к нарушениям сосредоточения внимания и целенаправленности поведения, а степень выраженности нарушений психического тонуса является предпосылкой к реализации расстройств поведения при умственной отсталости. Таким образом формируется клиническая гетерогенность расстройств поведения при умственной отсталости, нуждающаяся в более детальной систематизации, включающей оценку психического тонуса. Целью исследования являлась первичная разработка типологии расстройств поведения при умственной отсталости у детей. В задачи работы вошло клиническое исследование когорты детей с умственной отсталостью, осложненной нарушениями поведения, выявление клинических вариантов расстройств поведения при умственной отсталости, их различий в зависимости от пола и возраста. Данное исследование включает в себя предварительные выводы о возможной систематизации нарушений поведения при умственной отсталости с учетом степени выраженности снижения психического тонуса как регуляторного звена психических функций. В результате применения расширенного клинического интервью удалось выделить три группы нарушений поведения при умственной отсталости. Включение оценки психического тонуса в анализ расстройств поведения при интеллектуальной недостаточности позволяет рассмотреть содержательную специфику данных нарушений, что, в свою очередь, может способствовать усовершенствованию подходов к их диагностике и коррекции в практическом звене.

Ключевые слова: расстройства поведения, умственная отсталость, детский возраст, психический тонус.

Введение. Под расстройствами поведения при умственной отсталости (УО) мы понимаем совокупность действий и поступков индивида, преимущественно обусловленных недоразвитием эмоционально-волевой и познавательной сфер, не соответствующих общественным нормам, с формированием устойчивых нарушений взаимодействия с окружающей средой, которые характеризуются социальной дизадаптацией¹ и требуют психолого-педагогической коррекции [12]. В основе формирования УО лежит понятие психического дизонтогенеза, который включает в себя изменение последовательности, ритма и темпа созревания психических функций и связан как с биологическими свойствами организма в целом, так и с наследственными, конституциональными особенностями индивида, врожденными и приобретенными качествами [13]. По мере развития ребенка с УО ярче проявляют себя нарушения аффективного реагирования на внешние факторы, что входит в понятие «преддевиантного синдрома» [8] на фоне общего когнитивного снижения. Ребенок с УО испытывает трудности переноса обобщения в новую ситуацию, не распознает нравственные аспекты взаимодействия в силу конкретности мышления, имеет сниженную критическую оценку своих поступков, не способен прогнозировать последствия своего поведения, в целом имеет нарушения мотивации и потребностей на фоне несформированности интериоризированных норм и правил поведения [15]. Ригидность психических процессов, асинхронность и недостаточность развития познавательной сферы способствуют формированию устойчивых паттернов дизадаптивного поведения, а разнообразие нарушений поведения (НП) при УО требует дифференциального подхода с учетом физиологически обусловленных нарушений базовой аффективной регуляции. Клиническая реализация нейродинамических сдвигов является основой клинко-физиологической классификации УО С.С. Мнухина [6]. Автор сформулировал представления об астенической, стенической и атонической формах УО. Позже Д.Н. Исаев [3] выделил дисфорическую форму олигофрении и описал клинические варианты всех четырех вышеупомянутых форм. В клинической оценке когнитивной недостаточности и сопутствующих расстройств поведения значимую роль занимает описание психического тонуса как регулятора повседневной активности, работоспособности, продуктивности контакта. Имеющиеся диагностические методики оценки НП зачастую избирательно ориентированы на такие нозологические единицы, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью или расстройства аутистического спектра и лишь в редких исключениях формируют представления о регуляции психического тонуса [14]. В связи с этим целью нашего исследования являлась дифференциация НП при УО с учетом оценки недостаточности психического тонуса.

¹ Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1982. 464 с.); то же: Психиатрический энциклопедический словарь. К. МАУП 2003. Стоиленов И.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, Merriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «**дизадаптация**» («**dysadaptation**»).

Снижение психического тонуса как биологический субстрат расстройств поведения при УО. Формирование мозговой организации психических процессов легло в основу теории о трех функциональных блоках А.Р. Лурия [4], где первым является энергетический блок, соответствующий подкорково-стволовым структурам, он же определяет возможности и особенности психического тонуса. Вторым блоком является кора головного мозга, за исключением лобных долей, это так называемый операциональный блок. Третьим - блоком контроля и реализации поведения - является лобная кора. Психический тонус – это оптимальная интенсивность психических процессов, поддерживающих нормальное функционирование организма человека при разной степени его активности, главный компонент регуляции и научения, а, соответственно, контроля и целесообразности поведения. Психический тонус реализует интеллектуальные и поведенческие проявления, являясь своего рода посредником между центральной нервной системой и сенсорными потоками внешней и внутренней информации, получаемой организмом непрерывно [2]. Сама по себе психическая активность в таком ключе является не свойством нейронов, а процессом, возникающим в результате приема информации. Постоянная сенсорная стимуляция необходима для нормального развития и функционирования нервной системы, но определяющую роль в адаптации и формировании поведенческих актов несет способность индивида обрабатывать поступающую информацию, соотносить с предшествующим опытом, что в конечном счете находит свое отражение в эмоциональной регуляции, уровень адаптивности которой зависит как от интеллектуального развития, так и от личностных особенностей индивида. Регуляция эмоций - совокупность психических процессов, психологических механизмов и регуляторных стратегий, которые человек использует для сохранения способности к продуктивной деятельности в ситуации эмоциональной нагрузки, для обеспечения оптимального контроля над побуждениями и эмоциями, для поддержания эмоционального возбуждения на оптимальном для него уровне [9]. Модель эмоциональной регуляции, нашедшая наибольшее применение в психологической практике, разработанная J.J. Gross [19, 20], является процессуальной и включает в себя две стратегических группы реагирования, возникающего вслед за эмоциональным стимулом: первая группа подразумевает восприятие и оценку ситуации субъектом, то есть предшествует эмоциональной реакции (antecedent-focused), вторая группа стратегий является следствием вызванного эмоционального ответа, то есть ориентируется на саму реакцию, а не ее причину (response-focused). Способность к дифференцированному восприятию поступающих стимулов, формирование эмоционального отношения к ним на основании предшествующего опыта, своевременное изменение фокуса внимания внутри ситуации, когнитивная переработка и дальнейшая модуляция эмоционального ответа являются последовательными этапами формирования устойчивых механизмов реагирования независимо от уровня их адаптивности. Эффективность эмоциональной регуляции определяется через исполнительный контроль, уровень формирования просоциальных эмоций и способность преодолевать социально обусловленную фрустрацию [25, 27]. Недостаточность

эмоциональной регуляции снижает произвольность поведения и сопровождается вегетативной дисрегуляцией нервной системы [16,24]. Оценка динамичности вегетативной нервной системы может быть определена через клинико-физиологическую интерпретацию вариабельности сердечного ритма (ВСР), которая, в свою очередь, отражает активацию префронтальной коры [18, 26]. Высокая ВСР имеет связь с исполнительным контролем поведения и отражает достаточность процессов торможения, оперативной памяти, общей психологической гибкости [21, 22, 23]. Определяя биологические детерминанты нарушений поведения у детей с УО, Л.А. Попова и Т.П. Степанова [11] изучали вопросы нейровегетативной регуляции и роль лимбикоретикулярного комплекса в обеспечении интеграции эмоциональных и мотивационных процессов в единый поведенческий акт и установили, что все дети с УО имели расстройства нейровегетативного статуса и реактивности с большей выраженностью, стойкостью и асимметричностью симптоматики, чем здоровые дети с вегетативной лабильностью, что говорит о первичном поражении надсегментарных структур вегетативной нервной системы. Одновременно с нарушением регуляции вегетативной нервной системы отмечена роль ослабления коркового контроля поведения, что снижает возможности адаптации за счет усиления поисковой двигательной активности и увеличения выраженности негативных эмоций. По мнению авторов, ребенок с УО и первичным поражением нейровегетативной регуляции в школьном возрасте становится заложником «порочного круга»: нейровегетативный криз провоцирует нарушения поведения и эмоциональное напряжение, что в конечном счете приводит к усилению вегетативной дисрегуляции. С.К. Быструшкин [1] отмечает, что дети с нарушением интеллектуального развития по сравнению со здоровыми, для которых характерна адаптивная стратегия активного совладания с угрозой, демонстрируют стратегию «избегания» эмоционально значимой информации, что выражается в общем снижении эффективности перцептивной деятельности, замедлении времени реакции на тестовые стимулы и увеличении количества ошибок их обнаружения. Способность к когнитивному переосмыслению эмоциональных стимулов активизирует области исполнительных функций и модулирует работу подкорково-стволовых структур [17]. В своей работе об особенностях обработки сенсорной информации и адаптивного поведения у детей с УО В.В. Поздняк и Ю.О. Болсуновская [10] обратились к классификации умственной отсталости С.С. Мнухина и Д.Н. Исаева. Авторы обнаружили, что наибольшее число нарушений переработки сенсорной информации и наименьшая адаптированность были зафиксированы у детей с атонической формой УО, а отклонения в поведении наиболее выражены у детей с атонической и дисфорической формами УО.

Основными клиническими проявлениями снижения психического тонуса при психическом недоразвитии следует считать неспособность к психическому напряжению, нарушение целенаправленной активности от аспонтанности до выраженного двигательного беспокойства, отсутствие планового поведения, апроксеию, нарушение тонкости и точности эмоциональных реакций, неустойчивость аффективного фона, изменение инстинктивных проявлений и др. [5, 7].

Снижение психического тонуса может наблюдаться при разных нозологических единицах в психиатрии и иметь однотипные проявления, в первую очередь для тех психических функций, что требуют психического напряжения: сосредоточения внимания, эмоциональный ответ и социальное взаимодействие. Оценка нарушений психического тонуса является важной составляющей при обследовании разных групп пациентов, а в отношении детей с УО этот параметр рассматривается нами как физиологическая основа реализации поведения в условиях психического дизонтогенеза.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и Ленинградского областного центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи. Материалом исследования являлись дети в возрасте от 4 до 15 лет с диагнозом «Умственная отсталость» легкой или умеренной степени, находящиеся как в стационаре, так и под амбулаторным наблюдением. Для уточнения жалоб, степени выраженности нарушений поведения, их специфики нами было разработано клиническое интервью, ориентированное на родителей (законных представителей), одобренное независимым этическим комитетом при ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева от 21.03.2023 (дело № ЭК-И-16/23, протокол №3). Клиническое интервью состояло из 64 вопросов, разбитых на блоки «Нарушения контакта», «Снижение психического тонуса», «Тревожность», «Агрессивность» и «Социальное взаимодействие». В исследовании приняли участие 230 респондентов. По системе шкалы Лайкерта нами учитывались проявления нарушений поведения и их степень выраженности. Статистический анализ проводился с использованием Statistica, версия 2.0. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «р» принимался равным 0,05. Количественные показатели анализировались с помощью критерия Стьюдента. Для сравнения бинарных показателей использовали критерий сопряженности Пирсона χ^2 . Надежность и валидность опросника оценивали путем вычисления α -коэффициента Кронбаха. В исследовании приняли участие дети в возрасте от 5 до 15 лет ($M=1$, интерквартильный размах 9-13), из них мальчиков 164, девочек 66. Пациентов с легкой УО 150 (65,2%), с умеренной – 80 (34,8%).

Результаты. По каждому разделу клинического интервью было определено минимальное количество баллов, отражающее наличие НП. И те баллы, что указывают на наличие НП, были ранжированы по степени выраженности на легкие, умеренные и тяжелые НП. Среди включенных в исследование пациентов НП по результатам клинического интервью были выявлены у 178 человек. Распределение по полу: девочки=49 (27,5%); мальчики=129 (72,5%). Пациентов с легкой УО 100 (56,2%), с умеренной – 78 (43,8%). В группу отсутствием НП были включены дети, которые не набрали минимальный балл во всех разделах клинического интервью. В эту группу вошли 52 ребенка, которые в дальнейшем были исключены из клинической оценки полученных форм НП. Остальные 178 детей были разделены на три группы: легкие, умеренные и тяжелые НП. Тяжелые НП были зафиксированы только в разделах «нарушения контакта» и «снижение психического тонуса». При оценке зависимости НП от степени УО обна-

ружено, что степень интеллектуальной недостаточности влияет на выраженность НП в разделах «Нарушения контакта» и «Тревожность» ($p < 0,05$). В остальных случаях НП были распределены равномерно между легкой и умеренной УО. Для выделения однородных групп с очерченной симптоматикой была применена иерархическая кластеризация. Анализ полученных кластеров позволил нам выделить три основных типа поведенческих нарушений при УО с учетом оценки нарушений психического тонуса:

1. С преобладанием сниженного психического тонуса и нарушений контакта – «атонически-замкнутый тип»;
2. С преобладанием сниженного психического тонуса и агрессии – «атонически-агрессивный тип»;
3. С преобладанием агрессии и эмоциональной неустойчивости – «агрессивно-дифорический тип»;

В каждой из выделенных групп были также отмечены средние показатели нарушений социального взаимодействия, в связи с чем в дальнейшем представленные группы сравнивались между собой по четырем разделам («Нарушения контакта», «Снижение психического тонуса», «Тревожность», «Агрессивность») с применением однофакторного дисперсионного анализа с использованием критерия Краскела-Уоллеса (см. рис. 1).

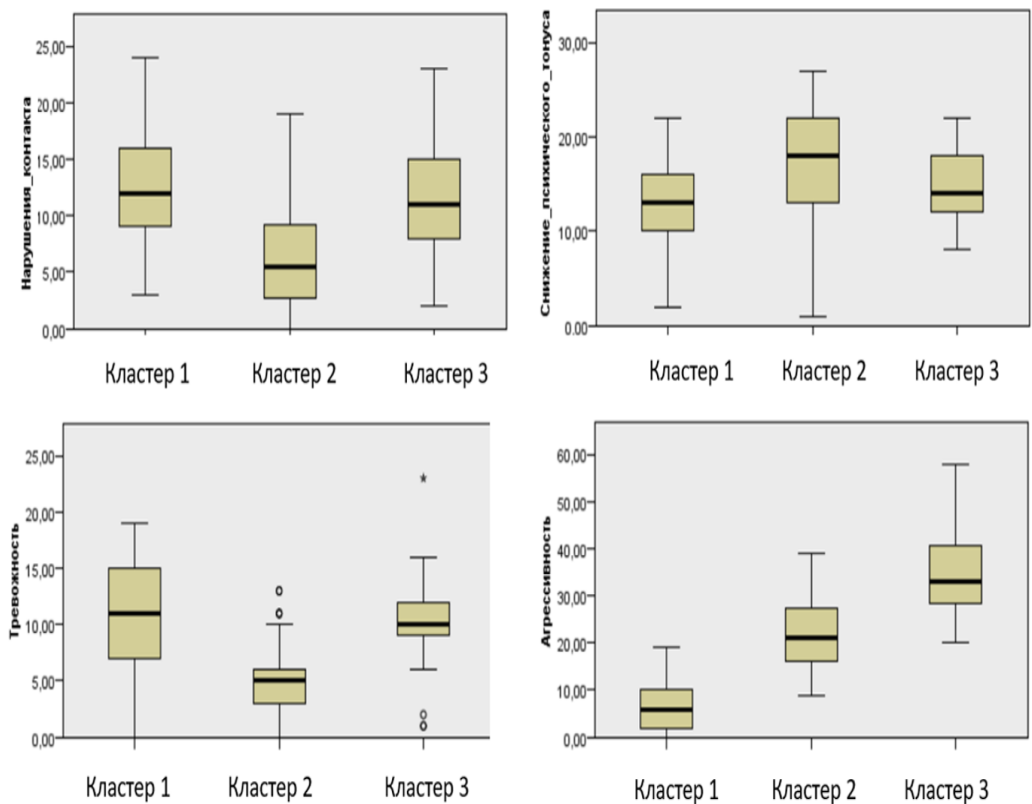


Рисунок 1. Сравнение полученных кластеров по отдельным субтестам.

Каждая из полученных групп, с учетом клинического интервью и наблюдения, обрела свои характеристики:

1. Атонически-замкнутые. В данную группу вошел 71 пациент: 22 девочки и 49 мальчиков, 37 с легкой и 34 с умеренной УО. Распределение по возрасту – медиана=11, интерквартильный размах 9-13. Объединяющими клиническими феноменами в данной группе являлись: обеднение эмоций, избегание контакта с окружающими, трудности контакта в силу быстрой истощаемости внимания (как при интеллектуальной нагрузке, так и в игровой деятельности), двигательные стереотипии, неусидчивость, выраженное ограничение интересов, неврозоподобная симптоматика (онихофагия, заикание, моторные тики, приверженность ритуалам). В ситуации фрустрации актуальных потребностей дети из этой группы чаще реагировали короткими вспышками эмоционального возбуждения с быстрым истощением и переключением внимания на другие стимулы. Для привлечения активного внимания нуждались в эмоциональной стимуляции со стороны взрослого, неоднократном повторении просьбы или инструкции. Устойчивых протестных и манипулятивных тенденций в поведении не отмечалось. Эмоциональная регуляция, с точки зрения сформировавшейся стратегии привычного поведения в ситуации фрустрации, заключалась преимущественно в реакциях избегания и пассивного негативизма.

2. Атонически-агрессивные. В данную группу вошли 66 пациентов: 16 девочек и 50 мальчиков, 45 с легкой и 21 с умеренной УО. Распределение по возрасту – медиана=10, интерквартильный размах 8-12. Клиническая картина, характерная для данной группы: выраженная двигательная расторможенность, неусидчивость, нецеленаправленная аффективная возбудимость в ответ на провоцирующие внешние факторы и без объективной причины, наибольшая выраженность аутоагрессивного поведения. В данном случае аутоагрессивное поведение нередко становилось неким закрепленным механизмом получения желаемого и прекращалось сразу после его получения, реализуя манипулятивные тенденции в поведении. В данной группе наименьшую представленность имела выраженность тревоги и избегающего поведения, что, несмотря на снижение психического тонуса, способствовало более продуктивному взаимодействию.

3. Агрессивно-дисфорические. В данную группу вошел 41 пациент: 11 девочек и 30 мальчиков, 18 с легкой и 23 с умеренной УО. Распределение по возрасту Me=10, интерквартильный размах 8-12. Клиническая картина для данной группы объединила следующие показатели: активно вступают во взаимодействие, нуждаются во внимании со стороны окружающих, чаще подчиняют себе других детей в коллективе и имеют диссоциальную направленность поведения (ложь, воровство, намеренное причинение вреда, порча чужого имущества). Аффективная возбудимость в ситуации фрустрации актуальных потребностей зачастую целенаправленна и имеет внешний провоцирующий фактор. Несмотря на активный негативизм и манипулятивные тенденции в поведении лучше поддаются коррекции замечаниями со стороны значимых взрослых.

Заключение. Разработка критериев диагностики и клинической типологии расстройств поведения у детей с УО позволяет выделить наиболее часто встречающиеся клинические варианты, что в дальнейшем предоставит возможность оценки динамики расстройств поведения, изучить влияние расстройств поведения на клиническую картину и прогноз самой УО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быструшкин С.К. Механизмы формирования адаптивных возможностей у детей с нарушениями интеллекта: автореф. дис. д-ра биол. наук. Томск, 2007.
2. Дельгадо Х. Мозг и сознание. Пер. с англ. Л.Я. Белопольского. Под ред. и с предисловием Г.Д. Смирнова. М.: «МИР», 1971.
3. Исаев Д.Н. Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбика в их происхождении // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. статей. Л., 1968.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: МГУ, 1973.
5. Макаров И.В., Автеньук А.С. Психическая атония у детей // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 7. Вып. 2. С 83-90.
6. Мнухин С.С. О клинко-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей // Вопросы детской психоневрологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1961. Т. 25. С. 67-77.
7. Овчаренко Е.С., Фефелова В.В., Каспаров Э.В., Колоскова Т.П., Смирнова О.В. Сравнительный анализ корреляционных связей спектральных и временных параметров вегетативной регуляции у детей в норме и при умственной отсталости // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26285> (дата обращения: 01.03.2024).
8. Патаки Ф. Некоторые проблемы отклоняющегося (девиантного) поведения // Психологический журнал. 1987. Т. 8. № 4. С. 92-102.
9. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход // Национальный психологический журнал, 2014. Т. 4. № 16. С.13-22.
10. Поздняк В.В., Болсуновская Ю.О. Особенности сенсорной обработки информации и адаптивного поведения в зависимости от клинко-физиологической формы умственной отсталости // Образование: ресурсы развития. Вестник ЛОИРО. 2020. Т. 1. С. 81-85.
11. Попова Л.А., Степанова Т.П. Биологические детерминанты поведения детей с умственной отсталостью и нарушениями поведения // Образование: ресурсы развития. Вестник ЛОИРО. 2014. Т. 1. С. 56-60.
12. Прохоренко Е.С., Макаров И.В. Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. №.4. С. 36-43.
13. Пятницкая И.В., Симоненко А.В. Дизонтогенез психического развития. Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2012.
14. Семаго Н.Я. Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы // Аутизм и нарушения развития. 2006. Т. 4. № 2. С. 1-9
15. Соловьева С.В. Профилактика нарушений поведения умственно отсталых детей и подростков: методические рекомендации. Екатеринбург: ИРРО; 2008.

REFERENCES

1. By`strushkin S.K. Mekhanizmy` formirovaniya adaptivny`kh vozmozhnostej u detej s narusheniyami intellekta: avtoref. dis. d-ra biol. nauk. Tomsk, 2007.
2. Del`gado Kh. Mozg i soznanie. Per. s angl. L.Ya. Belopol'skogo. Pod red. i s predisloviem G.D. Smirnova. M.: «MIR», 1971.
3. Isaev D.N. Ob atonicheskoy i disforicheskoy formakh psikhicheskogo nedorazvitiya i o roli limbiki v ikh proiskhozhdenii // Rezidual'ny'e nervno-psikhicheskie rasstrojstva u detej: sb. statej. L., 1968.
4. Luriya A.R. Osnovy` nejropsikhologii. M.: MGU, 1973.
5. Makarov I.V., Avtenyuk A.S. Psikhicheskaya atoniya u detej // Zh. nevrol. i

psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2019. T. 119. # 7. Vy`p. 2. S 83-90.

6. Mnukhin S.S. O kliniko-fiziologicheskoy klassifikaczii sostoyanij obshhego psikhicheskogo nedorazvitiya u detej // Voprosy` detskoj psikhonevrologii: sb. nauch. trudov NIPNI im. V.M. Bekhtereva. L., 1961. T. 25. S. 67–77.

7. Ovcharenko E.S., Fefelova V.V., Kasparov E`V., Koloskova T.P., Smirnova O.V. Sravnitel`ny`j analiz korrelyaczionny`kh svyazej spektral`ny`kh i vremenny`kh parametrov vegetativnoj regulyaczii u detej v norme i pri umstvennoj otstalosti // Sovremenny`e problemy` nauki i obrazovaniya. 2017. # 2. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26285> (data obrashheniya: 01.03.2024).

8. Pataki F. Nekotory`e problemy` otklonyayushhegosya (deviantnogo) povedeniya // Psikhologicheskij zhurnal. 1987. T. 8. # 4. S. 92–102.

9. Pervichko E.I. Strategii regulyaczii e`moczij: proccessual`naya model` Dzh. Grossa i kul`turno-deyatel`nostny`j podkhod // Naczional`ny`j psikhologicheskij zhurnal, 2014. T. 4. # 16. S.13-22.

10. Pozdnyak V.V., Bolsunovskaya Yu.O. Osobennosti sensornoj obrabotki informaczii i adaptivnogo povedeniya v zavisimosti ot kliniko-fiziologicheskoy formy` umstvennoj otstalosti // Obrazovanie: resursy` razvitiya. Vestnik LOIRO. 2020. T. 1.S. 81-85.

11. Popova L.A., Stepanova T.P. Biologicheskije determinanty` povedeniya detej s umstvennoj otstalost`yu i narusheniyami povedeniya // Obrazovanie: resursy` razvitiya. Vestnik LOIRO. 2014. T. 1. S. 56-60.

12. Prokhorenko E.S., Makarov I.V. Rasstrojstva povedeniya u detej i podrostkov s umstvennoj otstalost`yu // Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. 2022. T. 122. #.4. S. 36 43.

13. Pyatnitskaya I.V., Simonenko A.V. Dizontogenez psikhicheskogo razvitiya. Uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk: BGMU, 2012.

14. Semago N.Ya. Mekhanizmy` dvigatel`noj rastormozhennosti i specifikny`e im vidy` korrekczionnoj raboty` // Autizm i narusheniya razvitiya. 2006. T. 4. # 2. S. 1–9

15. Solov`eva S.V. Profilaktika narushenij povedeniya umstvenno otstaly`kh detej i podrostkov: metodicheskije rekomendaczii. Ekaterinburg: IRRO; 2008.

16. Bradley B., DeFife J., Guarnaccia C., Phifer J., Fani N., Ressler K., Westen D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. J. Clin. Psychiatry 72, 685–691. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06409blu>

17. Buhle J.T., Silvers J. A., Wager T. D., Lopez R., Onyemekwu C., Kober H., et al. . (2014). Cognitive reappraisal of emotion: a meta-analysis of human neuroimaging studies. Cerebral. Cortex 24, 2981–2990. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht154>

18. Fuster J. (2015). The Prefrontal Cortex. Cambridge: Academic Press; <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407815-4.00002-7>

19. Gross J.J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review // Review of General Psychology. 1998.Vol. 2. No. 3. P. 271-299

20. Gross J.J., & Thompson R.A. Emotion regulation: Conceptual foundations // In J.J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. – New York: Guilford Press, 2007. – P. 3-24

21. Hansen A. L., Johnsen B. H., Thayer J. F. (2009). Relationship between heart rate variability and cognitive function during threat of shock. Anxiety Stress Coping 22, 77–89. <https://doi.org/10.1080/10615800802272251>

22. Hansen A. L., Johnsen B. H., Thornton D., Waage L., Thayer J. F. (2007). Facets of psychopathy, heart rate variability and cognitive function. J. Pers. Disord. 21, 568–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.568>

23. Hovland A., Pallesen S., Hammar Å., Hansen A. L., Thayer J. F., Tarvainen M. P., Nordhus I. H. (2012). The relationships among heart rate variability, executive

functions, and clinical variables in patients with panic disorder. *Int. J. Psychophysiol.* 86, 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.10.004>

24. Jazaieri H., Urry H. L., Gross J. J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: an emotion regulation perspective. *J. Exp. Psychopathol.* 4, 584–599. <https://doi.org/10.5127/jep.030312>

25. Teper R., Segal Z. V., Inzlicht M. (2013). Inside the mindful mind: how mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 22, 449–454. <https://doi.org/10.1177/0963721413495869>

26. Thayer J. F., Hansen A. L., Saus-Rose E., Johnsen B. H. (2009). Heart rate variability, prefrontal neural function, and cognitive performance: the neurovisceral integration perspective on self-regulation, adaptation, and health. *Ann. Behav. Med.* 37, 141–153. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9101-z>

27. van't Wout M., Chang L. J., Sanfey A. G. The influence of emotion regulation on social interactive decision-making. *Emotion* 2010,10:815. <https://doi.org/10.1037/a0020069>

E.S. Prokhorenko¹, I.V. Makarov^{1,2}, R.F. Gasanov¹, D.A. Emelina¹
MENTAL TONE AS A FACTOR IN THE FORMATION
OF BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN
WITH MENTAL RETARDATION

¹V.M. Bekhterev National research medical center for psychiatry and neurology, ²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (St. Petersburg).

Summary. Mental development of children with mental retardation includes both disorders of formation of cognitive functions, their disharmony, and realizing themselves in the child's contact with the environment disorders of formation of adaptive behavior. Inertness and rapid exhaustion of mental processes, insufficient processing of sensory information, deficit maturation of motivational and cognitive systems slow down the development of regulatory mechanisms of mental activity. In the basis of mental regulation lies the concept of mental tone, the decrease of which contributes to a lower rate of mental processes and leads to disorders of concentration of attention and purposefulness of behavior, and the degree of severity of disorders of mental tone is a prerequisite for the implementation of behavioral disorders in mental retardation. Thus, a clinical heterogeneity of behavioral disorders in mental retardation is formed, which needs more detailed systematization, including assessment of mental tone. The aim of the study was the primary development of a typology of behavior disorders in mental retardation in children. The objectives of the study included a clinical study of a cohort of children with mental retardation complicated by behavior disorders, identification of clinical variants of behavior disorders in mental retardation, their differences depending on gender and age. This study includes preliminary conclusions about the possible systematization of behavior disorders in mental retardation, taking into account the degree of severity of the decrease in mental tone as a regulatory link of mental functions. As a result of the extended clinical interview, it was possible to identify three groups of behavioral disorders in mental retardation. The inclusion of mental tone assessment in the analysis of behavioral disorders in intellectual disability allows us to consider the content specificity of these disorders, which, in turn, may contribute to the improvement of approaches to their diagnosis and correction in the practical sphere.

Keywords: behavioral disorders, mental retardation, childhood, mental atony.

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ И МОТИВАЦИЯ
УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ****Смоленский государственный университет (Смоленск).**

Резюме. В статье исследуются психосоциальные детерминанты формирования и проявления невротических расстройств в подростковом возрасте и их взаимосвязь с учебной мотивацией. Используются методики Детский опросник невротизации (ДОН) и изучения мотивации обучения М.И. Лукьяновой, Н.В. Калининой. Установлена обратная взаимосвязь между исследуемыми явлениями. Получены данные, позволяющие выявить структуру проявления в поведении обучающихся нервно-психических особенностей. Предложены рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению подростков для превенции и снижения невротических расстройств подростков.

Ключевые слова: подросток, невротическое расстройство, учебная мотивация, психологическая безопасность, психическое благополучие, социальное окружение, нервно-психическая устойчивость, профилактика.

Введение. На современном этапе развития 25% населения планеты страдают психическими и поведенческими расстройствами а в течение жизни психическое здоровье нарушается у каждого третьего-четвертого человека [14]. Психика современного человека испытывает чрезмерную нагрузку, к которой он эволюционно и исторически не готов [15]. Особенно не готовы к такой нагрузке в силу недостаточного жизненного опыта дети и подростки. Сложные социальные, политические и экономические условия существования нашей страны на современном этапе развития способствуют росту числа детей, страдающих невротическими проявлениями личности [1]. К ним прежде всего относятся повышенную тревогу, беспокойство, неуверенность, нарушения поведения, сна, апатию, депрессию, эмоциональную неустойчивость [9]. По данным ВОЗ, 58 миллионов детей и подростков страдают тревожными расстройствами, проявляющимися в виде выраженных страхов, тревоги, фрустрации и связанными с ними нарушениями поведения, учебной деятельности [16].

Эти проявления связывают с факторами образовательной среды, которые негативно влияют на здоровье учащихся и результативность их учебной деятельности [2]. Интенсивная учебная нагрузка, чрезмерное использование цифровых технологий в образовательном процессе оказывают психотравмирующее воздействие на здоровье и психику подростков [1].

«Проблема невротизации современного школьника является актуальной и выражается в страхе принятия ответственности подростками за свои действия, в тревожности перед контрольными срезами проверки знаний, а также в связи с единым государственным экзаменом» [4, с. 118]. Подросток эмоционально страдает, поскольку преувеличивает значения влияния оценки себя социальным окружением, испытывает внутреннее напряжение, конфликты, приводящие к

формированию невротических расстройств [8]. Под невротическим расстройством традиционно понимаются нервно-психические расстройства, возникающие в следствии острых и хронических психологических травм, характеризующиеся временным снижением умственной и физической работоспособности [4].

Конфликты в школьной среде, педагогическое и семейное насилие, хронические патологии школьников, экзистенциальные и иные психосоциальные травмирующие факторы требуют коррекции условий организации обучения в школе и представляют собой актуальную задачу современного образования [2, 8]. Несмотря на широкую распространенность проблемы высокой невротизации старших подростков в процессе учебной деятельности, авторы отмечают ее недостаточную разработанность [4, 5].

Несмотря на большое количество научных исследований данной проблематики, детерминирующих факторов формирования и развития невроза, невротических особенностей [9], концептуальная проработка этого понятия остается недостаточно сформированной [12].

В МКБ-11 клинический диагноз невроз отсутствует, однако описание невротических синдромов является широким [9]. В разделе 06 Психические и поведенческие расстройства аффективные расстройства представлены расстройства, которые понимаются как совокупность симптомов невроза. Среди них: единичный эпизод депрессивного расстройства (6A90), дистимическое расстройство (6A92), смешанное депрессивное и тревожное расстройство (6A93), невротические синдромы (6B00.0, 6B00.1). Разделы 6B00 (симптоматические различия в аффективных эпизодах и далее раздел Тревожные расстройства, которые связаны со страхом, – все синдромы соответствуют неврозу как клиническому диагнозу. В тексте подчеркивается, что все синдромы с сохранной критикой могут представлять синдромы невроза. Следующие разделы - Расстройства, связанные со стрессом, диссоциативные расстройства (деперсонализация/дереализация), расстройства питания и пищевого поведения, психические и поведенческие расстройства, представляющие собой психологическую травму, имеют невротический характер. В документе представлены основные невротические синдромы: астенический, обсессивный, фобический и ипохондрический.

Астенический невроз сопровождает любое заболевание и является достаточно распространенным у подростков. Известна многофакторная концепция невроза, исходя из которой невроз имеет органическую, психотическую и невротическую обусловленность. Психотический невроз при своевременном лечении имеет обратимый характер, возникает в результате неблагоприятных интенсивных и длительных психоэмоциональных воздействий, острых и хронических стрессов, психологических травм, физических и психических (в том числе в процессе учебной деятельности) перегрузок, невозможности удовлетворить значимые для обучающегося потребности. Авторы указывают на «невротическую триаду» проявлений: астенические проявления, нарушения сна и вегетативные проявления.

И.П. Павлов создал модель неврозов и показал зависимость формирования неврозов от типа ВНД, которое получило свое развитие и в современных научных

изысканиях различных авторов [9]. Б.Д. Карвасарский впервые объединил, систематизировал и обобщил научные изыскания данной проблематики [5]. Вслед за ним, принято понимать невроз как обратимое нарушение психической деятельности, при котором человек осознает свое состояние. Возникновения невроза обусловлено сочетанными биологическими, психологическими и социальными причинами [4], среди которых, если речь идет о детях и подростках, приоритетное значение имеют разнообразные травмы [2]. Среди них: острые негативные переживания, в том числе мелкие, имеющие тенденцию к накоплению и связанные с повторяющимися и аккумулирующимися неблагоприятными особенностями семейного окружения (ссоры, развод родителей, злоупотребления родителями психоактивными веществами, нервные срывы по типу патологических реакций, асоциальные установки и поведение родителей, семейное насилие и т. д.) [4, 11].

Общеизвестно, что повышенная учебная нагрузка отрицательно влияет на состояние здоровья ученика [8]. В научной литературе широко представлены результаты исследований, в которых выявлена обратная взаимосвязь уровня тревожности и учебной мотивации подростков [6], однако исследования взаимосвязи уровня невротических проявлений и учебной мотивации подростков малочисленны [7].

Материалы и методы. Цель проведенного исследования состояла в изучении уровня выраженности невротических особенностей обучающихся и особенностей их взаимосвязи с учебной мотивацией. В исследовании приняли участие 73 подростка 14-15-летнего возраста. Структура исследования включала два этапа: на первом этапе выявлялись невротические особенности подростков и уровень их выраженности, на втором - уровень сформированности невротических особенностей восьмиклассников. Были использованы методики изучения мотивации обучения М.И. Лукьяновой, Н.В. Калининой и «Детский опросник невротизма» - ДОН (В.В. Седнев, З.Г. Збарский, А.К. Бурцев).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования учебной мотивации представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты психодиагностики учебной мотивации учащихся 8-х классов по методике изучения мотивации (М.И. Лукьяновой, Н.В. Калининой)

№	класс	Уровни учебной мотивации									
		очень высокий		высокий		средний		сниженный		низкий	
		уч	%	уч	%	уч	%	уч	%	уч	%
1	8а	0	0	11	58	8	42	0	0	0	0
2	8б	1	5	7	37	8	42	3	16	0	0
3	8в	3	14	8	36	11	50	0	0	0	0
4	μ	1	10	9	44	27	45	1	5	0	0

В табл. 1 результаты испытуемых в столбце «Уровни учебной мотивации» дифференцированы по числу обучающихся и их выраженности в процентах. Как видно из табл. 1, низкий уровень учебной мотивации не выявлен. Сниженный уровень мотивации характерен для 5% испытуемых. Очень высокий уро-

вень мотивации учебной деятельности составляет 10%. Высокий уровень выявлен у 44% и средний у 45%. Иными словами, «нормативно» успевают на «удовлетворительно» и «хорошо» 88% учащихся.

Определяя невроз, Б.Д. Карвасарский подчеркивал, что невроз возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека [5]. Поэтому мы вслед за другими авторами [6, 11] полагаем, что формирование невротических особенностей учащихся и высокий % посредственно успевающих учащихся связаны с оппозиционными и конфликтными отношениями в системе участников учебно-воспитательного процесса [9].

Результаты испытуемых по методике ДОН представлены на рис. 1.

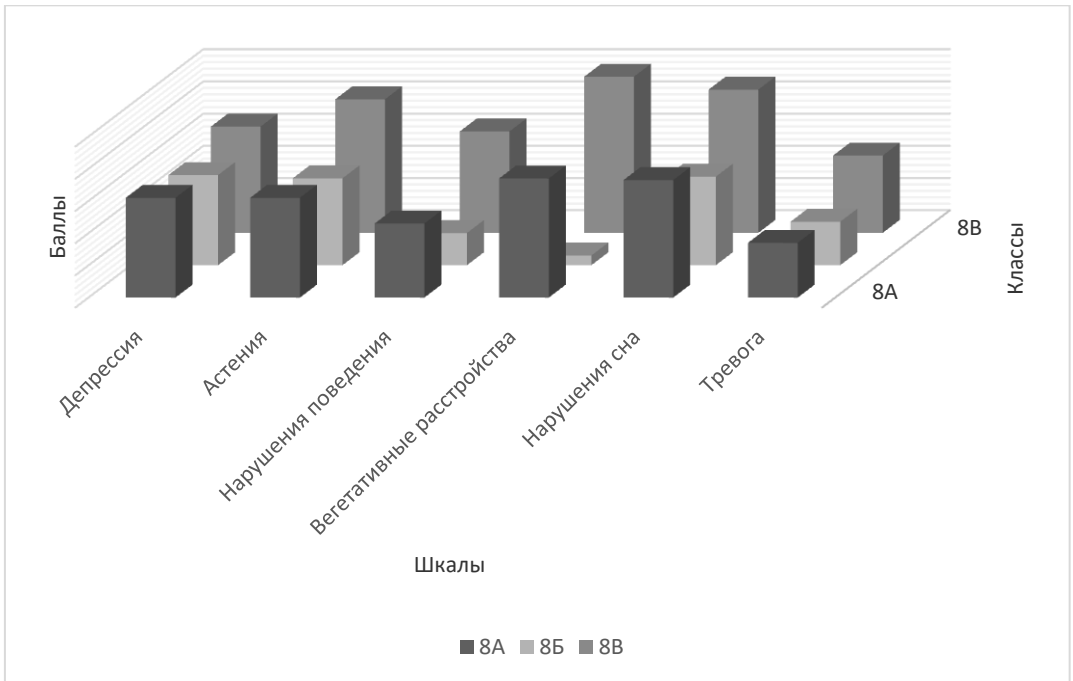


Рисунок 1. Результаты учащихся 8-х классов по методике ДОН.

Как видно на рис. 1, средние оценки учащихся восьмых классов по всем шкалам методики оцениваются в пределах верхней границы низкого уровня выраженности, то есть ниже 12 баллов. Средние баллы учащихся 8Б класса по всем шкалам оказались самыми низкими в параллели восьмиклассников, а в шкалах «Нарушения поведения» и «Вегетативные расстройства» – в два с лишним и более раз ниже, чем в других классах, результаты которых оказались наиболее выраженными. Полученные нами результаты подтверждаются результатами исследований других авторов [4, 13, с.15]. Средне выраженными оказались результаты по шкалам «Астения» и «Депрессия». Группу наименее выраженных результатов составили «Нарушения поведения» и «Тревога» (4,3 и 3,6 балла соответственно). Таким образом, в ходе исследования была выявлена

структура нервно-психических особенностей обучающихся. Наиболее выраженными у испытуемых оказались нарушения сна и вегетативные расстройства, проявления нарушений поведения и тревоги оказались менее выраженными.

Поскольку социально-психологическое окружение обучающихся является общим в условиях функционирования в одной организации и единых «гомогенных» требованиях, следует признать, что вегетативные расстройства подростков зависят в том числе от индивидуальных особенностей учащихся. В 8б классе они выражены минимально, в остальных классах параллели варьируют в средних отметках низкого уровня выраженности ($\mu=7$). Следует признать, что при сходных суммарных баллах учащихся разных классов, их результаты качественно отличаются несмотря на то, что уровень их выраженности в целом оценивается как низкий.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью критерия Пирсона. Были выявлены высокие положительные взаимосвязи между результатами обучающихся по шкалам депрессия и астения; нарушения поведения и вегетативные расстройства; нарушения сна и тревога; зависимость признаков статистически значима ($p<0,05$); весьма высокая положительная взаимосвязь между вегетативными нарушениями и нарушениями сна ($r=0,9$).

Вместе с тем, в каждом из трех обследованных классов были выявлены учащиеся со средним и высоким уровнями невротических проявлений. Их количество в каждом классе было приблизительно одинаковым - 6/7 человек, в целом в группе 73 обследованных было выявлено 20 учащихся. Они составили 27,4% от всего числа обследованных. Выявленные высокие и средние уровни невротических проявлений учащихся проявлялись в различных шкалах – от одной до четырех.

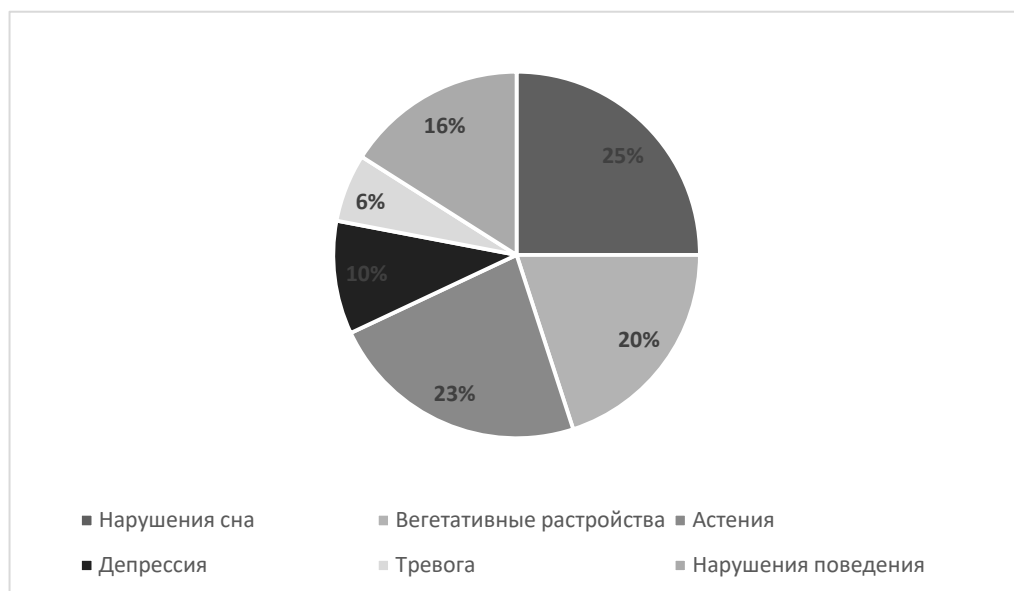


Рисунок 2. Результаты диагностики учащихся с высоким и средним уровнями выраженности невротических проявлений (в %)

Как видно на рис.2, результаты обучающихся по шкалам «Нарушения сна», «Астения» и «Вегетативные расстройства» составляют топ-3 проявлений невротических нарушений обследованных и составляют около 50% от всех выявленных невротических особенностей. «Тревога» и «Депрессия» выражены в данной выборке минимально (16%), несколько выше проявились «Нарушения поведения», которые составляют 16% от всех невротических проявлений. Полученные в исследовании результаты соотносятся с результатами других исследователей. Например, Л.Н. Антилогова, Н.В. Дмитриева и Т.А. Титаренко (2020) отмечают, что эмоциональные и вегетативные расстройства в проявлениях невроза лидируют и составляют основу нескольких невротических синдромов, прежде всего астенического, где к астеническим проявлениям присоединяются нарушение сна и вегетативные нарушения [3].

Соотнесение результатов испытуемых по методикам Мотивация учебной деятельности и ДОН осуществлялось с помощью критерия Пирсона, была выявлена средняя обратная корреляционная взаимосвязь - 0,67 ($p < 0,05$).

Заключение и выводы. В ходе исследования гипотеза о том, что имеется обратная средняя взаимосвязь между уровнем невротических проявлений и уровнем учебной мотивации школьников получила свое подтверждение.

В исследовании выявлена структура невротических проявлений: наиболее выраженными являются нарушения сна, вегетативные нарушения и астения. Средне выраженными оказались нарушения поведения. Менее выражены депрессия и тревога. В связи с этим в качестве профилактических мер учителям и родителям следует обращать особое внимание на жалобы учащихся, связанных с этими факторами, принимать своевременные меры их снижения в случае возникновения, привлекая в том числе смежных специалистов (психолога, социального педагога, терапевта, невролога). Снизить влияние стрессовых факторов на обучающихся, связанных с межличностными отношениями. С этой целью рекомендуется также развитие навыков стрессоустойчивости, целеполагания, планирования достижения поставленных целей и умений произвольной саморегуляции собственной учебной деятельности и психических состояний. В качестве приоритетных методов работы следует использовать методы активного социально-психологического обучения (игра, тренинг, дискуссия) [10].

Преимущественно низкий уровень невротических особенностей обучающихся несмотря на аггравирующее влияние широкого социокультурного окружения можно объяснить адаптационными мерами их приспособления к социуму. Развитию этих особенностей подростков способствуют высокая психолого-педагогическая осведомленность и квалификация педагогического корпуса, личностная зрелость и внимание к психическому состоянию школьников, готовность предпринять незамедлительные меры к восстановлению психического благополучия обучающегося (успокоить, подбодрить, замотивировать на успех, снизить психотравмирующее воздействие), а также административный контроль обеспечения психологической безопасности школьников в общении и взаимодействии всех участников учебно-воспитательного процесса в учебном заведении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекмиров Т.Р. Некоторые особенности невроза и профилактика // Academic research in educational sciences. 2023. Т.4. № TMA Conference. С. 878-885. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-nevroza-i-profilaktika> (дата обращения: 14.02.2025).
2. Бенелли А.В. Специфика невротизма у детей: этиология и симптоматика // Вестник Московского информационно-технологического университета – Московского архитектурно-строительного института. 2019. №3. С. 69-74. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41438858> (дата обращения: 14.02.2025).
3. Дмитриева Н.В., Антилогова Л.Н., Титаренко Т.А. Невроз и конфликтность личности // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2020. № 2 (81). С.150-154. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=43080550> (дата обращения: 14.02.2025).
4. Егорова А.В. Снижение невротической реакции у подростков 14-16 лет // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12. № 7А. С. 117-121. doi: 10.34670/AR.2023.93.32.007
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
6. Кулагина И.Ю., Кравцова М.А. Связь учебной мотивации и психологического благополучия в младшем школьном возрасте [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2022. Т. 14. № 4. С. 36–51. doi: 10.17759/psyedu.2022140403
7. Мельникова Н.М., Монастырев Т.С. Эмпирическое исследование взаимосвязи тревожности и учебной мотивации у младших подростков // Педагогика. Психология. Философия. 2022. № 3 (27). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/empiricheskoe-issledovanie-vzaimosvyazi-trevozhnosti-i-uchebnoy-motivatsii-u-mladshih-podrostkov> (дата обращения: 15.02.2025).
8. Милушкина О.Ю., Дубровина Е.А., Григорьева З.А., Козырева Ф.У., Пивоваров Ю.П. Влияние современной образовательной среды на нервно-психическое здоровье детей школьного возраста // Российский вестник гигиены. 2023. № 4. С. 47–56. doi: 10.24075/rbh.2023.085
9. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с. doi: 10.31453/kdu.ru.91304.0143
10. Полякова И.В. Взаимосвязи психологических особенностей личности и формирования навыков // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 11: Естественные науки. 2013. № 2 (6). С. 79-85.
11. Полякова И.В. Особенности невротических проявлений у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24). № 1. С.4-10.
12. Полякова И.В. Эффективность обучения: особенности взаимосвязи точности восприятия и нервно-психической устойчивости // Психология обучения. 2017. № 8. С. 32-39. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29823404> (дата обращения: 15.02.2025).

13. Френсис Ю.С. Нарушения сна у детей в возрасте от 14 до 17 лет // Современные инновации. 2016. № 10 (12). С. 14-15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-sna-u-detey-v-vozhaste-ot-14-do-17-let> (дата обращения: 16.02.2025).

14. Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // Проблемы развития территории. 2019. № 3 (101). С. 76–96. doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5

REFERENCES

1. Bekmirov T.R. Nekotorye osobennosti nevroza i profilaktika // Academic research in educational sciences. 2023. T.4. # TMA Conference. С. 878-885. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-nevroza-i-profilaktika> (data obrashheniya: 14.02.2025).

2. Benelli A.V. Speczifika nevrozov u detej: e'tiologiya i simptomatika // Vestnik Moskovskogo informacziionno-tekhnologicheskogo universiteta – Moskovskogo arkhitekturno-stroitel'nogo instituta. 2019. #3. S. 69-74. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41438858> (data obrashheniya: 14.02.2025).

3. Dmitrieva N.V., Antilogova L.N., Titarenko T.A. Nevroz i konfliktnost' lichnosti // Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh. 2020. # 2 (81). S.150-154. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=43080550> (data obrashheniya: 14.02.2025).

4. Egorova A.V. Snizhenie nevroticheskoy reakczii u podrostkov 14-16 let // Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennyye issledovaniya. 2023. T. 12. # 7A. S. 117-121. doi: 10.34670/AR.2023.93.32.007

5. Karvasarskij B.D. Nevrozy. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Meditsina, 1990. 576 s.

6. Kulagina I.Yu., Kravczova M.A. Svyaz' uchebnoj motivaczii i psikhologicheskogo blagopoluchiya v mladshem shkol'nom vozraste [Elektronnyj resurs] // Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya. 2022. T. 14. # 4. S. 36–51. doi: 10.17759/psyedu.2022140403

7. Mel'nikova N.M., Monastyrev T.S. E'mpiricheskoe issledovanie vzaimosvyazi trevozhnosti i uchebnoj motivaczii u mladshikh podrostkov // Pedagogika. Psikhologiya. Filosofiya. 2022. # 3 (27). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/empiricheskoe-issledovanie-vzaimosvyazi-trevozhnosti-i-uchebnoy-motivatsii-u-mladshih-podrostkov> (data obrashheniya: 15.02.2025).

8. Milushkina O.Yu., Dubrovina E.A., Grigor'eva Z.A., Kozy'reva F.U., Pivovarov Yu.P. Vliyanie sovremennoj obrazovatel'noj sredy na nervno-psikhicheskoe zdorov'e detej shkol'nogo vozrasta // Rossijskij vestnik gigieny. 2023. # 4. S. 47–56. doi: 10.24075/rbh.2023.085

9. МКБ-11. Глава 06. Psikhicheskie i povedencheskie rasstrojstva i narusheniya nejropsikhicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikaciya. M.: «KDU», «Universitetskaya kniga», 2021. 432 s. doi: 10.31453/kdu.ru.91304.0143

10. Polyakova I.V. Vzaimosvyazi psikhologicheskikh osobennostej lichnosti i formirovaniya navy'kov // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 11: Estestvenny'e nauki. 2013. # 2 (6). S. 79-85.

11. Polyakova I.V. Osobennosti nevroticheskikh proyavlenij u podrostkov // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2024 (24). # 1. S.4-10.
12. Polyakova I.V. E`ffektivnost` obucheniya: osobennosti vzaimosvyazi tochnosti vospriyatiya i nervno-psikhicheskoy ustojchivosti // Psikhologiya obucheniya. 2017. # 8. S. 32-39. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29823404> (data obrashheniya: 15.02.2025).
13. Frensis Yu.S. Narusheniya sna u detej v vozraste ot 14 do 17 let // Sovremenny`e innovaczii. 2016. # 10 (12). S. 14-15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-sna-u-detey-v-vozraste-ot-14-do-17-let> (data obrashheniya: 16.02.2025).
14. Shmatova Yu.E. Dinamika statisticheskikh i socziologicheskikh pokazatelej sostoyaniya psikhicheskogo zdorov`ya naseleniya Rossii // Problemy` razvitiya territorii. 2019. # 3 (101). S. 76–96. doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5
15. Hai N.V. Vietnamese English teachers' views on formative assessment management and suggestions to improve student motivation. *Linguistics and Culture Review* // Lingcure. 2022. S1. P. 363-379. doi: <https://doi.org/10.21744/lingcure.v6nS1.2054>
16. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

I.V. Polyakova

**NEUROTIC DISORDERS OF ADOLESCENTS AND MOTIVATION
OF EDUCATIONAL ACTIVITY: FEATURES OF THE RELATIONSHIP
Smolensk State University (Smolensk).**

Summary. The article examines the psychosocial determinants of the formation and manifestation of neurotic disorders in adolescence and their relationship with learning motivation. The methods of the Children's Neurosis Questionnaire (DON) and the study of learning motivation by M.I. Lukyanova and N.V. Kalinina were used. The results were processed using the Pearson criterion. The inverse relationship between the studied phenomena has been revealed. The data obtained make it possible to identify the structure of the manifestation of neuropsychiatric features in the behavior of students. Recommendations on psychological and pedagogical support of adolescents for the prevention and reduction of neurotic disorders are proposed.

Keywords: teenager, neurotic disorder, educational motivation, psychological safety, mental well-being, social environment, neuropsychiatric stability, prevention.

Е.В. Корень¹, Т.А. Куприянова¹, О.З. Хайретдинов²
**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВОГО
РЕАГИРОВАНИЯ У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ²**

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБНУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», ²ГБУЗ «НПЦ ПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой» (Москва).

Резюме. Целью исследования являлось определение особенностей социально-стрессового реагирования родителей на наличие психического расстройства у ребенка для выработки дифференцированных подходов к психосоциальным семейным вмешательствам. Обследовали родителей (преимущественно матерей) 140 детей с расстройствами шизофренического спектра, 100 детей с расстройствами аутистического спектра и 85 детей с умственной отсталостью. Психиатрическое обследование родителей было дополнено шкалами оценки влияния эмоциональных и поведенческих проблем ребенка на родителей (CGSO), нагрузки болезни на семью (ECI). Были выявлены эмоциональные и поведенческие особенности социально-стрессового реагирования родителей на болезнь ребенка — как общие для всех изучавшихся расстройств, так и свойственные отдельным формам психической патологии у детей. Выделены факторы, определяющие мишени для дифференцированных психосоциальных вмешательств при работе с родителями.

Ключевые слова: психические больные дети и подростки, родители, эмоциональные и поведенческие семейные проблемы, психосоциальная помощь.

Исходя из современных представлений о психосоциальной реабилитации в детской психиатрии, семья рассматривается в качестве наиболее значимого источника поддержки психически больного ребенка в преодолении последствий имеющегося расстройства, и особое значение придается вовлечению родителей в лечебно-реабилитационный процесс как облигатному условию повышения эффективности оказываемой помощи [2]. Родителям фактически «делегированы» функции, соответствующие роли «сотерапевтов», что рассматривается как важная составляющая психосоциальных вмешательств в детской психиатрии [3, 5].

С другой стороны, существуют многочисленные указания на негативное влияние социально-стрессового реагирования родителей на качество оказываемой детям медицинской помощи. Взаимодействие специалистов с родителями часто ограничивается определяемыми врачом клинико-социальными параметрами помощи ребенку, и роль семьи рассматривается сугубо с позиций обес-

²Работа выполнена в рамках Государственного задания «Разработка медицинского изделия в виде специального программного обеспечения, предназначенного для помощи в принятии решений по скринингу, комплексной дифференциальной диагностике и лечению социально-стрессовых расстройств в разные возрастные периоды». Рег. № 124020800060-1.

печения терапевтического процесса, без достаточного учета потребностей членов семьи [1, 4]. Психическое состояние самих родителей часто игнорируется врачами как неприоритетный фактор лечебного процесса, а родители остаются «невидимыми» для направленных психосоциальных вмешательств, в то время как диагноз психического расстройства у ребенка и последующий этап длительного лечения и реабилитации обладают всеми характеристиками тяжелого психотравмирующего воздействия [9, 11, 12, 18].

Сам факт обращения родителей за психиатрической помощью обычно говорит о том, что они осознают угрозу для здоровья ребенка и благополучия всей семьи, но не всегда в состоянии понять действительный характер проблем. При этом прямо либо косвенно указывают на собственное психическое неблагополучие в связи с психической болезнью ребенка [1, 5, 14].

Характер социально-стрессового реагирования у родителей определяется рядом факторов, в первую очередь – степенью остроты и длительностью психотравмирующего воздействия. Развитие острых психических расстройств у детей и подростков может индуцировать формирование у родителей клинически очерченных аффективно-шоковые реакций с проявлениями растерянности, дереализации, отчаяния и гнева, тревожных расстройств, соматоформных вегетативных и диссоциативных дисфункций [10]. В случаях рецидивирующего течения и при затяжных психических расстройствах у ребенка у родителей с большей вероятностью могут формироваться депрессивные и тревожные реакции [7, 13]. Более уязвимыми представляются родители детей с выраженной умственной отсталостью (УО), расстройствами аутистического спектра (РАС) и расстройствами шизофренического спектра (РШС) [14, 18].

Хроническое течение заболевания ребенка, трудности адаптации, социализации и неудовлетворенность получаемой помощью способствуют формированию защитно-агрессивных или избегающе-ограничительных стратегий поведения родителей, которые вследствие сенсibilизации к реакциям окружающих становятся по механизму «порочного круга» источником постоянного фона дополнительных травмирующих переживаний [10, 13]. Во многих случаях на первый план в неадаптивном социально-стрессовом реагировании выходит фактор «стигмы»: члены семьи не хотят быть связанными с государственными психиатрическими учреждениями и обсуждать в них свои проблемы. У части родителей имеется негативный опыт взаимодействия с психиатрическими службами с формированием пессимистической настроенности по типу «нам ничто не поможет», что может даже стать поводом для прекращения сотрудничества [1, 4, 7].

В последние годы в связи с влиянием пандемии COVID-19 и развитием цифровых технологий расширилось применение дистанционных форм оказания помощи – онлайн-скрининг, телемедицинские консультации [6] и мониторинг динамики психического состояния пациентов, а также удаленных психосоциальных вмешательств [11]. Важно отметить, что различные варианты прямого и дистанционного взаимодействия могут способствовать так называемому «посттравматическому росту» с одновременным повышением уровня вовлеченности родителей в процесс оказания помощи ребенку [15, 16].

Таким образом, недооценка специалистами степени влияния различных параметров социально-стрессового реагирования может напрямую препятствовать формированию родительской компетентности и негативно сказываться на уровне их вовлеченности в лечебно-реабилитационный процесс, что определяет актуальность изучения специфических особенностей социально-стрессового реагирования родителей для разработки соответствующих психосоциальных вмешательств.

Цель исследования: определение особенностей социально-стрессового реагирования родителей на наличие у ребенка психического расстройства для определения подходов к дифференцированным психосоциальным вмешательствам.

Материал и методы: Обследованы родители (преимущественно матерей) 145 детей с РШС, 100 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и 90 детей с умственной отсталостью (УО) в возрасте от 3 до 17 лет. Диагностика расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. Впервые диагностированное расстройство было выявлено у 92 больных. Это были преимущественно дети более младшего возраста с РАС или УО. Почти 72% всех обследованных семей были полными, остальные - неполными, ребенок воспитывался только матерью, отцы, как правило, не принимали участия в его воспитании, лечении, в ряде случаев они ограничивались лишь материальной помощью. При этом около $\frac{1}{3}$ семей распалось после диагностирования у ребенка тяжелого психического заболевания.

Для оценки особенностей родительского реагирования нами использовался метод клинической беседы, позволивший качественно оценить психоэмоциональное состояние родителей, их личностные особенности, субъективное отношение к заболеванию ребенка и готовность занять конструктивную позицию в преодолении имеющихся проблем.

Подверженность родителей влиянию особых требований, связанных с заботой о психически больном ребенке, оценивалась с помощью русской версии опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком CGSQ (Caregiver strain questionnaire), оценивающих степень выраженности объективной и субъективной сторон бремени семьи [8]. Для количественной характеристики социально-стрессовой нагрузки, которая ложится на родственников детей, страдающих психическими расстройствами, использовалась шкала ЕСІ (Experience of caregiving inventory) [17], включающая несколько позитивных субшкал, касающихся положительных моментов во взаимоотношениях с больным ребенком, а также - накопления положительного личного опыта.

Результаты и обсуждение: Наибольшее число обращений родителей за помощью при УО и РАС приходится на возраст детей 3-4 года (в связи с беспокойством по поводу недостатков речевого развития), дошкольный возраст (беспокойство по поводу задержек развития и трудностей предстоящего школьного обучения) и препубертатный возраст (усилившиеся трудности поведения, часто с агрессивными проявлениями); для родителей больных с РШС - на пубертатный период.

Первое сообщение о диагнозе психического расстройства, как правило, вы-

зывало у родителей шок или неверие в случившееся. Одной из первых постоянных реакций при этом является страх перед болезнью, чувство беспомощности, депрессивное состояние. У части из них нередко возникали агрессивные реакции с недоверием, вплоть до отказа от общения с сообщившим о болезни врачом. Следствием этого были поиски «лучшего, правильного врача», метания из клиники в клинику, от специалиста к специалисту.

К общим особенностям социально-стрессового реагирования родителей можно отнести высокий уровень тревоги с алекситимией и диссимуляцией, явления когнитивного диссонанса («почему именно у нас» с поисками «виноватых» среди членов семьи, медицинских работников и др., хаотичные поиски информации в Интернете с явлениями растерянности и беспомощности, тяготение к нетрадиционным формам помощи. Во многих семьях на первый план выступал отчетливый фактор самостигматизации. Члены семей могли испытывать чувство неловкости, раскрывая факт наличия в семье психически больного ребенка и обсуждая свои проблемы в государственном учреждении. В то же время небольшая часть родителей детей с аутистическими расстройствами просили и даже настаивали на том, чтобы ребенку был поставлен диагноз именно детского аутизма. В семьях детей с РШС и УО, даже в легких степенях, подобного не отмечалось, наоборот, было желание скрыть сам факт болезни ребенка.

Большинство опрошенных родителей детей с УО и РАС не осознавали глубины имеющихся проблем в развитии ребенка и надеялись на его «выравнивание» в недалеком будущем, задавали вопросы о перспективах развития и обучения, испытывали амбивалентное отношение к проблеме диагноза: стремление узнать «настоящий диагноз» с неверием к поставленному диагнозу, попытками обосновать неправильность данного диагноза по отношению к их ребенку. Нередко отмечались агрессивные реакции с проецированием негативных переживаний родителей на врачей и на медицину в целом. Характерным проявлением депрессивно окрашенных реакций являлась фиксация на событиях, связанных с болезнью ребенка. Эта тема приобретала свойства доминирующего представления, не исчезая полностью при выполнении повседневной работы. Достаточно было случайного напоминания, чтобы вновь усилилась связанная с ней подавленность. Даже отдаленные ассоциации могли спровоцировать вспышку отчаяния. По сообщениям родителей, эти жалобы врачами нередко игнорировались, им не уделялось должного внимания. В отношении обвинения медицинских работников складывалось впечатление о наличии неадаптивного защитного функционирования по механизмам проецирования переживаемого собственного чувства вины. У ряда родителей, наоборот, отмечались своего рода «защитные» эмоциональные реакции в виде притупления переживания болезни ребенка вплоть до безразличия или «игнорирования» факта болезни, иногда комплекса «оживления» с бодростью и веселостью.

Все родители детей с РАС были заинтересованы в оказании ребенку психокоррекционной и педагогической (дефектологической) помощи и готовы принимать в ней посильное участие. Запрос на психотерапевтическую помощь на этом этапе у большинства родителей был минимальным.

Эмоциональное состояние родителей и качество жизни семьи в значительной степени зависели от вопросов материального благосостояния. Длительное пользование платной помощью, истощая материальные ресурсы семьи, приводило к дополнительным внутрисемейным проблемам. Переживание фрустрации, связанной с недостижимостью для ребенка определенных социальных планов (несамостоятельность в самообслуживании, отсутствие речи, невозможность обучения в школе), хроническая ситуация внутрисемейного напряжения в ряде случаев сопровождались возникновением панических атак - преимущественно у матерей, на которых в семье возлагалась основная нагрузка и ответственность за состояние и развитие ребенка с РАС.

По результатам оценки эмоциональных проблем по шкале CGSQ обобщенный показатель эмоциональных проблем, возникающих в семьях, имеющих детей и подростков с психическими расстройствами, составил 13,30 балла (для РИШ - 13,64, для РАС - 13,42, для УО - 12,84), практически приближаясь к максимальным значениям, что свидетельствует о крайней степени «загруженности» родителей проблемами ребенка при всех заболеваниях. Средний балльный показатель по субъективным субшкалам в семьях детей с РИШ составил 4,70 балла, детей с РАС - 4,50 балла, детей с УО - 4,10 балла. Наибольшие значения во всех семьях, независимо от заболевания ребенка, были получены в ответах на вопросы, касающиеся стремления скрыть заболевание ребенка от окружающих, в том числе и от родственников (4,51 балла - пункты 1, 3 шкалы CGSQ), возникающего раздражения (4,21 балла - пункты 2, 5 шкалы CGSQ), злости, обиды (4,43 балла - пункты 9, 10 шкалы CGSQ), тревоги и беспокойства за будущее ребенка (4,68 балла - пункты 6, 7 шкалы CGSQ), чувства собственной вины в возникновении психического нарушения у ребенка (4,80 балла - пункт 8 шкалы CGSQ), семейных проблем в связи с заболеванием ребенка (4,55 балла - пункт 11 шкалы CGSQ).

В исследовании не было выявлено статистически значимых отличий в данных показателях в зависимости от основных социально-демографических показателей - пола и возраста ребенка и родителей в период обследования и к периоду начала заболевания. Отмечена лишь некоторая тенденция к повышению показателей напряженности эмоциональных проблем в семьях больных детей на начальных этапах формирования расстройств, а также в семьях, имеющих больных детей более младшего возраста, как правило, с РАС. Полученные результаты оценки выраженности эмоциональных проблем у родителей детей, страдающих психическими расстройствами, по шкале CGSQ представлены на рис. 1.

Из него можно видеть, что оценка эмоциональных проблем в семьях, имеющих детей с психическими расстройствами, была сходной при разных психических расстройствах. Можно отметить лишь несколько менее выраженные показатели в семьях детей с УО, что, возможно, связано с преобладанием в этой группе детей более старшего возраста с достаточно давно установленным диагнозом. В этих случаях родители как бы «смирились» с болезнью ребенка и в какой-то степени научились взаимодействовать с ним, выстраивать отношения, были менее подвержены депрессивным реакциям с самообвинением.

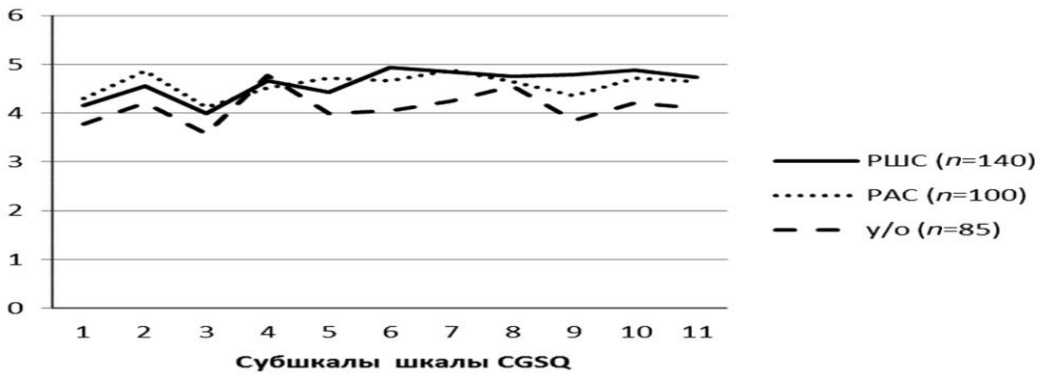


Рисунок 1. Выраженность эмоциональных проблем по шкале CGSQ у родителей детей, страдающих психическими расстройствами. По оси абсцисс - субшкалы шкалы CGSQ; по оси ординат - баллы.

При анализе показателей опросника нагрузки на семью ЕСІ во всех группах родителей больных детей также были получены сходные результаты с некоторым преобладанием негативных признаков в семьях детей с РШС и РАС и снижением в семьях детей с УО (рис. 2).

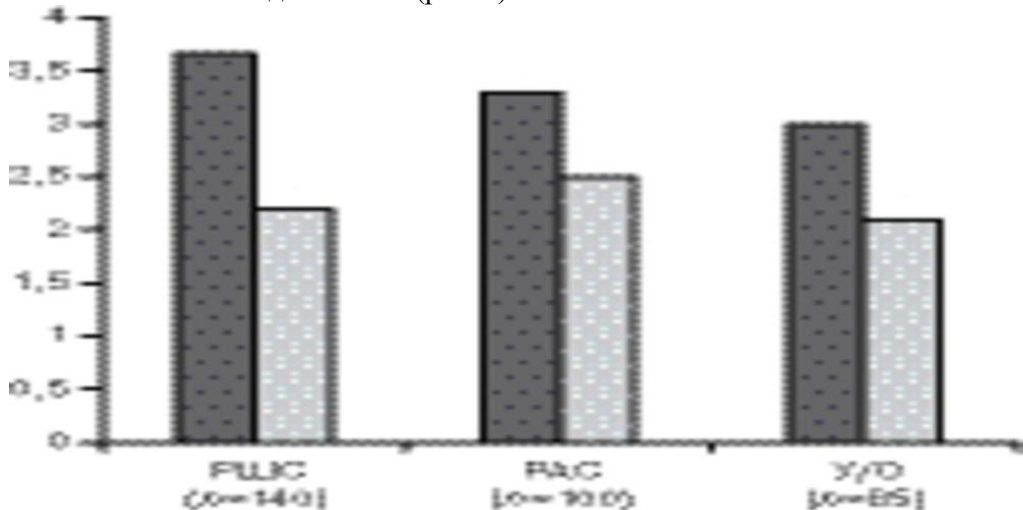


Рисунок 2. Результаты оценки нагрузки на семью по шкале ЕСІ. По оси абсцисс - заболевания, по оси ординат - баллы. Темные столбцы - показатели негативного влияния, светлые - позитивного.

Наибольшие негативные показатели были получены в семьях детей с РШС и РАС, что связано, по-видимому, с тяжестью состояния, а также выраженными эмоциональными, депрессивными реакциями родителей. Необходимо подчеркнуть, что в этих семьях выявляются специфические психосоциальные проблемы, такие как особый семейный контекст при наблюдаемом взаимном влиянии симптоматики ребенка и реакций родителей, которые часто поддерживают или усиливают бо-

лезненные проявления, гиперболизация тяжести состояния, сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации в семьях детей с шизофренией, частое несоблюдение режима терапии, противоречивое или недоверчивое отношение к врачам и лечению, ведущее к трудностям удержания больных в лечебно-реабилитационном пространстве.

Заключение. На основе полученных данных можно говорить о специфике социально-стрессового реагирования родителей. Влияние психического расстройства у ребенка как психотравмирующего фактора связано не только и не столько с выявленным субъективным отношением родителей к самому факту наличия болезни, сколько с изменением всего внутрисемейного взаимодействия в ответ на перемены в поведении ребенка, а также с длительностью временного интервала с момента диагностирования у ребенка психического расстройства.

Таким образом, при различных психических заболеваниях у детей выявляются общие особенности социально-стрессового реагирования родителей по типу «специфического психиатрического дистресса» в континууме от адаптивных форм, предполагающих постепенное формирование так называемой психоэмоциональной устойчивости до достигающих клинического уровня хронических дизадаптивных форм, негативно сказывающихся на личностных ресурсах родителей в плане успешного решения лечебно-реабилитационных задач в отношении состояния ребенка.

В данном контексте представляется очевидной необходимость разработки специфических психосоциальных вмешательств для родителей, в том числе с использованием механизма группового взаимодействия, нацеленных на преодоление недоверия и настороженности, уменьшения самоизоляции и чувства «уникальности» проблем с учетом особенностей социально-стрессового реагирования семьи и, как возможно, более раннего включения родителей в процесс их проведения, с опорой на раскрытие сильных сторон семьи и поддержание успешных стратегий совладания со стрессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социо-реабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // Вопросы психического здоровья детей и подростков.-2002 (2)..№ 2. С. 42-46.
2. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2012. № 3. С. 4-12.
3. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Влияние групповой психосоциальной терапии с родителями на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22. № 3. С.43-47.
4. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Бремя семьи у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 4. С.46-50.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Семейное бремя как мишень психосоци-

альной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами //Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. 2013. Т.113. № 2. С.61-68.

6. Морозов С.П., Бебчук М.А., Владзимирский А.В., Хайретдинов О.З. Телемедицинское консультирование «пациент-врач» в детской психиатрии: методология и практика // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56. № 1. С. 43-53.

7. Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И. Эквивалентность диагностики расстройств аутистического спектра у детей в рамках телемедицинских и очных консультаций: обзор литературы // Consortium Psychiatricum. 2023. Т. 4. № 3. С. 55=64.

REFERENCES

1. Iovchuk N.M. Prosvetitel'skaya, lecheno-korrekczionnaya i socio-reabilitaczionnaya rabota s sem'ej psikhicheski bol'nogo rebenka(nekotory'e razmy'shleniya o pervonachal'nom opy'te) // Voprosy` psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov.-2002 (2)..# 2. S. 42-46.

2. Koren` E.V., Kupriyanova T.A. Konczepczya psikhicheskogo zdorov'ya ipsikhosoczial'naya reabilitaczija detej i podrostkov s psikhicheskimirasstrojstvami // Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal. 2012. # 3. S. 4-12.

3. Koren` E.V., Kupriyanova T.A. Vliyanie gruppovoj psikhosoczial'noj terapii s roditel'ymi na soczial'noe funkczionirovanie detej i podrostkov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra// Soczial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2012. T.22. # 3. S.43-47.

4. Koren` E.V., Kupriyanova T.A. Bremya sem'i u detej i podrostkov s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra //Soczial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2012. T. 22. # 4. S.46-50.

5. Koren` E.V., Kupriyanova T.A. Semejnoe bremya kak mishen` psikhosoczial'noj reabilitaczii detej i podrostkov s psikhicheskimi rasstrojstvami //Zh. неврол. i psikhiatr im. S.S. Korsakova. 2013. T.113. # 2. S.61-68.

6. Morozov S.P., Bebchuk M.A., Vladzimirskij A.V., Khajretdinov O.Z. Telemediczinskoe konsul'tirovanie «pacient-vrach» v detskoj psikhiatrii: metodologiya i praktika // Obozrenie psikhiatrii i mediczinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2022. T. 56. # 1. S. 43-53.

7. Khajretdinov O.Z., Rubakova L.I. E'kvivalentnost` diagnostiki rasstrojstv autisticheskogo spektra u detej v ramkakh telemediczinskih i ochny'kh konsul'taczij: obzor literatury` // Consortium Psychiatricum. 2023. Т. 4. # 3. S. 55=64.

8. Brannan A.M., Heflinger C.A., Bickman B. The caregiver strain questionnaire: measuring impact on the family living with a child with serious emotional disturbance// J Emotional and Behavioral Disorders. 1997. № 5. P.212-222.

9. Bristol M., Schopler E. Stress and coping in families of autistic adolescents// In: Autism in adolescents and adults. (Eds). I.E..Schopler and G. Mesibov.NY—London: Plenum Press, 1983. P.251-278.

10. Chan RCH, Fung SC. Elevated Levels of COVID-19-Related Stress and Mental Health Problems Among Parents of Children with Developmental Disorders During the Pandemic //J Autism Dev Disord. 2022. Mario. Vol. 52, № 3. P. 1314-1325.

11. Da Paz NS, Wallander JL. Interventions that target improvements in mental

health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review // ClinPsychol Rev. 2017. Feb. Vol 5. № 1. P.1-14.

12. Ebrahim MT, Alothman AA. Resilience and social support as predictors of post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia // Res Dev Disabil..2021. Jun; Vol 113. №10. P. 39-43.

13. Kaltenbach E, Chisholm M, Xiong T, Thomson D, Crombach A, McGrath PJ. Online narrative exposure therapy for parents of children with neurodevelopmental disabilities suffering from posttraumatic stress symptoms - study protocol of a randomized controlled trial // Eur J Psychotraumatol. 2021 Nov. Vol 21. № 12. P.1991650.

14. Olsson M.B., Hwang C.P. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability// J Intellectual Disability Research.- 2002.-Vol. 45,№6.- P.535—543.

15. Park SK, Lee SM. What factors are associated with posttraumatic growth among mothers of children with developmental disabilities in South Korea? // Res Dev Disabil. 2023. Mar.134:104414.

16. Qin X, Feng Y, Qu F, Luo Y, Chen B, Chen M, Zou Y, Zhang L. Posttraumatic Growth Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder in China and Its Relationship to Family Function and Mental Resilience: A Cross-Sectional Study.// J Pediatr Nurs.2021. Mar-Apr. 57: P. 59-e67.

17. Szhmukler G.I., Burges P., Hirmsn H. et al. The caregiver inventory. Victoria //Australia: University of Melbourne. 1994.

18. Xiong T, McGrath PJ, Stewart SH, Bagnell A, Kaltenbach E. Risk and protective factors for posttraumatic stress and posttraumatic growth in parents of children with intellectual and developmental disorders // Eur J Psychotraumatol. 2022 .Jun 22. 13 (1). 2087979.

E.V. Koren¹, T.A. Kupriyanova¹, O.Z. Khayretdinov²

SOME SPECIFICS OF SOCIAL-STRESS REACTIONS OF PARENTS OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS

¹**Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky»,**

²**Scientific-Practical Children's and Adolescents Mental Health Center named after G.E. Sukhareva (Moscow).**

Summary. To specify social-stress reactions of parents of children with mental disorders to develop differential approaches to psychosocial family interventions. Material and methods. Authors studied parents (mostly mothers) of 140 children with schizophrenia spectrum disorders, 100 children with autistic disorders and 85 children with mental retardation. Along with psychiatric examination of the parents, psychometric scales ECI and CGSQ were used. Results. Authors specified emotional and behavioral characteristics of the parents' social-stress reactions; both common to all the disorders studied as well and characteristic of individual forms of mental pathology in children. The factors determining the targets of differentiated therapeutic interventions were outlined. Conclusion. The social stress coping strategies for parents are formulated.

Keywords: children and adolescents with mental diseases, parents, emotional and behavioral family problems, psychosocial assistance.

**ТИПЫ ПАТОЛОГИЗИРУЮЩЕГО СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ
ПРИ ДЕТСКОМ ЭНКОПРЕЗЕ****ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» (Санкт-Петербург).**

Резюме. Цель исследования – изучение типов дисгармоничного (патологизирующего) родительского воспитания в семьях детей с энкопрезом, начавшемся в разном возрасте. Обследовано 192 чел. в возрасте 5-13 лет (основная группа). В группу сравнения вошли 100 детей без энкопреза. Метод исследования: опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), (Э.Г. Эйдемиллер с соавтр., 2007). Результаты исследования показали, что матери детей с энкопрезом по сравнению с матерями здоровых сверстников были менее склонны к директивности и реже отвергали своих детей. При этом стойкой отличительной чертой материнского воспитания при раннем начале энкопреза является потворствование. Позднее начало энкопреза (8 лет и старше) было сопряжено с большей частотой воспитания по типу «повышенной моральной ответственности» и по типу «эмоционального отвержения» у матерей. Отцы детей с энкопрезом по сравнению с отцами здоровых сверстников чаще использовали воспитание по типу потворствующей гиперопеки и на уровне тенденции – доминирующей гиперопеки (она преобладала в подгруппе дошкольников). При начале энкопреза в школьном возрасте отцы чаще демонстрировали по отношению к детям доминирующую гиперопеку и эмоциональное отвержение. Установленные закономерности важны для понимания общих подходов к терапии энкопреза у детей в различные возрастные периоды с дифференцированной направленностью психотерапевтической интервенции отдельно для матерей и для отцов.

Ключевые слова: энкопрез, недержание кала, дисгармоничное воспитание, патологизирующее воспитание, анализ семейных взаимоотношений.

Энкопрез (неорганический энкопрез) представляет собой повторяющееся отхождение каловых масс в неподходящих для этого местах и ситуациях. Расстройство диагностируется, если указанное явление происходит неоднократно, по меньшей мере 1 раз в месяц в течение нескольких месяцев и по достижению возраста формирования навыка опрятности, обычно начиная с 4 лет [8]. При этом исключаются грубая патология периферической нервной системы и позвоночника (аганглионарный мегаколон, расщепление позвоночника), деменция, врожденные или приобретенные аномалии кишечника, желудочно-кишечная инфекция, чрезмерное употребление слабительных [5].

Начиная с первой отечественной монографии, посвященной детскому энкопрезу [3], семейный фактор неизменно рассматривался в качестве этиологической предпосылки расстройства. Дальнейшее описание форм детского энкопреза происходили в неразрывной связи с тем или иным превалирующим типом родительского воспитания [1, 2, 3, 4, 6, 7, 9].

Как протестно-демонстративная реакция в рамках истерического невроза энкопрез подробно описан в известной монографии В.И. Гарбузова и соавт. [2]. Подчеркивается, что его возникновению способствует гипертрофированное внимание к физиологическим отправлениям ребенка. Это чаще происходит при воспитании матерями мальчиков в неполной семье. Условно-желательный, то есть произвольный характер имеет в данном случае как сам факт отхождения каловых масс, так и задержка стула, которая может продолжаться до 3-5 суток. Специфической триггерной ситуацией является появление в семье отчима. Выделение каловых масс, происходящее нередко в родительской кровати, рассматривается как своеобразная форма борьбы ребенка за утраченное внимание со стороны матери. Обычно это производит шокирующее впечатление на отчима, который в этих условиях оставляет новую семью, а ребенок таким образом одерживает своеобразную «победу» в борьбе за мать. Данное явление чаще возникает у детей с выраженными проявлениями психического инфантилизма и моторной незрелостью. Описанный механизм энкопреза в дальнейшей неоднократно упоминался в работах Ю.А. Фесенко [7].

По данным В.В. Ковалева [4], причинами невротического энкопреза у детей в большинстве случаев являются хронические травмирующие психику семейные ситуации, длительная эмоциональная депривация, чрезмерно строгие родительские требования. Также играет роль длительный внутрисемейный конфликт, «внешним выражением» которого является ребенок. Связь детского энкопреза с доминирующей родительской гиперопекой подчеркивается и в других исследованиях. Так, согласно Г.Г. Шанько [9], дети, страдающие энкопрезом, переживают хроническую психотравму в виде повышенной требовательности родителей, превосходящей возможности ребёнка. В качестве причин энкопреза рассматривается также воспитание ребенка в неполной семье, отсутствие должного к нему внимания (фактор эмоциональной депривации), а также неправильная выработка навыка опрятности в раннем детском возрасте. Последнее обычно реализуется в условиях высокой степени психологического давления среды и семейного неблагополучия (травмирующая госпитализация, выраженный семейный разлад, распад семьи), что приводит к утрате сформированного навыка контроля над функцией дефекации [6].

В немногочисленных иностранных источниках [11, 12] акцент делается на исследовании механизмов эмоционального отвержения и жестокого родительского отношения к детям, страдающим расстройством элиминации. Так, выявленная высокая распространенность жестокого отношения к детям со стороны матерей (73,8%) была связана с низким уровнем образования родителей, низким социально-экономическим статусом семьи, проживанием ребенка в многодетной или неполной семье, с хаотичными внутрисемейными отношениями, что позволяет рассматривать указанные отличительные особенности в качестве факторов риска [11]. В другом исследовании прямо констатируется, что более 60% детей с энкопрезом подвергались как минимум одному виду насилия. Было обнаружено, что энкопрез в 7 раз чаще выявлялся у детей как подвергавшихся психологическому насилию, так и оставшихся без попечения родителей [12].

По мнению М.И. Буянова [1], все вышеупомянутые семейные факторы играют роль в возникновении не только нарушения контроля за дефекацией, но и более широкой группы расстройств, называемой «неврозом каловыделения», включающей в себя такие, преимущественно невротические, нарушения, как недержание кала, задержка дефекации, психогенный метеоризм, диспепсия, страх непроизвольного метеоризма и др.

Описанные выше, во многом противоположные, типы родительского воспитания в семьях детей с энкопрезом (с одной стороны, сверхконтроль и эмоциональное отвержение и вседозволенность, с другой - безусловное принятие,) отражают, с нашей точки зрения, разнообразие клинических форм энкопреза, каждая из которых отличается собственным превалирующим воспитательным подходом родителей. Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с уточнением воспитательной позиции родителей при разных формах энкопреза у детей, что важно для выработки подхода к лечению данного расстройства.

Цель исследования – изучение типов дисгармоничного (патологизирующего) родительского воспитания в семьях детей с энкопрезом, начавшемся в разном возрасте.

Материал и методы. Основная группа была сформирована из обратившихся в Областной центр психического здоровья детей и подростков ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» в период 2010-2020 гг. Критерии включения в основную группу: 1) наличие у пациента диагностических критериев из рубрики F98.1 «Неорганический энкопрез», выявленных при первичном обследовании в ходе клинического интервью; 2) длительность расстройства не менее 1 года с момента манифестации; 3) наличие у пациента сопутствующих психических расстройств, отвечающих диагностическим критериям следующих рубрик (допустимая коморбидность): F06.6 «Органическое астеническое (эмоционально-лабильное) расстройство», F51 «Расстройства сна неорганической природы», F80.1 «Расстройство экспрессивной речи», F83 «Смешанные специфические расстройства развития», F95 «Тики», F90.0 «Нарушение активности и внимания», F90.1 «Гиперкинетическое расстройство поведения», F98.0 «Энурез», F98.5 «Заикание», выявленных в ходе клинического интервью при первичном обследовании. Критериями невключения в основную группу явились: 1) наличие у пациента критериев психических расстройств из рубрик: F00-05, F07-09 «Органические расстройства», F20-29 «Шизофрения», F30-39 «Расстройства настроения», F70-79 «Умственная отсталость», F80-89 «Расстройства психологического развития»; 2) наличие у пациента клинически выраженного судорожного синдрома, эпилептиформных пароксизмов, эпилепсии. Критерием исключения из основной группы стал отказ родителей от продолжения исследования, сформулированный письменно.

Отбор пациентов. По указанным выше критериям в основную группу было отобрано 192 чел. в возрасте 5-13 лет (144 мальчика, 48 девочек) из изначально обратившихся 234 чел., чьи родители предъявляли жалобы на энкопрез у детей. В группу сравнения изначально было предложено войти 128 чел., но ро-

дители только 105 детей выразили желание участвовать в исследовании, а 100 чел. (60 мальчиков, 40 девочек) прошли исследование до конца. Для более детальной реализации цели исследования пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы – с ранней (5-7 лет) и поздней манифестацией (8-9 лет). В первую вошло 160 детей (83,3%), 120 мальчиков и 40 девочек. Вторую составили 32 ребенка (16,7%), 25 мальчика и 8 девочек. Соотношение пациентов по полу в сравниваемых подгруппах не различалось ($\chi^2=0,000$ df(1), $p=1,000$).

В качестве основного исследовательского инструмента использовался опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), разработанный и апробированный Э.Г. Эйдемиллером с соавт. [10]. Типы дисгармоничного (патологизирующего) воспитания рассчитывались согласно инструкции, изложенной в упомянутом первоисточнике. Анкеты были заполнены всеми матерями основной группы и группы сравнения, а также отцами в полных семьях – 114 чел. в основной группе и 82 чел. в группе сравнения.

Статистическая обработка. Для описания качественных (категориальных) переменных использовались показатели абсолютного значения (n) и % в группе. Для сравнения качественных переменных на основе таблиц сопряженности использовался критерий χ^2 Пирсона.

Результаты исследования. Из представленной табл. 1 видно, что число случаев патологизирующего материнского воспитания у пациентов с энкопрезом было больше по сравнению со здоровыми сверстниками (54,7% против 40,0%, $\chi^2=5,250$ (df)1, $p=0,022$). Однако, значимо преобладала только потворствующая гиперпротекция или воспитание по типу «кумира семьи» ($\chi^2=4,787$, (df)1, $p=0,029$). Доминирующая гиперпротекция, представляющая собой авторитарный стиль воспитания, в основной группе встречалась реже по сравнению с контролем ($\chi^2=4,720$, (df)1, $p=0,030$). То есть матери детей с энкопрезом были менее склонны к директивности, требованию к немедленному и беспрекословному выполнению ребенком просьб и словесных инструкций. Также матери пациентов с энкопрезом в целом реже эмоционально отвергали своих детей ($\chi^2=4,431$, (df)1, $p=0,035$).

При ранней манифестации энкопреза (5-7 лет) родители чаще придерживались потворствующей гипоопеки (стиль воспитания по типу «вседозволенности») ($\chi^2=11,363$, (df)1, $p=0,001$) и на уровне тенденции чаще потворствующей гиперопеки (30,0% против 7,1%, $\chi^2=3,217$, (df)1, $p=0,073$) (табл. 2). В подгруппе с поздним началом энкопреза (8 лет и старше) статистически значимо преобладало воспитание по типу «повышенной моральной ответственности» (42,9% против 10,0%, $\chi^2=10,597$, (df)1, $p=0,001$) и гипоопека по типу «отвержения» (42,9% против 2,2%, $\chi^2=28,174$, (df)1, $p<0,001$).

Таблица 1.

Дисгармоничные (патологизирующие) типы материнского воспитания в основной и контрольной группах

Типы воспитания	Всего 292 чел. (100,0%)	Основная группа 192 чел. (100,0%)	Группа сравнения 100 чел. (100,0%)	Уровень статисти- ческой значимости различий, χ^2 Пирсо- на, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверитель- ный интервал (CI, нижнее значение, верхнее значение)
Дисгармоничное (патоло- гизирующее) воспитание	144 (49,3%)	104 (54,2%)	40 (40,0%)	$\chi^2=5,250$ (df)1, p=0,022**, OR=1,773, CI 95% (1,085- 2,895)
Типы дисгармоничного (патологизирующего) воспитания:				
Доминирующая гиперпро- текция (в том числе авто- ритарный стиль воспита- ния)	6 (4,3%)	2 (1,9%)	4 (10,0%)	$\chi^2=4,720$, (df)1, p=0,030**, OR=5,667, CI 95% (0,995- 32,265)
Потворствующая гипер- протекция (в том числе воспитание по типу «ку- мира семьи»)	32 (22,2%)	28 (26,9%)	4 (10,0%)	$\chi^2=4,787$, (df)1, p=0,029**, OR=3,316, CI 95% (1,082- 10,164)
Воспитание по типу «по- вышенной моральной от- ветственности» (в том числе гиперсоциализи- рующая гиперпротекция)	23 (16,0%)	15 (14,4%)	8 (20,0%)	$\chi^2=0,669$, (df)1, p=0,413, OR=0,674, CI 95% (0,261- 1,740)
Потворствующая гипопро- текция (в том числе воспи- тание по типу «вседозво- ленности»)	57 (46,5 %)	51 (49,0%)	16 (40,0%)	$\chi^2=0,949$, (df)1, p=0,330, OR=1,443, CI 95% (0,688- 3,026)
Гипопротекция по типу «эмоционального отвер- жения»	16 (11,1%)	8 (7,7%)	8 (20,0%)	$\chi^2=4,431$, (df)1, p=0,035**, OR=3,000, CI 95% (1,041- 8,646)
Всего типов дисгармонич- ного (патологизирующего) воспитания	144 (100,0%)	104 (100,0%)	40 (100,0%)	

Таблица 2.

Дисгармоничные (патологизирующие) типы материнского воспитания при ранней и поздней манифестации энкопреза

Типы воспитания	Всего 192 чел.	Ранняя мани- фестация 160 чел.	Поздняя ма- нифестация 32 чел.	Уровень статисти- ческой значи- мости разли- чий, χ^2 Пирсона, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал (CI, нижнее значе- ние, верхнее значение)
Дисгармоничное (пато- логизирующее) воспи- тание	104 (54,2%)	90 (56,3%)	14 (43,8%)	$\chi^2=1,678$ (df)1, p=0,195, OR=1,653, CI 95% (0,769- 3,553)
Типы дисгармоничного (патологизирующего) воспитания:				
Доминирующая гипер- протекция (в том числе авторитарный стиль воспитания)	2 (1,9%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	$\chi^2=0,317$ (df)1, p=0,573, OR=1,159, CI 95% (1,073- 1,252)
Потворствующая ги- перпротекция (в том числе воспитание по типу «кумира семьи»)	28 (26,9%)	27 (30,0%)	1 (7,1%)	$\chi^2=3,217$, (df)1, p=0,073*, OR=5,571, CI 95% (0,694- 44,744)
Воспитание по типу «повышенной мораль- ной ответственности» (в том числе гиперсоциа- лизирующая гиперпро- текция)	15 (14,4%)	9 (10,0%)	6 (42,9%)	$\chi^2=10,597$, (df)1, p=0,001**, OR=6,750, CI 95% (1,909- 23,863)
Потворствующая гипо- протекция (в том числе воспитание по типу «вседозволенности»)	51 (49,0 %)	50 (55,6%)	1 (7,1%)	$\chi^2=11,363$, (df)1, p=0,001**, OR=16,250 CI 95% (2,038- 129,555)
Гипопротекция по типу «эмоционального от- вержения»	8 (7,7%)	2 (2,2%)	6 (42,9%)	$\chi^2=28,174$, (df)1, p<0,001**, OR=33,000, CI 95% (5,698- 191,114)
Всего типов дисгармо- ничного (патологизи- рующего) воспитания	104 (100,0%)	90 (100,0%)	14 (100,0%)	

Патологизирующее воспитание отцов по определению оценивалось лишь в полных семьях (табл. 3), число которых в основной группе (59,4%) было меньше по сравнению с контрольной группой (82,0%, $\chi^2=15,252$ (df)1, $p<0,001$). Общее число случаев патологизирующего воспитания отцов в сравниваемых группах не отличалось (53,5% против 42,7%, $\chi^2=2,237$ (df)1, $p=0,135$). Однако в основной группе у отцов чаще встречалась потворствующая гипоопека ($\chi^2=3,826$, (df)1, $p=0,050$) и на уровне тенденции доминирующая гиперопека ($\chi^2=2,754$, (df)1, $p=0,097$).

Таблица 3.

Дисгармоничные (патологизирующие) типы отцовского воспитания в основной и контрольной группах

Типы воспитания	Всего 292 чел.	Основ- ная группа 192 чел.	Контроль- ная группа 100 чел.	Уровень статистиче- ской значимости раз- личий, χ^2 Пирсона, риск ошибки (p), от- ношение шансов (OR), доверительный интервал (CI, нижнее значение, верхнее значение)
Полная семья	196 (67,1%)	114 (59,4%)	82 (82,0%)	$\chi^2=15,252$ (df)1, $p<0,001$, OR=3,117, CI 95% (1,735- 3,492)
Дисгармоничное (патоло- гизирующее) воспитание	96 (49,0%)	61 (53,5%)	35 (42,7%)	$\chi^2=2,237$ (df)1, $p=0,135$, OR=1,546, CI 95% (0,872- 2,738)
Типы дисгармоничного (патологизирующего) воспитания:				
Доминирующая гиперпро- текция (в том числе автори- тарный стиль воспитания)	9 (9,4%)	8 (13,1%)	1 (2,9%)	$\chi^2=2,754$, (df)1, $p=0,097^*$, OR=5,132, CI 95% (0,614- 42,884)
Потворствующая гипер- протекция (в том числе воспитание по типу «куми- ра семьи»)	24 (25,0%)	15 (24,6%)	9 (25,7%)	$\chi^2=0,015$, (df)1, $p=0,903$, OR=1,062, CI 95% (0,408- 2,762)
Воспитание по типу «по- вышенной моральной от- ветственности» (в том чис- ле гиперсоциализирующая гиперпротекция)	11 (11,5%)	5 (8,2%)	6 (17,1%)	$\chi^2=1,754$, (df)1, $p=0,185$, OR=2,317, CI 95% (0,652- 8,241)
Потворствующая гипопро- текция (в том числе воспи- тание по типу «вседозво- ленности»)	37 (38,5%)	28 (45,9%)	9 (25,7%)	$\chi^2=3,826$, (df)1, $p=0,050^*$, OR=2,451, CI 95% (0,987- 6,090)
Гипопротекция по типу «эмоционального отверже- ния» («неприятия»)	15 (15,6%)	5 (8,2%)	10 (28,6%)	$\chi^2=7,003$, (df)1, $p=0,085^{**}$, OR=4,480, CI 95% (1,387- 14,470)
Всего	96 (100,0%)	61 (100,0%)	35 (100,0%)	-

В подгруппе с поздней манифестацией энкопреза было больше случаев доминирующей гиперопеки отцов (57,1% против 7,4%, $\chi^2=13,452$ (df)1, $p<0,0001$) и эмоционального отвержения со стороны отца (28,6% против 5,6%, $\chi^2=4,362$, (df)1, $p=0,037$). Подгруппа ранней манифестации отличалась преобладанием потворствующей отцовской гиперопеки (51,9% против 0,0%, $\chi^2=6,709$, (df)1, $p=0,010$) (табл. 4).

Таблица 4.

Дисгармоничные (патологизирующие) типы отцовского воспитания при ранней и поздней манифестации энкопреза

Типы воспитания	Всего 192 чел. (100,0%)	Ранняя мани- фестация 160 чел. (100,0%)	Поздняя ма- нифестация 32 чел. (100,0%)	Уровень статисти- ческой значимости различий, χ^2 Пир- сона, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), дове- рительный интер- вал (CI, нижнее значение, верхнее значение)
Полная семья	114 (59,4%)	95 (59,4%)	19 (59,4%)	$\chi^2=0,000$ (df)1, $p=1,000$
Дисгармоничное (патоло- гизирующее) воспитание	61 (53,5%)	54 (56,8%)	7 (36,8%)	$\chi^2=2,546$ (df)1, $p=0,111$, OR=2,258, CI 95% (0,817- 6,241)
Типы дисгармоничного (патологизирующего) воспитания:				
Доминирующая гиперпро- текция (в том числе авто- ритарный стиль воспита- ния)	8 (13,1%)	4 (7,4%)	4 (57,1%)	$\chi^2=13,452$ (df)1, $p<0,0001^{**}$, OR=16,667, CI 95% (2,726- 101,896)
Потворствующая гипер- протекция (в том числе воспитание по типу «ку- мира семьи»)	15 (24,6%)	14 (25,9%)	1 (14,3%)	$\chi^2=0,453$, (df)1, $p=0,501$, OR=2,100, CI 95% (0,232- 19,005)
Воспитание по типу «по- вышенной моральной от- ветственности» (в том числе гиперсоциализи- рующая гиперпротекция)	5 (8,2%)	5 (9,3%)	0 (0,0%)	$\chi^2=0,706$, (df)1, $p=0,401$
Потворствующая гипо- протекция (в том числе воспитание по типу «все- дозволен-ности»)	28 (45,9%)	28 (51,9%)	0 (0,0%)	$\chi^2=6,709$, (df)1, $p=0,010^{**}$
Гипопротекция по типу «эмоционального отвер- жения» («неприяття»)	5 (8,2%)	3 (5,6%)	2 (28,6%)	$\chi^2=4,362$, (df)1, $p=0,037^{**}$, OR=6,800, CI 95% (1,108- 50,810)
Всего	61 (100,0%)	54 (100,0%)	7 (100,0%)	-

Обсуждение. Результаты исследования показали, что матери детей с энкопрезом по сравнению с матерями здоровых сверстников были менее склонны к директивности, требованию к немедленному и беспрекословному выполнению ребенком просьб и словесных инструкций (меньше случаев доминирующей гиперопеки) и в целом реже отвергали своих детей (меньше случаев эмоционального отвержения). При этом стойкой отличительной чертой материнского воспитания при раннем начале энкопреза является потворствование, что проявляется неспособностью использовать эффективные способы воздействия на ребенка. Это важная находка, поскольку речь идет о 5-7 годах – периоде, когда навык опрятности совершенствуется и закрепляется. Недостаток организующей функции ближайшего взрослого в этом возрасте, с нашей точки зрения, является важным фактором нестойкости механизма самоконтроля за дефекацией, что косвенно позволяет говорить о преобладающем в этом возрастном периоде ретардационном механизме формирования энкопреза как следствие задержки навыка по причине недостаточной стимуляции его развития ближайшим взрослым окружением. Выявленная потворствующая воспитательная позиция проявлялась как в случае гиперпротективной установки (безусловное принятие ребенка, безоговорочная поддержка, обеспечение защиты при минимуме требований и санкций), так, наоборот, в режиме и гипопротекции (отказ от любых воспитательных мер, предоставление ребенка самому себе и др.). И тот, и другой подход приводят к хаотичному и дезорганизованному режиму физиологических отправлений по причине недостаточного развития контроля этой функции.

Позднее начало энкопреза (8 лет и старше) было сопряжено с большей частотой воспитания по типу «повышенной моральной ответственности» и по типу «эмоционального отвержения» у матерей, что позволяет предположить уже влияние невротических механизмов в нарушении контроля за дефекацией у детей в возрастном периоде младшей школы.

Подытоживая сказанное, раннее начало энкопреза в целом было больше связано с потворствующим воспитательным подходом матери вне зависимости от усиленного или ослабленного внимания к ребенку, а позднее начало в целом - с неприятием ребенка вне зависимости от высоких или низких к нему требований.

Отцы детей с энкопрезом по сравнению с отцами здоровых сверстников чаще использовали воспитание по типу потворствующей гипопеки и на уровне тенденции – доминирующей гиперопеки. Причем потворствующая гипопека отцов в виде равнодушного отношения к формирующимся у ребенка навыкам самообслуживания отчетливей преобладала в подгруппе дошкольников. Это сближало воспитательную позицию отцов с воспитательной позицией матерей в этом возрасте и еще раз позволяло предположить наличие ведущих механизмов психической ретардации в происхождении энкопреза у дошкольников. При начале энкопреза в школьном возрасте отцы чаще демонстрировали по отношению к детям доминирующую гиперопеку и эмоциональное отвержение, что в большей степени соответствует невротической модели развития системного невроза.

Описанные закономерности важны для понимания подходов к терапии энкопреза у детей в различные возрастные периоды с дифференцированной направленностью психотерапевтической интервенции отдельно для матерей и для отцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буюнов М.И. Недержание мочи и кала. М.: Медицина, 1985. 184 с.
2. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. – Л., Медицина, 1977. 271 с.
3. Духанов А.Я. Недержание кала у детей. Ленинград: Медгиз, 1950. 153 с.
4. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 560 с.
5. Новикова В.П., Гурова М.М., Богданова Н.М., Гречаный С.В.. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 360 с.
6. Сергеев И.И., Лакосина Н.Д., Панкова О.Ф.. Психиатрия и наркология : учебник. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 752 с.
7. Фесенко, Ю.А. Возрастная физиология и психофизиология: энурез и энкопрез у детей: практическое пособие. 2-е изд. М.: Юрайт, 2025. 168 с.
8. Чуркин А.А. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: МегаПро, 2010. 132 с.
9. Шанько Г.Г. Михайлов А.Н., Прусаков С.Н., Родцевич О.Г. Энкопрез неорганической природы у детей : учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО, 2007. 32 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 3-е. СПб: Речь, 2006. 352 с.

REFERENCES

1. Buyanov M.I. Niderzhantie mochi i kala. M.: Medicina, 1985. 184 s.
2. Garbuzov V.I., Zaharov A.I., Isaev D.N. Nevrozy u detej i ih lechenie. – L., Medicina, 1977. 271 s.
3. Duhanov A.YA. Niderzhantie kala u detej. Leningrad: Medgiz, 1950. 153 s.
4. Kovalyov V.V. Psihiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachej. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Medicina, 1995. 560 s.
5. Novikova V.P., Gurova M.M., Bogdanova N.M., Grechanyj S.V.. Funkcional'nye zabolevaniya zheludочно-kishechnogo trakta u detej. M.: GEOTAR-Media, 2023. 360 s.
6. Sergeev I.I., Lakosina N.D., Pankova O.F.. Psihiatriya i narkologiya : uchebnik. M.: MEDpress-inform, 2009. 752 s.
7. Fesenko, YU.A. Vozrastnaya fiziologiya i psihofiziologiya: enurez i enkoprez u detej: prakticheskoe posobie. 2-e izd. M.: YUrajt, 2025. 168 s.
8. CHurkin A.A. Prakticheskoe rukovodstvo po ispol'zovaniyu MKB-10 v psihiatrii i narkologii. M.: MegaPro, 2010. 132 s.
9. SHan'ko G.G. Mihajlov A.N., Prusakov S.N., Rodcevich O.G. Enkoprez neorganicheskoy prirody u detej : uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk: BelMAPO, 2007. 32 s.
10. Ejdemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semejnyj diagnost i semejnaya psihoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachej i psihologov. Izd. 3-e. SPb: Rech', 2006. 352 s.

11. Alpaslan A.H., Koçak U., Avcı K., Güzel H.I.. Association between elimination disorders and abusive maternal attitudes J Forensic Leg Med. 2016 May; 40:22-7. doi: 10.1016/j.jflm.2016.02.004. Epub 2016 Mar 3.

12. Dayan J., Creveuil C., Bapt-Cazalets N. Enuresis and encopresis: Association with child abuse and neglect. Encephale. 2022 Sep;48 Suppl 1: S30-S33. doi: 10.1016/j.encep.2022.08.005. Epub 2022 Aug 31. PMID: 36057483

A.A. Bebenin, S.V. Grechany

TYPES OF PATHOLOGIZING FAMILY EDUCATION IN CHILDREN'S ENCOPRESIS

Saint Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg).

Summary. The purpose of the study is to study the types of disharmonious (pathologizing) parenting in families of children with encopresis that began at different ages. 192 people aged 5-13 years (the main group) were examined. The comparison group included 100 children without encopresis. Research method: questionnaire "Analysis of family relationships" (DIA), (E.G. Eidemiller et al., 2007). The results of the study showed that mothers of children with encopresis, compared with mothers of healthy peers, were less likely to be directive and less likely to reject their children. At the same time, indulgence is a persistent distinguishing feature of maternal upbringing at the early beginning of encopresis. Later onset of encopresis (8 years and older) was associated with a higher frequency of parenting by the type of "increased moral responsibility" and by the type of "emotional rejection" in mothers. Fathers of children with encopresis, compared with fathers of healthy peers, were more likely to use parenting according to the type of indulgent hypoo-care and at the level of tendency - dominant hyper-care (it prevailed in a subgroup of preschoolers). At the beginning of encopresis at school age, fathers were more likely to demonstrate dominant overprotection and emotional rejection towards their children. The established patterns are important for understanding common approaches to encopresis therapy in children at different age periods with a differentiated focus of psychotherapeutic intervention separately for mothers and fathers.

Keywords: encopresis, fecal incontinence, disharmonious upbringing, pathologizing upbringing, analysis of family relationships.

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

УДК 159.922.7

А.Н. Ключникова¹, М.А. Сотникова¹, С.В. Артышко², Е.Ю. Журавлева³**КОРРЕКЦИЯ ДЕНТОФОБИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

¹Дальневосточная государственная академия физической культуры,
²ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет» (Хабаровск),
³ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет» (Краснодар).

Резюме. В статье представлены обобщенные данные о феномене дентофобии, механизмах ее проявления, а также некоторых способах по ее контролю и коррекции у учащихся младшей школы. На протяжении всей своей жизни человек сталкивается с различными жизненными обстоятельствами, вызывающих у него различные поведенческие реакции. Страх перед стоматологическими процедурами представляет собой одну из форм такой реакции. Проявление дентофобии в условиях процесса лечения также находит свое выражение у всех его участников. Комплексный подход в решении задач по контролю и коррекции дентофобии позволяет не только понимать суть данного феномена, но и осуществлять комплекс мероприятий по ее снижению, для более эффективного процесса лечения. Исходя из изложенного, предлагается комплекс педагогических и психологических средств по диагностике, профилактике и коррекции дентофобии.

Ключевые слова: страх, дентофобия, лечение, профилактика, психолого-педагогическое сопровождение.

Введение. Питание для человека всегда являлось жизненной потребностью. Совершенствуя процесс производства, человек столкнулся с необходимостью улучшения качества того, что он употребляет в пищу, и достиг определенных успехов (длительное хранение, транспортировка, вкусовые данные и пр.) Данный факт, бесспорно, имеет место быть, однако затронул самого человека и с отрицательной точки зрения. Индустрия питания, безусловно, заботится о человеке как потребителе, и все же этих мер, наряду с действиями самого индивида, бывает недостаточно для сохранения внутреннего гомеостаза.

В данном случае речь идет о здоровье зубов и ротовой полости. В этой связи, для индивида становится необходимым уход за ротовой полостью и зачастую без помощи профессионалов ему не обойтись. И в данном контексте целесообразно говорить о некой степени стресса для индивида, поскольку незнакомая обстановка, запахи, да и ко всему прочему действия врачей в ротовой полости, могут вызвать у него неприятные, подчас болевые ощущения, что, в конечном счете, может привести к возникновению определенного рода устойчивых отрицательных представлений, так что визит к стоматологу будет сопряжен не столько с болью, сколько со страхом подобных процедур.

Ввиду вышеизложенного, коррекция страха перед стоматологическими процедурами (дентофобии) является актуальной не только для самого носителя, но и представляет профессиональный интерес для педагогов, психологов и са-

мих стоматологов, поскольку реакция индивида, в данном контексте, бывает совершенно разной, а профилактика и коррекция данного явления, бесспорно, будет позитивно сказываться на ходе лечения пациента для сохранения его психического и физического здоровья.

Свое место в данном аспекте занимает коррекция дентофобии у детей младшего школьного возраста, поскольку данная категория эмоционально недостаточно зрелая и не всегда может справиться с боязнью подобных процедур самостоятельно.

Гипотеза исследования. Предполагалось, что комплекс психолого-педагогических методов позволит снизить уровень тревожности у пациентов младшего школьного возраста, страдающих дентофобией.

Обзор литературы. Вопросами страха человека перед различными явлениями или событиями занимались величайшие мыслители. Так, Платон в диалоге «Аксиох» доказывает, что причиной возникновения страха является поток мрачных мыслей, заслоняющих истинное бытие человека после его смерти [7]. Также в рамках философских концепций И. Канта, Ф. Ницше, Н. Макиавелли и др. тревожность рассматривалась как синонимичное/составное понятие страха [8]. В эпоху Возрождения изучение такого феномена, как страх, продолжалось. Так, Т. Гоббс полагал, что страх выступает как стимул в познавательной деятельности индивида, помогая ему овладевать практическими знаниями, что, в свою очередь, позволяет улучшить свою жизнь [1]. М. Монтень в своих рассуждениях описывал страх как противоречивое явление: с одной стороны он может «парализовать» разум индивида, с другой мобилизовать [5]. Новое звучание данная тема получила благодаря теоретическим концепциям в области психологии. Так, основоположник психоаналитической теории З. Фрейд полагал, что источники страха и тревоги, с точки зрения генетической, восходят к травме рождения с последующим ощущением разлуки с объектом любви [12]. Иными словами, тревога и страх, по мнению З. Фрейда, являются синонимичными.

По мнению Р. Лихи, фобия представляет собой форму страха, обусловленного определенными стимулами и активизирующегося без видимых причин. Также, согласно данным Р. Лихи, фобии (в том числе, изолированные) в некоторой степени носят наследственный, врожденный характер. Данное утверждение обосновывается эволюционным, адаптивным фактором (борьбой за выживание против враждебной, внешней среды) [4].

Согласно определению Российского общества психиатров, фобии представляют собой форму непреодолимых, интенсивных и необоснованных страхов [10].

Также на защите психического и физического здоровья населения стоит государство. Согласно ст. 7 Федерального закона № 323 в России государством признается приоритет по охране физического и психического здоровья детей как одного из важнейших и необходимых условий их развития [9].

Как у любого явления, в поведении человека, существуют различные виды фобий. Согласно Р. Лихи существуют:

- 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 могут возникать непреодолимое желание выполнить действия, которые, как ему кажется, могут нейтрализовать неприятные образы (постоянные проверки, мытье рук и т. д.).

- **Социофобия.** Характеризуется боязнью индивида порицания со стороны, особенно в ситуациях межличностных отношений (концерты, новые знакомства, общественные места), также огромным психофизиологическим напряжением при социальных контактах, склонностью к одиночеству и самоизоляции, алкоголизму и употреблению 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.

- **Изолированные фобии.** Характеризуются устойчивыми убеждениями, что некоторые явления и/или вещи для них опасны (животные, самолеты, замкнутые пространства и т. п.) [4].

Согласно классификации Российского общества психиатров, самыми распространенными видами фобий являются:

- Социофобия – страх перед другими людьми (выступления, привлечение внимания и т. п.);

- Агорафобия – страх открытой местности, боязнь остаться беззащитным;

- Простые (изолированные) – клаустрофобия, ахарнофобия, аэрофобия, аквафобия и др. [10].

Поскольку речь идет о виде изолированной фобии, а именно страх перед стоматологическими процедурами, целесообразно говорить о причинах его возникновения. Среди наиболее распространенных причин страха перед проведением стоматологических процедур являются:

- полученный пациентом в прошлом отрицательный опыт при обращении за стоматологической помощью;

- грубое обращение стоматолога;

- болезненные ощущения пациента, полученные в результате лечения, вследствие чего сформировалось негативное отношение к стоматологам и процессу лечения в целом;

- информация, полученная от родителей, что прием у стоматолога будет болезненным, создают основу для беспокойства [6].

Одним из эффективных методов по коррекции дентофобии является метод парадоксальной интенции, взятый из психотерапии [11].

Целью исследования являлась проверка эффективности данного метода в условиях проведения профилактических и лечебных мероприятий в ротовой полости. Данный метод коррекции был выбран ввиду его универсальности и простоты организации.

Материалы и методы исследования. Из вышеуказанного следует, что дентофобия является видом тревожного расстройства. Исходя из этого, при

проведении исследования целесообразно выполнять диагностику путем анкетирования «Измерение уровня личной и ситуативной тревожности» по методике Ч. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина [2]. Поскольку существует взаимосвязь между конкретной ситуацией (обстановкой - страхом стоматологических процедур), была выбрана именно эта методика по диагностике уровня тревожности, так как взаимодействие с объектом фобии носит ситуативный характер.

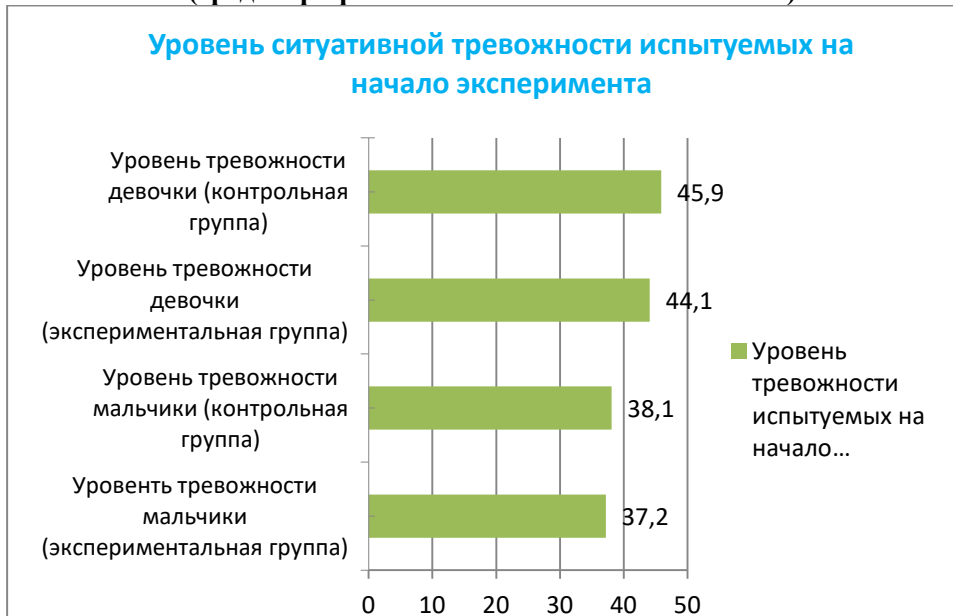
Проводя исследования, предполагалось определить уровень ситуативной тревожности у детей младшего школьного возраста в условиях проведения стоматологических процедур.

Исследования проводились на базе Тихоокеанского государственного университета в период с сентября по декабрь 2024 г. Анкетирование проводилось среди учащихся общеобразовательных учреждений г. Хабаровска в возрасте от 7 до 11 лет. Среди 200 респондентов удалось выявить 40 мальчиков и 40 девочек с явно завышенным уровнем тревожности непосредственно перед стоматологическими процедурами.

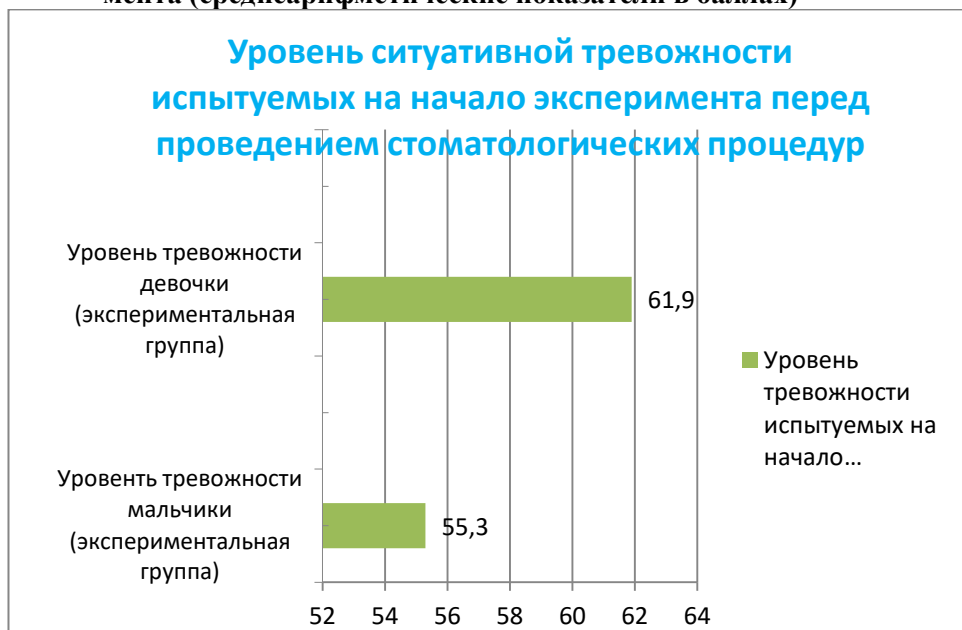
Далее испытуемые были разделены на контрольные (мальчиков 20 человек и девочек 20 человек) и экспериментальные группы (мальчиков 20 человек и девочек 20 человек) в случайном порядке. Решение о разделении групп по гендерному признаку было принято: 1) с целью исключения дополнительного фактора повышения тревожности; 2) с целью анализа степени влияния гендерной принадлежности на уровень ситуативной тревожности, поскольку у исследователей нет однозначного мнения о взаимосвязи гендерной принадлежности и уровня проявления тревожности [3].

Диаграмма 1.

Уровень ситуативной тревожности испытуемых на начало эксперимента (среднеарифметические показатели в баллах)



Уровень ситуативной тревожности у подростков на начало эксперимента (среднеарифметические показатели в баллах)



Согласно методике «Измерение уровня личной и ситуативной тревожности» по методике Ч. Спилбергера распределяются следующим образом:

- до 30 баллов – «низкий уровень»;
- От 30 до 45 баллов – умеренный уровень;
- От 46 и выше – высокий уровень;

Как видно из диаграммы 1, на начало эксперимента уровень ситуативной тревожности испытуемых выходит за пределы умеренного только у контрольной группы у девушек.

В контрольных группах испытуемых коррекция тревожности проводилась с применением методов когнитивно–поведенческой терапии (схема – терапия, рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ)). Выбор в пользу данных методов при проведении эксперимента обусловлен ходом педагогического наблюдения, при котором 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 экспериментальных группах занятия проводились путем моделирования ситуаций, вызывающих у испытуемых стресс. Данные процедуры проводились в течение четырех месяцев по одному разу в неделю. Была выбрана аудитория, максимально похожая на стоматологический кабинет (нейтральный цвет стен,

расставлены игрушки, включена расслабляющая музыка). Далее каждому испытуемому было предложено сесть в стоматологическое кресло, затем проследить и поделиться своими ощущениями. После того как испытуемые привыкали к обстановке, им предлагалось открыть ротовую полость и дать провести осмотр профильному специалисту. Сам осмотр производился стерильными инструментами, максимально похожими на настоящие.

После проведения данных процедур в отношении каждого испытуемого использовался метод положительного подкрепления совместно с родителями.

Результаты исследования

Диаграмма 3

Уровень ситуативной тревожности у подростков на конец эксперимента (среднеарифметические показатели в баллах)



Исходя из полученных данных, при проведении исследования можно заключить:

- уровень ситуативной тревожности в контрольной группе у мальчиков на конец эксперимента снизился с 37,2 до 36,2 балла;
- уровень ситуативной тревожности в контрольной группе у девочек снизился с 45,9 до 42,1 баллов;
- уровень ситуативной тревожности в экспериментальной группе у девушек в состоянии покоя – 44,1 балла, непосредственно перед проведением процедур составлял 61,9 баллов, после проведения психолого–педагогических мероприятий – 38,5 баллов;
- уровень ситуативной тревожности в экспериментальной группе у мальчиков в состоянии покоя – 37,2 балла, непосредственно перед проведением процедур составлял 55,3 балла, после проведения психолого–педагогических мероприятий – 33,4 балла.

Заключение. Дентофобия является искаженной формой восприятия внешней среды (страх стоматологических процедур).

Профилактика и коррекция различных фобий у детей в нынешних условиях является острой необходимостью, поскольку процесс лечения является очень специфичным мероприятием, при котором затрачивается огромное количество психологических ресурсов самого индивида. Проявление дентофобии в условиях процесса лечения создает препятствия для стоматолога, что, безусловно, сказывается на процессе выздоровления.

Выбранный исследователями способ по коррекции дентофобии позволяет в игровой форме снижать уровень тревоги у детей, что, с точки зрения педагогики и психологии, является наиболее обоснованным и эффективным.

Практические рекомендации для профилактики и коррекции дентофобии:

- 1) определение страха (что именно его вызывает);
- 2) признание страхов ребенка;
- 3) поиск причин его обуславливающих;
- 4) формирование мотивации к изменению (какие ресурсы будут затрачены и какую пользу принесет избавление от фобии);
- 5) воображать ситуации, вызывающие страх в своем сознании;
- 6) моделировать обстановку, вызывающую страх по мере его возрастания.

Приведенные методы терапии дентофобии могут быть использованы в общеобразовательных учреждениях педагогическими работниками, психологами, в учреждениях здравоохранения при работе с носителями данного расстройства для сохранения их физического и психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоббс Т. Сочинения в 2 т. Т. 2 / Сост., ред., авт. примеч. В.В. Соколов; Пер. с лат. и англ. М.: Мысль, 1991. 731 с.
2. Зайцев Ю.А., Хван А.А. Стандартизация методик диагностики тревожности Спилберга–Ханина и Дж.Тейлор // Психологическая диагностика : научно-методический и практический журнал. 2011. № 3 июль-сентябрь. С. 19–34.
3. Кузнецов Д. Демобилизующая тревожность. Некоторые причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников // Первое сентября, 2005. № 2.
4. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2019. 368 с.
5. Монтень М. Опыты. М., 1997. 400 с.
6. Орлова Е.С., Орлова И.С. Повышенная тревожность и коррекция дентофобии у пациента при оказании стоматологической помощи // Университетская медицина Урала. 2019. № 4. С. 22-25.
7. Платон. Диалоги. М.: Эксмо, 2024. 352 с.
8. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и тревожность / Сост. и общая ред. В.М. Астапова. СПб.: Питер, 2001. С. 88–103.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 10 . Фобии: [Электронный ресурс]: <https://psychiatr.ru/education/slide/353> (дата обращения 10.10.2024)
11. Франкл В. Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ /

Пер. с нем. 2-е изд. М.: Альпина нон-фикшн, 2022. 338 с.

12. Фрейд З. Тревога // Психология эмоций. СПб.: Питер, 2004. 496 с.

REFERENCES

1. Gobbs T. Sochineniya v 2 t. T. 2 / Sost., red., avt. primech. V.V. Sokolov; Per. s lat. i angl. M.: My`sl`, 1991. 731 s.
2. Zajczew Yu.A., Khvan A.A. Standartizaciya metodik diagnostiki trevozhnosti Spilberga–Khanina i Dzh.Tejlor // Psikhologicheskaya diagnostika : nauchno-metodicheskij i prakticheskij zhurnal. 2011. # 3 iyul`-sentyabr`. S. 19–34.
3. Kuzneczov D. Demobilizuyushhaya trevozhnost`. Nekotory`e prichiny` i formy` proyavleniya nevroticheskikh rasstrojstv u sovremenny`kh starsheklassnikov // Pervoe sentyabrya, 2005. # 2.
4. Likhi R. Svoboda ot trevogi. Sprav`sy s trevogoj, poka ona ne raspravilas` s toboj. SPb.: Piter, 2019. 368 s.
5. Monten` M. Opy`ty`. M., 1997. 400 s.
6. Orlova E.S., Orlova I.S. Povy`shennaya trevozhnost` i korrekciya dentofobii u paczienta pri okazanii stomatologicheskoy pomoshhi // Universitetskaya medicina Urala. 2019. # 4. S. 22–25.
7. Platon. Dialogi. M.: E`ksmo, 2024. 352 s.
8. Spilberger Ch. Konceptual`ny`e i metodologicheskie problemy` issledovaniya trevogi // Trevoga i trevozhnost` / Sost. i obshhaya red. V.M. Astapova. SPb.: Piter, 2001. S. 88–103.
9. Federal`ny`j zakon ot 21.11.2011 # 323-FZ (red. ot 28.12.2024) «Ob osnovakh okhrany` zdorov`ya grazhdan v Rossijskoj Federaczii».
- 10 . Fobii: [E`lektronny`j resurs]: <https://psychiatr.ru/education/slide/353> (data obrashheniya 10.10.2024)
11. Frankl V. Doktor i dusha: Logoterapiya i e`kzistencial`ny`j analiz / Per. s nem. 2-е изд. М.: Ал`пина нон-фикшн, 2022. 338 с.
12. Frejd Z. Trevoga // Psikhologiya e`mocij. SPb.: Piter, 2004. 496 s.

A.N. Klyuchnikova¹, M.A. Sotnikova¹, S.V. Artyshko², E.Yu. Zhuravleva³ CORRECTION OF DENTOPHOBIA IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS

¹Far Eastern State Academy of Physical Education, ²Pacific National University (Khabarovsk), ³Kuban State University (Krasnodar).

Summary. The article presents generalized data on the phenomenon of dentophobia, the mechanisms of its manifestation, as well as some methods for its control and correction in primary school students. Throughout their lives, a person is faced with various life circumstances that cause various behavioral reactions. Fear of dental procedures is one of the forms of such a reaction. The manifestation of dentophobia in the context of the treatment process also finds its expression in all its participants. An integrated approach to solving problems of control and correction of dentophobia allows not only to understand the essence of this phenomenon, but also to implement a set of measures to reduce it, for a more effective treatment process. Based on the above, a set of pedagogical and psychological tools for diagnostics, prevention and correction of dentophobia is proposed.

Keywords: fear, dentophobia, treatment, prevention, psychological and pedagogical support.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ

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

Резюме. Данная статья посвящена проблемам алкогольной аддикции, вопросам изучения причин и последующей профилактики зависимого поведения от алкоголя среди школьников; в статье рассмотрены отдельные вопросы реализации психопрофилактических программ; даются практические рекомендации по применению элементов профилактики в контексте образовательной деятельности. Большинство мотивов употребления алкоголя у юношей и девушек имеет различия, что необходимо учитывать при проведении психопрофилактической работы.

Ключевые слова: алкоголизация, мотивация, причины, психопрофилактика, рекомендации.

Влияние семьи на формирование девиантности подростков рассматривается во многих работах. Алкоголизм среди молодежи проявляется в физической и психической зависимости от алкоголя, психологической и социальной деградации, патологии внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервных систем [1, 2, 3, 4, 5].

Методы исследования. Учитывая актуальность вышеизложенной проблемы, мы изучили мотивы употребления алкоголя лицами подросткового и юношеского возраста. Для исследования были использованы следующие методики: анкетирование и методика В.Ю. Завьялова, предназначенная для изучения мотивации употребления алкоголя: 1. Традиционные мотивы. 2. Субмиссивные мотивы. 3. Псевдокультурные мотивы. 4. Гедонистические мотивы. 5. Атарактические мотивы. 6. Мотивы гиперактивации поведения. 7. «Похмельная» мотивация. 8. Аддиктивные мотивы. 9. Мотивы самоповреждения.

Выборка: обучающиеся 9-11 классов, 20 юношей и 25 девушек.

Результаты исследования и обсуждение. На рис.1-9 представлено распределение ответов, связанных с видами употребляемых напитков в зависимости от пола респондентов.

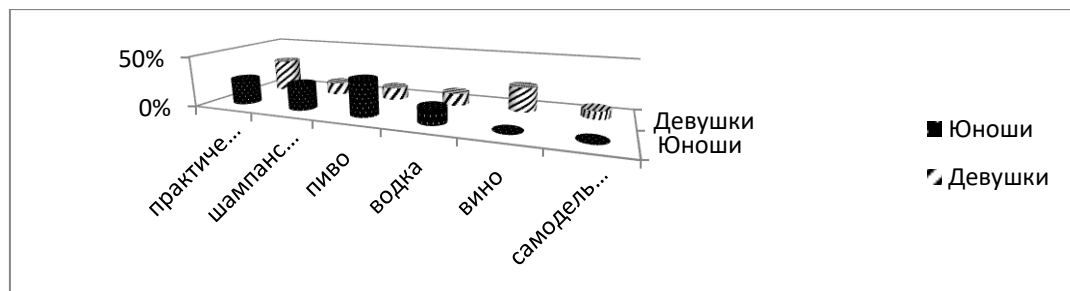


Рисунок 1. Распределение ответов (по видам спиртных напитков).

Высокую частоту встречаемости у девушек имеет ответ – «практически все» по отношению к употребляемым напиткам (32%). У юношей – «безусловный лидер» при употреблении алкогосодержащих напитков – «пиво».

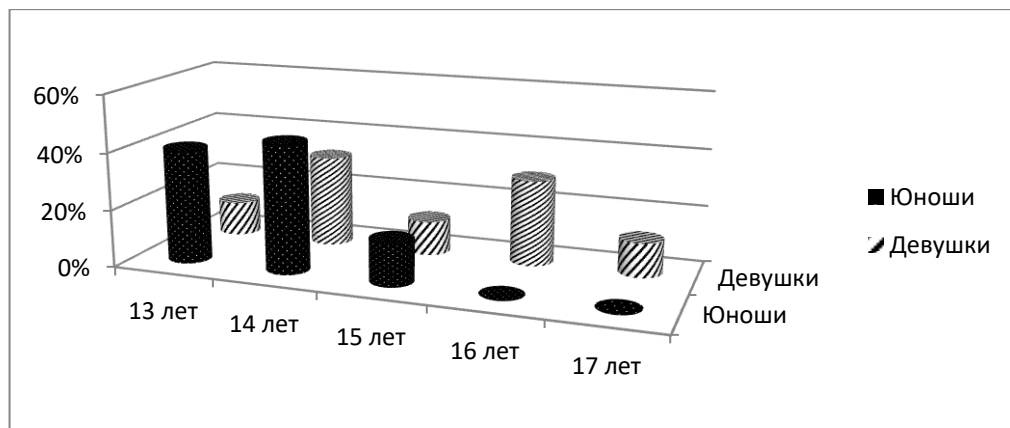


Рисунок 2. Распределение ответов юношей и девушек по показателю «возраст первой пробы».

Большинство юношей «познакомилось» со спиртным в возрасте 13-14 лет и большинство девушек – в 14-16 лет. В возрасте 16-17 лет у юношей яркая тенденция к снижению употребления, у девушек – обратная тенденция.

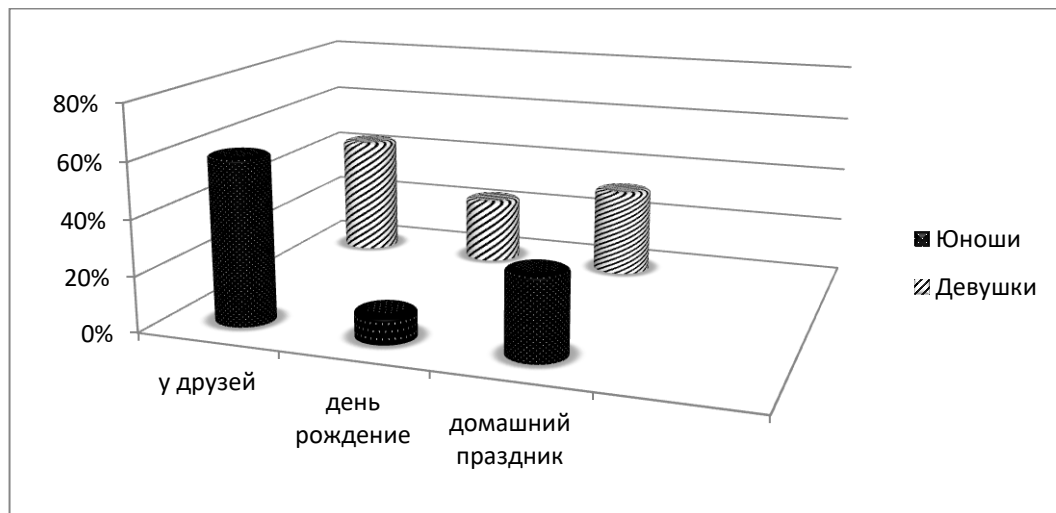


Рисунок 3. Распределение ответов по показателю «обстоятельства первой пробы алкоголя».

Первое знакомство с алкоголем у большинства юношей и девушек, произошло в кругу друзей (50% и 44% соответственно). Достаточно высокие значения (независимо от пола респондентов) у показателя «домашний праздник» (по 32%).

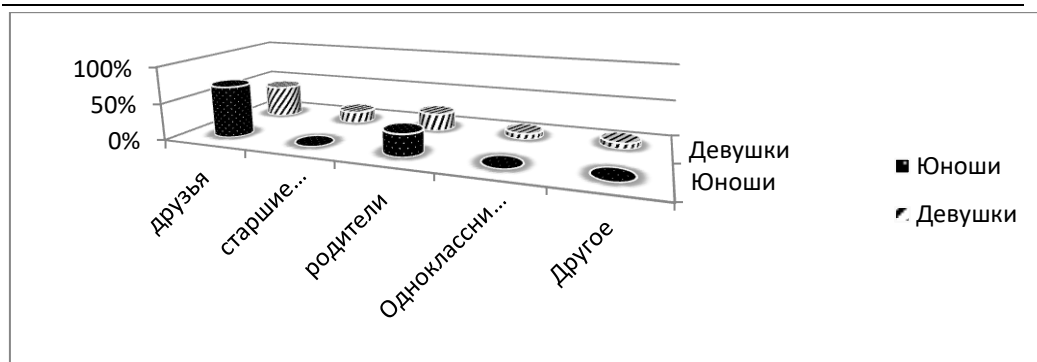


Рисунок 4. Распределение ответов по показателю «Кто предложил спиртное».

Для 60% юношей и 44% девушек инициаторами приема алкоголя являются друзья, партнеры из ближайшего социального окружения.

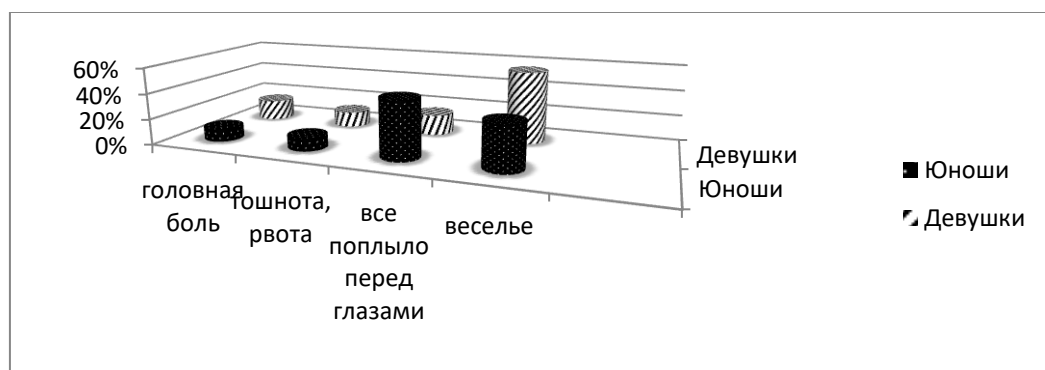


Рисунок 5. Распределение ответов по показателю «первые ощущения после принятия спиртного»

Первые ощущения от приема алкоголя крайне разнообразны, имеют широкий спектр физиологических и эмоциональных проявлений «от самых негативных до весьма приятных».

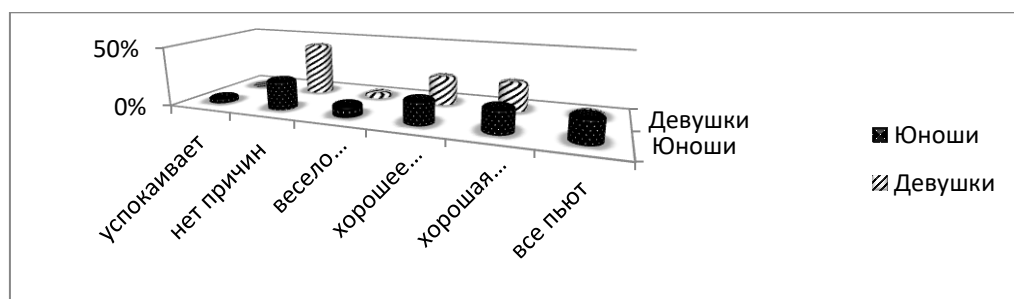


Рисунок 6. Распределение ответов по показателю «причина, по которой вам бы хотелось повторить употребление спиртного».

Ответы на данный вопрос иллюстрируют ситуацию, в которой около половины респондентов не имеют стойких причин повторного употребления спиртного.

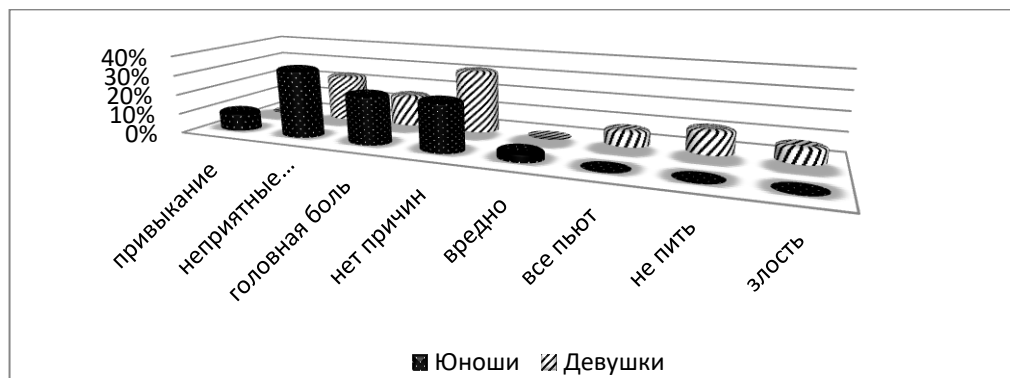


Рисунок 7. Диаграмма по показателю «причины, по которым не хотелось бы повторить употребление спиртного».

Для 32% девушек и 25% юношей – нет причин, удерживающих их от употребления спиртного.

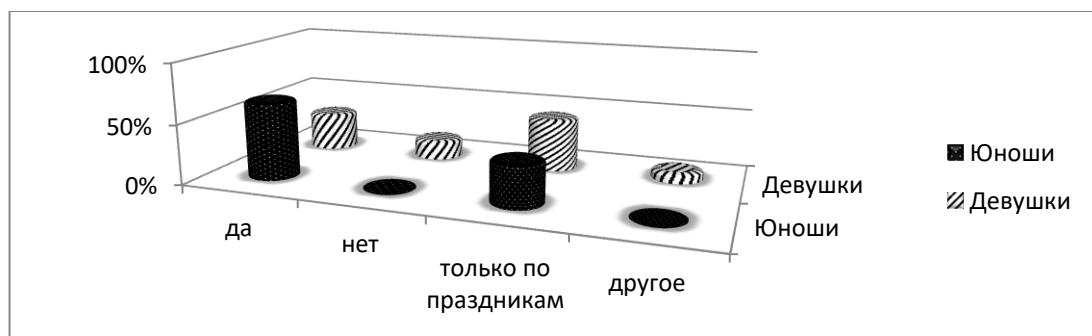


Рисунок 8. Распределение ответов по показателю «употребление спиртных напитков в семье».

В большинстве семей юношей употребляют спиртное.

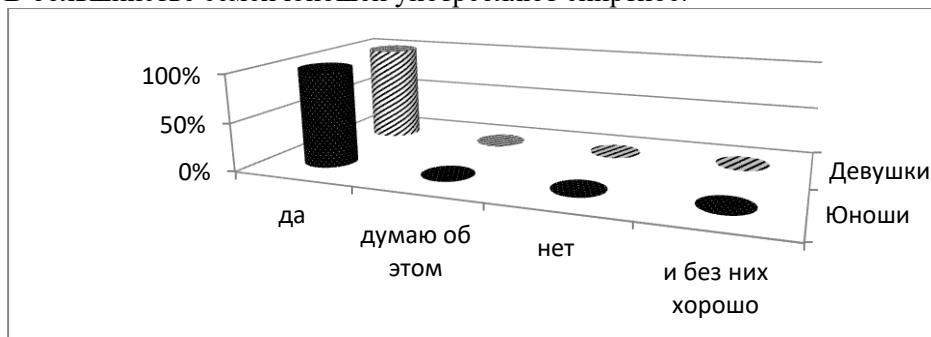


Рисунок 9. Диаграмма по показателю «полезные и интересные увлечения».

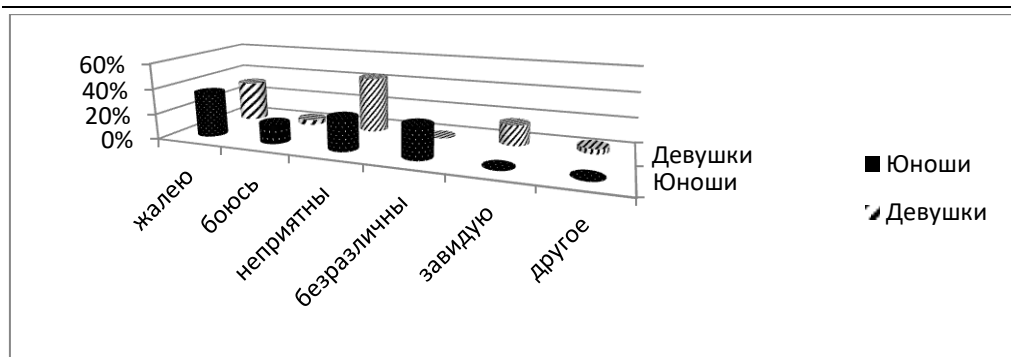


Рисунок 10. Распределение ответов по показателю «эмоции по отношению к пьяным людям»

У юношей – преобладающие эмоции: жалость, неприязнь, безразличие. Затем мы провели статистический анализ данных (табл. 1, 2).

Таблица 1.

Результаты исследования мотивов юношей (по методике «Мотивация употребления алкоголя»), в баллах

Кол-во исп-х	МОТИВЫ (1-9 в баллах)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5	2	5	5	4	2	0	0	0
2	4	0	0	0	0	0	0	0	0
3	14	7	10	13	10	9	3	0	0
4	12	12	9	7	8	6	3	8	0
5	6	10	0	3	0	0	0	0	10
6	10	8	7	5	6	0	0	0	0
7	5	4	3	3	5	4	0	0	5
8	4	6	5	8	3	5	0	1	0
9	7	3	6	4	2	3	0	1	3
10	1	2	1	0	0	1	1	2	7
11	9	9	5	9	13	11	2	3	2
12	9	11	5	9	12	12	0	4	3
13	13	12	6	9	11	13	3	1	2
14	12	15	6	10	10	14	0	2	4
15	15	13	5	11	10	9	6	4	3
16	9	14	7	14	9	9	5	5	4
17	8	9	7	13	8	11	6	1	1
18	11	11	1	15	7	13	9	2	2
19	12	14	1	15	9	13	1	3	1
20	14	14	5	14	14	15	1	4	0

Юноши больше мотивированы на употребление алкоголя по сравнению с девушками.

Таблица 2.

Результаты исследования мотивов девушек (по методике «Мотивация употребления алкоголя») в баллах

Кол-во исп-х	МОТИВЫ (1-9 в баллах)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	7	1	9	1	4	4	0	1	3
2	8	6	8	9	8	7	10	7	5
3	1	0	1	4	0	0	1	0	0
4	6	3	7	4	1	1	1	0	0
5	12	11	5	7	11	8	4	6	5
6	5	0	7	3	0	0	0	0	0
7	0	0	3	2	0	1	0	0	0
8	12	0	6	7	0	0	0	0	0
9	4	3	10	9	5	11	11	7	5
10	4	0	5	0	0	0	0	0	0
11	10	8	8	8	10	10	4	11	7
12	4	1	3	3	13	3	1	9	0
13	13	0	6	8	12	12	0	9	1
14	4	2	8	1	14	13	7	8	0
15	9	2	8	6	2	14	8	7	1
16	9	0	7	8	7	8	12	12	3
17	14	1	7	5	8	8	11	15	2
18	10	0	14	1	9	9	12	13	1
19	9	3	14	3	10	12	13	14	0
20	8	4	13	8	12	12	9	13	3
21	11	5	9	2	13	2	8	9	2
22	12	3	11	4	9	6	9	8	1
23	10	2	12	3	9	9	9	7	5
24	5	0	13	1	8	9	9	11	2
25	9	0	11	2	8	12	8	9	1

По показателям представленным в табл. 2, наблюдается тенденция, что каждый уже самостоятельно решает, употреблять ли ему спиртное или нет.

Далее был произведен подсчет ранговых сумм по всем группам мотивов. Примеры расчетов представлены в табл. 3-5.

Таблица 3.

Подсчет ранговых сумм по группе «традиционные мотивы»

Юноши		Девушки	
Показатель традиционных мотивов	ранг	Показатель традиционных мотивов	ранг
5	11.5	7	16.5
4	6.5	8	19

14	43	1	2.5
12	36.5	6	14.5
6	14.5	12	36.5
10	29.5	5	11.5
5	11.5	0	1
4	6.5	12	36.5
7	16.5	4	6.5
1	2.5	4	6.5
9	24	10	29.5
9	24	4	6.5
13	40.5	13	40.5
12	36.5	4	6.5
15	45	9	24
9	24	9	24
8	19	14	43
11	32.5	10	29.5
12	36.5	9	24
14	43	8	19
		11	32.5
		12	36.5
		10	29.5
		5	11.5
		9	24
Ранговая сумма $\sum R_i(1) = 503.5$		Ранговая сумма $\sum R_i(2) = 531.5$	

Таблица 4.

Подсчет ранговых сумм по группе «субмиссивные мотивы»

Юноши		Девушки	
Показатель субмиссивных мотивов	ранг	Показатель субмиссивных мотивов	ранг
2	17	1	13
0	6	6	28.5
7	30	0	6
12	39.5	3	22
10	35	11	37
8	31.5	0	6
4	25.5	0	6
6	28.5	0	6
3	22	3	22
2	17	0	6
9	33.5	8	31.5
11	37	1	13
12	39.5	0	6
15	45	2	17

13	41	2	17
14	43	0	6
9	33.5	1	13
11	37	0	6
14	43	3	22
14	43	4	25.5
		5	27
		3	22
		2	17
		0	6
		0	6
Ранговая сумма $\sum R_i(1) = 647.5$		Ранговая сумма $\sum R_i(2) = 387.5$	

Таблица 5.

Подсчет ранговых сумм по псевдокультурному типу мотивов

Юноши		Девушки	
Показатель псевдокультурных мотивов	ранг	Показатель псевдокультурных мотивов	ранг
5	13.5	9	35
0	1.5	8	31.5
10	37.5	1	4.5
9	35	7	26
0	1.5	5	13.5
7	26	7	26
3	8	3	8
5	13.5	6	20
6	20	10	37.5
1	4.5	5	13.5
5	13.5	8	31.5
5	13.5	3	8
6	20	6	20
6	20	8	31.5
5	13.5	8	31.5
7	26	7	26
7	26	7	26
1	4.5	14	44.5
1	4.5	14	44.5
5	13.5	13	42.5
		9	35
		11	39.5
		12	41
		13	42.5
		11	39.5
Ранговая сумма $\sum R_i(1) = 316$		Ранговая сумма $\sum R_i(2) = 719$	

Аналогичные расчеты ранговых сумм были проведены по гедонистическим, атарактическим мотивам, по мотивам гиперактивации поведения, по «похмельной» мотивации, по аддиктивным мотивам и мотивам самоповреждения. Далее мы обобщили данные в табл. 6.

Таблица 6.

Сравнительный анализ различий в мотивах употребления алкоголя юношей и девушек

№ п/п	Мотивы	ЗНАЧЕНИЕ	Выводы о наличии различий в показателях юношей и девушек
1.	Традиционные мотивы	109,5	Есть различия
2.	Субмиссивные мотивы	62,5	Есть различия
3.	Псевдокультурные мотивы	106	Есть различия
4.	Гедонистические мотивы	133	Есть различия
5.	Атарактические мотивы	247,5	Нет различия
6.	Мотивы гиперактивации поведения	223,5	Нет различий
7.	«Похмельная» мотивация	149,5	Нет различий
8.	Аддиктивные мотивы	120	Есть различия
9.	Мотивы самоповреждения	232	Нет различий

Опираясь на полученные данные, мы установили, что у юношей и девушек имеются достоверные различия по гедонистическим, аддиктивным, псевдокультурным, традиционным и субмиссивным мотивам.

Юноши и девушки имеют различные, специфичные для своего пола мотивы употребления алкоголя, что детерминирует содержание психопрофилактической работы в данной возрастной группе.

С учетом полученных данных и имеющихся программ профилактики [6, 7, 8] нами разработаны психолого-педагогические рекомендации.

1. Провести с каждым обучающимся индивидуальную беседу и выявить причины, которые послужили основой для употребления спиртных напитков. Научить определяться в своем жизненном выборе, иметь собственное мнение, позицию и не попадать под отрицательное влияние других людей.

2. Прочитать лекцию о том, как можно отмечать праздничные мероприятия без употребления алкоголя и дать понять, что нельзя следовать всем традициям, а особенно тем, которые направлены на разрушение личности и здоровья человека.

3. Провести ряд тестов, по результатам которых можно выявить школьников, легко попадающих под чужое отрицательное влияние. Провести с ними профилактическую работу, направленную на формирование черт характера, которые помогают иметь человеку собственное мнение, независимое от других.

4. Выявить основные интересы в жизни обучающихся, помочь в выборе, и постараться сделать так, чтобы интересы имели социальную значимость и положительную направленность.

5. Проработать понятие «самоутверждение», постараться понять, как по-

нимают его обучаемые, что они подразумевают под данным словом. Объяснить им данное понятие с филологической точки зрения, рассказать способы и методы самоутверждения, выработать индивидуальные способы самоутверждения каждого ученика.

6. Провести лекцию на тему «Бессодержательное проведение свободного времени», постараться помочь составить каждому ученику определенный план проведения свободного времени. Предложить различные кружки, секции, оптимально заполнить время ученика.

7. Разработать специальную программу, в ходе которой у обучающихся будут сформированы следующие функциональные личностные особенности, позволяющие противостоять зависимым формам поведения: психологическая устойчивость, эмоциональная сбалансированность, позитивное отношение к себе, умение оценивать проблемные ситуации и разрешать их.

8. Прочитать лекцию, на которой рассказать основное воздействие алкоголя на организм. Узнать, почему они выбрали именно алкоголь как средство получения психологического удовольствия. Провести беседу, где рассказать способы достижения психологического удовольствия иными путями.

9. Проанализировать негативные эмоциональные переживания обучающихся (например, с помощью метода «психодрамы» проиграть все волнующие ситуации; проработать выявленные острые переживания старшеклассников).

10. Разработать вместе с обучающимися стратегию, цель которой показать, что спиртные напитки наносят вред организму человека. Расписать каждый шаг. Вначале стратегии проанализировать отрицательные мотивы употребления алкоголя. Только проработав каждый отрицательный мотив, будет возможность выйти на положительную стратегию. Разработать план свободного времени ребят, куда включить спортивные секции и культурные мероприятия.

11. Разработать специальную программу, в ходе которой у ребят, будут формироваться ресурсные состояния личности.

12. Провести лекцию на тему: «Алкоголь – не лекарство». Рассказать о том, что алкоголь несет вред здоровью, а не используется как медицинское средство. Рассказать ребятам, что жизнь без алкоголя имеет яркие краски. Описать примеры из жизни, пути достижения удовольствия без употребления алкогольных напитков. Поработать отдельно с зависимыми от алкоголя учениками, разработать специальный курс, где расписать полную программу ухода от зависимого поведения.

13. Провести работу по выявлению учеников с ярко выраженным мотивом «самоповреждения». Провести с ними индивидуальные лекции, направленные на нейтрализацию данного мотива.

14. Разработать специальную программу, в ходе которой у ребят, будут формироваться следующие ресурсы личности: умение анализировать собственное состояние и адекватно выражать свои чувства; умение сопереживать другим и понимать мотивы и перспективы их поведения.

Работа с родителями может включать следующие мероприятия:

1. Провести с родителями лекции психопрофилактической тематики (с приглашением специалистов различных ведомств).

2. Провести беседу с родителями, на которой выяснить проблемы в пове-

дении ребенка. Обсудить с родителями возможные причины страхов детей.

3. Позаботиться о максимальной занятости ребенка после учебного процесса.

4. Прочитать лекцию родителям на тему «Свободное время вашего ребенка». Выделить в ней основные направления, которые способствуют формированию гармоничной личности: занятия спортом, изучение иностранного языка, посещение музеев и выставок, чтение художественной литературы

5. Обучение навыкам социально и психологически развивающего поведения в семье. Объяснить родителям, что общение с детьми и знание их проблем может принести родителям положительный аспект. Объяснить родителям, что они должны сами подавать положительный пример, так как дети часто повторяют за взрослыми.

Резюмируя итоги, необходимо отметить, что девиант убежден, что борьба с действительностью является единственным способом достижения целей, при этом индивид сталкивается с еще большим противостоянием со стороны ответственности. Окружающий мир воспринимается враждебно в связи с субъективными искажениями восприятия действительности. Одним из способов преодоления алкоголизма среди молодых людей является систематическая профилактика и интенсивная пропаганда здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь В.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 2004. 144 с.

2. Гечханова А.А., Лудашова Е.О. Подростковая наркомания и ее предупреждение // Молодой ученый: сб. статей Международной науч.-практ. конф., Пенза, 17 апреля 2023 г. Пенза: Наука и Просвещение, 2023. С. 143-145.

3. Локтева А.В. Формирование алкогольной зависимости в подростковом возрасте (биологические и психологические аспекты) // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2012. № 6 (125). С. 234-241.

4. Морогин В.Г., Костина Н.П. Социально-психологическая история алкоголизации России // Медицинская психология в России. 2013. Т. 5, № 5. – С. 14. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15140.

5. Наркотизация детей, подростков и молодежи России / Ю.В. Михайлова, А.Ю. Абрамов, И.С. Цыбульская [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 3 (37). С. 10.

6. Оценка мотивации потребления алкоголя: психометрические характеристики опросника В.Ю. Завьялова (МПА) / А.В. Трусова, А.А. Березина, А.Н. Гвоздецкий, С.Г. Климанова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2021. Т. 55, № 4. С. 76-85. – doi 10.31363/2313-7053-2021-55-4-76-85

7. Слепцова Т.П. Проблема алкоголизма в молодежной среде // Форум молодых ученых. 2023. № 5 (81). С. 194-198.

8. Шевырева П.А. Отклоняющееся поведение подростков на современном этапе: формы и факторы риска // Теория и практика социальной работы в современном социуме: Мат-лы IV Всероссийской науч.-практ. конф. Липецк: Липецкий государственный педагогический университет им. П.П. Семенова-Тян-Шанского, 2023. С. 159-163.

REFERENCES

1. Bratus` V.S., Sidorov P.I. Psikhologiya, klinika i profilaktika rannego alkogolizma. M.: Izd-vo MGU, 2004. 144 s.
2. Gechkhanova A.A., Ludashova E.O. Podrostkovaya narkomaniya i ee preduprezhdenie // Molodoj uchenyj: sb. statej Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., Penza, 17 aprelya 2023 g. Penza: Nauka i Prosveshhenie, 2023. S. 143-145.
3. Lokteva A.V. Formirovanie alkogol`noj zavisimosti v podrostkovom vozraste (biologicheskie i psikhologicheskie aspekty`) // Nauchny`e vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Gumanitarny`e nauki. 2012. # 6 (125). S. 234-241.
4. Morogin V.G., Kostina N.P. Soczial`no-psikhologicheskaya istoriya alkogolizacii Rossii // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2013. T. 5, # 5. – С. 14. doi: 10.24411/2219-8245- 2013-15140.
5. Narkotizacziya detej, podrostkov i molodezhi Rossii / Yu.V. Mikhajlova, A.Yu. Abramov, I.S. Czy`bul`skaya [i dr.] // Soczial`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya. 2014. # 3 (37). S. 10.
6. Oczenka motivaczii potrebleniya alkogolya: psikhometricheskie kharakteristiki oprosnika V.Yu. Zav`yalova (MPA) / A.V. Trusova, A.A. Berezina, A.N. Gvozdeczkij, S.G. Klimanova // Obozrenie psikhiatrii i mediczinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2021. T. 55, # 4. S. 76-85. – doi 10.31363/2313-7053-2021-55-4-76-85
7. Slepczova T.P. Problema alkogolizma v molodezhnoj srede // Forum molody`kh ucheny`kh. 2023. # 5 (81). S. 194-198.
8. Shevy`reva P.A. Otklonyayushheesya povedenie podrostkov na sovremennom e`tape: formy` i faktory` riska // Teoriya i praktika soczial`noj raboty` v sovremennom socziуме: Mat-ly` IV Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. Lipieczk: Lipieczkij gosudarstvennyj pedagogicheskij universitet im. P.P. Semenova-Tyan-Shanskogo, 2023. S. 159-163.

E.V. Kotova

**PSYCHOPROPHYLAXIS OF ADDICTIVE BEHAVIOR
AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS**

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

Summary: This article is devoted to alcohol addiction, the issues of studying the causes and subsequent prevention of addictive behavior from alcohol among schoolchildren; the article considers some issues of implementation of psychoprophylactic programs; gives practical recommendations on the application of prevention elements in the context of educational activities. Most of the motives of alcohol consumption in young men and girls have differences, which should be taken into account when conducting psychoprophylactic work.

Keywords: alcoholization, motivation, causes, psychoprophylaxis, recommendations.

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

Резюме. В статье рассмотрены особенности формирования базовых компонентов фонации у дошкольников с папилломатозом гортани. Анализ результатов проведенного исследования позволил установить специфические различия выполнения артикуляционных проб дошкольниками с папилломатозом гортани с включением кинетического и визуального самоконтроля.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, дошкольники с особыми образовательными потребностями, артикуляционные уклады, обучение произношению, нарушения голоса.

Полиmodalность нарушений устной речи у детей с ограниченными возможностями здоровья может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами центрального или периферического характера. [7, 11, 15, 17]. В современных исследованиях нарушение компонентов фонационного оформления высказывания рассматривается не только в структуре логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи, но и как средство или возможность проявления коммуникации [1, 3, 4, 6, 18]. В медицинских исследованиях рассматриваются структурные компоненты кинетической и кинестетической апраксии при разных патологиях. Комбинаторность нарушений может быть обусловлена различными сочетаниями дисфункции психического, психологического, физиологического состояния готовности к овладению речевой деятельностью [2, 5, 8, 10, 16]. Значима специфика формирования изучаемых вопросов с учетом ведущего компонента нарушения по степени первичности дефекта [12].

Особый интерес, на наш взгляд, представляет совершенно иная категория детей, имеющих схожую симптоматику в плане формирования артикуляционных стереотипов, но принципиально отличающуюся по этиологии, патогенезу и структуре дефекта от тех, чьи «речевые диагнозы» представлены в клинико-педагогической классификации речевых нарушений.

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) – тяжелое инвалидизирующее заболевание, проявляющееся в большинстве случаев в течение первых 5 лет жизни. Данные о распространенности заболевания отсутствуют, так как в России, как и во многих странах, оно не подлежит обязательному учету. Чаще всего папилломы локализуются на слизистой оболочке гортани, хотя могут встречаться и на слизистой оболочке носа, глотки, трахеи, бронхов и легких. При неоказании своевременной помощи папилломатоз гортани может привести к гибели больного от асфиксии. Известно, что этиологическим фактором

возникновения респираторного папилломатоза является вирус папилломы человека (ВПЧ) 6, 11, 16 и 18 типов, причем 6 и 11 тип ВПЧ встречается практически в 90% случаев.

Первыми признаками опухоли являются нарастающая охриплость вплоть до афонии с постепенно присоединяющимся прогрессирующим стенозом гортани. Единственным способом удаления папиллом является хирургическое вмешательство. Практический опыт показывает, что в детском возрасте папилломы растут достаточно активно и имеют большую распространенность, что приводит к многократности операций [9, 13, 14]. Длительное время операцию проводили через вскрытие гортани с установлением трахеостомы. В настоящее время удаление папиллом производят микроинструментами или лазером без наложения трахеостомы.

Раннее начало заболевания, длительность болезни, многократность операций приводит к серьезным изменениям гортани, что влечет изменение физических и тембральных характеристик голоса, к снижению, а в некоторых случаях и полному распаду акустического контроля речи.

В детском возрасте снижение или отсутствие акустического самоконтроля произносительной стороны речи, при несовершенстве кинестетического контроля, приводит к тому, что речь становится смазанной, плохо координируемой, недостаточно дифференцируемой.

В доступной литературе нам не удалось обнаружить при данном заболевании исследований, посвященных особенностям работы над восстановлением артикуляционных навыков у детей при отсутствии акустического самоконтроля.

Целью проведенного исследования стало выявление особенностей артикуляционной моторики при утрате акустического самоконтроля у детей дошкольного возраста и выработке направлений логопедической коррекции.

Материалы и методы. Нами были обследованы пациенты, имеющие диагноз папилломатоз гортани. Исследование проводилось с 2019 по 2024 гг. Ни один ребенок не имел статуса «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья», но все дети имели статус «ребенок-инвалид» по основному заболеванию, 3 пациента имели дополнительный диагноз – рубцовый стеноз гортани. У всех обследованных впервые папилломатоз гортани был диагностирован в возрасте от 6 до 14 месяцев, в большинстве случаев, межрецидивный период не превышал 6–8 мес.

Исследование проходило в два этапа: первый этап – после проведения 2 – 3 операций, то есть в период, когда пациенты имели звучный голос. Второй этап исследования – после проведения 5 – 6 операций, когда у детей уже отсутствовал звучный голос и они не имели возможности не только акустического самоконтроля, но и контроля собственной речи со стороны взрослых, так как при отсутствии звучного голоса общались шепотом или хрипом.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования было обследовано 23 человека. Возраст пациентов на момент обследования составлял 3,6–4,3 года. Со всеми детьми было проведено логопедическое обследование, направленное на оценку импрессивной и экспрессивной речи и выявление дизартрии и

других нарушений речи органического характера.

У 4 (17,4%) детей была диагностирована стертая дизартрия, у 5 (21,7%) – общее недоразвитие речи (1–2 уровень речевого развития), у 1 (4,3%) ребенка выявлено заикание и у 1 (4,3%) – субмукозная расщелина мягкого неба. Для чистоты педагогического эксперимента из выборки были исключены дети, имеющие нарушения речи и показавшие наличие дизартрического компонента. Таким образом, в выборке осталось 11 детей, речевое развитие которых соответствовало возрастной норме.

Исследование оставшихся 11 пациентов показало, что грубых нарушений в строении органов артикуляции не обнаружено, при этом наблюдались негрубые отклонения в строении периферического отдела речедвигательного анализатора:

- высокое мягкое небо у 3 (27,3%) респондентов; низкое – у 2 (18,2%), у 1 (9,1%) – выраженный шов;
- в строении губ отклонений не наблюдалось;
- у всех пациентов язык в состоянии покоя находился по средней линии, длина уздечки соответствовала возрастной норме, отклонений в состоянии мышечного тонуса не было;
- состояние мягкого неба и небно-глоточного смыкания также не вызывало опасений.

Заполнение карты артикуляционных движений показало, что объем, точность и качество выполнения движений соответствовали возрастной норме, о чем свидетельствует и тот факт, что у обследуемых не наблюдалось нарушение звукопроизношения и только у 2 (18,2%) детей отсутствовал звук [Р], что также укладывалось в возрастную периодизацию. В целом речь пациентов не вызывала каких-либо жалоб со стороны родителей.

На втором этапе было проведено логопедическое обследование тех же 11 пациентов, перенесших 5-6 операций. Отмечено, что для спонтанного восстановления голоса «критическим» числом являются 5-6 операций, проведенных в возрасте 5-6 лет, то есть в возрасте, когда ребенок еще не может запомнить звучание собственного голоса, что минимизирует возможность спонтанного восстановления голоса в полном объеме» [14, С. 96], что подтверждается нашими данными, так как ни у одного из обследованных не было звучного голоса, дети общались шепотом, хрипом, либо производили звук, более всего похожий на слабый шелест, при этом дошкольники активно использовали жесты. Это приводило к тому, что, не имея возможности акустического контроля, родители переставали контролировать произносительную сторону речи своих детей. Родители обращали внимание на то, что речь детей стала достаточно неразборчивой, но связывали это с отсутствием звучного голоса.

Логопедическое обследование показало, что нарушений со стороны лексико-грамматических средств языка не наблюдалось, также не были зафиксированы нарушения связной речи. Исследование строения артикуляционного аппарата тяжелых нарушений не выявило, анатомические характеристики органов артикуляции не отличались от данных, приведенных при описании первого этапа исследования.

При изучении подвижности органов артикуляции было принято решение провести его в двух вариантах: первый по подражанию – основываясь на кинестетическом самоконтроле, второй перед зеркалом, то есть с подключением визуального самоконтроля.

Подробное изучение подвижности органов артикуляции, основанное только на кинестетическом контроле, то есть по подражанию, показало, что:

- при исследовании подвижности мышц щек большинство детей (81,8%) не надували щеки полностью, при втягивании щек в себя – закусывали их губами;

- при исследовании подвижности нижней челюсти у пациентов наблюдалось недостаточное опускание (90,9%), при этом откусывание (как и пережевывание пищи) сохранялось полностью.

- произвольные движения мягким небом дети не выполняли, либо отказывались от выполнения задания, объясняя свой отказ тем, что у них не получается и они не могут, но произвольные движения мягкого неба сохранялись в полном объеме.

- движения губ отличались вялостью, слабостью лабиализации, артикуляционное движение «Трубочка», было практически «недоступно для выполнения», растягивание губ в стороны было слабым, после инструкции: «растяни губы в стороны и покажи зубы», дети опускали нижнюю губу, попытки поднять верхнюю губу пальцами наблюдались у 2 (18,2%) человек, что свидетельствует о том, что обследованные пытались опираться на кинестетический самоконтроль органов артикуляции.

- движения языка также были вялые, с малой амплитудой, при этом «поисковых» движений языка не наблюдалось.

В целом движения артикуляционного аппарата были смазаны, некоординированы, с недостаточным удержанием позы, с малой амплитудой, при переключении наблюдалось застревание на предыдущей артикуляционной позе, попыткой «усреднить» артикуляционные движения.

При исследовании подвижности органов артикуляции на основе визуально-кинестетического контроля обследуемые показали значительно лучшие результаты при выполнении изолированных движений и при удержании позы. Большинство детей (72,7%) смогли хорошо надуть щеки, показать достаточную амплитуду при опускании нижней челюсти (63,6%), вытянуть губы «Трубочкой» (63,6%), растянуть губы в стороны, движения языка имели большую амплитуду и были более дифференцированы. При выполнении проб на переключение артикуляционных движений результаты остались на прежнем уровне, при этом добавились моторные синкинезии в виде напряжения кистей рук, стоп, поднятия плеч.

Обобщая проведенное исследование можно отметить, что в дошкольном возрасте при сохранности полисенсорного ядра восприятия артикуляционная моторика формируется в соответствии с возрастной нормой, каждый канал имеет свою нагрузку. Ребенок с младенческого возраста, видя артикуляцию взрослых и подражая ей, слыша слова окружающих, может сравнивать их с собствен-

ной речевой продукцией, параллельно отсеивая, на основе кинестетического контроля, «неправильные» кинестезии и закрепляя правильные. Происходит своеобразная «тренировка» полисенсорного ядра восприятия, где за каждым каналом сенсорной модальности закрепляется определенное назначение. Как показало исследование, при выпадении одного из звеньев восприятия, составляющих единую систему, происходит значительное ухудшение качества сформированных артикуляционных цепочек.

Проводя коррекционно-логопедическую работу, было принято решение отказаться от этапа формирования изолированных артикуляционных движений и значительно сократить этап работы, основанный на визуальном контроле органов артикуляции, сосредоточившись именно на восстановлении и формировании точности переключения. Следует отталкиваться от наиболее сохранных или автоматизированных артикуляционных кинестезий, сразу же вводя их в цепочку артикуляционных движений, параллельно работая над переключаемостью артикуляционных движений и развитием навыка удержания позы. Было замечено, что в работе над восстановлением артикуляционных укладов, визуальный контроль необходимо привлекать очень ограниченно, так как пациенты, предпочитали опираться на более легкий и привычный визуальный контроль в ущерб опоре на кинестетический контроль, что приводило к трудностям автоматизации.

Выводы. В целом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что утрата голоса как средства акустического самоконтроля над произносительной стороной речи в дошкольном возрасте приводит к постепенному ухудшению и распаду сформированных артикуляционных кинестезий. Сохранившийся кинестетический самоконтроль за артикуляцией еще недостаточно автоматизирован, чтобы предотвратить данный процесс и взять на себя функции другого анализатора. В результате такой утраты речь детей становится смазанной, нечеткой, неразборчивой, тяжелой для восприятия окружающими.

Проведенное исследование показало, что с пациентами, утратившими голос и длительно находившимися в условиях отсутствия акустического самоконтроля за речью, приведшего к ухудшению качества артикуляционных кинестезий, необходимо проводить коррекционно-логопедическую работу по их восстановлению. Отбор приемов работы должен быть основан на кинестетическом контроле артикуляционной моторики с подключением на занятиях визуального контроля и при положительных результатах восстановления голоса акустического контроля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адильжанова М.А., Жукова В.А. Формирование коммуникативных навыков у дошкольников с ограниченными возможностями здоровья // Современные наукоемкие технологии. 2020. № 7. С. 109-115.
2. Акимова Н.А. Оценка степени понимания необходимости оказания коррекционно-педагогической помощи тяжело и длительно болеющим детям в условиях продолжительной госпитализации / Лучшее научное исследование 2022. Сб/ мат-лов международного конкурса. М., 2022. С. 5-10.
3. Артемова Е.Э., Тишина Л.А. Междисциплинарный подход к организа-

ции логопедической работы на ранних этапах коррекционного воздействия / Международный симпозиум «Л.С. Выготский и современное детство». Сб. тезисов. Отв. ред. К.Н. Поливанова. М. 2017. С. 184-186.

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. Колесникова А.Ю. Роль сенсомоторной интеграции в развитии интонационной выразительности речи у детей с дизартрией / Учитель нового века: взгляд молодого исследователя: Мат-лы XI Всероссийской студенческой науч.-практ. конф.. Саранск, 30 ноября 2023 г. Саранск: Мордовский государственный педагогический университет им. М.Е. Евсевьева, 2023. С. 107-110.

6. 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 науч.-образ. форума, Биробиджан, 09 ноября 2022 г. Биробиджан: Приамурский государственный университет им. Шолом-Алейхема, 2023. С. 230-235.

7. 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 науч.-практ. конф., Ялта, 30–31 мая 2024 г. Симферополь: ООО «Издательство Типография «Ариал», 2024. С. 202-206.

8. Лопатина Л.В. Теоретические подходы к формированию супraseгментных средств фонетической системы языка у детей со стертой дизартрией / Коррекционная педагогика: взгляд в будущее. Сб. науч. статей. СПб., 2023. С. 14-19.

9. Матасов Ю.Т., Бойков Д.И., Негуляева К.Г. и др. Психолого-педагогические проблемы образования детей с ограниченными возможностями здоровья. СПб.: Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, 2023. 192 с.

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

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

12. Радциг Е.Ю., Булышко Я.Е., Орлова О.С. Нарушения голоса у детей и подростков // Вестник оториноларингологии. 2024. Т. 89. № 1. С. 88-89.

13. Решетов И.В., Багненко С.Ф., Крюков Е.В. и др. Консенсус по лечению больных респираторным рецидивирующим папилломатозом // Head and Neck / Голова и шея. 2023. Т. 11, № 3. С. 99-104.

14. 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.

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

16. Тишина Л.А., Ермолова Д.П. Особенности развития мимики и интонации у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра // Современные наукоемкие технологии. 2019. № 9. С. 163-169.

17. Федорова О.Ю. Комплексный подход к устранению дисфоний у детей с узелками голосовых складок: автореф. дисс. канд. пед наук М., 2007.

18. Юнькина Е.А., Труханова Ю.А. Ранняя диагностика и коррекция нарушений развития у детей на базе центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи. Опыт работы // Современное дошкольное образование: теория и практика. 2023. № 6. С. 6-8.

REFERENCES

1. Adil`zhanova M.A., Zhukova V.A. Formirovanie kommunikativny`kh navy`kov u doshkol`nikov s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya // Sovremennyye naukoemkie tekhnologii. 2020. # 7. S. 109-115.

2. Akimova N.A. Ocenka stepeni ponimaniya neobkhodimosti okazaniya korrekcionno-pedagogicheskoy pomoshhi tyazhelo i dlitel`no boleyushhim detyam v usloviyakh prodolzhitel`noj gosospitalizaczii / Luchshee nauchnoe issledovanie 2022. Sb/ mat-lov mezhdunarodnogo konkursa. M., 2022. S. 5-10.

3. Artemova E.E., Tishina L.A. Mezhdisciplinarnyy`j podkhod k organizaczii logopedicheskoy raboty` na rannikh e`tapakh korrekcionnogo vozdejstviya / Mezhdunarodny`j simpozium «L.S. Vy`gotskij i sovremennoe detstvo». Sb. tezisov. Otv. red. K.N. Polivanova. M. 2017. S. 184-186.

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. Kolesnikova A.Yu. Rol` sensomotornoj integraczii v razvitii intonaczionnoj vy`razitel`nosti rechi u detej s dizartriej / Uchitel` novogo veka: vzglyad molodogo issledovatelya: Mat-ly` XI Vserossijskoj studencheskoj nauch.-prakt. konf.. Saransk, 30 noyabrya 2023 g. Saransk: Mordovskij gosudarstvenny`j pedagogicheskij universitet im. M.E. Evsev`eva, 2023. S. 107-110.

6. Kondrat`eva S.Yu. Znachenie «vnutriutrobnnoj 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 nauch.-obraz. foruma, Birobidzhan, 09 noyabrya 2022 g. Birobidzhan: Priamurskij gosudarstvenny`j universitet im. Sholom-Alejkhema, 2023. S. 230-235.

7. Ledovskikh E.D., Sorokina V.T.A. Primenenie metoda sensornoj integraczii v proczesse rannej reabilitaczii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra / Soczial`naya i obrazovatel`naya inklyuziya: strategii, praktiki, resursy`: Sb. statej po mat-lam VIII Mezhdunarodnoj nauch.-prakt. konf., Yalta, 30–31 maya 2024 g. Simferopol`: OOO «Izdatel`stvo Tipografiya «Arial», 2024. S. 202-206.

8. Lopatina L.V. Teoreticheskie podkhody` k formirovaniyu suprasegmentny`kh

sredstv foneticheskoy sistemy` yazy`ka u detej so stertoj dizartriej / Korrekcionnaya pedagogika: vzglyad v budushhee. Sb. nauch. statej. SPb., 2023. S. 14-19.

9. Matasov Yu.T., Bojkov D.I., Negulyaeva K.G. i dr. Psikhologo-pedagogicheskie problemy` obrazovaniya detej s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya. SPb.: Rossijskij gosudarstvenny`j pedagogicheskij universitet im. A. I. Gerczena, 2023. 192 s.

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

11. Prikhod`ko O.G. Speczifika rechevogo razvitiya detej pervy`kh let zhizni razlichny`kh nozologicheskikh grupp // Speczial`noe obrazovanie. 2021. # 4 (52). S. 95.

12. Radczig E.Yu., Buly`nko Ya.E., Orlova O.S. Narusheniya golosa u detej i podrostkov // Vestnik otorinolaringologii. 2024. T. 89. # 1. S. 88-89.

13. Reshetov I.V., Bagnenko S.F., Kryukov E.V. i dr. Konsensus po lecheniyu bol`ny`kh respiratorny`m reczidiviruyushhim papillomatozom // Head and Neck / Golova i sheya. 2023. T. 11, # 3. S. 99-104.

14. Sovremenny`e 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.

15. 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.

16. Tishina L.A., Ermolova D.P. Osobennosti razvitiya mimiki i intonaczii u detej mladshhego shkol`nogo vozrasta s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Sovremenny`e naukoemkie tekhnologii. 2019. # 9. S. 163-169.

17. Fedorova O.Yu. Kompleksny`j podkhod k ustraneniyu disfonij u detej s uzelnymi gososovy`kh skladok: avtoref. diss. kand. ped nauk M., 2007.

18. Yun`kina E.A., Trukhanova Yu.A. Rannyaya diagnostika i korrekcziya narushenij razvitiya u detej na baze czentra psikhologo-pedagogicheskoy, mediczinskoj i soczial`noj pomoshhi. Opy`t raboty` // Sovremennoe doshkol`noe obrazovanie: teoriya i praktika. 2023. # 6. S. 6-8.

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

ANALYSIS OF KINETIC AND KINESTHETIC PATTERNS IN CHILDREN WITH RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).

Summary. The article discusses the features of the formation of basic phonation components in preschoolers with laryngeal papillomatosis. Analysis of the results of the study made it possible to establish specific differences in the performance of articulation tests by preschoolers with laryngeal papillomatosis with the inclusion of kinetic and visual self-control.

Keywords: laryngeal papillomatosis, preschoolers with special educational needs, articulatory patterns, pronunciation training, voice disorders.

УДК 159.9

Е.А. Арманова

**ВЗАИМОСВЯЗЬ РАБОЧЕЙ ПАМЯТИ
И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ**
**ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический универси-
тет им. А.И. Герцена» (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье рассматривается взаимосвязь между характеристиками рабочей памяти и уровнем эмоционального интеллекта у подростков. В исследовании приняли участие 30 подростков в возрасте 14-16 лет, которым были предложены методика THINGS (оценка рабочей памяти), тест прогрессивных матриц Равена (оценка интеллекта) и опросник ЭИИн Д.В. Люсина (оценка эмоционального интеллекта). Выявлена статистически значимая положительная связь между показателем обучения (улучшением запоминания в ходе повторений) и уровнем эмоционального интеллекта. Показатель забывания (снижение точности воспроизведения между этапами) продемонстрировал тенденцию к отрицательной связи с эмоциональным интеллектом, что может отражать особенности устойчивости эмоционального содержания в рабочей памяти. Уровень общего интеллекта не показал значимого влияния на эмоциональный интеллект. Результаты подчеркивают значимость рабочих компонентов когнитивной системы в развитии эмоционального интеллекта подростков.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, рабочая память, интеллект, подростки, саморегуляция.

Введение. В последние десятилетия концепция эмоционального интеллекта (ЭИ) стала центральной темой в исследованиях психологического благополучия, академической успешности и социальной адаптации [2, 7]. ЭИ представляет собой интегративную способность распознавать, осознавать, выражать и регулировать эмоциональные состояния как собственные, так и других людей. В подростковом возрасте развитие ЭИ приобретает особое значение, поскольку именно в этот период формируются ключевые навыки саморегуляции, эмпатии и социального взаимодействия, от которых зависит успешность адаптации и формирования идентичности.

Современные исследования подчеркивают, что формирование ЭИ связано не только с эмоционально-личностными особенностями, но и с когнитивными функциями, прежде всего — с компонентами исполнительной функции: рабочей памятью, тормозным контролем, когнитивной гибкостью [5, 6]. Рабочая память позволяет удерживать и перерабатывать информацию в условиях меняющихся требований среды, а также является ключевым механизмом при интерпретации и контроле эмоциональных реакций.

Проблема соотношения ЭИ и когнитивных функций остается актуальной: существуют данные в пользу как их тесной взаимосвязи, так и независимости. При этом отмечается, что особенности рабочей памяти могут по-разному проявляться в

зависимости от возраста, эмоционального фона и уровня интеллекта. В подростковом возрасте, когда идет активное созревание префронтальной коры, изучение этих взаимосвязей приобретает особую научную и прикладную значимость.

Целью настоящего исследования является выявление взаимосвязи между рабочей памятью и ЭИ у подростков, а также оценка роли интеллекта как возможного модератора этой связи.

Задачи: 1) Провести теоретический анализ научных источников по проблеме ЭИ и рабочей памяти; 2) Проанализировать уровни ЭИ, рабочей памяти и интеллекта у подростков; 3) Выявить корреляционные связи между показателями рабочей памяти и ЭИ; 4) Провести дисперсионный анализ различий в уровне ЭИ в зависимости от уровня забывания, обучения и интеллекта; 5) Обосновать полученные результаты с учетом современных данных о когнитивном и эмоциональном развитии подростков.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 подростков (14 девочек и 16 мальчиков) в возрасте 14-16 лет. Все участники являются учениками одной общеобразовательной школы, обучающимися по стандартной образовательной программе. Исследование проводилось в соответствии с этическими нормами, с получением информированного согласия от родителей и участников.

Методики. Методика THINGS. Это модификация методики, направленной на оценку объема и устойчивости рабочей памяти. В рамках задания участнику предъявляется список из 20 слов, запоминание и воспроизведение которых происходит в три этапа: результат 1: первичное воспроизведение после первого предъявления; результат 2: воспроизведение после второго предъявления; Результат 3: воспроизведение после третьего предъявления. Из этих данных рассчитываются два производных показателя: забывание (разность между результатами 1 и 2) и обучение (разность между результатами 3 и 2). Эти показатели дают представление о динамике кратковременной памяти, способности к консолидации и устойчивости следов в памяти.

Прогрессивные матрицы Равена. Методика используется для оценки общего уровня невербального интеллекта. Задания состоят из графических фигур с пропущенным элементом, который участнику необходимо выбрать из предложенных вариантов. Оценивается логико-аналитическое мышление, способность к выявлению закономерностей, когнитивная гибкость. Общая сумма правильных ответов (из 60) интерпретируется в соответствии с возрастными нормативами.

Опросник ЭИ ЭмИн Д.В. Люсина. Включает 46 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале. Содержит четыре фактора: понимание и управление своими эмоциями, понимание и управление эмоциями других. В настоящем исследовании использовался интегральный показатель — общий уровень ЭИ. Методика валидна для подросткового возраста и позволяет выявить различия в способности к эмоциональной регуляции и осознанности как компонентов ЭИ.

Процедура. Исследование проводилось в индивидуальном формате. Участники выполняли задания в последовательности: ЭмИн - Равен - THINGS. Обработка данных осуществлялась в программе Jamovi. Рассчитывались описа-

тельная статистика, корреляционный анализ Пирсона, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA.

Описательная статистика и интерпретация результатов. Средние значения по каждому из показателей представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Описательные характеристики основных переменных (N=30)

Показатель	Среднее	SD	Мин	Макс
Результат 1 (первичное запоминание)	13.90	7.31	1	28
Результат 2 (воспроизведение)	10.40	6.40	1	27
Результат 3 (повторное воспроизведение)	9.50	6.11	1	25
Забывание	2.40	1.04	0	3
Обучение	1.50	1.28	0	3
Интеллект (Равен)	42.00	5.51	28	54
Эмоциональный интеллект (ЭИ)	82.10	15.90	61	119

Интерпретация: Полученные значения демонстрируют умеренный уровень общего ЭИ и интеллекта, а также значительную индивидуальную вариативность в параметрах рабочей памяти. Высокая степень различий между результатами воспроизведения (рез. 1-3) свидетельствует о различиях в способности к удержанию и обновлению информации. Значения по показателям забывания и обучения позволяют выделить группы подростков с разной степенью устойчивости кратковременной памяти и динамики обучения. Эти различия в когнитивных функциях могут влиять на уровень ЭИ, что стало предметом дальнейшего анализа.

Корреляционный анализ. Для выявления взаимосвязей между рабочей памятью, интеллектом и эмоциональным интеллектом был проведен корреляционный анализ по Пирсону. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Корреляционная матрица (N = 30)

Показатели	ЭИ	Равен	Рез.1	Рез.2	Рез.3	Обучение	Забывание
ЭИ	—	-0.051	-0.341	-0.175	-0.012	0.255	-0.217
Интеллект (Равен)	-0.051	—	-0.161	0.365*	0.249	0.330	-0.245
Результат 1	-0.341	-0.161	—	0.897**	0.827**	-0.663**	0.521**
Результат 2	-0.175	0.365*	0.897**	—	0.885**	-0.569**	0.465**
Результат 3	-0.012	0.249	0.827**	0.885**	—	0.488**	0.408*
Обучение	0.255	0.330	-0.663**	-0.569**	0.488**	—	-0.493**
Забывание	-0.217	-0.245	0.521**	0.465**	0.408*	-0.493**	—

Результаты демонстрируют значимые взаимосвязи между различными этапами воспроизведения, что подтверждает внутреннюю согласованность методики THINGS. Обнаружена положительная корреляция между интеллектом и вторым результатом ($r=0.365$, $p<0.05$), что может указывать на роль интеллекта в успешности когнитивных процессов удержания. ЭИ слабо положительно коррелирует с обучением и отрицательно — с результатом 1, что отражает возмож-

ную связь между гибкостью памяти и процессом управления своими эмоциональными реакциями.

ANOVA. Для оценки различий в уровне ЭИ в зависимости от значений когнитивных параметров был проведен однофакторный дисперсионный анализ. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Результаты ANOVA по уровням ЭИ

Фактор	F	df1	df2	p
Обучение	4.62	3	26	0.010*
Забывание	2.87	3	26	0.056
Интеллект (Равен)	1.40	3	26	0.266

Примечание: * $p < 0.05$

Выводы ANOVA подтверждают, что показатель обучения оказывает статистически значимое влияние на уровень ЭИ. Показатель забывания продемонстрировал статистически незначимый, но близкий к порогу значимости уровень ($p=0.056$), что может свидетельствовать о возможной связи с уровнем ЭИ, требующей уточнения на более широкой выборке. В то же время уровень интеллекта по тесту Равена не оказал статистически значимого влияния на показатели ЭИ.

Обсуждение результатов. Полученные данные подтверждают важную роль когнитивных компонентов в формировании ЭИ подростков. В частности, положительная корреляция между показателем обучения в рабочей памяти и уровнем ЭИ указывает на то, что гибкость и способность к обработке новой информации могут поддерживать процессы осознания и регуляции эмоций. Этот вывод согласуется с теорией рабочей памяти А. Бэддели [1], согласно которой оперативные когнитивные процессы участвуют в регулировании поведенческих и эмоциональных реакций. Исследования S. Schweizer et al [10] также показали, что тренировка рабочей памяти улучшает способности к аффективному контролю.

Обнаруженное отсутствие значимой связи между уровнем интеллекта и ЭИ подтверждает данные, представленные в работах других авторов [8], где подчеркивается относительная независимость ЭИ от показателей академических и логико-аналитических способностей.

Интерес представляет тенденция к отрицательной связи между показателем забывания и ЭИ. Это может указывать на то, что устойчивость эмоциональных следов в рабочей памяти способствует лучшему распознаванию и обработке аффективной информации. В то же время чрезмерная фиксация на эмоциональных переживаниях может затруднять гибкую адаптацию, что требует дальнейшего исследования.

Несмотря на полученные значимые результаты, исследование имеет ряд ограничений: небольшой объем выборки ($N=30$), что снижает статистическую мощность анализа; ограниченный возрастной диапазон; использование только одной методики для оценки рабочей памяти (THINGS), без включения задач на пространственную или невербальную рабочую память; возможное влияние

внешних факторов (мотивации, уровня тревожности), не учтенных в анализе; отсутствие лонгитюдного подхода, что ограничивает возможность анализа динамики развития ЭИ и когнитивных функций.

Эти ограничения необходимо учитывать при интерпретации результатов и планировании последующих исследований.

Заключение. Настоящее исследование выявило значимую положительную связь между обучением в рабочей памяти и уровнем ЭИ у подростков. Показатель забывания продемонстрировал тенденцию к отрицательной связи с эмоциональным интеллектом. Уровень общего интеллекта, измеренный с помощью теста Равена, не продемонстрировал влияния на уровень ЭИ.

Полученные результаты позволяют предположить, что рабочая память — как компонент исполнительных функций — может поддерживать механизмы ЭИ за счет способности удерживать и перерабатывать информацию об эмоциональных состояниях. В частности, сохранение эмоционального содержания в краткосрочной памяти может способствовать более точному осознанию и последующей регуляции эмоций.

Результаты подчеркивают значение отдельных когнитивных функций — таких как удержание информации, переключение внимания и повторное актуализирование содержимого рабочей памяти — в обеспечении способности подростков к эмоциональной регуляции как составной части ЭИ. Исследование не изучало процесс формирования этой способности, однако выявленные связи позволяют предположить участие рабочей памяти в ее поддержании и проявлении.

Практическая значимость результатов заключается в возможности учитывать развитие когнитивных функций в программах тренировки ЭИ у подростков. В частности, при разработке образовательных и коррекционных программ рекомендуется включение заданий, направленных на развитие рабочей памяти: упражнения на последовательное запоминание, удержание и актуализацию информации, тренировки вербального и образного кратковременного воспроизведения, а также задания с постепенным увеличением когнитивной нагрузки. Эти упражнения могут быть встроены в занятия по психолого-педагогическому сопровождению, элективные курсы по самопознанию, а также в программы внеурочной деятельности. При этом необходимо обеспечивать параллельную тренировку осознанности, распознавания эмоций и саморегуляции, что позволит эффективно сочетать когнитивную и эмоциональную работу и способствовать комплексному развитию ЭИ подростков.

Дальнейшие исследования с расширенными выборками и включением дополнительных переменных (темперамент, уровень тревожности, мотивация) помогут глубже понять механизмы взаимодействия когнитивной и эмоциональной сфер в подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бэддели А. Рабочая память. Теория и практика. М.: Когито-Центр, 2007.
2. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2011.
3. Люсин Д.В. Современные представления об эмоциональном интеллекте:

теоретическая и эмпирическая перспектива // Вопросы психологии. 2006. № 5. С. 3-19.

4. Стреляу Я. Темперамент как регулятор деятельности. М.: Наука, 1982.

REFERENCES

1. Ba`ddeli A. Rabochaya pamyat`. Teoriya i praktika. M.: Kogito-Czentr, 2007.

2. Goulman D. E`moczional`ny`j intellekt. Pochemu on mozhet znachit` bol`she, chem IQ. M.: Mann, Ivanov i Ferber, 2011.

3. Lyusin D.V. Sovremenny`e predstavleniya ob e`moczional`nom intellekte: teoreticheskaya i e`mpiricheskaya perspektiva // Voprosy` psikhologii. 2006. # 5. S. 3-19.

4. Strelyau Ya. Temperament kak regul'yator deyatel`nosti. M.: Nauka, 1982.

5. Diamond A. Executive functions // Annual Review of Psychology. 2013. Vol. 64. P. 135-168.

6. Garon N., Bryson S.E., Smith I.M. Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework // Psychological Bulletin. 2008. Vol. 134 (1). P. 31-60.

7. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // Psychological Inquiry. 2004. Vol. 15 (3). P. 197-215.

8. Mikolajczak M., Roy E., Luminet O., Fillee C., de Timary P. The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol responses to stress // Psychoneuroendocrinology. 2007. Vol. 32 (8-10). P. 1000-1012.

9. Pe M.L., Koval P., Kuppens P. Executive well-being: Updating of positive stimuli in working memory is associated with mood // Psychological Science. 2013. Vol. 24 (9). P. 1818-1825.

10. Schweizer S., Grahn J., Hampshire A., Mobbs D., Dalgleish T. Training the emotional brain: Improving affective control through emotional working memory training // Journal of Neuroscience. 2013. Vol. 33 (12). P. 5301-5311.

E.A. Armanova

THE RELATIONSHIP BETWEEN WORKING MEMORY AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN ADOLESCENTS

Herzen State Pedagogical University of Russia (Saint Petersburg).

Summary. This article examines the relationship between working memory characteristics and the level of emotional intelligence in adolescents. The study involved 30 adolescents aged 14-16 who were assessed using the THINGS method (working memory evaluation), Raven's Progressive Matrices (intelligence assessment), and the EmIn questionnaire by D.V. Lyusin (emotional intelligence assessment). A statistically significant positive relationship was found between the learning indicator (improved recall through repetitions) and emotional intelligence. The forgetting indicator (decline in accuracy between stages) showed a negative trend in relation to emotional intelligence, which may reflect differences in the stability of emotional content in working memory. General intelligence was not significantly associated with emotional intelligence. The findings highlight the importance of cognitive components—particularly those related to working memory—in the development of emotional intelligence during adolescence.

Keywords: emotional intelligence, working memory, intelligence, adolescents, self-regulation.

М.С. Матюшина, А.М. Хатит

**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО «Я» У ДЕВУШЕК
С ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
ФГБОУ ВО СГМУ (Смоленск).**

Резюме. В данной статье рассматриваются результаты исследования особенностей ощущения своего физического «Я» у девушек с дисморфофобическими проявлениями. Установлено, что для девушек с дисморфофобическими проявлениями характерен высокий уровень самооценки, соответствие собственного мнения о себе своим реальным представлениям. Уровень притязаний находится в пределах нормы, что говорит об оптимальном представлении респондентов о своих возможностях и является важным фактором личностного развития. Кроме того, у респондентов выявлена стойкая жизненная неудовлетворенность, которая затрудняет социально-психологическую адаптацию.

Ключевые слова: дисморфофобические проявления, самооценка, индекс жизненной удовлетворенности, образ «Я», уровень притязаний, психологическая адаптация.

Введение. Дисморфофобия — это психическое расстройство, при котором люди становятся одержимыми небольшим несовершенством или несуществующим недостатком своего тела. Из-за неудовлетворенности своим внешним видом человек может избегать социальных контактов или пытаться спрятать те участки, которые ему не нравятся. При негативном развитии фобия может приводить к депрессии и попыткам суицида [1, 2]. Впервые это расстройство описал итальянский психиатр Энрико-Агостино Морселли еще в 1891 г., однако в список болезней оно попало относительно недавно. В 2013 г. телесное дисморфическое расстройство вошло в «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (DSM-III-R). В 1989 г. его включили в Ипохондрическое расстройство (МКБ-10), а в МКБ-11 дисморфофобия фигурирует в разделе обсессивно-компульсивных расстройств [3, 4].

Выявлено, что чаще всего с дисморфофобическими проявлениями сталкиваются девушки от 16 до 25 лет. Синдром дисморфофобии проявляется чрезмерной обеспокоенностью своей внешностью, желанием улучшить ее, что впоследствии переходит в болезненное состояние. Человек ощущает неудовлетворенность своей внешностью, несмотря на любые изменения, что затрудняет социально-психологическую адаптацию и отрицательно влияет на удовлетворенность собственной жизнью [1, 2].

Целью исследования является выявление особенностей ощущения своего физического «Я» у девушек с дисморфофобическими проявлениями.

Задачи исследования:

1. Эмпирически исследовать особенности физического «Я» у девушек с дисморфофобическими проявлениями.
2. Изучить поведенческие аспекты проявления физического «Я» у девушек

с дисморфофобическими проявлениями.

3. Провести сравнительный анализ содержания и структуры компонентов физического «Я» и их взаимосвязей с самооощущением у девушек с дисморфофобическими проявлениями.

Материал и методы. Исследование проводилось в г. Смоленск с помощью интернет-технологий посредством заполнения респондентами Google-форм. В исследовании приняли участие 40 девушек в возрасте от 16 до 18 лет. Средний возраст респондентов составил (16,7±1,23) лет.

В состав основной группы вошли 20 девушек в возрасте 16-18 лет, которые наблюдали у себя навязчивую озабоченность собственным телом и его несовершенством, что в значительной степени затрудняло их жизнь.

Контрольную группу составили 20 девушек в возрасте 16-18 лет, которые не замечали у себя навязчивых мыслей, связанных с внешним видом собственного тела, и которые не оказывали негативного влияния на их повседневную жизнь.

Для комплексного изучения особенностей физического «я» у девушек с дисморфофобическими проявлениями были использованы: анкетирование, тестирование (модификация методики Дембо-Рубинштейн для исследования «Реального» и «Идеального» образа «Я»), опросник Индекс жизненной удовлетворенности (Life Satisfaction), шкала самоуважения М. Розенберга (Self Scale Esteem). Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Excel 2007 Microsoft, Statistica 10.0 StatSoft с вычислением показателей: М–среднее арифметическое и m–стандартная ошибка среднего арифметического. Корреляционный анализ проводился с вычислением критерия ранговой корреляции R-Спирмена. Для оценки достоверности различий в двух независимых группах использовался непараметрический статистический критерий U-Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Результаты методики Дембо-Рубинштейн для исследования «Реального» и «Идеального» образа «Я», опросника Индекс жизненной удовлетворенности (Life Satisfaction) и шкалы самоуважения М. Розенберга (Self Scale Esteem) представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Среднегрупповые значения показателей, характеризующих структуру и содержание компонентов образа физического «Я» у респондентов основной и контрольной групп (M±m)

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
	n=20	n=20
	M±m	M±m
Высота самооценки	68,3±12,8	75±12,1
Уровень притязаний	84,3±10,7	86,6±7,8
Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки	18,9±18,2	16,8±10
Индекс жизненной удовлетворенности	21,7±7,7	25,3±5,5
Уровень самоуважения	27,3±5,1	30,1±4,2

Из представленной таблицы видно, что достоверных различий по параметрам, характеризующим структуру и содержание компонентов образа физического «Я», у респондентов основной и контрольной групп не наблюдается. Для обеих групп характерны адекватно высокая самооценка, реалистичный уровень, постановка реальных жизненных целей, уровень самоуважения в диапазоне средних значений. Индекс жизненной удовлетворенности в обеих группах скорее низкий, что может быть характерно для большинства девушек в возрасте от 16 до 25 лет и не связано с конкретными дисморфофобическими симптомами. При этом в основной группе хоть и незначительно, но результаты приближаются к более низким значениям, чем в сравнительной. Возможно, расширение выборки увеличит разницу между показателями и обнаружит новые факты.

Таким образом, отсутствие достоверных различий в показателях двух групп можно объяснить субъективной оценкой наличия у себя дисморфофобических симптомов и причислением себя к определенной группе.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи параметров, характеризующих компоненты физического «Я» и самоощущения у респондентов основной группы представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Корреляционный анализ взаимосвязи компонентов физического «Я» с самоощущением у респондентов основной группы

Параметры	Основная группа n=20		
	Valid	Spearman Correlation, r	p-level
«Высота самооценки» - «Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки»	20	-0,673276	0,039313
«Высота самооценки» - «Индекс жизненной удовлетворенности»	20	0,676766	0,000290
«Высота самооценки» - «Уровень самоуважения»	20	0,706972	0,007795
«Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки» - «Уровень притязаний»	20	0,571429	0,043377
«Уровень жизненной удовлетворенности» - «Индекс жизненной удовлетворенности»	20	-0,653898	0,000411

Условные обозначения: Valid - количество допустимых случаев; Spearman Correlation - корреляция по Спирмену; p-level - уровень значимости различий.

Как видно из представленной таблицы, у респондентов основной группы высокая прямая корреляция наблюдается между параметрами «Высота самооценки» и «Индекс жизненной удовлетворенности» ($r=0,68$) ($p<0,05$), что говорит о связи между уровнем самооценки и общим психологическим состоянием человека, степенью его психологического комфорта и социально-

психологической адаптированностью. Также высокая прямая корреляционная связь отмечается между параметрами «Высота самооценки» и «Уровень самоуважения» ($r=0,71$) ($p<0,05$), что говорит об их взаимном влиянии: чем выше уровень притязаний, тем не реалистичнее цели, также как вследствие сильного расхождения между уровнем притязаний и уровнем самооценки наблюдается снижение уровня самоуважения.

В свою очередь, высокая обратная корреляция у респондентов основной группы наблюдается между параметрами «Высота самооценки» и «Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки» ($r=-0,67$) ($p<0,05$), «Уровень жизненной удовлетворенности» и «Индекс жизненной удовлетворенности» ($r=-0,65$) ($p<0,05$). Это является показателем того, что нереалистичные цели респондентов основной группы отрицательно влияют на формирование личности и адекватное самовосприятие, что, в свою очередь, затрудняет социально-психологическую адаптацию и отрицательно влияет на удовлетворенность собственной жизнью.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи параметров, характеризующих компоненты физического «Я» и самоощущения у респондентов контрольной группы представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Корреляционный анализ взаимосвязи компонентов физического «Я» с самоощущением у респондентов контрольной группы

Параметры	Контрольная группа n=20		
	Valid	Spearman Correlation, r	p-level
«Высота самооценки» - «Уровень притязаний»	20	0,847194	0,007313
«Высота самооценки» - «Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки»	20	-0,602833	0,020290
«Высота самооценки» - «Индекс жизненной удовлетворенности»	20	0,804563	0,008775
«Индекс жизненной удовлетворенности» - «Уровень самоуважения»	20	0,671822	0,023356
«Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки» - «Индекс жизненной удовлетворенности»	20	-0,663996	0,010432

Условные обозначения: Valid - количество допустимых случаев; Spearman Correlation - корреляция по Спирмену; p-level - уровень значимости различий.

Как видно из представленной таблицы, у респондентов контрольной группы отмечается высокая обратная корреляция между параметрами «Высота самооценки» и «Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки» ($r=-0,60$) ($p<0,05$), «Расхождение между уровнем притязаний и уровнем само-

оценки» и «Индекс жизненной удовлетворенности» ($r=-0,66$) ($p<0,05$), что может говорить об адекватных жизненных планах и реалистичных целях респондентов контрольной группы, а также являться свидетельством того, что возможность достижения реально поставленной цели напрямую влияет на жизненную удовлетворенность.

Высокая прямая корреляция наблюдается между параметрами «Высота самооценки» и «Уровень притязаний» ($r=0,84$) ($p<0,05$), «Высота самооценки» и «Индекс жизненной удовлетворенности» ($r=0,80$) ($p<0,05$), «Индекс жизненной удовлетворенности» и «Уровень самоуважения» ($r=0,67$) ($p<0,05$). Это говорит о том, что у респондентов контрольной группы наблюдается более высокая степень психологического комфорта и социально-психологической адаптированности по сравнению с респондентами основной группы.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют установить, что:

1. У респондентов основной и контрольной групп наблюдается высокий уровень самооценки, что говорит о реалистичной, адекватной самооценке, соответствии собственного мнения о себе своим реальным представлениям.

2. Уровень притязаний в обеих группах находится в пределах нормы, что говорит об оптимальном представлении респондентов о своих возможностях и является важным фактором личностного развития.

3. Респонденты обеих групп ставят перед собой реальные цели, которых они действительно стремятся достичь. Притязания в значительной части случаев основываются на оценке ими своих возможностей и служат стимулом личностного развития.

4. У респондентов обеих групп сформировано умение адекватно оценивать свои достоинства и недостатки, возможность согласиться с собственной неправотой, сохраняется уважение к себе при неудачах.

5. При этом, как у респондентов основной группы, так и у респондентов контрольной группы выявлена стойкая жизненная неудовлетворенность, которая может быть обусловлена особенностями старшего подросткового возраста, индивидуально-типологическими качествами личности, социальной ситуацией развития и не связана с конкретными дисморфофобическими симптомами.

6. У респондентов основной группы наблюдается высокая обратная корреляция между параметрами: «Расхождение между уровнем притязаний и уровнем самооценки» и «Высота самооценки», «Индекс жизненной удовлетворенности» и «Уровень жизненной удовлетворенности». Это является показателем того, что нереалистичные цели респондентов основной группы отрицательно влияют на формирование личности и адекватное самовосприятие, что, в свою очередь, затрудняет социально-психологическую адаптацию и отрицательно влияет на удовлетворенность собственной жизнью.

7. У респондентов контрольной группы отмечается высокая прямая корреляция между параметрами «Высота самооценки» и «Уровень притязаний», «Уровень самоуважения» и «Индекс жизненной удовлетворенности». Это говорит о том, что у респондентов контрольной группы наблюдается более высокая

степень психологического комфорта и социально-психологической адаптированности по сравнению с респондентами основной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коркина М.В. Дистормфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984. 224 с.
2. Медведев В.Э. Дистормфическое расстройство: факторы риска и стереотипы динамики // Психическое здоровье. 2016. № 14 (5). С. 13–22.
3. Храмцова Н.И., Заякин Ю.Ю., Плаксин С.А., Куркина В.А. Синдром дистормфофобии/дистормфомании: литературный обзор // Пермский медицинский журнал. 2020. (2). С. 15-23. doi: 10.17816/pmj37215–23
4. Шнаккенберг Н. Мнимые тела, подлинные сущности: Преодоление конфликтов идентичности с внешностью и возвращение к подлинному. Калининград: Phoca Books, 2019. 376 с.

REFERENCES

1. Korkina M.V. Dismorfomaniya v podrozkovom i yunosheskom vozraste. M.: Mediczina, 1984. 224 s.
2. Medvedev V.E. Dismorficheskoe rasstrojstvo: faktory` riska i stereotyp` dinamiki // Psikhicheskoe zdorov`e. 2016. # 14 (5). S. 13–22.
3. Khramczova N.I., Zayakin Yu.Yu., Plaksin S.A., Kurkina V.A. Sindrom distormfofobii/dismorfomanii: literaturny`j obzor // Permskij mediczinskij zhurnal. 2020. (2). S. 15-23. doi: 10.17816/pmj37215–23
4. Shnakkenberg N. Mnimy`e tela, podlinny`e sushhnosti: Preodolenie konfliktov identichnosti s vneshnost`yu i vozvrashhenie k podlinnomu. Kaliningrad: Phoca Books, 2019. 376 s.

M.S. Matyushina, A.M. Khatit

FEATURES OF THE PHYSICAL SELF IN GIRLS WITH DYSMORPHOPHOBIC MANIFESTATIONS

Smolensk State Medical University (Smolensk).

Summary. This article discusses the results of a study of the characteristics of the feeling of one's physical self in girls with dysmorphophobic manifestations. It has been established that girls with dysmorphophobic manifestations are characterized by a high level of self-esteem, compliance of their own opinion about themselves with their real ideas. The level of claims is within the normal range, which indicates the optimal perception of respondents about their capabilities and is an important factor in personal development. In addition, the respondents revealed persistent dissatisfaction with life, which makes it difficult for socio-psychological adaptation.

Keywords: dysmorphophobic manifestations, self-assessment, life satisfaction index, self-image, level of aspirations, psychological adaptation.

УДК 159.972

И.В. Добряков¹, М.В. Романовская², Ю.А. Фесенко^{2,3}
СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

НАРУШЕНИЙ ВЛЕЧЕНИЯ САМОСОХРАНЕНИЯ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», ²СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», ³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (Санкт-Петербург).

Резюме. Статья посвящена нарушениям влечения самосохранения и одному из проявлений этих нарушений – суицидальности. На основании литературных данных рассмотрено такое понятие, как аномия, которая приводит к формированию суицидальности. Авторами представлены формы суицидального поведения и его особенности на разных этапах онтогенеза. Показано, что аутоагрессивное поведение может проявляться в виде самоповреждающих действий, особенности которых, причины и способы совершения анализируются в данной статье.

Ключевые слова: влечения, аномия, аутоагрессия, самоповреждения, суицидальность.

Влечение самосохранения – это комплекс возникающих независимо от сознания субъективных переживаний, связанных с необходимостью удовлетворения потребности в безопасности путем обеспечения успешного противостояния угрозе нарушения телесных и душевных границ (своей автономии), поддержания жизни, физического выживания.

Важным проявлением влечения самосохранения является агрессивное поведение, в основе которого лежит оборонительный инстинкт. Высокий уровень тревоги может приводить к проявлениям влечения самосохранения в зависимости от личностных особенностей и ситуаций в форме как гетероагрессии, так и аутоагрессии.

Влечение самосохранения характеризуется оценкой себя, окружающей действительности и своего места в ней.

Жизненные установки относительно себя и других проявляются в следующих формах: «я – не о'кей, а вы – о'кей»; «я – не о'кей и вы – не о'кей»; «я – о'кей, а вы – не о'кей»; «я – о'кей, и вы – о'кей» [7]. При позициях человека «я – о'кей, а вы – не о'кей», а также «я – не о'кей, и вы – не о'кей» переживание базальной тревоги сопровождается напряжением влечения самосохранения и может проявляться как гетеро- так и аутоагрессией.

При позиции человека «я – о'кей, и вы – о'кей», несмотря на осознание неизбежности смерти, переживание базальной тревоги не отмечается напряжением влечения самосохранения. Такой человек проявляет терпимость к взглядам, нравам, привычкам, других людей, то есть является толерантным.

Активизация «окон Овертона»³ (Joseph Overton, американский ученый и психолог, который, изучив многовековую технологию влияния на человеческий разум, понял, что с появлением современных технических возможностей, можно более эффективно и быстро влиять на большие массы людей, переформировав восприятие человека к неприемлемому, постыдному и даже преступному в нормальное, социально приемлемое, а зачастую и престижное, к которому нужно, отбросив сомнения, стремиться) привела к внедрению новых идей, приобретающих признаки сверхценных, к поискам противников и союзников в борьбе за их продвижение, к криминализации индивидуального сознания, к росту уровня гетеро- и аутоагрессии и, как следствие, – к росту риска суицидального поведения.

Рост базальной тревоги в наше время обусловлен информационно-коммуникационной революцией, приведшей к упрощению удовлетворения сенсорной жажды, информационной перегрузке, расширению общения online, к разлому поколений, к девальвации прежних ценностей и традиций, к пересмотру прежних норм морали, к утрате привычной идеологии, к дезинтеграции общественных групп, классов, к недоверию к власти и к общественной деятельности, к росту аномии. Также на повышение базальной тревоги и риска суицидального поведения повлияли ситуация пандемии COVID-19 в мире, ухудшение эпидемической обстановки, военный конфликт, поток беженцев, большие количества потерь.

Сегодня время наступило аномии, что было предсказано еще Е. Durkheim [3], как и «время безнормальности», о наступлении которого предупреждал М.К. Мамардашвили [4]. Аномия (греч.: а – отрицание, номос – закон) – беззаконие, состояние общества, при котором социальные нормы дезорганизованы, человеческое сосуществование деморализовано, индивид теряет связи с обществом и, ощущая эту отчужденность, утрачивает смысл своего существования на фоне неопределенности и нестабильности своего положения в социуме. Это приводит к такому психологическому состоянию, которое является причиной девиантного и делинквентного поведения, включая и суицидоопасное поведение. Предложивший этот термин Е. Дюркгейм использовал его для обозначения критического состояния общества, характеризующегося тем, что старые нормы перестали действовать, а новые ещё не установились, старые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования [3].

Одной из основных причин аномии следует считать огромный поток информации, обрушившийся на общество в связи с развитием Интернета. Часто эта информация противоречива. Это обусловило смену эпохи модерна, время которой характеризовалось поисками причинно-следственных связей, объясняющих происходящее в отношениях людей, в их поведении и в жизни вообще, на эпоху постмодерна. В эпоху постмодерна выявленные закономерности стали ставиться под сомнение, повысились требования к доказательству любых, в том

³Beck G. The Overton Window. N.-Y., 2010. Available at:

http://royallib.com/read/Beck_Glenn/The_Overton_Window.html#0 (accessed: 10.04.2015).

Lehman J. A Brief Explanation of the Overton Window. Mackinac Center for Public Policy. Available at: <http://www.mackinac.org/12887> (accessed: 10.04.2015).

Дробышева Е.Э. Культура vs цивилизация: взгляд через «Окно Овертона» // Вестник МГУКИ. 2015. №5 (67). [эл. ресурс] URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kultura-vs-tsivilizatsiya-vzglyad-cherez-oknoovertona> (дата обращения: 29.07.2017).

числе и общепринятых очевидных суждений, ценностей, сформировавших в обществе стереотипы, касающиеся становления и проявлений влечений.

Подрастающему человеку трудно понять себя, свою роль, место в этом мире, все труднее находить адекватную социальную поддержку в семье и в среде сверстников. Им предпринимаются попытки справиться с этими трудностями, их переживаниями с помощью алкоголя, других веществ, изменяющих психическое состояние. Реальное общение все чаще заменяется виртуальным в Интернете.

Размытость границ нормы приводит к высокому уровню базальной тревоги среди населения, к росту количества девиантных действий и к росту суицидального поведения. Суицид (лат.: sui – себя, caedo – убивать) – умышленное лишение себя жизни. Русский философ Н.А. Бердяев писал: «Самоубийство – обольщение в состоянии отчаяния, возникающего при осознании ничтожности и сопровождаемого ненавистью к самому себе и другим» [1].

Суицидальное поведение делят на: самоповреждающее (парасуицидальное) поведение, демонстративно-шантажное суицидальное поведение и истинное суицидальное поведение.

Этапы суицидальных тенденций следующие: мировоззренческий – знание о суициде, интерес к нему; этап пассивных мыслей – «согласие» на смерть; активный этап – формирование плана суицида.

Формы суицидального поведения:

- суицидальные тенденции – включают суицидальные мысли и суицидальные побуждения (попытки к самоубийству);

- суицидальные мысли – мысли о смерти, суициде или серьезном самоповреждении;

- суицидальные попытки – попытки нанести повреждения самому себе или совершить самоубийство, не закончившись летально;

- abortивный суицид (суицидальная попытка) – истинное самоубийство по каким-то обстоятельствам (субъективным или объективным), остановившееся перед завершающим действием и не окончившееся смертью;

- завершенный суицид;

- расширенный суицид.

- Суицидальные мысли:

- пассивные суицидальные мысли носят недифференцированный характер и не связаны с формированием суицидального плана;

- суицидальные фантазии;

- активные суицидальные мысли связаны с активным намерением убить себя. Обдумывание подходящего способа суицида, места и времени акта суицида. «Репетиция» самоубийства;

- хронические суицидальные тенденции – суицидальные мысли более 12 месяцев.

От 15% до 35% лиц молодого возраста имеют опыт переживания суицидальных мыслей [6, 9, 10].

Мысли о самоубийстве на сегодняшний день являются наиболее распространенной формой суицидальности, значение которой может варьироваться от определенного намерения умереть в контексте серьезного личного кризиса (тяжелого депрессивного состояния, хронического семейного неблагополучия, неразделенной любви и пр.) до утешительной мысли (к примеру, «если станет

еще хуже, я всегда могу покончить с собой»).

Важно понимать суть суицидальных тенденций и их мотивы на разных этапах онтогенеза. Так, в дошкольном и младшем школьном возрасте, когда впервые осознается конечность жизни, появляется понятие смерти, возникают инфантильные суицидальные тенденции и обостряется базальная тревога.

В подростковом возрасте в связи с развитием абстрактно-логического мышления и сепарацией от родителей происходит формирование самосознания и осознание неизбежности смерти; переживание одиночества и экзистенциальной тоски; формирование комплекса неполноценности; повышенное чувство справедливости, эмоциональность, склонность к экстремальным реакциям; поиски смысла жизни (метафизическая интоксикация). Основными причинами суицидальных тенденций становятся конфликты в учебной, трудовой сферах, конфликты в семьях, конфликты в интимно-личностных отношениях. Усиление сепарационной (базальной) тревоги и напряжение влечения самосохранения приводят к кризису идентичности [8]. Незакаленность в житейских бурях и невзгодах приводит молодых к аутоагрессии, включая суицидальные попытки в тех случаях, в которых более зрелые люди выбрали бы иную форму реагирования. Значимым образом на появление суицидальных мыслей у подростков влияют также склонность к приему алкоголя, физическое и сексуальное насилие.

Выявлено, что при формировании суицидального поведения для подростков мужского пола большее значение имел фактор ситуационной тревожности, для подростков женского пола – фактор личностной тревожности (UNICEF 2021 <https://www.unicef.org/reports/global-annual-results-2021>).

В возрасте середины жизни (экзистенциальный возрастной «пик» самоубийств) причиной тенденций самоубийства становятся переоценка ценностей, груз утрат, потеря смысла существования, «кризис идентичности».

В пожилом возрасте главным в этой связи являются одиночество, подведение итогов прожитых лет, старческая немощь, тяжелое заболевание, невозможность ухода за собой.

Многие виды саморазрушающего поведения могут не включать в себя сознательное желание умереть, но могут служить некоторым из тех же целей, что и более явные формы суицидальности. В последние годы нарастает тенденция к учащению самоповреждающих действий, особенно среди молодежи. Чаще они встречаются у 12-13-летних, а не в 16-17, как это было раньше, преобладают девушки. Омоложение склонности к аутоагрессивному поведению современных подростков связано с их вечерне-ночной социальной активностью (англ.: eveningness), нарушающей синтез мелатонина, что приводит к временным изменениям пика выброса других гормонов, в частности кортизола.

Аутоагрессивное поведение может проявляться в виде реальных или в символических самоповреждающих действий разной степени выраженности [5].

Самоповреждение («селфхарм») достигается:

- *без помощи предметов:*

- онихофагия – обгрызание ногтей;
- трихотилломания – выдергивание волос;
- экскориаии – расцарапывание кожи до крови, обдирание заусениц;
- покусывания себя (губ, рук и пр.);
- самоудары кулаками и т. д.;

- самоудушение руками.
- *с помощью предметов:*
- порезы, прокалывания кожи острыми предметами;
- прижигания кожи;
- самоудушение;
- удары себя о твердые поверхности;
- ожоги пищевода агрессивными жидкостями;
- отравления лекарствами, химическими веществами;
- употребление ПАВ с целью самоповреждения
- и т.д.
- *поведением, приводящим к самоповреждению:*
- изнуряющие физические нагрузки с целью причинения себе вреда;
- провокации и участие в драках;
- нарушение пищевого поведения (булимия, анорексия, vomiting, трихофагия)
- и т.д.

Причины самоповреждений

- «испытать себя, воспитать мужество...»;
- «научиться терпеть боль...»;
- «наказать себя...»;
- «выполнить задание куратора...»;
- «прикольнo, модно...»;
- «так многие делают...»;
- «назло...»;
- «хоть что-то почувствовать...»;
- «сменить боль души на телесную...».

Акт самоповреждения позволяет снизить уровень тревоги, чувство собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, переживания покинутости и скуки. Самоповреждение приносит временное облегчение. К. Menninger писал: «... локальное самоповреждение является частичным суицидом и предпринимается с целью предотвратить полный суицид» [11].

Россия продолжает занимать одно из первых мест в Европе по количеству самоубийств детей и подростков [12].

Этой тенденции способствовала деятельность Ф. Челова, Ф. Будейкина («Лиса») и их последователей в социальных сетях. Ф. Будейкин – «администратор», «куратор» «групп смерти». За три года его «деятельности» с помощью 8 своих виртуальных сообществ он довел до самоубийства 15 несовершеннолетних. Если бы его не арестовали, мог убить еще почти 30 человек.

Ненависть жертв буллинга или моббинга к обидчикам может порождать у них мечты, фантазии о страшной мести, причем не только непосредственным мучителям, но и всему окружению, и приводить в конечном итоге к попыткам и совершению массовых убийств. Подобные покушения, в том числе в России, на массовое убийство учащихся, предпринимаемые либо учеником, либо выпускником или просто посторонними, испытывавшими травлю, получили название *скулшуттинг* (англ.: schoolshooting). Также используется термин «колумбайн». Так называлась школа в США, в которой 20 апреля 1999 г. произошло спланированное нападение с применением стрелкового оружия двух учеников старших классов школы на учеников, в результате чего 13 человек были убиты и 23 человека ранены.

Суицид в подростковом возрасте часто связан с нереализованными потребностями, относящимися к значимому близкому человеку, с неудовлетворенными диадическими отношениями в результате разочарования сексуальным дебютом. При этом внешние факторы доминируют, делая суицид актом, обращенным к другому.

Не последнее место среди всего вышесказанного занимает аутоагрессия – один из основных признаков снижения влечения самосохранения, нередко ведущего к стремлению совершать действия, направленные на причинение себе вреда. Проявления аутоагрессии отличаются разнообразием аутодеструктивных действий: от самоуничтожения и самообвинения до нанесения себе повреждений, причинения боли, и, в крайних случаях, суицидных действий. Как правило, аутоагрессия является поведенческим паттерном нарушенного влечения самосохранения у лиц с низкой самооценкой и с высокой базальной тревогой. Для них типичны отказ от активной жизнедеятельности, долга, нежелание пытаться решать личностные и социальные проблемы. Их аутоагрессивные действия сознательно или неосознанно направлены на причинение себе вреда в физической, психической, социальной или духовной областях.

Ранними признаками склонности к аутоагрессии являются безразличие к своему внешнему виду, падение академической успеваемости, изменения во взаимоотношениях со сверстниками, рискованное поведение, снижение аппетита, веса, нарушения сна и пр. Исследования, проведенные во многих странах, показали, что распространенность среди подростков «экстернализирующих» расстройств (оппозиционного и антисоциального поведения, гиперактивности) остается практически неизменной, а проявления «интернализирующих» расстройств (депрессивных нарушений, высокой тревоги, сниженной самооценки, суицидальной настроенности), особенно среди девушек-подростков, отмечаются чаще.

Изменения влечения самосохранения могут происходить в полярно различных ситуациях, но приводить к одинаковому результату в виде саморазрушающего поведения, включая суицид. Трудные жизненные ситуации вызывают настолько тяжелые переживания, что возникает желание прекратить их, покончив с жизнью [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев Н.А. О самоубийстве. Париж, 1931. 46 с.
2. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
3. Дюркгейм Е. (Durkheim E.) Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр.; Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994. 164 с.
4. Мамардашвили М.К. Картезианские размышления (январь 1981 года) / под ред. Ю.П. Сенокосова. 2. изд. М.: Прогресс, 1999. 350 с.
5. Романовская М.В., Фесенко Ю.А., Добряков И.В. Патологические проявления при нарушении влечения самосохранения // XXII Мнухинские чтения. Сб. мат-лов конф с международным участием «Суициды у несовершеннолетних: социальные и психологические предпосылки, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика», 20 марта 2025 года: под общ. ред. М.В. Романовской, Ю.А. Фесенко. СПб.: Прима Локо, 2025. С. 298-305.
6. Сыровашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и пси-

хотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8-24.

7. Харрис Т.Э. Я – о'кей, ты – о'кей. М.: Академический проект, 2019. 256 с.

8. Эриксон Е. (Erikson E.H.) Детство и общество. СПб.: Летний сад, 2000. 416 с.

REFERENCES

1. Berdyaev N.A. O samoubijstve. Parizh, 1931. 46 s.

2. Dobryakov I.V., Fesenko Yu.A. Vlecheniya detej i podrostkov: stanovlenie, proyavleniya, otkloneniya. SPb.: Prospekt Nauki, 2022. 300 s.

3. Dyurkgejm E. (Durkgeim E.) Samoubijstvo: Socziologicheskij e`tyud / Per, s fr. s sokr.; Pod red. V.A. Bazarova. M.: My`sl`, 1994. 164 s.

4. Mamardashvili M.K. Kartezijskie razmy`shleniya (yanvar` 1981 goda) / pod red. Yu.P. Senokosova. 2. izd. M.: Progress, 1999. 350 s.

5. Romanovskaya M.V., Fesenko Yu.A., Dobryakov I.V. Patologicheskie proyavleniya pri narushenii vlecheniya samosokhraneniya // XXII Mnukhinskie chteniya. Sb. mat-lov konf s mezhdunarodny`m uchastiem «Suiczidy` u nesovershennoletnikh: soczial`ny`e i psikhologicheskie predposy`lki, diagnostika, lechenie, reabilitacziya i profilaktika», 20 marta 2025 goda: pod obshh. red. M.V. Romanovskoj, Yu.A. Fesenko. SPb.: Prima Loko, 2025. S. 298-305.

6. Sy`rokvashina K.V., Dozorczewa E.G. Psikhologicheskie faktory` riska suiczidal'nogo povedeniya u podrostkov // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2016. Т. 24. № 3. С. 8-24.

7. Kharris T.E`. Ya – o'kej, ty` – o'kej. M.: Akademicheskij proekt, 2019. 256 s.

8. E`rikson E. (Erikson E.H.) Detstvo i obshhestvo. SPb.: Letnij sad, 2000. 416 s.

9. Benoit A., Lacourse E., Claes M. Pubertal timing and depressive symptoms in late adolescence: The moderating role of individual, peer, and parental factors. Development and Psychopathology, 2013. 25(2). 455-471.

10. Lazear K., Roggenbaum S., Blase K. Youth suicide prevention school-based guide. Alabama Counseling Association Journal, 2003. V. 38, N. 2.

11. Menninger K. (1959). A psychiatrist's world. New York, NY: Viking Press.

12. <http://67.rospotrebnadzor.ru/content/143/3482/> пресс-релиз Федеральной службы по проблеме самоубийств в РФ.

I.V. Dobriakov¹, M.V. Romanovskaya², Yu.A. Fesenko^{2,3}

SUICIDAL MANIFESTATIONS OF SELF-PRESERVATION DRIVE DISORDERS

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, ²Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named after S.S. Mnukhin, ³St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint-Petersburg).

Summary. The article is devoted to violations of self-preservation drive and one of the manifestations of these violations - suicidality. The concept of anomie, which leads to the formation of suicidality, is considered based on literary data. The authors present the forms of suicidal behavior and its features at different stages of ontogenesis. It is shown that autoaggressive behavior can manifest itself in the form of self-harming actions, the features of which, the causes and methods of commission are analyzed in this article.

Keywords: drives, anomie, autoaggression, self-harm, suicidality.

УДК 616.89

И.Д. Горнушенков, А.А. Коваль-Зайцев, А.Н. Бархатова, Ю.А. Чайка

**НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ
РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ
ФОРМАМИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: КЛИНИЧЕСКАЯ
КАРТИНА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Согласно литературным данным, имеются указание на значимость нейрокогнитивных расстройств и, прежде всего, регуляторных функций у подростков с высокофункциональными формами аутистических расстройств (вРАС). Эти сведения остаются предметом дискуссий и мало освещены в русскоязычной литературе. Согласно полученным сведениям, подростки с вРАС демонстрируют значимо худшие результаты в состоянии регуляторных функций, чем нормотипичные дети. Одним из эффективных методов психокоррекции для воздействия на регуляторные функции у пациентов с вРАС оказывается когнитивная ремедиация.

Ключевые слова: аутизм, подростковый возраст, регуляторные функции, реабилитация

Введение. Высокофункциональные расстройства аутистического спектра (вРАС), согласно современным воззрениям, представляют собой расстройства нейронального развития, включающее дефицит социальных навыков, ограниченность сферы интересов и стереотипность поведенческих паттернов [1] без явных признаков снижения интеллекта (IQ). Вместе с нарушением коммуникативных навыков и поведенческой стереотипностью многими исследователями отмечаются нарушения когнитивных функций, в частности, у подростков с вРАС [15, 19]. Существуют указания на тесную связь психопатологических и нейрокогнитивных нарушений в данной группе больных, хотя вопрос о ее характере до сих пор остается открытым – с учетом как гетерогенности данных относительно когнитивных нарушений, так и высокого процента случаев коморбидности вРАС с такими отражающимися на когнитивном функционировании, расстройствами, как, например, СДВГ. Остается открытым вопрос какое место занимают нейрокогнитивные расстройства в клинической картине вРАС и какой специфический вклад в нее вносят?

Так, например, существуют сведения, что когнитивные и, в частности, регуляторные функции могут вносить вклад во внешний поведенческий облик пациентов с РАС [12]. Может ли нарушение гибкости и переключаемости как компонента регуляторных функций вносить вклад в трудности использования социальных правил и неспособность этих пациентов к переключению в разных социальных ситуациях в зависимости от контекста – и таким образом, дефицитарности коммуникативной сферы в целом? Может ли дефицит вербальной беглости, другой когнитивной функции, ограничивать способность поддерживать разговор и создавать ситуацию, когда «нечего сказать», а негибкость внимания

вносить вклад в поведенческие стереотипии? Более четкое установление особенностей нейрокогнитивного профиля пациентов с вРАС, при учете побочных переменных может пролить свет на эти и другие вопросы, актуальные в отношении данной психопатологической группы.

Материал и методы. В базах научных данных Google Scholar и PubMed были отобраны публикации – метаанализы, обзоры и отдельные исследовательские работы по сочетаниям ключевых слов «autism», «high functioning autism», «adolescents», «cognitive», «executive function», «rehabilitation» и др.

Результаты. *Содержание понятия «Регуляторные функции».* Термин «регуляторные функции» (executive functions) был введен и сформулирован А.Р. Лурией. Он считал, что успешность поведения при решении каких-либо задач (problem-solving behavior) зависит от ряда важнейших способностей, входящих в состав регуляторных функций, и обеспечивается функционированием лобных долей головного мозга [14].

В зарубежной психологии для описания функций регуляции употребляется термин «executive functions», который буквально переводится как «исполнительные функции», но используется в ином контексте – как «организующие функции», «управляющие функции», «регуляторные функции».

Изучение регуляторных функций (РФ), пожалуй, является наиболее популярной, распространенной и изученной темой в зарубежных нейрокогнитивных исследованиях психической патологии.

G. Perrotta, обобщая представления разных авторов, отмечает следующие компоненты РФ: а) ингибирующий контроль или способность фокусировать внимание на значимых данных, игнорируя отвлекающие факторы и подавляя неадекватные или импульсивные моторные и эмоциональные реакции на стимулы; б) когнитивная гибкость, или способность переходить от одного набора стимулов к другому на основе информации из контекста; в) планирование, или способность формулировать общий план и организовывать действия в иерархической последовательности целей; г) рабочая память, или способность активировать и поддерживать план необходимых действий в ментальном поле, иметь ментальный набор эталонов, над которым можно мысленно работать; д) генеративность или беглость – способность генерировать новые и отличные друг от друга решения по отношению к проблеме [17].

Обзор зарубежных исследований РФ у подростков с вРАС

К настоящему моменту установлено, что у детей и подростков с РАС состояние РФ значимо хуже, чем у нормотипичных испытуемых [7]. При этом существуют сведения, что при РАС нарушения РФ оказывают негативное влияние на качество жизни [22], уровень социальной адаптации [18], а также вносят вклад в свойственное пациентам с РАС стереотипное поведение [11]. В то же время, степень дисфункции РФ у разных людей с РАС различна [9].

Оценка профиля нейрокогнитивных функций у подростков с вРАС особенно требовательна к контролю побочных переменных – и прежде всего уровню интеллекта и наличию коморбидного диагноза СДВГ, а также фактору возраста (поскольку некоторые нейрокогнитивные функции и, прежде всего, регулятор-

ные – развиваются в соответствии с ним). Нами было найдено только одно обобщающее метааналитическое исследование, где все эти факторы подлежали контролю и таким образом представляли данные относительно «чистого» нейрокогнитивного профиля пациентов с вРАС.

Данная работа 2017 г., включившая 98 эмпирических исследований, позволила выделить 3 нейрокогнитивных сферы, нарушения в которых предлагается рассматривать авторами в качестве «ядерных» для вРАС у подростков: гибкость/переключаемость, вербальная беглость/генеративность и рабочая память [13]. Сравнительный анализ нейрокогнитивного профиля подростков с вРАС с некоторыми другими клиническими группами, демонстрирующими нарушения социального взаимодействия показаны в табл. 1.

Планирование и контроль. Нарушения планирования и контроля для пациентов с вРАС без СДВГ оказываются не свойственны [14]. Их наличие в то же время, по разным данным, оказывается свойственно как пациентам с шизотипическим расстройством (ШТР), так и в группе возбудимых психопатий, хотя, видимо, по различным механизмам.

Таблица 1.

Усредненные сравнительные характеристики нарушения регуляторных функций подростков с нарушением межличностного взаимодействия

	вРАС	ШТР	Возбудимые психопатии
Планирование	Присутствуют только при сопутствующем СДВГ	Выражено, может рассматриваться как проявление «гипофронтальности»	Есть, одни из основных
Ингибирующий контроль			
Гибкость	Есть (рассматривается как ядерный дефицит)	Выявляется	В целом не свойственны
Вербальная беглость			
Рабочая память			

Гибкость/переключаемость. Гибкость – когнитивная способность к переключению между разными объектами или вариантами действий для достижения цели.

Несмотря на то, что к настоящему моменту остается не проясненной в полной мере связь между когнитивной ригидностью и поведенческой ригидностью как одной из основных черт подростков с вРАС, потенциально когнитивная ригидность может обуславливать такие девиации данной группы пациентов, как негибкое использование языка (неспособность переключаться на альтернативные темы разговора и модели поведения в зависимости от контекста; незнание, когда в разговоре «нужно остановиться»), персеверации на одном и том же виде деятельности, стереотипии рутин и ритуальное поведение [22].

Пациенты с ШТР также демонстрируют несостоятельность в способности к переключению и использованию языка [4], хотя, по-видимому, иначе и не в такой степени. Кроме того, поведенческие девиации этой группы подростков,

как видно из представленной таблицы, могут иметь связи со многими другими когнитивными доменами.

Вербальная беглость. Дефицит вербальной беглости, вероятно, может быть связан с речевыми нарушениями у подростков с вРАС – и прежде всего с речевыми стереотипиями, трудностями подбора слов и «перехода с темы на тему» в процессе беседы, хотя вопрос о механизмах ее влияния остается открытым. Ряд авторов указывает на общую замедленность в переработке вербальной информации при вРАС, тогда как другие указывают на трудности переключения как основной фактор данных нарушений [20].

Рабочая память. На сегодняшний момент существует множество моделей рабочей памяти, включающих различные компоненты, описывающих разную их структуру и организацию. Однако, в клинических исследованиях, как правило, используют общий показатель сохранности/нарушенности рабочей памяти оцениваемый в вербальной и/или визуальной модальностях.

Согласно имеющимся данным, у пациентов с вРАС выявляется нарушение как вербальной, так и пространственной рабочей памяти, хотя, по некоторым сведениям, последнее оказывается более выраженным [23]. Нарушения рабочей памяти у пациентов с вРАС связываются с более низким уровнем социальной адаптации, выраженностью ограничительного и стереотипного поведения.

Сравнительный анализ состояния регуляторных функций у пациентов с вРАС и расстройствами шизофренического спектра

Сравнительные исследования нейрокогнитивного профиля пациентов с РАС и расстройствами шизофренического спектра (РШС) на удивление, с учетом клинической значимости корректной дифференциации данных расстройств, немногочисленны и, в основном, относятся в последнему десятилетию [16]).

В одном из исследований сравнивалось состояние РФ в группах взрослых пациентов с РАС, РШС и контрольной группой, а также их влияние на уровень повседневной адаптации [25]. В обеих группах было выявлено нарушение РФ, однако влияние данного нарушения на повседневное функционирование оказалось различным: для группы больных с аутизмом именно состояние РФ, а не IQ, оказалось ведущим во влиянии на уровень функционирования, тогда как регуляторные нарушения в группе больных шизофренией не оказывали на него такого влияния. На основе этих данных авторы делают вывод о значимости рассмотрения РФ как терапевтической мишени у пациентов с аутизмом.

Другое исследование с аналогичными экспериментальными группами выявило несущественные различия в состоянии РФ в группах с РАС и РШС – при несколько худшем выполнении группой РАС задачи «Digits Forward» и теста Струппа [16]. Сходные результаты, демонстрирующие отсутствие существенных отличий в сниженных в обеих группах РФ показало и исследование других авторов [8].

Таким образом, как в случае РАС, так и РШС, выраженных отличий по выраженности нарушений РФ между двумя заболеваниями в большинстве исследований не отмечается, что, вероятно, указывает на трансдиагностический характер данного феномена и склоняет задуматься не столько о поиске нозологических различий, сколько психопатологических сходств данных заболеваний и

роли нарушений РФ в их наличии. Остается открытым вопрос о роли нарушения РФ в связи с явлением аутизации и нарушения социальной коммуникации – психопатологического симптома как такового, свойственного обоим расстройствам, так же как собственно нарушение РФ.

Программы реабилитации, направленные на РФ у пациентов с вРАС

Несмотря на то, что тема коррекции РФ у пациентов с РАС является достаточно новой, к настоящему моменту разработано множество программ интервенции, гетерогенность которых затрудняет их сравнение – среди них компьютеризированные и не компьютеризированные программы, использующие виртуальную реальность, имеющие множество вариаций и типов [5]. В связи с этим нами будут рассмотрены прежде всего не компьютеризированные программы, разработанные с целью применения в клинических условиях.

Подход под названием «Когнитивная ремедиация», изначально разработанный для пациентов с шизофренией, является одной из наиболее распространенных клинических интервенций, применяемых для восстановления РФ, в том числе у пациентов с РАС [6]. Когнитивная ремедиация может быть определена как основанная на тренировке и обучении пациента интервенция, нацеленная на такое улучшение когнитивных функций (внимания, памяти, РФ, социальных и метакогнитивных процессов), которое бы носило стойкий и распространяющийся на другие сферы функционирования характер [24]. Протоколы и применение когнитивной ремедиации включают различные когнитивные функции (например, внимание, память, РФ и пр.), сенсорные модальности (например, зрительную, слуховую и пр.), форматы (компьютерный, групповой, индивидуальный и пр.), а также стратегии проведения (например, от базовых когнитивных функций к сложным навыкам, или наоборот). По имеющимся данным [21], условиями проведения успешной когнитивной ремедиации являются: 1) квалификация и мотивированность психотерапевта, 2) включение в работу последовательного распознавания и совершенствования стратегий реализации когнитивных навыков (экстериоризация), 3) повторяющиеся тренировки навыков, 4) использование методов, способствующих интеграции тренировки когнитивных навыков в реальные жизненные условия.

Как правило, программа когнитивной ремедиации включает следующие этапы: а) нейрокогнитивное и «функциональное» тестирование, предполагающее оценку состояния различных когнитивных функций и уровня психосоциального функционирования до начала реабилитационной программы; б) совместная с пациентом постановка целей терапии путем обсуждения тех сфер жизни, уровнем адаптации в которых пациент недоволен (например, учеба, общение с друзьями и пр.) в связи с имеющимся когнитивным дефицитом; в) собственно, тренинг когнитивных навыков, содержание и подход к которому может существенно варьироваться в зависимости от выраженности выявленного во время тестирования дефицита и сформулированных целей терапии; г) оценка эффективности терапии путем повторной оценки уровня когнитивного и психосоциального функционирования. Существенным элементом процедуры является психообразование, направленное на повышение осведомленности пациентов относительно основных когнитивных функций, вариантах нарушений и проявлений данных нарушений в том числе в по-

вседневной жизни, а также подходов к коррекции этих нарушений [21].

Когнитивный тренинг, как правило, также подчиняется определенным принципам: а) варьирование «нагрузки» на тренируемую когнитивную функцию таким образом, чтобы задачи не были слишком простыми (вследствие чего не будет достигаться желаемый эффект «улучшения») или слишком сложными (что может демотивировать пациента); б) наличие обратной связи от психотерапевта о совершаемых ошибках и их коррекция; в) обучение или переобучение альтернативным стратегиям реализации тренируемой когнитивной функции.

Эффективность когнитивной ремедиации для восстановления РФ у подростков с РАС

Имеющиеся работы эффективности когнитивной ремедиации у детей и подростков с РАС являются новым направлением исследований, большинство из которых относится к последнему десятилетию и имеет ряд ограничений – отсутствие комплементарных групп сравнения, неуравновешенность исследуемой выборки по возрасту (где дети, подростки и юноши исследуются зачастую вместе), различие используемых методов оценки эффективности и много других проблем [7]. Тем не менее, представляется актуальным описать имеющиеся на данный момент результаты в связи с актуальностью темы – влиянием РФ на уровень социального функционирования, школьной успеваемости, выраженности клинических симптомов и пр.

Программа восстановления РФ в данном подходе включает три модуля: а) когнитивная гибкость, б) рабочая память и в) планирование. Она адаптирована в том числе для подростков [7].

В исследовании М. Hajri et al [10] вошло 16 субъектов, прошедших всю программу, средний возраст которых составил 10 лет (выборка варьировалась от 6 до 21 года). Каждый из трех модулей включал 8 занятий по 45 минут еженедельно с общей продолжительностью реабилитационной программы в полгода. Состояние РФ оценивалось до начала программы и через неделю после завершения. Согласно полученным результатам прошедшие программу участники показали улучшение когнитивной гибкости и рабочей памяти, улучшение по шкалам клинических симптомов, а также некоторое улучшение школьной успеваемости.

В другом исследовании, включившем 24 ребенка (возраст 8-12 лет), которые были разделены на экспериментальную и контрольную группы, 6-месячная программа когнитивной ремедиации РФ показала эффективность порядка 88%, в том числе для ингибирующего контроля, планирования и контроля эмоций [2]. Сходные результаты для компьютерной программы когнитивной ремедиации длительностью 10 сессий по 50 минут и общей продолжительностью 4 недели показаны и другими авторами [3].

Заключение. Нарушение РФ при РАС представляет существенным компонентом расстройств, характерных для данной когорты пациентов. Исследования картины нарушений регуляторных функций и их реабилитации при РАС в целом, и в группе подростков в частности, представляется новым, вызывающим все больший интерес направлением исследований, первичные результаты которых остаются дискуссионными и противоречивыми.

REFERENCES

1. Association A.P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / A.P. Association, American psychiatric association, 2013.
2. Atigh A., Zarei M.A. The effect of cognitive rehabilitation therapy (CRT) on the executive functions of children with autism spectrum disorder (ASD) // *Chronic Diseases Journal*. 2019. P. 137–147.
3. Bahadori A. et al. Designing a sensory, motor, and cognitive intervention program and assessing its effectiveness on the neuropsychological profile of children with high-functioning autism // *Journal of Psychological Science*. 2024. № 141 (23). P. 89–102.
4. Cardella V. Language and schizophrenia: Perspectives from psychology and philosophy / V. Cardella, Routledge, 2017.
5. Cavalli G. et al. The efficacy of executive function interventions in children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis // *Expert review of neurotherapeutics*. 2022. № 1 (22). P. 77–84.
6. Dandil Y. et al. Cognitive remediation interventions in autism spectrum condition: A systematic review // *Frontiers in psychiatry*. 2020. (11). P. 722.
7. Demetriou E.A. et al. Autism spectrum disorders: a meta-analysis of executive function // *Molecular psychiatry*. 2018. № 5 (23). P. 1198–1204.
8. Eack S.M. et al. Commonalities in social and non-social cognitive impairments in adults with autism spectrum disorder and schizophrenia // *Schizophrenia research*. 2013. № 1–3 (148). P. 24–28.
9. Geurts H. et al. Neuropsychological heterogeneity in executive functioning in autism spectrum disorders // *International Journal of Developmental Disabilities*. 2014. № 3 (60). P. 155–162.
10. Hajri M. et al. Effects of cognitive remediation therapy in children with autism spectrum disorder: study protocol // *Int J Sci Res*. 2016. № 7 (5). P. 2007–2012.
11. Iversen R.K., Lewis C. Executive function skills are linked to restricted and repetitive behaviors: Three correlational meta analyses // *Autism Research*. 2021. № 6 (14). P. 1163–1185.
12. Johnston K. et al. Executive function: Cognition and behaviour in adults with autism spectrum disorders (ASD) // *Journal of autism and developmental disorders*. 2019. (49). P. 4181–4192.
13. Lai C.L.E. et al. Meta-analysis of neuropsychological measures of executive functioning in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder // *Autism Research*. 2017. № 5 (10). P. 911–939.
14. Luria A.R. Higher cortical functions in man. Springer Science & Business Media, 2012.
15. Mançe Çalışır Ö. et al. Cognitive Features of High-functioning Adults with Autism and Schizophrenia Spectrum Disorders. // *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2018. № 1 (29).
16. Morais S. et al. Executive function in schizophrenia and autism in adults shares common components separating high and low performance groups // *Frontiers in Psychiatry*. 2024. (15). P. 1381526.

17. Perrotta G. Executive functions: definition, contexts and neuropsychological profiles // J Neurosci Neurol Surg. 2019. (4). P. 1–4.
18. Pugliese C. E. et al. Longitudinal examination of adaptive behavior in autism spectrum disorders: Influence of executive function // Journal of autism and developmental disorders. 2016. (46). P. 467–477.
19. Rabiee A. et al. The cognitive profile of people with high-functioning autism spectrum disorders // Behavioral Sciences. 2019. № 2 (9). P. 20.
20. Spek A. et al. Verbal fluency in adults with high functioning autism or Asperger syndrome // Neuropsychologia. 2009. № 3 (47). P. 652–656.
21. Vita A. et al. Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials // JAMA psychiatry. 2021. № 8 (78). P. 848–858.
22. Vries M. De, Geurts H. Influence of autism traits and executive functioning on quality of life in children with an autism spectrum disorder // Journal of autism and developmental disorders. 2015. (45). P. 2734–2743.
23. Wang Y. et al. A meta-analysis of working memory impairments in autism spectrum disorders // Neuropsychology review. 2017. (27). P. 46–61.
24. Wykes T. et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes // American Journal of Psychiatry. 2011. № 5 (168). P. 472–485.
25. Yon-Hernández J.A. et al. Neuropsychological profile of executive functions in autism spectrum disorder and schizophrenia spectrum disorders: a comparative group study in adults // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2023. № 3 (273). P. 719–730.

I.D. Gornushenkov, A.A. Koval-Zaitsev, A.N. Barkhatova, Yu.A. Chaika
NEUROCOGNITIVE FUNCTIONS OF ARBITRARY REGULATION
IN ADOLESCENTS WITH HIGH-FUNCTIONING FORMS
OF AUTISTIC DISORDERS: CLINICAL PICTURE, DIFFERENTIAL
DIAGNOSIS, REHABILITATION (LITERATURE REVIEW)

Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. According to the literature, there are indications of the significance of neurocognitive disorders and, above all, of regulatory functions, in adolescents with high-functioning forms of autistic disorders (hAD). These findings remain a matter of debate and are poorly reported in the Russian-language literature. It has been reported that adolescents with hAD show significantly worse results in regulatory functions than normotypic children. Cognitive remediation is one of the effective methods of psychocorrection to influence regulatory functions in patients with hAD.

Keywords: autism, adolescence, regulatory functions, rehabilitation.

**ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
СРЕДЫ: ПРОФИЛАКТИКА «ШКОЛЬНЫХ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЙ»
С ПОМОЩЬЮ АНТИБУЛЛИНГОВЫХ ПРОГРАММ (ОБЗОР)
Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль).**

Резюме. В статье показано влияние психотравмирующих факторов в образовательной среде на возникновение синдрома педагогического насилия, виктимизации и постдидактического стрессового расстройства у детей и подростков. Автором сделан анализ действующих противобуллинговых программ, разработанных и применяемых в различных странах мира. Предлагается объединить усилия специалистов разных областей с целью разработки и внедрения отечественных государственных антибуллинговых программ, обязательных для применения во всех школах страны.

Ключевые слова: дети и подростки, буллинг, виктимизация, постдидактическое стрессовое расстройство, антибуллинговые программы.

Введение. Проблема психосоциальной безопасности в образовательных учреждениях актуальна на глобальном уровне. Неблагоприятные условия образовательной среды, такие как педагогическое насилие, буллинг, виктимизация, постдидактический стресс, school shooting, суицидальное поведение, могут оказывать существенное влияние на психическое и физическое здоровье как школьников, так и преподавателей. Негативные последствия этих факторов могут проявляться в различных формах, включая развитие психопатологических расстройств, ухудшение учебных успехов и эмоциональную нестабильность участников образовательного процесса [3, 8]. Данный феномен, возникающий в школах различных стран мира, можно сравнить с землетрясениями различной силы. По нашему мнению, с такими «школьными землетрясениями» необходимо бороться не только в конкретных образовательных учреждениях, но превентивно и на государственном уровне [1, 4, 5]. Очевидно, что школьная травля является важной целью для эффективного вмешательства и профилактики. Травля является этической проблемой, а также проблемой развития: борьба со школьной травлей облегчает процесс оптимального психологического развития, но также затрагивает вопрос прав человека, особенно прав ребенка. Поэтому, в первую очередь, должна быть выработана государственная антибуллинговая программа по профилактике психотравмирующих факторов у детей и подростков на всех уровнях воспитания и образования.

Травля впервые стала важной темой исследований в 1980-х годах после трагических самоубийств мальчиков в Норвегии, причиной которых считалась травля [31]. Этот отрицательный феномен рассматривается как нежелательное явление в образовании, и во многих случаях снижение уровня издевательств является целью национальной и местной политики в области образования.

Буллинг (от англ. bullying — «запугивание», «издевательство», «травля») — это агрессия одних детей против других, когда имеет место неравенство сил и

жертва показывает, как сильно ее это задевает. Запугивание является проблемой во многих школах по всему миру. Сегодня эта форма агрессивного поведения остается распространенной проблемой среди молодежи во всем мире. Издевательство определяется как агрессивное поведение, которое повторяется в течение времени между двумя или более людьми. Обычно существует явный дисбаланс сил между жертвами и буллерами как в социальном, так и в физическом плане. Кроме того, издевательство — это поведение, которое совершается намеренно, чтобы навредить жертве [3, 31].

Национальной медицинской библиотекой США проведено исследование (32 shocking bullying statistics that will capture public attention in 2023), в ходе которого изучалось издевательство над 1025 учащимися колледжа со стороны студентов и преподавателей. Было обнаружено, что из 1025 студентов бакалавриата 24,7% время от времени запугивают других студентов, а 2,8% делают это очень часто. Издеательствам со стороны учителей время от времени подвергались 4,2%, а очень часто 5% учащихся. В школах 49% детей в 4-12 классах хотя бы один раз подвергались издеательствам со стороны других учеников. А 20% американских учащихся 9-12 классов сообщили, что подвергались издеательствам два или более раз за последний месяц. Свидетелями издевательств в школе стал 71% учащихся и 70% школьного персонала.

Кибербуллинг — это еще одна форма агрессивного поведения, которая может иметь место в школьном сообществе, и предыдущие исследования обнаружили значительное совпадение между офлайн (т. е. школьным, или очным, буллингом) и онлайн-буллингом [9].

Исследования кибервиктимизации, проведенные M.F. Wright, S. Wachs, выявили различные личные и контекстуальные корреляции и негативные последствия, связанные с этим опытом. Они провели в одной из средних школ в Соединенных Штатах анкетирование среди 416 подростков, из них 46% были девочки в возрасте 13 лет. Подростки ответили на вопросы анкеты о кибервиктимизации, принадлежности к школе, депрессии, одиночестве и тревожности в 7-м классе и повторно год спустя. По мнению авторов, низкий уровень принадлежности к школе усилил положительные связи между кибервиктимизацией, депрессией и тревожностью [30].

Виктимизация (лат. *victima* — жертва) — процесс или конечный результат превращения в жертву преступного посягательства лица или группы лиц. Виктимизация в школе оказывает неблагоприятное воздействие на психическое и физическое здоровье учащихся. В исследовании, проведенном E. Choe et al., участвовали 290 студентов, которые подвергались издеательствам. Авторы выявили связь, в которой самооценка опосредует связь между прошлой виктимизацией, самопрощением и симптомами депрессии в более позднем возрасте [16].

В своей работе I. Menrath et. al подчеркивают тесную связь между виктимизацией в школе и низким субъективным факторам здоровья. При анкетировании 39% учеников сообщили, что подвергались издеательствам, а 16% испытали межличностное насилие. Пострадавшие дети сообщали о вдвое большем количестве психосоматических проблем, более низком уровне удовлетворенности жизнью и снижении HRQoL (Health-related quality of life) — качества жизни, связан-

ного со здоровьем с течением времени, по сравнению с детьми без опыта виктимизации. Укрепление самоэффективности учеников и благоприятный школьный климат смогли уменьшить последствия виктимизации для здоровья [29].

Постдидактическое стрессовое расстройство. Влияние дидактогенных факторов и неблагоприятной образовательной среды, в свою очередь, вносит вклад в нарушение психического и физического здоровья детей и подростков [8]. Под постдидактическим стрессовым расстройством (ПДСР) следует понимать «психическое состояние, возникающее в результате единичного эпизода или повторяющихся событий, оказывающих негативное воздействие на психику детей и подростков в результате дидактической («педагогической») деятельности родителя, учителя, коллектива, в котором ребенок вынужден находиться, или в результате активного уклонения от неё («педагогическая халатность»)» [2, 7]. Следовательно, для профилактики ПДСР и реабилитации участников образовательного процесса, получивших постдидактический стресс, также необходима разработка общешкольной и индивидуальной антидидактогенической программы.

Антибуллинговые программы. Очевидно, что школьная травля и виктимизация детей и подростков являются важной целью для эффективного вмешательства и профилактики. Травля является этической проблемой, а также проблемой психического и физического развития детей и подростков. Борьба со школьной травлей не только облегчает процесс оптимального психологического развития, но также затрагивает вопрос прав человека, особенно прав ребенка [6, 11, 36].

Учитывая актуальность проблемы, и в нашей стране был разработан Законопроект, направленный против буллинга в школах. В документ также были включены и меры по борьбе с кибербуллингом.

В настоящее время в научной литературе существует очень мало информации об эффективности программ вмешательства, направленных на снижение кибербуллинга, или о том, могут ли школьные программы, также нацеленные на очный буллинг, одновременно влиять на онлайн-буллинг.

По данным M.J. Cava et al., насилие в киберзнакомствах (CDV- cyber dating) является серьезной проблемой для здоровья подростков из-за их частого использования коммуникационных технологий в их романтических отношениях, включая использование этих технологий для совершения насилия во время свиданий [15].

Н. Gaffney et al., проводя метаанализ, пришли к выводу, что в целом школьные программы по борьбе с издевательствами эффективны в снижении случаев издевательства и виктимизацию в результате травли [20].

Нами сделан анализ действующих противобуллинговых программ, разработанных и применяемых в различных странах мира. Все антибуллинговые программы мы представили по их направленности.

Программа Confident Kids (*Уверенные дети, Австрия*), представленная К. Berry, С.J. Hunt, включает когнитивно-поведенческую терапию для управления тревогой. Авторами оцениваются целевые факторы, такие как самооценка, стратегии преодоления трудностей, социальные навыки, эмоциональная регуляция и интернализирующее поведение. Проводится восемь еженедельных сессий под руководством клинических психологов. Участники распределяются по группам

в зависимости от их оценки, а затем эти группы случайным образом распределяются либо по группе вмешательства, либо по группе контроля из списка ожидания. Анализ эффективности программы оценивался по результатам отчетов детей и родителей, выполненных до, после и через 3 месяца наблюдения [10].

Е.С. Brown et al. использовали общешкольную программу Steps to Respect (*Шаги к уважению, США*) по снижению издевательств путем повышения эффективности работы персонала, создания позитивного школьного климата и повышения социальных и эмоциональных навыков учащихся. Классная программа, состоящая из 10 уроков, реализуется обученными учителями по работе с отдельными буллерами и их жертвами. Отчеты учителя и самоотчеты учащихся анализируются до и после вмешательства [12].

К.М. Lewis et al в своей работе представили программу Affirmative Action Program (*Программа позитивных действий, США*). Данная программа определяет состояние благополучия в школе и нацелена на отдаленные (школьный климат и управление классом учителя) и ближайшие (мысли и чувства учащихся) факторы для улучшения ряда показателей здоровья и поведения. Наблюдались 624 ученика 3 класса в течение 6-летнего периода. Самооцененные меры агрессии, связанной с травлей, анализировались в каждой временной период [26].

Программа Empathy Training Program (*Программа обучения эмпатии, Турция*), представленная в работе М. Shaheen, предназначена для детей, идентифицированных как хулиганы. Она состоит из 11 уроков, включающих методы когнитивной терапии для повышения эмпатических навыков учащихся и снижения агрессивного поведения. Учащиеся были распределены в одну из четырех групп, а затем две группы были распределены в условия вмешательства, а две другие группы выступали в качестве контрольных. Анализ эффективности программы оценивался до и после окончания занятий [35].

S. Trip et al (Румыния) в своей работе использовали двойной компонент рационально-эмоционального поведенческого образования (rational-emotional behavioral education - REBE) и программу социальной компетентности (virtual instruction set computing - ViSC), которые были нацелены на социально-эмоциональные факторы, связанные с издевательствами и агрессией. Школы были случайным образом распределены по трем потенциальным условиям в соответствии с порядком, в котором они подвергались программам вмешательства: (1) группа REBE, затем ViSC ($n=385$); (2) группа ViSC, затем REBE ($n=270$); и (3) контрольная группа ($n=315$), которые не подвергались ни одной из программ. Самоотчеты о том, подвергались ли они когда-либо издевательствам и когда-либо подвергались издевательствам, собранные до, во время и после вмешательства [35].

Программа Fairplayer.manual (*Честный игрок.руководство, Германия*) является еженедельной программой по борьбе с травлей в классе, проводимая либо обученными учителями, либо профессионалами, целью которой является снижение травли путем повышения социальных и моральных компетенций учащихся. В процессе проведения уроков у учащихся изменяются отношение к травле и поощрению вмешательства наблюдателей. Н.Д. Bull et al данная программа была апробирована на трех экспериментальных группах с различным

сроком вмешательства. Все участники прошли меры по борьбе с издевательствами до, 4 месяца после вмешательства и в течение последующих 12 месяцев наблюдения [13].

Программа Protecting Schools from Bullying (*Защита школы от буллинга, США*), представленная S. Menard, J.C. Grotpeter является общешкольной программой, реализуемой учителями, по индивидуальной поддержке как буллеров, так и их жертв, методом восстановительной некарательной дисциплинарной политики [28].

Программа Skills-based intervention: behavioral (*Вмешательство на основе навыков, Бразилия*), предложенная J. da Silva et al, рассматривает поведенческое когнитивное вмешательство на основе социальных навыков, включает 8 еженедельных занятий по 50 минут под руководством клинических психологов. Группы учащихся при исследовании были разделены по полу и статусу вовлеченности в травлю. Учитывались следующие показатели: вежливость, умение заводить друзей, эмпатия, самоконтроль, эмоциональная выразительность, напористость, решение межличностных проблем. Программа включала ролевые игры, драматизацию, положительное подкрепление, моделирование, обратную связь, видео и домашние задания [18].

Программа Media Heroes (*Герои СМИ, Германия*), предложенная E. Shaw et al, направлена на предотвращение кибербуллинга и нацелена на сочувствие, осведомленность и знания о травле и кибербуллинге. Данная программа применялась авторами среди 1075 учеников в возрасте 11–17 лет в пяти школах Германии [36].

Проект Friendly schools project (*Дружественные школы, Австралия*) включает образовательные методики, основанные на теории социального познания. Работа по борьбе с травлей проводится на уровне всей школы и сообщества, а также с учениками и их семьями. Обученные учителя под руководством D. Cross et al проводили девять структурированных уроков с 1968 учениками 4 класса. 51,1% участников группы вмешательства и 48,3% учеников контрольной группы были женского пола. [17].

Программа социально-эмоционального обучения в средней школе Step two: student success through prevention (*Второй шаг: успех учащихся через профилактику, США*) проводится обученными учителями, которые реализуют учебную программу на 15 еженедельных занятиях. Школьники изучают такие вопросы, как эмпатия; общение; травля; регуляция эмоций; решение проблем; и профилактика злоупотребления психоактивными веществами. D.L. Espelage et al. анализируют результаты исследования 3658 учеников из 36 школ в возрасте 11 лет в первой временной точке и 1961 ученик получил вмешательство. А 1697 учащихся выступили в качестве контрольной группы. Все участники прошли измерения травли в трех временных точках: Волна 1 (предварительное тестирование); Волна 2 (посттест) и Волна 3 (после 2 лет вмешательства) [23].

Универсальная школьная профилактическая программа для подростков Dutch skills for life (*Голландские навыки для жизни, Нидерланды*) проводится обученными учителями в течение 2 лет и состоит из 25 уроков. Целью программы является осознание и умение справляться с эмоциями и чувствами; решением проблем эмоциональной регуляции; издевательствами; дружбы; сек-

суальности; профилактика злоупотребления психоактивными веществами. Мероприятия включают DVD, ролевые игры и групповые обсуждения. M. Fekkes et al анализируют результаты анкетирования 1394 учащихся 7–9 классов из 26 школ в возрасте 13–16 лет [19].

Общешкольная структурированная учебная программа KiVa - Kiusamisvaba (*Без издевательств, Финляндия*) нацеленная на отдельные случаи травли в школе, включает занятия с участием класса и родителей. Это компьютерная программа по борьбе с травлей для учеников, обучения учителей надзору/управлению классами и очагами травли. A. Kärnä et al проанализированы анкеты 6927 учеников 1–3 классов в 74 школах. А 78 школ были распределены по группам вмешательства или контроля. Все участники заполняли анкеты самоотчетов (OBVQ - olweus bully/victim questionnaire) и отчетов сверстников (вопросник роли участника) по издевательствам и виктимизации на исходном уровне, в середине вмешательства и после вмешательства [24].

Программа вмешательства в кибербуллинг, включая традиционный буллинг Cyberprogram 2.0 (*Киберпрограмма 2.0, Испания*). Программа состоит из 19 уроков направленных на повышение осведомленности, описание последствий и разработку стратегий преодоления, связанных с буллингом и кибербуллингом. Участников также учат развивать позитивные социальные и эмоциональные навыки. M. Garaigordobil, V. Martínez-Valderrey провели анализ анкетирования 176 учащихся средней школы в возрасте 13–15 лет, 56,3% из них — девушки. Из них 93 учащихся находились в группе вмешательства, а 83 — в контрольной группе [21].

Программа профилактики кибербуллинга ConRed (*Красный Кон, Испания*) разработана с использованием доказательств эффективных компонентов вмешательства в борьбу с буллингом, включающая несколько стратегий: 1) проактивные политики, процедуры и практики; 2) ключевые знания и компетенции школьного сообщества; 3) защитная школьная среда; 4) партнерство школы, семьи и сообщества. Исследователи R. Ortega-Ruiz et al и учителя распределили классы учащихся на экспериментальные и контрольные группы. Все участники заполняли анкету Европейского проекта по борьбе с травлей (ECIPQ) до и после внедрения [32].

Профилактическая программа Zero (Ноль, Норвегия) делает акцент на школьном персонале, гарантируя нулевую терпимость к издевательствам. В классах создаются дискуссионные группы по поводу издевательств и проводятся встречи по восстановительному разрешению конфликтов между жертвами, учителями, родителями, а затем и виновниками [34].

Программа NoTrap! (*Нет ловушки!, Италия*) - программа сетевого вмешательства по борьбе с травлей, проводимая сверстниками. Выбранная группа подростков отслеживает онлайн-форум по травле сверстников. M.K. Polanin провел анализ анкетирования 461 ученика 9 класса из 7 средних школ и 10 классов из 4 школ, которые были отнесены к условию вмешательства. Учащиеся 10 классов из 3 школ выступили в качестве контроля. Все учащиеся заполнили шкалу травли-виктимизации до и после тестирования. За основу была взята частота травли и виктимизации, с которыми сталкивались респонденты в течение

ние последних 2 месяцев [33].

Общешкольная программа Zippy's Friends (*Друзья Зиппи, Норвегия*) направлена на развитие стратегий преодоления трудностей с целью снижения психологических проблем. Учебная программа, состоящая из 24 уроков в неделю, которые проводят обученные учителя, основана на концепции персонажа «Зиппи» и его друзей, которые сталкиваются с рядом проблем во взаимоотношениях. S. Holen et al проанализировали сообщения учителей о травле, измеренные с помощью обследования климата в классе до и после вмешательства [22].

Общешкольная программа Steps to respect (*Шаги к уважению, США*) разработана для снижения издевательств путем повышения эффективности работы персонала, создания позитивного школьного климата и повышения социальных и эмоциональных навыков учащихся. Классная программа состоит из 10 уроков, реализуется обученными учителями. По данным S. Low, Van Ryzin, все выявленные буллы и их жертвы получили целенаправленное вмешательство. Все участники исследования прошли предварительные и заключительные измерения в течение 1 года. [27].

Общешкольная антибуллинговая европейская инициатива (Kiusaamisen vastainen eurooppalainen aloite DASI) нацелена на школьные факторы, такие как политика школьного обучения, учебная среда и школьная оценка. Программа предусматривает формирование комитетов, состоящих из учеников, родителей и учителей, для адаптации программы вмешательства к потребностям школ. L. Kyriakides et al проанализировали данные анкетирования 2948 учеников из 15 школ Бельгии, Кипра, Англии, Греции и Голландии [28].

Общешкольная программа охраны здоровья Healthy schools Utrecht (*Здоровые школы Утрехта, Нидерланды*) предусматривает реализацию политики здоровой школы; обеспечение выбора здорового питания, мест, свободных от курения и алкоголя, и соответствующих спортивных сооружений. К реализации программы привлекаются и службы общественного здравоохранения. V. Busch et al. проанализировали анкетирование 336 учащихся 4 класса в возрасте 15–16 лет, Полученные результаты исследования сравнивались с данными до вмешательства и после внедрения программы [14].

Выводы.

1. Проблема влияния психотравмирующих факторов в детском возрасте актуальна для многих школ в различных странах мира. Учитывая важность проблемы, предлагается создать Единый реестр регистрации буллинга в стране (при министерстве юстиции, например), чтобы регистрировались все случаи и отслеживались принятые по ним мероприятия.

2. Проведенный обзор литературы показал, что школьные антибуллинговые программы разработаны во многих странах и используются для профилактики, снижения как совершения буллинга, так и виктимизации травли. По нашему мнению, необходимы дальнейшие исследования для изучения конкретных компонентов антибуллинговых программ, которые лучше всего работают по снижению травли и виктимизации.

3. Учитывая особенности российского образования, опыт отечественных и зарубежных ученых, предлагается объединить усилия специалистов разных об-

ластей с целью разработки и внедрения обязательных для применения во всех школах страны отечественных государственных антибуллинговых программ по профилактике и реабилитации участников данных негативных явлений,

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганузин В.М., Маскова Г.С., Мозжухина Л.И., Шубина Е.В. Кибербуллинг среди подростков // Российский педиатрический журнал. 2025. № 28 (1). С. 79-84. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-1-79-84>

2. Ганузин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков: NOTA bene! // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2023 (23). № 2. С. 96-105.

3. Ганузин В.М. Обзор современных исследований по применению подростками оружия в образовательной среде // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2023. Т. 15. № 3. С. 6. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 27.02.2025)

4. Ганузин В.М., Фаттахова А.С. Анализ современной научной литературы по виктимизации детей и подростков в образовательной среде // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024 (24) № 4. С. 96-110.

5. Ганузин В.М., Романычева Е.Н., Курчина Е.Г. Деятельность отделения медико-социальной помощи поликлиники в профилактике и реабилитации детей и подростков из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016. № 2. С. 36-38.

6. Ганузин В.М., Голубятникова Е.В. Детская инвалидность, профилактика, реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017 (17). S2: С. 55-56.

7. Рябина М.В. Влияние школьного постдидактического стресса на успешность высшего образования // Обзор педагогических исследований. 2023. № 5 (7). С. 18-23.

8. Северный А.А., Иовчук Н.М. К вопросу о дидактогенных депрессиях у младших школьников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012; 4(1). URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (дата обращения: 27.02.2025)

REFERENCES

1. Ganuzin V.M., Maskova G.S., Mozzhukhina L.I., Shubina E.V. Kiberbulling sredi podrostkov // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2025. # 28 (1). S. 79-84. <https://doi.org/10.46563/1560-9561-2025-28-1-79-84>

2. Ganuzin V.M. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u detej i podrostkov: NOTA bene! // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2023 (23). # 2. S. 96-105.

3. Ganuzin V.M. Obzor sovremenny`kh issledovaniy po primeneniyu podrostkami oruzhiya v obrazovatel`noj srede // Medicinskaya psikhologiya v Rossii: setevoy nauch. zhurn. 2023. T. 15. # 3. S. 6. URL: <http://mprj.ru> (data obrashheniya: 27.02.2025)

4. Ganuzin V.M., Fattakhova A.S. Analiz sovremennoj nauchnoj literatury` po viktimizaczii detej i podrostkov v obrazovatel`noj srede // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2024 (24) # 4. S. 96-110.

5. Ganuzin V.M., Romanycheva E.N., Kurchina E.G. Deyatel'nost' otdeleniya mediko-sotsial'noj pomoshhi polikliniki v profilaktike i reabilitaczii detej i podrostkov iz semej, nakhodyashhikhsya v trudnoj zhiznennoj situacii // Voprosy`shkol'noj i universitetskoj medicziny` i zdorov`ya. 2016. # 2. S. 36-38.

6. Ganuzin V.M., Golubyatnikova E.V. Detskaya invalidnost', profilaktika, reabilitacziya i abilitacziya detej s ogranichenny`mi vozmozhnostyami // Voprosy`psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2017 (17). S2: S. 55-56.

7. Ryabinina M.V. Vliyanie shkol'nogo postdidakticheskogo stressa na uspehnost' vy'sshego obrazovaniya // Obzor pedagogicheskikh issledovanij. 2023. # 5 (7). S. 18-23.

8. Severnyj A.A., Iovchuk N.M. K voprosu o didaktogenny`kh depressiyakh u mladshikh shkol'nikov [Elektronnyj resurs] // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2012; 4(1). URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n1/50833.shtml (data obrashheniya: 27.02.2025)

9. Baldry, A.C., Sorrentino, A., & Farrington, D.P. (2019). Cyberbullying and cybervictimization versus parental supervision, monitoring and control of adolescents' online activities. *Children and Youth Services Review*, 96, 302–307. 10.1016/j.childyouth.2018.11.058

10. Berry, K., & Hunt, C.J. (2009). Evaluation of an intervention program for anxious adolescent boys who are bullied at school. *Journal of Adolescent Health*, 45, 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.04.02>

11. Bonell, C., Fletcher, A., Fitzgerald-Yau, N., Hale, D., Allen, E., Elbourne, D., Jones, R., Bond, L., Wiggins, M., Miners, A., Legood, R., Scott, S., Christie, D., & Viner, R. (2015). Initiating change locally in bullying and aggression through the school environment (INCLUSIVE): A pilot randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 19(53), 1–110. <https://doi.org/10.3310/hta19530>

12. Brown, E.C, Lowe, S., Smith, B.H., & Haggerty, K.P. (2011). Results of the school-based randomized controlled trial Steps to Respect: a bullying prevention program. *School Psychology Review*, 40(3), 423-443. 10.1037/e734362011-045

13. Bull, H.D., Schulze, M., & Scheithauer, H. (2009). School-based prevention of bullying and relational aggression: The Fairplayer.manual. *European Journal of Developmental Science*, 3(3), 312–317.

14. Busch, V., De Leeuw, R.J. J., & Schrijvers, A.J.P. (2013). Results of a multibehavioral health-promoting school pilot intervention in a Dutch secondary school. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 400–406. 10.1016/j.jadohealth.2012.07.008

15. Cava M.J., Tomás I, Buelga S, Carrascosa L. Loneliness, Depressive Mood and Cyberbullying Victimization in Adolescent Victims of Cyber Dating Violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. 15; 17 (12): 4269. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124269>

16. Choe, E., Srisarajivakul, E., & Davis, D.E. (2021). Protecting Victims of Bullying: The Protective Roles Self-Esteem and Self-Forgiveness Play between past Victimization and Current Depressive Symptoms. *Journal of School Violence*, 20(4), 417–429. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1930015>

17. Cross, D., Monks, H., Hall, M., Shaw, T., Pintabona, Y., Erceg, E., Hamilton, G., Roberts, C., Waters, S., & Lester, L. (2011). Outcomes of a three-year

school-based intervention to combat bullying in children, the Friendly School. *British Educational Research Journal*, 37(1), 105–129. 10.1080/01411920903420024

18. da Silva, J., de Oliveira, V., Braga, I., Farias, M., da Silva Lizzi, E., Gonçalves, M., Pereira, B., & Silva, M. (2016). Effects of a skills-based intervention for victims of bullying in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 1042. 10.3390/ijerph13111042

19. Fekkes, M., van de Sande, M.C.E., Gravesteyn, J.C., Pannebakker, F.D., Buijs, G.J., Diekstra, R.F.W., & Kocken, P.L. (2016). Effects of the Dutch Skills for Life program on the health behaviour, bullying, and suicidal ideation of secondary school students. *Health Education*, 116(1), 2–15. 10.1108/HE-05-2014-0068

20. Gaffney H, Ttofi M.M., Farrington D.P.. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*. 2021 Apr 5;17(2):e1143. doi: 10.1002/cl2.1143.

21. Garaigordobil, M., & Martínez-Valderrey, V. (2015). The Impact of Cyberprogram 2.0 on Face-to-Face Bullying, Cyberbullying, and Empathy. *Psicothema*, 27(1), 45–51. 10.7334/psicothema2014.78

22. Holen, S., Waaktaar, T., Lervåg, A., & Ystgaard, M. (2013). Implementing a universal stress management program for primary school children: Is there an impact on classroom climate or academic outcomes? *Scandinavian Journal of Educational Research*, 57(4), 420–444. 10.1080/00313831.2012.656320

23. Illinois Bully and Victim Scales. Espelage, D.L., Rose, C.H., & Polanin, J.R. (2015). Social-emotional learning program to reduce bullying, fighting, and victimization among middle school students with disabilities. *Remedial and Special Education*, 36, 1–13. 10.1177/0741932514564564

24. Kärnä, A., Voeten, M., Little, T.D., Alanen, E., Poskiparta, E., & Salmivalli, K. (2013). Effectiveness of the KiVa anti-bullying program: Grades 1–3 and 7–9. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), 535–551. 10.1037/a0030417

25. Kyriakides, L., Creemers, B.P. M., Muijs, D., Rekers-Mombarg, L., van Petegem, P., & Pearson, D. (2014). Using the dynamic model of educational effectiveness to design strategies and actions to face bullying. *School Effectiveness and School Improvement*, 25(1), 83–104. 10.1080/09243453.2013.771686

26. Lewis, K.M., Schure, M.B., Bavarian, N., DuBois, D.L., Day, J., Ji, P., Silverthorn, N., Acock, A., Vuchinich, S., & Flay, B.R. (2013). Problem behavior and urban, low-income youth: A randomized controlled trial of Positive Action in Chicago. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(6), 622–630. 10.1016/j.amepre.2013.01.030

27. Low, S., & Van Ryzin, M. (2014). The moderating effects of school climate on bullying prevention efforts. *School Psychology Quarterly*, 29(3), 306–319. 10.1037/spq0000073

28. Menard, S., & Grotzinger, J.C. (2014). Assessing Your School's Bully-Free Policy as a Method to Combat Bullying in Elementary Schools. *Journal of School Violence*, 13(2), 188–209. 10.1080/15388220.2013.840641

29. Menrath I., Prüssmann M., Müller-Godeffroy E., Prüssmann C., Ravens-Sieberer U., Ottova-Jordan V., Thyen U. Subjective health, school victimization, and

protective factors in a high-risk school sample // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP. — Jun, 2015. — Vol. 36 (5). — P. 305–312. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000168

30. Michelle F. Wright, Sebastian Wachs. Adolescents' Psychological Consequences and Cyber Victimization: The Moderation of School-Belongingness and Ethnicity. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16(14), 2493; <https://doi.org/10.3390/ijerph16142493>

31. Olweus, D. (1993). Bully/victim problems among school children: Long-term consequences and an effective intervention program. In Hodgins S. (Ed.), Mental disorder and crime (pp. 317–349).

32. Ortega-Ruiz, R., Del Rey, R. and Casas, J.A. (2012). Knowing, constructing, and living together online and in social networks: The ConRed cyberbullying prevention program. International Journal of Conflict and Violence, 6(2), 303–313.

33. Polanin, M.K. (2015). The effects of cultural awareness training combined with an established bullying prevention program (Doctoral dissertation). Loyola University Press Chicago.

34. Roland, E., Bru, E., Midthassel, U.V., & Vaaland, G.S. (2010). The Zero programme against bullying: Effects of the programme in the context of the Norwegian manifesto against bullying. Social Psychology of Education, 13, 41–55. 10.1007/s11218-009-9096-0

35. Shaheen, M. (2012). An investigation into the effectiveness of an empathy training program to prevent bullying in primary schools. Child and Youth Services Review, 34, 1325–1330. 10.1016/j.childyouth.2012.03.013

36. Shaw, E., Velasquez, A.M., Schulze-Krumbholz, A., & Scheithauer, H. (2016). The Effects of the Cyberbullying Prevention Program Media Heroes (Medienhelden) on Traditional Bullying. Aggressive Behavior, 42(2), 157–165. 10.1002/ab.21637

37. Trip, S., Bora, C., Sipos-Gug, S., Tocai, I., Gradingier, P., Yanagida, T., & Strohmeier, D. (2015). Bullying prevention in schools by targeting cognitions, emotions, and behavior: Evaluating the effectiveness of the REBE-ViSC program. Journal of Counselling Psychology, 62(4), 732–740. 10.1037/cou0000084

V.M. Ganuzin

**PSYCHOTRAUMATIC FACTORS IN THE EDUCATIONAL
ENVIRONMENT: PREVENTION OF «SCHOOL EARTHQUAKES»
WITH THE HELP OF ANTI-BULLYING PROGRAMS (REVIEW)**

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article shows the influence of psychotraumatic factors in the educational environment on the emergence of the syndrome of pedagogical violence, victimization and post-didactic stress disorder in children and adolescents. The author made an analysis of existing anti-bullying programs developed and applied in different countries of the world. It is proposed to combine the efforts of specialists from different fields in order to develop and implement domestic state anti-bullying programs that are mandatory for application in all schools of the country.

Keywords: children and adolescents, bullying, victimization, post-didactic stress disorder, anti-bullying programs.

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 МИРЕ⁴**

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

Резюме. Каждые 10 лет в обществе возникают новые молодежные течения. Динамика формирования молодёжных 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 молодёжных 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.

Опрос участников неформальных молодёжных объединений, проведенный нами с исследовательской целью, показал определенные различия в вариантах психических нарушений в разных течениях. Склонность к употреблению алкоголя указали 97% панков, группы растаманов – 52%, готов – 48%, хиппи – 14%. Группа сравнения, состоявшая из нейротипичных подростков, указала на склонность к употреблению алкоголя на уровне 52%. По результатам этого же опроса на высокую вовлеченность в употребление наркотических средств продемонстрировали участники групп готов (42%) и растаманов (78%). В среде нейротипичных подростков на прием наркотических средств указали 6%, панки и хиппи 1% и 0% соответственно. В попытках совершить суицид признались 14% готов и 1 % обычных подростков.

Похожие результаты были получены в исследовании 2010 г., проведенном в Словакии. Примерно половина подростков принадлежала к той или иной группировке (47,1%). Построение математических моделей употребления табака, алкоголя и каннабиса показало значительное снижение риска употребления при включении в модели анализа факторов пола, семейных условий и употребления психоактивных веществ сверстниками [50].

Возможность комплексного анализа представленных данных ограничена из-за неоднородности групп и методов исследования. При этом обобщение результатов этих работ указывает на незначительную связь психических расстройств с формированием неформальных молодёжных объединений. Отмечена более значимая роль механизма подражания и индуцирования друг друга в группе. Это возможно, если новые участники уже имеют определенную чувствительность и готовы откликаться на заявленные темы и задачи. При этом под-

⁴Окончание. Начало см. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2025 (25). № 1.

ростки и лица молодого возраста, испытывавшие ранее неудачу в объединении со сверстниками ближайшего круга общения, приобретают альтернативную возможность найти единомышленников в новом формате, социализироваться более успешно и эффективно.

Кроме того, был проведен мета-анализ средств массовой информации, пропагандирующих риски. Результаты работы показали у подростков высокий уровень связи рискованного поведения ($g=.41$) с влиянием музыки, медийного и цифрового контента, представляющих риск, а также лежащими в его основе аспектами: поведения, связанным с принятием риска ($g=.41$), позитивным восприятием риска и отношением к нему ($g=.35$) и позитивными эмоциями, связанными с риском ($g=.56$)[55].

Данные этих работ указывают, что принадлежность подростка к какому-либо течению не формирует его девиантного поведения или психического расстройства. Становится очевидным, что, скорее, субкультура выбирается по внутренней склонности к тому или иному варианту девиации. Так, наличие депрессивного настроения увеличит вероятность вступления подростка в течение «Готов» или «Эмо», а положительное отношение к употреблению алкоголя сформирует привлекательность направления «Панков». Приверженность и привлекательность отклоняющегося поведения заложена не в самой субкультуре, а в возможности подростка правильно анализировать информацию и осознавать ответственность за свой выбор и его последствия.

Анализ публикаций, посвященных современным неформальным молодежным объединениям, показал, что квадробинг (quadrupedal movement training, QMT) – неофициальный вид спорта и соответствующая ему субкультура имитации действий и повадок животных. Увлекаются, в основном, дети, подростки и лица молодого возраста [57].

Основатель это нового вида спорта – японский спортсмен Кенъити Ито пробежал 100 метров на четвереньках за 18,58 секунды в 2000 г., а 2015 г – за 15,71 секунды. Этот специфический вид передвижения стал отправной точкой для формирования новой молодежной моды. Отделившись от спорта, квадробинг стал популярным как самостоятельное течение. Сегодня участники движения активно общаются в интернете, ищут единомышленников, снимают видео с упражнениями. Движение можно назвать субкультурой, ведь в нем уже сформированы свои установки, ценности и требования к внешнему виду.

Активное общественное внимание квадроберы привлекают характерным стилем и поведением: носят маски и костюмы животных, перемещаются на четвереньках. Некоторые участники увлекаются настолько, что начинают обнюхивать, облизывать и даже атаковать окружающих. Именно такие случаи и вызвали острый спор в средствах массовой информации и живой отклик в структурах законодательной власти.

С точки зрения психиатрии, квадробинг не является психическим расстройством. В.Д Менделевич дал такую оценку этому явлению: «...квадробинг в соответствии с научными канонами психиатрии никакого отношения к психической патологии не имеет. А вот о душевном здоровье взрослых, утрачивающих чувство юмора и отвергающих игровой этап взросления любого человека, задуматься стоит» [14].

Научные статьи в журналах «Frontiers in Sports and Active Living», «Journal of Strength and Conditioning Research», «Human Movement Science» указывают на пользу физической активности во время занятий квидробингом, возможность физической реабилитации травм и неврологических заболеваний при соблюдении техники безопасности [51, 52, 53]. В этих материалах остаётся за рамками исследования вопрос о причинах такого поведения молодого поколения и аспект прогноза последствий и вариантов развития движения.

Специалисты психологи, психотерапевты, представляя свое мнение в средствах массовой информации, указывают, в качестве причины увлечения подростков и молодежи этим течением, на естественную потребность в общении со сверстниками, в творчестве, в собственной идентификации и жизни [2].

Анализируя разные стороны этого явления, необходимо выделить признаки, присущие только ему. По мнению авторов этого исследования, к основным характеристикам можно отнести:

- объединение по принципу увлечения (хобби) в регионе проживания,
- удовлетворение потребности в общении,
- выраженная творческая и креативная составляющая,
- отсутствие зарабатывания денег участниками группы, в отличие от геймеров, имеющих существенную материальную выгоду от премий и выигрышей,
- отсутствие криминальных и экстремистских целей и задач.

Такие признаки соответствуют социально-нейтральным вариантам группы, образованной по принципу удовлетворения потребности в личностном общении, чаще всего через игры, творчество, спорт (по И.П. Башкатову) с циклическим течением. Скорее всего, как популярное молодежное течение квидробинг будет интересен ещё некоторое время, но постепенно внимание к нему станет угасать.

Можно спрогнозировать несколько вариантов динамики поведения подростков и молодых людей, участвующих в движении квидроберов:

- останется как увлечение, развивающее творческие способности, навыки коммуникации, физические кондиции,
- проявится как вариант неблагоприятно протекающего пубертатного периода без последствий для последующих возрастных этапов,
- станет вариантом дебюта психического расстройства или этапом формирования расстройства личности с необходимостью терапии и наблюдения у психиатра,
- криминальный, для тех, кто уже сейчас склонен к противоправным поступкам.

Работа с проблемными участниками движения требует дифференцированного подхода. Необходимо работать с родителями, консультировать у психолога подростков при наличии крайних вариантов поведения и грубых нарушений. Психолог наметит маршрут или социально-педагогический или терапевтически-врачебный. Общие подходы к организации профилактики неблагоприятных последствий увлечения квидробингом можно изложить, опираясь на опыт противодействия агрессивному и аутоагрессивному поведению молодежи. Обычно выделяют несколько уровней реализации – на уровне школы, на уровне проблемных семей, в цифровой среде [63], общегигиенические программы [64]. Школьные программы отличаются психологической направленностью, требуют

подготовки квалифицированных специалистов, при этом проблемные дети и семьи избегают участия в работе [67]. Хорошие результаты дают программы, построенные как квесты, игры. Они часто интегрированы с телефоном доверия и дают возможность получить помощь специалистов. В них могут включаться батареи тестов, определяющих, например, риск суицида. Позитивно были оценены программы рассылки позитивных СМС жертвам буллинга [56, 62].

Учитывая высокий риск провокации агрессии на участников движения квадроберов, такие вмешательства могут оказаться очень актуальными.

Для успешного применения программ профилактики нежелательного поведения необходим комплексный подход. Приходится учитывать все стороны физического и психического здоровья ребенка. К работе необходимо привлекать не только подростка, но и членов семей, значимых людей в лице любимых тренеров и педагогов. Программы необходимо проводить длительно с обратной связью и оценкой эффективности.

Заключение. Анализ научных публикаций, мнений специалистов в области психиатрии и психологии позволяет нам на сегодняшний день сделать следующие выводы:

1. Квадроберы – это неформальная подростковая субкультура с общими интересами, стилем одежды, поведения, сленгом и т. д., предоставляющая возможность самовыражения, поиска друзей, разделения интересов с другими, реализации своих спортивных и физических возможностей и достижений. Какой-либо идеологии в этом сообществе нет, достаточно иметь костюмированные атрибуты животного и уметь передвигаться, как он, и соблюдать правила, установленные группой. В настоящее время квадроберы находятся на пике своей популярности, как когда-то панки, рокеры, эмо, готы и т. д.

2. Проблемы с навыками и опытом, связанные с отношением между людьми, чувство одиночества являются потенциальной мотивацией вступить в неформальное сообщество, где возможно найти товарищей по интересам и почувствовать себя лучше среди таких же, как они.

3. Стирание грани между игрой и реальностью - это повод обратиться к специалисту, т. к. в этом случае можно предположить у некоторых участников квадробинга наличие психического расстройства.

4. Если ребёнок или подросток вне игры и тренировок продолжает ощущать себя и вести как животное, проявляет агрессию, совершает опасные и деструктивные поступки, не разделяет свою личность и ролевую модель персонажа, – это повод обратиться к специалисту, в этом случае можно говорить о нарушении поведения или психопатологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимов В.В. Punknotdead?: ретроспективный анализ субкультур в России // Политика и Общество. 2021 (3). С. 48-54. doi: 10.7256/2454-0684.2021.3.36712 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=36712

2. Бальмонд С. Кто такие квадроберы и почему их хотят запретить // Psychologies. 2024. 4 октября.

3. Башкатов И.П. Психология неформальных подростково-молодежных групп. М.: Информпечать, 2000. 336 с.

4. Борохов А.Д. О возможных социально-психологических механизмах агрес-

сивно-деструктивного поведения в некоторых подростковых неформальных группах // Методологические проблемы социальной медицины. Л., 1989. С. 104–106.

5. Буриков А.А., Нестеренко К.С. Исследование психо- и нейрофизиологических изменений функционального состояния студента-геймера во время компьютерной игры // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» Т. 7, № 5 (2015) URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/249PVN515.pdf> (доступ свободный). doi:10.15862/249PVN515

6. В Госдуме отреагировали на предложение наказывать родителей детей-квадроберов URL: <https://lenta.ru/news/2024/10/03/v-gosdume-otreagirovali-na-predlozhenie-nakazyvat-roditeley-detey-kvadroberov/?ysclid=m3dwjxj323911214772> (дата обращения: 16.10.2024).

7. В Госдуме предложили ввести ответственность для родителей детей-квадроберов URL: <https://ria.ru/20241003/kvadrobery1976065953.html?ysclid=m3dwvpg3vh20590929> (дата обращения: 16.10.2024)

8. В России оценили идею об уголовном наказании для родителей квадро-беров URL: <https://news.rambler.ru/community/53521072-v-rossii-otsenili-ideyu-ob-ugolovnom-nakazanii-dlya-roditeley-kvadroberov/> (дата обращения: 16.10.2024).

9. Васильева Е.В. Компьютерная зависимость подростка как социально-педагогическая проблема // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус 2016. Т. 15. № 2. С. 32-39.

10. Габур В.С. Субкультура хипстеров в аспекте антропологической проблематики современной массовой культуры // В мире научных открытий. 2011. № 11.5 (23), Гуманитарные и общественные науки. С. 1464-1475.

11. Герман А.М. От психиатрии к силе цветов и обратно: удивительная история диэтиламида лизергиновой кислоты // Mucke HA. From psychiatry to flower power and back again: the amazing story of lysergic acid diethylamide. Assay Drug Dev Technol. 2016 Jul;14(5):276-281. doi: 10.1089/adt.2016.747. Epub 2016 Jul 8. PMID: 27392130.

12. Злотникова Т.С., Хрящева И.А. Феномен хипстера в мировой культуре (от судьбы к имиджу) // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 1. С. 242-249.

13-14. Квадробинг: мнение экспертов // Психологическая газета. 15 октября 2024 г. <https://psy.su/feed/12642> (дата обращения: 16.10.2024).

15. Клейберг Ю.А. Квадроберы: ювенально-девиантологический дискурс // Вопросы девиантологии. 2024. № 4 (28). С. 27–34.

16. Клейберг Ю.А. Ювенология (Психология социальной активности молодежи). М.: Изд-во ИП Петросян, 2023. 214 с.

17. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск, 2001. 251 с.

18. Косарецкая С.В., Косарецкий С.Г., Синягина Н.Ю. Неформальные объединения молодежи. Профилактика асоциального поведения (учебно-методическое пособие). СПб., КАРО, 2006. 387 с.

19. Краснов А.В. Социальная психология: психология малых групп [Электронный ресурс] : учебное пособие. Пермь, 2020. 88 с. URL: <http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/krasnov-socialnaya-psixologiya-psixologiya-malyx-grupp.pdf>.

20. Кропачева М.А., Литвинова Е.С. Геймеры как субкультурный и культурный феномен URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/geymery-kak-subkulturnyy-i-kulturnyy-fenomen?ysclid=m3f9xp3ztg575278682> (дата обращения: 16.10.2024).
21. Кропачева М.А., Литвинова Е.С. Субкультура геймеров, единая и делимая // Социо- и психолингвистические исследования. 2013. Вып. 1. С. 74-77.
22. Кто такие квадроберы и почему их хотят запретить. URL: <https://ura.news/news/1052826775> (дата обращения: 15.10.2024).
23. Латышева Т.В. Феномен готической субкультуры: содержание, черты и восприятие студенческой молодежью URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-goticheskoy-subkultury-soderzhanie-cherty-i-vozpriyatie-studencheskoy-molodezhyu-1/viewer> (дата обращения: 16.10.2024).
24. Левикова С.И. Молодежная субкультура: учеб. пособие. М., Гранд, Фар-пресс, 2004. 607 с.
25. Левикова С.И. О готах, готике и большом российском обществе // Общественные науки и современность. 2006. № 4. С. 155-165.
26. Лекомцева Е.Н. Неформальные объединения молодёжи как социальное явление URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neformalnye-obedineniya-molodezhi-kak-sotsialnoe-yavlenie/viewer> (дата обращения: 04.11.2024).
27. Лигостаев А.Г. Альернативность в социально-политических трансформациях обществ: закономерности и механизмы динамики // Автореф. дис. канд. филос. наук. file:///C:/Users/tech/Downloads/01004888568.pdf (дата обращения: 04.11.2024).
28. Лисовский В.Т. Неформальные группировки среди молодежи: причины возникновения и методы работы с ними. Л.: Изд-во ЛГУ, 1987. 246 с.
29. Лукьянов Н.Е. Компьютерное игровое расстройство: вопросов больше, чем ответов? // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31. № 1, С. 90-95.
30. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 768 с.
31. Миронова А.В. Почему нас на самом деле пугают квадроберы // Газета.ru. 3 октября 2024.
32. Новак М.В., Игнатов М.А. Субкультуры в современной России и визуальное потребление: региональный аспект // НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право. 2014. № 9 (180). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subkultura-v-sovremennoy-rossii-i-vizualnoe-potreblenie-regionalnyy-aspekt> (дата обращения: 04.11.2024).
33. Палецкий М.А. Девиантное поведение личности как следствие дефицита социальной компетентности // Вопросы девиантологии. 2024. № 4 (28). С. 141-146.
34. Пономарёва Н. Кто такие квадроберы, или Зачем подростки притворяются животными? // Интерфакс. 12 сентября 2024.
35. Психология неформальных подростково-молодежных групп / И.П. Башкатов. М.: Информпечать, 2000. 334 с.
36. Резанова-Яцкевич Е. В РПЦ нашли связь между геями* и квадроберами // РБК. 13 октября 2024.
37. Рокеры как субкультура URL: <https://scenekid.ru/subkultura-rokery/> (дата обращения 16.10.2024)
38. Рудевич И. Что такое квадробика: спорт это или нет. Почему квадробика хотят запретить в России // РБК. 12 мая 2024.
39. Силина Л.В. Стиляжничество и советская молодежь в 1940-1950-е годы

// Научные труды Московского государственного педагогического университета. М., 2003. С. 140-141.

40. Сможет ли административное или уголовное преследование решить проблему квидробинга? URL: <https://argumenti.ru/society/2024/10/921266> (дата обращения: 16.10.2024)

41. Современные молодежные субкультуры: скинхеды URL: <https://psyfactor.org/vershinin3.htm> (дата обращения: 16.10.2024).

42. Социальная психология групп URL: <https://psylaser.ru/lectures/social-psychology/social-psychology-of-groups.html> © psylaser.ru (дата обращения: 04.11.2024).

43. Спорт или хулиганство? Кто такие квидроберы, и нужно ли с ними бороться URL: https://www.m24.ru/articles/obshchestvo/22042024/685915?utm_source=CopyBuf (дата обращения: 16.10.2024).

44. Сухов А.Н. Социально-психологический анализ малых неформальных групп // Вестник Московского университета МВД России. 2023. № 3. С. 304–310. URL: <https://doi.org/10.24412/2073-0454-2023-3-304-310>. EDN: LKOFQK.

45. Фурри и квидроберы: в чем опасность сомнительных субкультур? URL: <https://lite.mir24.tv/articles/16595055/furri-i-kvadrobery-v-chem-opasnost-somnitelnyh-subkultur> (дата обращения: 16.10.2024).

46. Чечева, А.В. Панк-движение как феномен современной неформальной молодежной субкультуры. Дис... канд. культурол. Улан-Удэ, 2011. 182 с.

47. Шнирельман В.А. Порог толерантности. Идеология и практика нового расизма. Т. 1. М.: «НЛЮ», 2011. 552 с.

48. Эрпера Л.М., Прокофьева Ю.В. Молодежные неформальные движения как часть современного общества // Вестник ПАГС. 2010. С. 111-118.

REFERENCES

1. Abrosimov V.V. Punknotdead?: retrospektivny`j analiz subkul`tur v Rossii // Politika i Obshchestvo. 2021 (3). S. 48-54. doi: 10.7256/2454-0684.2021.3.36712 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=36712

2. Bal`mond S. Kto takie kvadrobery` i pochemu ikh khotyat zapretit` // Psychologies. 2024. 4 oktyabrya.

3. Bashkatov I.P. Psikhologiya neformal`ny`kh podrostkovo-molodezhny`kh grupp. M.: Informpechat`, 2000. 336 s.

4. Borokhov A.D. O vozmozhny`kh soczial`no-psikhologicheskikh mekhanizmax agressivno-destruktivnogo povedeniya v nekotory`kh podrostkovy`kh neformal`ny`kh gruppakh // Metodologicheskie problemy` soczial`noj medicziny`. L., 1989. S. 104–106.

5. Burikov A.A., Nesterenko K.S. Issledovanie psikho- i nejrofiziologicheskikh izmenenij funkczional`nogo sostoyaniya studenta-gejmpera vo vremya komp`yuternoj igry` // Internet-zhurnal «NAUKOVEDENIE» Т. 7, # 5 (2015) URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/249PVN515.pdf> (dostup svobodny`j). doi:10.15862/249PVN515

6. V Gosdume otreagirowali na predlozhenie nakazy`vat` roditelej detej-kvadroberov URL: <https://lenta.ru/news/2024/10/03/v-gosdume-otreagirowali-na-predlozhenie-nakazyvat-roditeley-detey-kvadroberov/>?ysclid=m3dwjxj323911214772 (data obrashheniya: 16.10.2024).

7. V Gosdume predlozili vvesti otvetstvennost` dlya roditelej detej-kvadroberov URL: <https://ria.ru/20241003/kvadrobery1976065953.html?ysclid=m3dwvpg3vh20590929> (data obrashheniya: 16.10.2024)

8. V Rossii ocenili ideyu ob ugovnom nakazanii dlya roditelej kvadroberov URL: <https://news.rambler.ru/community/53521072-v-rossii-otsenili-ideyu-ob-ugovnom-nakazanii-dlya-roditelej-kvadroberov/> (data obrashheniya: 16.10.2024).

9. Vasil`eva E.V. Komp`yuternaya zavisimost` podroshka kak soczial`no-pedagogicheskaya problema // Psikhologo-pedagogicheskij zhurnal Gaudeamus 2016. T. 15. # 2. S. 32-39.

10. Gabur V.S. Subkul`tura khipsterov v aspekte antropologicheskoy problematiki sovremennoj massovoj kul`tury` // V mire nauchny`kh otkrytij. 2011. # 11.5 (23), Gumanitarny`e i obshhestvenny`e nauki. S. 1464-1475.

11. German A.M. Ot psikhiiatrii k sile czvetov i obratno: udivitel`naya istoriya die`tilamida lizerginovoj kisloty` // Mucke HA. From psychiatry to flower power and back again: the amazing story of lysergic acid diethylamide. Assay Drug Dev Technol. 2016 Jul;14(5):276-281. doi: 10.1089/adt.2016.747. Epub 2016 Jul 8. PMID: 27392130.

12. Zlotnikova T.S., Khryashheva I.A. Fenomen khipstera v mirovoj kul`ture (ot sud`by` k imidzhu) // Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik. 2016. # 1. S. 242-249.

13-14. Kvadrobing: mnenie e`kspertov // Psikhologicheskaya gazeta. 15 oktyabrya 2024 g. <https://psy.su/feed/12642> (data obrashheniya: 16.10.2024).

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

16. Klejberg Yu.A. Yuvenologiya (Psikhologiya soczial`noj aktivnosti molodezhi). M.: Izd-vo IP Petrosyan, 2023. 214 s.

17. Korolenko Cz.P., Dmitrieva N.V. Psikhosoczial`naya addiktologiya. Novosibirsk, 2001. 251 s.

18. Kosareczkaya S.V., Kosareczkij S.G., Sinyagina N.Yu. Neformal`ny`e ob`edineniya molodezhi. Profilaktika asoczial`nogo povedeniya (uchebno-metodicheskoe posobie). SPb., KARO, 2006. 387 s.

19. Krasnov A.V. Soczial`naya psikhologiya: psikhologiya maly`kh grupp [E`lektronny`j resurs] : uchebnoe posobie. Perm`, 2020. 88 s. URL: <http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/krasnov-socialnaya-psixologiya-psixologiya-malyx-grupp.pdf>.

20. Kropacheva M.A., Litvinova E.S. Gejmery` kak subkul`turny`j i kul`turny`j fenomen URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gejmery-kak-subkulturnyy-i-kulturnyy-fenomen?ysclid=m3f9xp3ztg575278682> (data obrashheniya: 16.10.2024).

21. Kropacheva M.A., Litvinova E.S. Subkul`tura gejmerov, edinaya i delimaya // Soczio- i psikholingvisticheskie issledovaniya. 2013. Vy`p. 1. S. 74-77.

22. Kto takie kvadrobery` i pochemu ikh khotyat zapretit`. URL: <https://ura.news/news/1052826775> (data obrashheniya: 15.10.2024).

23. Laty`sheva T.V. Fenomen goticheskoy subkul`tury`: sodержanie, cherty` i vospriyatie studencheskoy molodezh`yu URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-goticheskoy-subkulturny-soderzhanie-cherty-i-vospriyatie-studencheskoy-molodezhyu-1/viewer> (data obrashheniya: 16.10.2024).

24. Levikova S.I. Molodezhnaya subkul`tura: ucheb. posobie. M., Grand, Fairpress, 2004. 607 s.

25. Levikova S.I. O gotakh, gotike i bol'nom rossijskom obshhestve // Obshhestvenny'e nauki i sovremennost'. 2006. # 4. С. 155-165.
26. Lekomczewa E.N. Neformal'ny'e ob'edineniya molodyozhi kak sotsial'noe yavlenie URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neformalnye-obedineniya-molodezhi-kak-sotsialnoe-yavlenie/viewer> (data obrashheniya: 04.11.2024).
27. Ligostaev A.G. Al'ernatovnost' v sotsial'no-politicheskikh transformacziyakh obshhestv: zakonomernosti i mekhanizmy` dinamiki // Avtoref. dis. kand. filos. nauk. file:///C:/Users/tech/Downloads/01004888568.pdf (data obrashheniya: 04.11.2024).
28. Lisovskij V.T. Neformal'ny'e gruppirovki sredi molodezhi: prichiny` vzniknoveniya i metody` raboty` s nimi. L.: Izd-vo LGU, 1987. 246 s.
29. Luk'yanov N.E. Komp'yuternoe igrovoe rasstrojstvo: voprosy bol'she, chem otvetov? // Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya. 2021. T. 31. # 1, S. 90-95.
30. Mendelevich V.D. Rukovodstvo po addiktologii. SPb.: Rech', 2007. 768 s.
31. Mironova A.V. Pochemu nas na samom dele pugayut kvadrobery` // Gazeta.ru. 3 oktyabrya 2024.
32. Novak M.V., Ignatov M.A. Subkul'tury` v sovremennoj Rossii i vizual'noe potreblenie: regional'ny` aspekt // NOMOTHETIKA: Filosofiya. Socziologiya. Pravo. 2014. # 9 (180). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subkultura-v-sovremennoj-rossii-i-vizualnoe-potreblenie-regionalnyy-aspekt> (data obrashheniya: 04.11.2024).
33. Paleczkij M.A. Deviantnoe povedenie lichnosti kak sledstvie deficizita sotsial'noj kompetentnosti // Voprosy` deviantologii. 2024. # 4 (28). S. 141-146.
34. Ponomaryova N. Kto takie kvadrobery`, ili Zachem podrostki pritvoryayutsya zhivotny`mi? // Interfaks. 12 sentyabrya 2024.
35. Psikhologiya neformal'ny`kh podrostkovo-molodezhny`kh grupp / I.P. Bashkatov. .M.: Informpechat', 2000. 334 s
36. Rezanova-Yaczkovich E. V RPCz nashli svyaz` mezhdru geyami* i kvadroberami // RBK. 13 oktyabrya 2024.
37. Rokery` kak subkul'tura URL: <https://scenekid.ru/subkultura-rokery/> (data obrashheniya 16.10.2024)
38. Rudevich I. Chto takoe kvadrobika: sport e`to ili net. Pochemu kvadrobiku khotyat zapretit` v Rossii // RBK. 12 maya 2024.
39. Silina L.V. Stilyazhnichestvo i sovetskaya molodezh` v 1940-1950-e gody` // Nauchny`e trudy` Moskovskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. M., 2003. S. 140-141.
40. Smozhet li administrativnoe ili ugovornoe presledovanie reshit` problemu kvadrobinga? URL: <https://argumenti.ru/society/2024/10/921266> (data obrashheniya: 16.10.2024)
41. Sovremennyye molodezhny`e subkul'tury`: skinkhedy` URL: <https://psyfactor.org/vershinin3.htm> (data obrashheniya: 16.10.2024).
42. Sotsial'naya psikhologiya grupp URL: <https://psylaser.ru/lectures/social-psychology/social-psychology-of-groups.html> © psylaser.ru (data obrashheniya: 04.11.2024).
43. Sport ili khuliganstvo? Kto takie kvadrobery`, i nuzhno li s nimi borot'sya URL: https://www.m24.ru/articles/obshchestvo/22042024/685915?utm_source=CopyBuf (data obrashheniya: 16.10.2024).

44. Sukhov A.N. Soczial'no-psikhologicheskij analiz maly`kh neformal'ny`kh grupp // Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii. 2023. # 3. S. 304–310. URL: <https://doi.org/10.24412/2073-0454-2023-3-304-310>. EDN: LKOFQK.

45. Furri i kvadrobery`: v chem opasnost` somnitel'ny`kh subkul'tur? URL: <https://lite.mir24.tv/articles/16595055/furri-i-kvadrobbery-v-chem-opasnost-somnitelnyh-subkultur> (data obrashheniya: 16.10.2024).

46. Checheva, A.V. Pank-dvizhenie kak fenomen sovremennoj neformal'noj molodezhnoj subkul'tury`. Dis... kand. kul'turoi. Ulan-Ude`, 2011. 182 s.

47. Shnirel'man V.A. Porog tolerantnosti. Ideologiya i praktika novogo razizma. T. 1. M.: «NLO», 2011. 552 s.

48. E`rrera L.M., Prokof`eva Yu.V. Molodezhny`e neformal'ny`e dvizheniya kak chast` sovremennogo obshhestva // Vestnik PAPS. 2010. S. 111-118.

49. Bobakova D, Madarasova Geckova A, Reijneveld S.A., van Dijk J.P. Sub-culture affiliation is associated with substance use of adolescents // Eur Addict Res. 2012;18(2):91-6. doi: 10.1159/000334614.

50. Burr A. The ideologies of despair: A symbolic interpretation of punks and skin-heads' usage of barbiturates // Social Science & Medicine. Vol. 19. Is. 9. 1984. P. 929-938.

51-52. Buxton J.D., Prins Ph.J., Miller M.G., Moreno A., Welton G.L., Atwell A.D., Talampas T.R., Elsey G.E. The effects of a novel quadrupedal movement training program on functional movement, range of motion, muscular strength, and endurance // J. Strength Cond Res. 2022. Vol. 8. P. 2186-2193. doi:10.1519/JSC.0000000000003818

53. Buxton J.D., Sherman S.A., Sterrett M.T., Kannel K.D., Blanchflower M.E., Jancay K.T., Jenkins A.K., Donofrio T.P., Prins P.J.. A comparison of the energy demands of quadrupedal movement training to walking // Front Sports Act Living. 2022 Oct 13;4:992687. doi: 10.3389/fspor.2022.992687. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9606455/> (дата обращения: 16.10.2024).

54. Moore D. Drinking, the construction of ethnic identity and social process in a Western Australian youth subculture // Br J Addict. 1990 Oct;85(10):1265-78. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01603.x. PMID:2265287

55. Fischer P., Greitemeyer T., Kastenmüller A., Vogrincic C., Sauer A. The effects of risk-glorifying media exposure on risk-positive cognitions, emotions, and behaviors: a meta-analytic review // Psychol Bull. 2011 May;137(3):367-90. doi: 10.1037/a0022267. PMID: 21341887.

56. Gabrielli S., Rizzi S., Carbone S., Piras E.M.. School interventions for bullying-cyberbullying prevention in adolescents: insights from the UPRIGHT and CREEP Projects // Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 7;18(21):11697. doi: 10.3390/ijerph182111697..

57. Matthews M.J., Yusuf M., Doyle C., Thompson C. Quadrupedal movement training improves markers of cognition and joint repositioning // Hum Mov Sci. 2016 Jun;47:70-80. doi: 10.1016/j.humov.2016.02.002. Epub 2016 Feb 17.

58. McAllister M.J. Mohawks and combat boots: the schizoid dilemma of punks // BullMenningerClin. 1999 Winter;63(1):89-102.

59. Oliveira C.B., Pinto R.Z., Saraiva B.T.C., Tebar W.R., Delfino L.D., Franco M.R., Silva C.C.M., Christofaro D.G.D. Effects of active video games on children and adolescents: A systematic review with meta-analysis // Scand J Med Sci Sports.

2020 Jan;30(1):4-12. doi: 10.1111/sms.13539.

60. Pavez F., Saura E., Marset P. Subcultural representations of perpetrators and victims of crime and violence associated with mental disorders // *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2024 Oct-Dec;53(4):458-470. doi: 10.1016/j.rcpeng.2024.12.003.

61. P.J. Moor, Heuvelman A., Verleur R. Flaming on you tube // *Computers in Human Behavior*, Vol. 26, Is. 6, 2010, P. 1536-1546. URL: , <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.05.023>.

62-63. Ranney M.L., Pittman S.K., Moseley I., Morgan K.E., Riese A., Ybarra M., Cunningham R., Rosen R. Cyberbullying prevention for adolescents: iterative qualitative methods for mobile intervention design. *JMIR Form Res*. 2021. Aug 27;5(8):e25900. doi: 10.2196/25900.

64. Sampasa-Kanyinga H., Colman I, Goldfield G.S., Janssen I., Wang J., Hamilton H.A., Chaput J.P.. Associations between the Canadian 24 h movement guidelines and different types of bullying involvement among adolescents // *Child Abuse Negl*. 2020 Oct;108:104638. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104638.

65. Trnka R., Kuška M., Balcar K., Tavel P. Understanding death, suicide and self-injury among adherents of the emo youth subculture: A qualitative study // *Death Stud*. 2018 Jul;42(6):337-345. doi: 10.1080/07481187.2017.1340066.

66. Van Zalk N., Van Zalk M.H., Kerr M. Socialization of social anxiety in adolescent crowds // *J Abnorm Child Psychol*. 2011 Nov;39(8):1239-49. doi: 10.1007/s10802-011-9533-3.

67. Williford A., Elledge L.C., Boulton A.J., DePaolis K.J., Little T.D., Salmivalli C. Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth // *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(6):820-33. doi: 10.1080/15374416.2013.787623.

68. Zsila Á., Shabahang R., Aruguete M.S., Orosz G. Toxic behaviors in online multiplayer games: Prevalence, perception, risk factors of victimization, and psychological consequences // *Aggress Behav*. 2022 May;48(3):356-364. doi: 10.1002/ab.22023.

**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 WORLD⁵

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.

⁵Final part. Beginning part see: *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*. 2025 (25). № 1.

**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 в редакторе Word, 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 16.06.2025 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru