

# ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2025 (25), №3

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

Учредитель – Ассоциация  
детских психиатров  
и психологов

Включен в перечень ВАК

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

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

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

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

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .docx на адрес:  
**[acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.ru)**

Перепечатка запрещена.  
При цитировании ссылка обязательна.

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2025

Главный редактор

**Н.М. Иовчук**

Заместитель Главного редактора

**А.А. Северный**

Редакционная коллегия:

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

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

## **СОДЕРЖАНИЕ**

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

<b>М.С. Матюшина, А.В. Королева, М.Н. Мироненко</b> ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ.....	4
<b>Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина</b> ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ В РЕМИССИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	12
<b>А.А. Ощепков, Е.Н. Пискунова</b> ОПЫТ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВА ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕЗАПНОГО НАПАДЕНИЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА СВОИХ СВЕРСТНИКОВ И УЧИТЕЛЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ТРЕХ СЛУЧАЕВ).....	22
<b>Е.А. Энгель, Л.Н. Касимова, М.Н. Емельянова</b> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ БУЛЛИНГУ.....	35
<b>В.М. Ялтонский, О.В. Зайцева, М.В. Горбанева</b> УБЕЖДЕНИЯ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ.....	43

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

<b>А.М. Щербакова, М.В. Новаковская</b> АРТ-МЕТОДЫ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	50
<b>Ю.В. Андрущенко, Я.Ю. Сидоров, Л.Г. Чернышева</b> ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ СРЕДСТВАМИ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ.....	61
<b>И.П. Киреева, А.В. Григорьева, Е.В. Горшунова, Н.П. Денисова, Л.А. Левшакова, Е.Е. Родина</b> ЭПИЛЕПСИЯ, УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ ПРИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ SYNGAP1: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ....	69

### **КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

<b>Т.Г. Горячева, К.И. Чекушкина</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	78
<b>Н.В. Александрова, Е.Ю. Емельянова</b> НЕСТАЦИОНАРНАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ КАК ФАКТОР ПРЕВЕНЦИИ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	84

### **ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ**

<b>А.Г. Фаустова</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ, КРИТЕРИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИНДИКАТОРЫ.....	88
<b>Л.В. Павлей, О.Н. Солодчук, Ю.С. Филатова, О.В. Желткевич, Л.А. Крамская</b> СОМАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД.....	97
<b>М.В. Аникеев, Ю.А. Громова, М.М. Прочухаева, Т.В. Шалупина, Н.Ш. Тюрина</b> ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ.....	111
<b>ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....</b>	124

## **CONTENTS**

### **PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS**

<b>M.S. Matyushina, A.V. Koroleva, M.N. Mironenko</b> FEATURES OF THE MANIFESTATION OF FEARS IN ADOLESCENT MINORS RAISED IN FULL AND INCOMPLETE FAMILIES.....	4
<b>N.E. Kravchenko, O.A. Suetina</b> DEPRESSIVE CONDITIONS IN ADOLESCENTS IN REMISSION FROM CANCER.....	12
<b>A.A.Oshchepkov, E.N. Piskunova</b> EXPERIENCE OF PSYCHOLINGUISTIC ANALYSIS OF THE INTERNET SPACE OF MANIFESTATION OF SUDDEN ATTACK OF A STUDENT ON HIS PEERS AND TEACHERS (ON THE EXAMPLE OF THREE CASES).....	22
<b>E.A. Engel, L.N. Kasimova, M.N. Emelyanova</b> SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS SUBJECTED TO BULLYING.....	35
<b>V.M. Yaltonskiy, O.V. Zaitseva, M.V. Gorbaneva</b> BELIEFS ABOUT BRONCHIAL ASTHMA OF TEENAGE BOYS.....	43

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

<b>A.M. Shcherbakova, M.V. Novakovskaya</b> ART METHODS IN PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF THE EMOTIONAL STATE OF CHILDREN WITH ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES.....	50
<b>Yu.V. Andryushchenko, Ya.Yu. Sidorov, L.G. Chernysheva</b> PREVENTION OF STRESS CONDITIONS IN ADOLESCENTS BY MEANS OF AUTOGENIC TRAINING.....	61
<b>I.P. Kireeva , A.V. Grigorieva, E.V. Gorshunova, N.P. Denisova, L.A. Levshakova, E.E.Rodina</b> EPILEPSY, MENTAL RETARDATION WITH BEHAVIORAL DISORDERS, AND CHILDHOOD AUTISM WITH A MUTATION IN THE SYNGAP1 GENE: A CLINICAL CASE.....	69

### **SHORT COMMUNICATIONS**

<b>T.G. Goryacheva, K.I. Chekushkina</b> EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SENSORIMOTOR CORRECTION IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFECIT AND HYPERACTIVITY DISORDER.....	78
<b>N.V. Alexandrova, E.Yu. Emelyanova</b> NON-STATIONARY FORM OF PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN AS A FACTOR IN PREVENTING OF SOCIALIZATION DISORDERS: EXPERIENCE AND PROSPECTS.....	84

### **LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS**

<b>A.G. Faustova</b> PSYCHOLOGICAL ABUSE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: TERMINOLOGICAL BOUNDARIES, CRITERIONS AND INDICATORS.....	88
<b>L.V. Pavley, O.N. Solodchuk, Yu.S. Filatova, O.V. Zheltkevich, L.A. Kramskaya</b> SOMATO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF VEGETATIVE REGULATION IN ADOLESCENTS: A MODERN VIEW.....	97
<b>M.V. Anikeev, Yu.A. Gromova, M.M. Prochukhaeva, T.V. Shalupina, N.Sh. Tyurina</b> ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF CHILD DEVELOPMENT BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH.....	111
<b>THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS.....</b>	124

---

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

---

УДК 616.89-008.441.1-053.71

**М.С. Матюшина, А.В. Королева, М.Н. Мироненко**

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХОВ**

**У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА,  
ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ**

**ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»  
(Смоленск).**

**Резюме.** В данной статье рассматриваются результаты исследования влияния воспитания в полной или неполной семье на особенности проявления страхов у несовершеннолетних. В исследовании приняло участие 40 человек в возрасте от 15 до 17 лет (19 девушек и 21 юноша), учащихся средних общеобразовательных учреждений г. Смоленска. Эмпирическим путем, при помощи специального инструментария исследуется специфика проявления страхов и индивидуально-личностные особенности подростков. Показана роль типа семейной системы (полная/неполная семья) и стиля внутрисемейных отношений («гармоничного/дисгармоничного») в формировании и проявлении страхов и акцентуированных черт характера в личности подростков.

**Ключевые слова:** подростковый возраст, страхи, социальное неблагополучие, акцентуация характера, личностные особенности, семья.

**Введение.** Подростковый возраст характеризуется повышенной эмоциональностью, что проявляется в легкой возбудимости, изменчивости настроения, возникновении тревожности, агрессивности и других бурных реакций. Это связано с тем, что подростковый возраст является переходным периодом, когда меняются отношения, интересы, увлечения, происходит становление мировоззрения. Не удивителен тот факт, что такая трансформация часто сопровождается беспокойствами и переживаниями различных страхов [1,3].

Страх – это сильнейшая фундаментальная эмоция, которая сигнализирует о состоянии опасности. Определено, что проявление страхов зависит от многих внешних и внутренних, врожденных или приобретенных факторов, от личностных особенностей. Также причинами появления страхов, по мнению психологов, являются особенности семейного воспитания, стиль взаимоотношений в семье, социальные условия развития ребенка [2, 4].

Поэтому мы решили коснуться такого вопроса, как особенности проявления страхов у подростков, воспитывающихся в полных и неполных семьях. Научный интерес к этой проблеме подкрепляется тенденцией роста неполных семей в структуре современного российского общества. Как показывает статистика, в России 65,8% детей живут с двумя родителями, 31,3% — живут в неполной семье, только с матерью и 7,3% — только с отцом [1, 5].

Исходя из этого, можно сделать вывод, что на сегодняшний день процент неполных семей, в которых воспитываются дети и подростки, очень велик. Поэтому

необходимо исследовать, влияет ли воспитание в неполной семье на формирование психологических особенностей и эмоциональных переживаний подростков.

В особенности это касается страхов, так как их развитие и закрепление в подростковом возрасте может помешать дальнейшему становлению личности, они могут перейти и во взрослую жизнь, стать помехой для жизнедеятельности молодых людей: успешного построения карьеры, налаживания социальных контактов и создания семьи. А если страх становится фобией — неадекватной реакцией страха, при которой человек теряет способность логически мыслить, то это может привести к серьезным нарушениям эмоциональной сферы вплоть до невротических расстройств [2].

В связи с этим изучение подростковых страхов, а также внешних и личностных факторов, которые предрасполагают к ним, представляется актуальной и практически значимой психологической проблемой.

**Целью исследования**, отображаемого в статье, было изучение особенностей проявления страхов у подростков, воспитывающихся в полных и неполных семьях, а также внешних и личностных факторов, к ним предрасполагающих.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 40 несовершеннолетних в возрасте от 15 до 17 лет (19 девушек, 21 юноша), воспитывающиеся в полных и неполных семьях, учащиеся средних общеобразовательных учреждений г. Смоленска.

В состав *основной группы* вошли 20 несовершеннолетних (9 девочек, 11 мальчиков) из неполных семей (воспитывающихся матерью), со средним уровнем дохода и «дисгармоничным» типом внутрисемейных отношений (на основании стратегической модели Д.Н. Оудсхоорна, первый, второй уровни).

*Группу контроля* составили 20 несовершеннолетних (10 девочек, 10 мальчиков) из полных семей, со средним уровнем дохода и «гармоничным» типом внутрисемейных отношений (на основании стратегической модели Д.Н. Оудсхоорна, первый, второй уровни).

Для изучения заявленных показателей применялись следующие методы эмпирического исследования:

1. для определения особенностей проявления страхов – опросник «Многомерно-функциональная диагностика страха» (в адаптации А.Ф. Чернавского);

2. для диагностики индивидуальных характерологических особенностей - методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (подростковый вариант);

3. характерологический опросник Г. Шмишека, позволяющий определить тип акцентуации личности;

4. методы математической статистики: все полученные в ходе исследования эмпирические данные подвергались статистическому анализу с использованием электронных таблиц Microsoft Excel, а также пакета программ SPSS Statistics 22.0. В исследовании использовались: вычисление показателей  $M$  – среднее арифметическое и  $m$  – стандартная ошибка среднего арифметического. Корреляционный анализ проводился с вычислением коэффициента ранговой корреляции  $r$  Спирмена, для оценки достоверности различий в двух независимых группах использо-

вался непараметрический статистический U-критерий Манна-Уитни.

Исследование проводилось в электронном формате, с помощью интернет-технологий, посредством заполнения респондентами Google-форм.

Перед началом исследования были получены краткие добровольные информированные согласия от родителей/законных представителей несовершеннолетних. Исследование проводилось с соблюдением всех этических норм.

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании среднегрупповых значений показателей, характеризующих предрасположенность к страху, непосредственное переживание эмоции страха и структуру последствий страха у респондентов основной и контрольной групп было выявлено, что в основной группе отмечается достоверное повышение показателя «Боль эго» ( $31,82 \pm 6,32$ ) в сравнении с результатами респондентов группы контроля ( $27,24 \pm 6,60$ ) (табл. 1). Это может свидетельствовать о том, что подростки основной группы в большей степени помнят о боли, перенесенной в детстве, и порой испытывают боль за свою не сложившуюся судьбу, в большей степени боятся морального наказания.

Таблица 1.

Среднегрупповые значения показателей, характеризующих предрасположенность к страху, непосредственное переживание эмоции страха и структуру последствий страха у респондентов основной и контрольной групп ( $M \pm m$ )

Показатели		Основная группа	Контрольная группа
		n=20	n=20
		( $M \pm m$ )	( $M \pm m$ )
1	Чувство опасности (прогноз)	$29,15 \pm 6,60$	$28,95 \pm 5,71$
2	Самооценка (эго страхи)	$32,65 \pm 5,63$	$29,12 \pm 6,52$
3	Боль эго	<b><math>31,82 \pm 6,32^*</math></b>	$27,24 \pm 6,60$
4.	Деятельности	$29,65 \pm 9,23$	$28,15 \pm 6,79$
5	Бытовой	$24,05 \pm 7,28$	$27,55 \pm 9,36$
6.	Моральный	$27,25 \pm 8,39$	$23,26 \pm 8,40$
7.	Жизнедеятельности	$29,00 \pm 5,79$	$28,25 \pm 5,82$
8.	Длительность, постоянство	$32,75 \pm 7,22$	$30,25 \pm 8,43$
9.	Регуляция экстер- нальная	$25,61 \pm 4,39$	$23,25 \pm 9,58$
10	Эго отрицательное	$28,53 \pm 4,47$	$26,33 \pm 9,13$
11	Социальные отрицательные	$30,25 \pm 4,43$	$26,85 \pm 9,21$
12	Эго положительные	$28,62 \pm 3,76$	$26,5 \pm 8,36$
13	Социальные положительные	$29,91 \pm 4,34$	$32,22 \pm 6,47$
14	Нейротизм	$33,45 \pm 6,40$	$32,25 \pm 6,75$

\* -  $p_{1-2} < 0,05$  (Непараметрический критерий Манна-Уитни).

Следует отметить, что все остальные показатели почти в равной степени проявляется в обеих группах. Это свидетельствует о том, что среди подростков

как основной, так и контрольной групп, наиболее часто встречаются такие виды возрастных страхов, как страх темноты, одиночества, уколов, крови, оперативного вмешательства, боязнь быть обманутым, наказанным за ошибки в работе, учебе, страх морального порицания, своей смерти и смерти близких, экстремальных видов деятельности (табл. 1).

При исследовании среднегрупповых значений показателей, характеризующих индивидуально-психологические особенности личности, было выявлено, что показатель «Доверчивость/подозрительность» у респондентов основной группы ( $5,95 \pm 1,70$ ) выше в сравнении с результатами респондентов группы контроля ( $3,65 \pm 2,23$ ). Это может свидетельствовать о том, что подростки основной группы более подозрительны, осторожны, насторожены по отношению к незнакомым людям, иногда автономны и независимы в социальном поведении (табл. 2). Все остальные показатели в равной степени проявляются у респондентов обеих групп.

Таблица 2.

Среднегрупповые значения показателей, характеризующих индивидуально-психологические особенности личности у респондентов основной и контрольной групп ( $M \pm m$ )

Показатели		Основная группа	Контрольная группа
		n=20	n=20
		( $M \pm m$ )	( $M \pm m$ )
1.	Замкнутость/общительность	$5,25 \pm 2,24$	$5,64 \pm 2,08$
2.	Интеллект	$5,40 \pm 2,06$	$6,22 \pm 1,36$
3.	Эмоциональная стабильность	$5,25 \pm 1,88$	$5,55 \pm 1,66$
4.	Подчиненность/доминантность	$5,45 \pm 1,84$	$6,10 \pm 1,86$
5.	Сдержанность/экспрессивность	$4,70 \pm 1,75$	$4,34 \pm 1,75$
6.	Моральная нормативность	$5,40 \pm 1,98$	$5,35 \pm 1,75$
7.	Робость/смелость	$5,15 \pm 1,84$	$4,66 \pm 1,87$
8.	Практицизм/чувствительность	$5,55 \pm 2,16$	$4,45 \pm 1,93$
9.	Доверчивость/подозрительность	<b><math>5,95 \pm 1,70^*</math></b>	$3,65 \pm 2,23$
10.	Практичность/мечтательность	$5,10 \pm 1,37$	$4,85 \pm 1,26$
11.	Прямолинейность/дипломатичность	$5,95 \pm 1,84$	$5,98 \pm 1,33$
12.	Спокойствие/тревожность	$6,30 \pm 1,52$	$6,36 \pm 2,05$
13.	Консерватизм/радикализм	$5,20 \pm 1,90$	$6,35 \pm 1,66$
14.	Конформизм/нонконформизм	$5,75 \pm 1,74$	$5,65 \pm 2,60$
15.	Самоконтроль	$5,65 \pm 1,98$	$5,64 \pm 1,39$
16.	Расслабленность/напряженность	$5,73 \pm 1,38$	$5,34 \pm 2,02$
17.	Тревога	$6,56 \pm 1,32$	$5,73 \pm 1,40$
18.	Интроверсия/экстраверсия	$5,76 \pm 2,02$	$5,75 \pm 1,81$
19.	Чувствительность/уравновешенность	$5,89 \pm 1,49$	$6,32 \pm 1,16$
20.	Конформность/независимость	$6,35 \pm 1,47$	$6,16 \pm 1,01$

\* -  $p_{1-2} < 0,05$  (Непараметрический критерий Манна-Уитни).

Результаты изучения акцентуаций личности подростков основной и контрольной групп представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Среднегрупповые значения показателей, характеризующих акцентуированность личности у респондентов основной и контрольной групп ( $M \pm m$ )

Показатели		Основная группа	Контрольная группа
		n=20	n=20
		( $M \pm m$ )	( $M \pm m$ )
1.	Демонстративный	10,72 ± 4,16	10,33 ± 4,02
2.	Застывание	<b>15,05 ± 4,63*</b>	12,21 ± 2,64
3.	Педантичность	13,55 ± 4,13	11,55 ± 5,47
4.	Возбудимость	<b>14,05 ± 3,80*</b>	8,72 ± 4,56
5.	Гипертимность	11,95 ± 5,549	12,25 ± 7,34
6.	Дистимность	15,25 ± 3,447	12,21 ± 6,38
7.	Тревожность	<b>14,45 ± 3,81*</b>	11,32 ± 4,29
8.	Экзальтированность	16,42 ± 2,89	15,35 ± 5,49
9.	Эмотивность	15,84 ± 2,94	15,25 ± 4,24
10.	Циклотимность	12,75 ± 3,61	11,82 ± 6,09

\* -  $p_{1-2} < 0,05$  (Непараметрический критерий Манна-Уитни).

Как видно из представленной таблицы, у респондентов основной группы отмечается повышение показателей по параметру «Застывание» (15,05±4,63 по отношению к 12,21±2,64 в контрольной группе). Это может свидетельствовать о склонности подростков из неполных семей более долго переживать сильные чувства: обиду, гнев, страх, особенно когда они не были выражены в реальной жизни из-за каких-либо внешних обстоятельств. Эти чувства могут не затухать или вспыхивать с новой силой спустя недели, месяцы и даже годы.

В то же время отмечается повышение показателей по параметру «Возбудимость» (14,05±3,80 по отношению к 8,72±4,56 в контрольной группе). Это позволяет говорить о том, что подростки из неполных семей более возбудимы в результате повышенной реактивности нервной системы, импульсивны, склонны к необдуманным поступкам. Они могут чаще выражать недовольство, проявляют раздражительность, резкость и грубость в ответ на критику, на ущемление личных интересов и потребностей, не умеют управлять собой, что приводит к многочисленным конфликтам (табл. 3).

Кроме того, у респондентов основной группы наблюдается повышение показателя по параметру «Тревожность» (14,45±3,81 по отношению к 11,33±4,29 в контрольной группе). Это может говорить о том, что респонденты основной группы отличаются повышенным ощущением беспокойства, внутренней напряженности, склонности ожидать неприятности.

Также стоит отметить, что у респондентов контрольной группы акцентуаций личности выявлено не было (табл.3).

Результаты корреляционного анализа параметров, характеризующих личностные особенности и показатели проявления страхов у подростков, воспитывающихся в неполных семьях, представлены в табл. 4.



Таблица 4.

Корреляционный анализ взаимосвязи параметров, характеризующих predisposed к страху, непосредственное переживание эмоции страха, структуру последствий страха и личностные особенности у респондентов основной группы

Параметры	Основная группа n=20	
	Valid	Spearman Correlation, r
Физиология – чувство опасности (прогноз)	20	<b>0,59</b>
Физиология - боль эго	20	<b>0,60</b>
Физиология - боль социальная	20	<b>0,66</b>
Боль эго - самооценка	20	<b>0,71</b>
Боль эго – экстремальный	20	<b>0,62</b>
Боль эго - бытовой	20	<b>0,53</b>
Боль эго – жизнедеятельности	20	<b>0,62</b>
Боль эго - застревающий	20	<b>0,66</b>
Длительность, постоянство - нейротизм	20	<b>0,64</b>
Длительность, постоянство - боль социальная	20	<b>0,64</b>
Длительность, постоянство – показатель деятельности	20	<b>0,70</b>
Нейротизм - спокойствие/тревожность	20	<b>0,64</b>
Нейротизм - самоконтроль	20	<b>0,51</b>
Нейротизм – низкая тревожность/высокая	20	<b>0,72</b>
Нейротизм - деятельности	20	<b>0,52</b>
Конформизм/нонконформизм – консерватизм/радикализм	20	<b>0,78</b>
Конформизм/нонконформизм – конформность/независимость	20	<b>0,58</b>
Конформизм/нонконформизм - интеллект	20	<b>0,54</b>
Тревожность-самоконтроль	20	<b>0,66</b>
Тревожность – расслабленность/напряженность	20	<b>0,64</b>

Условные обозначения: Valid - количество допустимых случаев; Spearman Correlation - корреляция по Спирмену при  $p < 0,05$ .

Как видно из представленной таблицы, высокая прямая корреляция наблюдается между такими параметрами, как «Физиология» и «Боль эго» ( $r=0,60$ ), «Боль социальная» ( $r=0,66$ ), «Чувство опасности» ( $r=0,59$ ), что говорит о том, что у респондентов основной группы чувство страха сопровождается психофизиологическими изменениями в организме (табл.4).

Также высокая прямая корреляция наблюдается между показателем «Боль эго» и такими параметрами, как «Самооценка» ( $r=0,71$ ), «Застревающий» ( $r=0,66$ ), «Экстремальный» ( $r=0,62$ ), «Показатель жизнедеятельности» ( $r=0,62$ ), «Бытовой» ( $r=0,53$ ). Это свидетельствует о том, что подростки, воспитываю-

щиеся в неполных семьях, склонны больше переживать и постоянно возвращаться к чувствам страха, таким как темнота, одиночество, уколы, кровь, оперативное вмешательство, боязнь быть обманутым, наказанным за ошибки в работе, учебе, морального порицания, своей смерти и смерти близких, войн, экстремальных видов деятельности.

Установлена высокая прямая корреляция между параметрами «Длительность, постоянство» и «Нейротизм» ( $r=0,70$ ), «Боль социальная» ( $r=0,64$ ), «Показатель деятельности» ( $r=0,64$ ), что говорит о том, что страхи ошибок в общении, наказания, ответственных дел, позора перед большим количеством людей заставляют подростков из социально неблагополучных семей долгое время чувствовать себя неуверенно, бояться.

Параметр «Конформизм/нонконформизм» показал высокую прямую корреляцию с показателями «Консерватизм/радикализм» ( $r=0,78$ ), «Конформность/независимость» ( $r=0,58$ ), «Интеллект» ( $r=0,54$ ), что может свидетельствовать о свободомыслии подростков основной группы, наличии у них интеллектуальных интересов, восприимчивости к переменам, ориентации на собственные решения, независимости и самостоятельности.

Кроме того высокая прямая взаимосвязь отмечается между показателем «Тревожность» и параметрами «Самоконтроль» ( $r=0,66$ ), «Расслабленность/напряженность» ( $r=0,64$ ), что может говорить об излишнем контроле респондентами основной группы своих эмоций и поведения и вызывать чувство внутреннего беспокойства, взвинченность и раздражительность (табл.4).

**Заключение.** Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. У респондентов основной группы наблюдается повышение показателя «Боль эго» в сравнении с респондентами группы контроля. Это может свидетельствовать о том, что подростки основной группы в большей степени помнят о боли, перенесенной в детстве, и порой испытывают боль за свою не сложившуюся судьбу, в большей степени боятся морального наказания. Все остальные показатели почти в равной степени проявляются в обеих группах. Таким образом, воспитание в неполной семье с «дисгармоничным» типом внутрисемейных отношений не является ведущим фактором, способствующим формированию страхов в подростковом возрасте.

2. Показатель «Доверчивость/подозрительность» у респондентов основной группы выше в сравнении с результатами респондентов группы контроля. Это может свидетельствовать о том, что подростки основной группы более осторожны, настороженны по отношению к незнакомым людям, иногда автономны и независимы в социальном поведении. Все остальные показатели в равной степени проявляются в обеих группах. Из чего можно сделать вывод, что воспитание в неполной семье с «дисгармоничным» типом внутрисемейных отношений не является основным фактором, влияющим на проявления личностных особенностей подростков.

3. При исследовании акцентуированности личности было выявлено, что у респондентов основной группы преобладают следующие акцентуации характера: застревание, возбудимость и тревожность. В то время как у респондентов контрольной группы акцентуированных черт характера выявлено не было. Следовательно, это может говорить о том, что воспитание подростка в неполной семье с «дисгармоничным» типом внутрисемейных отношений способствует

проявлению акцентуированных черт характера.

4. Была выявлена взаимосвязь между особенностями проявления страхов и акцентуированностью личности подростков из неполных семей. Следовательно, тип семейной системы (неполная семья) и «дисгармоничный» тип семейного воспитания не являются ведущими факторами, влияющими на формирование страхов, однако способствуют возникновению акцентуированных черт характера, которые, в свою очередь, могут усиливать проявления подростковых страхов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Н.М. Феноменология страха человека: концептуальные подходы к изучению // Образование: традиции и инновации. 2020. № 3 (30). С. 26-30.

2. Захарова А.И. Социальные страхи подростков: способы преодоления // Актуальные научные исследования в современном мире. 2021. № 1-7 (69). С. 106-107.

3. Молчанов С.В. Психология подросткового и юношеского возраста. М.: Юрайт, 2023. 352 с.

4. Татарникова О.С. Страхи и фобии в старшем подростковом возрасте // Юный ученый. 2022. № 4 (56). С. 57-59.

5. Рогов Е.И., Рогова Е.Е., Наumenко М.В. Проявление страхов в подростковом возрасте и их взаимосвязь с одиночеством // Мир науки. Педагогика и психология. 2024. Т. 12. С. 1-9.

#### REFERENCES

1. Afanas`eva N.M. Fenomenologiya strakha cheloveka: konceptual`ny`e podkhody` k izucheniyu // Obrazovanie: tradiczii i innovaczii. 2020. # 3 (30). S. 26-30.

2. Zakharova A.I. Soczial`ny`e strakhi podrostkov: sposoby` preodoleniya // Aktual`ny`e nauchny`e issledovaniya v sovremennom mire. 2021. # 1-7 (69). S. 106-107.

3. Molchanov S.V. Psikhologiya podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta. M.: Yurajt, 2023. 352 s.

4. Tatarnikova O.S. Strakhi i fobii v starshem podrostkovom vozraste // Yuny`j ucheny`j. 2022. # 4 (56). S. 57-59.

5. Rogov E.I., Rogova E.E., Naumenko M.V. Proyavlenie strakhov v podrostkovom vozraste i ikh vzaimosvyaz` s odinochestvom // Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya. 2024. T. 12. S. 1-9.

**M.S. Matyushina, A.V. Koroleva, M.N. Mironenko**

### **FEATURES OF THE MANIFESTATION OF FEARS IN ADOLESCENT MINORS RAISED IN FULL AND INCOMPLETE FAMILIES**

**Smolensk State Medical University (Smolensk).**

**Summary.** This article examines the results of a study on the impact of parenting in a full or incomplete family on the manifestation of fears in minors. The study involved 40 people aged 15 to 17 (19 girls and 21 boys), students of secondary educational institutions in Smolensk. Empirically, with the help of special tools, the specifics of the manifestation of fears and the individual personality characteristics of adolescents are investigated. The role of the type of family system (full/incomplete family) and the style of intra-family relations ("harmonious/disharmonious") in the formation and manifestation of fears and accentuated character traits in the personality of adolescents is shown.

**Keywords:** adolescence, fears, social disadvantage, character accentuation, personality traits, family.

Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина

**ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ  
В РЕМИССИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

**Резюме.** В статье описываются клинические типы и лежащие в их основе триггерные механизмы депрессивных состояний, имеющие место у подростков в ремиссии онкогематологических заболеваний. Подчеркивается многофакторный генезис аффективных состояний. Отмечается, что преобладают депрессии, относящиеся к категории психогенных, депрессии эндогенного спектра встречаются значительно реже. Степень выраженности депрессивных состояний соответствует легкому и субклиническому уровню, депрессии средней степени имеют место не часто. Обсуждаются особенности терапии, необходимость наблюдения подростков вне стен психиатрических учреждений, избегая стигматизации.

**Ключевые слова:** онкогематология, депрессивные состояния, дети, подростки.

**Введение.** В настоящее время можно говорить о заметных успехах в оказании специализированной онкологической помощи несовершеннолетним, о значительном снижении среди них смертности от злокачественных новообразований [3, 6]. Так, в нашей стране и в развитых зарубежных странах пятилетняя выживаемость детей и подростков с онкологической патологией превышает 80% [3, 6, 17]. В связи с этим закономерно встает вопрос о дальнейшей реабилитации выживших пациентов, подразумевающей среди разных возможных аспектов этой проблемы и состояние их психического здоровья. По данным ряда исследователей, распространенность обращений за психиатрической помощью, в том числе по поводу депрессии и тревоги, среди лиц подросткового возраста с онкологическими заболеваниями увеличивается в течение первых 5 лет, начиная с момента установления диагноза [14]. Выздоровление от онкологической патологии не всегда равносильно полному восстановлению здоровья: 30–40% пациентов сталкиваются с значимыми психологическими и психиатрическими проблемами, среди которых депрессивные проявления, тревожные расстройства и симптомы посттравматического стресса занимают ведущее место [12, 15, 16, 17, 18]. Депрессивные состояния у несовершеннолетних пациентов с онкологической патологией являются предметом исследований на протяжении многих десятилетий, и, согласно литературным источникам, распространенность клинически очерченной депрессии среди излеченных от злокачественного заболевания подростков оказывается весьма высокой, достигая 15–25%, что в 2–3 раза превышает показатели общей подростковой популяции [24].

В целом современные исследователи сходятся во мнении, что в качестве факторов, предрасполагающих к формированию депрессии и влияющих на ее патогенез у пациентов со злокачественными новообразованиями, выступают как биологические следствия агрессивной терапии, так и психологические и социальные последствия болезни. К наиболее значимым причинам нарушения

психического благополучия с развитием депрессий у этой категории больных относят влияние затяжного стресса, вызванного осознанием опасного диагноза и последствий тяжелого лечения, негативно влияющих на всю последующую жизнь, страх рецидива [1, 7, 19]. К значимым социально-психологическим факторам, усугубляющим риск развития депрессий, связанных с онкологическим заболеванием, причисляют молодой возраст [13, 20], одиночество, (при этом связь между одиночеством и депрессией сильнее выражена у молодых – представителей поколения Y по сравнению с представителями более старших возрастных групп [13]), а также экзистенциальный кризис «выжившего» [23]. Некоторые побочные эффекты лечения также выступают в качестве обстоятельств, предрасполагающих к формированию депрессий: в частности, нейротоксическое действие химиотерапевтических агентов (метотрексат, цисплатин, винкристин) на структуры лимбической системы, такие как гиппокамп и префронтальная кора, способствует нарушению нейропластичности и дисрегуляции эмоциональных реакций [11]. Известно, что индуцированное противоопухолевым лечением хроническое воспаление, провоцирует дисбаланс цитокинов (IL-6, TNF- $\alpha$ ), что коррелирует с подавлением синтеза серотонина и дофамина [10]. Дистресс, сопровождающий злокачественные заболевания, также приводит к дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и развитию воспаления, таким образом облегчая формирование депрессивных расстройств и прогрессию опухолевого процесса [9, 22].

Следует иметь в виду, что депрессивные расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями нередко приводят к целому ряду негативных последствий, к которым относятся повышенный суицидальный риск, недостаточная приверженность врачебным рекомендациям, сокращение сроков выживаемости, снижение качества жизни [4, 8, 15, 16]. Нередко в связи с недостаточно зрелыми и неадаптивными психологическими стратегиями преодоления эмоциональных проблем у переживших рак молодых людей возникают аддиктивные расстройства (злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем) [21]. В подробном обзоре Ю.Е. Куртановой с соав. [5], посвященном анализу зарубежных исследований проблем социализации детей с онкологическим заболеванием в анамнезе, отмечается, что тяжелая перенесенная болезнь и в дальнейшем продолжает оказывать негативное влияние на психологическое состояние переболевшего и затрудняет его реинтеграцию в социум, вызывая трудности социального взаимодействия, когнитивные расстройства и нарушения процесса обучения, приводит к эмоциональным расстройствам, депрессивным симптомам, состояниям дистресса с признаками посттравматического стрессового расстройства, которые сохраняются и в позднем подростковом возрасте, и во взрослой жизни.

Как правило, степень выраженности депрессивных расстройств при злокачественных новообразованиях бывает умеренной, легкой или минимальной [1, 7], а клинические проявления нередко выступают под «маской» соматических симптомов (усталость, инсомния), которые зачастую расцениваются родителями и подростками как «нормальные» для их состояния, что приводит к гиподи-

агностике аффективных нарушений, в связи с чем депрессия остается недооцененной сопутствующей патологией у онкологических больных [2]. Можно отметить, что большая часть существующих исследований фокусируются на взрослых страдающих онкозаболеваниями пациентах, а также на немедицинских (социальных, психологических) проблемах выживших, тогда как особенности психического здоровья выздоровевших несовершеннолетних, в том числе и депрессии, остаются недостаточно изученными [18]. В связи с данным положением клиническая оценка и анализ депрессивных расстройств у подростков в ремиссии онкологических заболеваний представляются актуальными и своевременными.

**Целью работы** являлось уточнение данных о клинко-патогенетических особенностях депрессивных расстройств, наблюдающихся в ремиссии онкогематологических заболеваний у подростков.

**Материал и методы исследования:** Группу исследования составили 68 пациентов (30 женского, 38 мужского пола) в возрасте от 13 до 19 лет, которые самостоятельно или по рекомендации онколога обратились к психиатру с жалобами на нарушение настроения и наблюдались нами в течение ряда лет. Все эти пациенты в разные годы проходили стационарное лечение в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» по поводу различных форм онкогематологических заболеваний (лейкозы, лимфомы). К моменту осмотра все больные относились к категории излеченных от злокачественного заболевания, находясь в состоянии ремиссии продолжительностью от 2 до 10 лет.

В работе использовались клинический и клинко-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации и сведений, полученных от родителей и родственников. Для формализованной оценки тяжести состояния использовались шкалы «Общего клинического впечатления» CGI, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), предназначенная для выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара.

**Результаты и обсуждение.** Данные многолетнего наблюдения сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ психической патологии у излеченных от онкологических заболеваний подростков подтверждают гипотезу о сложном генезисе депрессий, которые могут развиваться у них в ремиссии. Многофакторная природа этих состояний вряд ли вызывает сомнения. К наиболее значимым и общим для всех стрессорам, облегчающим возникновение депрессивных расстройств у этой категории больных, можно отнести тяжелый психотравматический опыт болезни (провоцирующее влияние затяжного психогенного воздействия, осознание уже в подростковом возрасте опасного перенесенного заболевания и вероятности рецидива, понимание последствий тяжелого лечения, негативно влияющего на всю последующую жизнь: на выбор профессии, возможность рождения детей, изменение внешнего вида, межличностные связи со сверстниками). Немаловажная роль в развитии депрессивных состояний у подростков принадлежит и конституционально-личностным особенностям: наличие тревожных черт и склонности к заниженной самооценке и социальной тревоге, к беспокойству по

любому, даже незначительному поводу, весьма значимой является также генетическая предрасположенность к развитию аффективной патологии. Наконец, нельзя не учитывать и влияние собственно самого пубертатного периода с его психобиологическими особенностями (колебания уровня гормонов, неустойчивость эмоционального фона, психологическая зависимость от социально средовых влияний), предрасполагающим к расстройствам эмоциональной сферы. Особое внимание следует уделить коморбидным симптомокомплексам, т. к. аффективная патология у всех находящихся в ремиссии онкогематологического заболевания подростков очень часто сочетается с разной степени выраженности резидуально-органической недостаточностью, представляющей собой ту особую «почву», которая может создавать уязвимость и в какой-то мере облегчать возникновение и модифицировать проявления расстройств настроения. По нашим наблюдениям резидуально-органический фон, обусловленный противоопухолевым лечением, наблюдался практически у всех находящихся в ремиссии пациентов. Наиболее часто (у 61 из 68 пациентов) он был представлен нетяжелыми синдромами, относящимися к диагностическим рубрикам F06.6-8, согласно МКБ-10, когда проявления резидуально-органической дисфункции не выходили за рамки церебрastenических, легких когнитивных нарушений, выступая в виде утомляемости, эмоциональной лабильности, нарушений концентрации внимания, трудностей запоминания или воспроизведения материала и зачастую сопровождались легко возникающими непродолжительными реакциями сниженного настроения в ответ на обыденные психологические проблемы. Признаками, указывающими именно на церебрально-органическую недостаточность и отличающими эти состояния от неорганических астенических синдромов, были – метеозависимость и цефалгии на фоне физического и психического напряжения; недостаточность вестибулярного аппарата с возникновением головокружений, плохой переносимостью транспорта; дисфункция вегетативных мозговых центров с несовершенством терморегуляции, плохой переносимостью жары, духоты, явлениями ВСД. Значительно реже (7 больных) проявления органической психической патологии были более тяжелыми и согласно МКБ-10 относились к диагностической категории F07. В этих случаях формирование органической недостаточности происходило по механизму амплификации (от лат. *amplificatio* – увеличение), когда имевшаяся изначально резидуально-органическая симптоматика (вследствие перинатальной патологии, ЧМТ, последствий интоксикации после наркоза) утяжелялась в результате нейротоксического воздействия химиотерапии и краниального облучения. Клинические проявления очерченного психоорганического синдрома включали обязательную триаду Вальтера Бюэля (снижение памяти, ослабление продуктивности интеллектуальной деятельности, изменение аффективности), а также поведенческие расстройства (утрированные протестные и эксплозивные реакции), выраженные нарушения ликвородинамики (частые упорные головные боли, метеозависимость, головокружения) и очаговые неврологические симптомы (эпиактивность, парезы).

Психопатологическая квалификация депрессивных синдромов, относящих-

ся к разным нозологическим категориям, опиралась на обязательный клинический осмотр и обследование. В большинстве случаев депрессии у подростков, перенесших онкологические заболевания, были неглубокими, часто не достигающими уровня развернутого синдрома гипотимические состояния. Выраженность аффективных симптомокомплексов зачастую ограничивалась нетяжелыми депрессивными проявлениями – от субклинически выраженных до легких (от 2-3 баллов по шкале CGI и от 8 до 10 баллов по шкале HADS), реже соответствовала умеренной степени (11-12 баллов по HADS; 3-5 по CGI).

Останавливаясь на особенностях клиники депрессивных состояний и их нозологической принадлежности, сразу отметим, что в значительном большинстве (58) их можно было отнести к расстройствам, связанным со стрессом (F4 по МКБ-10), в 10 случаях имели место аффективные состояния эндогенного круга (F3; F21), в том числе – эндореактивные (2).

Преобладали неманифестные, относительно невыраженные гипотимические состояния, связанные со стрессом и по патогенетической сущности принадлежащие к категории нозогенных. Они включали в себя неглубокие тревожно-депрессивные состояния (у 22 больных), затяжные субдепрессивные синдромы (у 22 подростков), гипотимии с поведенческими девиациями (у 9 пациентов), а также расстройства настроения с симптомами ПТСР (у 5 больных). В их развитии значимая роль отводилась психогенным триггерам, связанным как с осознанием жизнеугрожающего смысла тяжелого соматического недуга, так и состоянием соматического здоровья, а также социальным факторам (невозможностью следования мечте и выбора профессии, запланированной до болезни, проблемам межличностного общения в среде сверстников). Определенную лепту в формировании подобных состояний приносили также конституционально-характерологические особенности разного полюса от повышенной тревожности, сенситивности, мнительности, интровертированности до протестности, упрямства, демонстративности, однако не достигающих степени личностного расстройства. Кроме того, как было отмечено выше, нельзя не учитывать и вклад резидуально-органической «почвы», в известной мере облегчающей возникновение астенодепрессивной симптоматики. По нашим наблюдениям, клинический тип депрессивного расстройства коррелировал со значимостью в тех или иных случаях вышеперечисленных преципитирующих факторов.

Так, стертые затяжные (более 6 месяцев) субдепрессивные реакции во многом зависели от соматического статуса. Возникая на фоне выраженных астенических проявлений, они сопровождались явлениями эмоциональной лабильности с легко возникающими реакциями сниженного настроения по несущественным бытовым поводам. Подростки демонстрировали повышенную зависимость от родителей, отказывались от самостоятельных решений. Соматические симптомы часто доминировали в клинической картине, маскируя аффективные расстройства. Чувство усталости, инсомния или гиперсомния, а также остаточные нейропатические боли сохранялись годами после завершения лечения, формируя «порочный круг»: физическое недомогание усиливало социальную изоляцию, чувство несостоятельности, зависимости, которые, в свою очередь, усугубляли



губляли депрессию. Среди ведущих жалоб нередко на первый план выступали нарушения концентрации внимания и замедление когнитивных процессов. Врачи-клиницисты соотносили их с последствиями нейротоксической химиотерапии. Самочувствие ухудшалось в вечерние часы и было сопряжено с усталостью, истощаемостью, подросткам было трудно учиться, необходимость ежедневного напряжения вызывала тревожные переживания, усиливала неуверенность в своих силах. По мере улучшения физического статуса (снижения выраженности астении) наблюдалась и редукция субдепрессивных проявлений. Можно отметить, что существенная роль в развитии этих состояний принадлежала резидуально-органической недостаточности. Таким пациентам, наряду с мягкими антидепрессантами в небольших дозах необходимо назначать препараты церебропротекторного ряда.

Состояния тревожно-депрессивного клинического типа также включали в себя наряду с гипотимией, тревогой и астенический симптомокомплекс. В происхождении этих расстройств немаловажную роль играли характерологические особенности подростков: тревожность, боязливость, мнительность, склонность к разнообразным связанным с соматическим благополучием опасениям. Необходимость посещения врача, проведение любого обследования, являясь психологически значимыми, вызывали тревогу, страх рецидива и приводили к ухудшению настроения. Этим больным были свойственны навязчивые размышления о бесперспективности будущего или собственной «неполноценности», связанной с перенесенной болезнью. Депрессивные проявления были ундулирующими, непостоянными, состояние то улучшалось, то ухудшалось, растягивалось на несколько лет, и зависело от внешних обстоятельств. Пациенты нуждались не только в антидепрессивной и церебропротекторной терапии, но и в противотревожных препаратах, и в регулярных психотерапевтических занятиях.

Варианты депрессивных расстройств, сопровождавшиеся расстройствами поведения, а также депрессии с включением в клиническую картину симптомов ПТСР встречались намного реже, возможно данный факт можно объяснить нежеланием пациентов с подобными расстройствами обращаться за помощью. Частым эмоциональным маркером в этих случаях являлись дисфорические проявления, выступавшие в виде повышенной раздражительности уже в процессе лечения онкозаболевания до выхода в ремиссию. Подростки описывали состояние как эмоциональную отчужденность, утрату интересов к ранее значимым видам деятельности, в том числе к общению со сверстниками и хобби, отмечали, что «стали другими» и не могут «вписаться» в повседневную жизнь. Некоторые пациенты указывали на «неспособность и нежелание переживать события, связанные с болезнью». Ряд исследователей связывает данный феномен с механизмами вытеснения психотравматических воспоминаний [23]. Эти тесно спаянные с характерологическими особенностями (в виде протестности, отказа смириться с судьбой, погруженности во внутренний мир с размышлениями о смысле жизни) неглубокие, затяжные (свыше 12 месяцев), не соответствующие критериям клинической депрессии гипотимии сопровождались поведенческими девиациями (рискованное поведение с употреблением психоактивных веществ,

увлечение опасными видами спорта). Психогенный комплекс включал пессимистическую оценку будущего, понимание возможности рецидива и осознание «скоротечности бытия». Свойственное подростково-юношескому возрасту желание насыщенной эмоциональной жизни приводило этих подростков к поступкам с попытками не только преодолеть ангедонию, но и дополучить то, что они упустили из-за длительной болезни – испытать экстремальные чувства (гонки на мотоциклах, скейтбордах, горных велосипедах), жить, «прожигая жизнь», чтобы наверстать упущенное. Чаще такие гипотимические состояния развивались у юношей с шизоидной акцентуацией. В тех случаях, когда в психогенный депрессивный синдром включались симптомы ПТСР, преципитирующим фактором являлось отставленное осознание в старшем подростковом возрасте опасности перенесенного в детстве смертельного недуга, при этом наблюдалось возникновение эпизодов тревоги с наплывом навязчивых отрывочных воспоминаний о перенесенных медицинских вмешательствах, днях пребывания в медучреждении, которые можно было соотнести по клиническим проявлениям с характерными для ПТСР феноменами интрузии. Лечение подобных состояний включало наряду с психофармакотерапией интенсивные занятия с психологами.

Реже имели место депрессивные синдромы, причисленные к категории эндогенных. Они развивались в ремиссии по эндореактивным и аутохтонным механизмам: у 7 больных это были умеренные по степени выраженности (от 3-5 баллов по шкале CGI и от 9 до 12 баллов по шкале HADS) непродолжительные (до 4 месяцев) депрессии, наблюдавшиеся в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (4) или процессуального заболевания (3), у 3-х диагностировано биполярное аффективное расстройство, причем манифестация гипоманиакальных состояний приходилась на период активного химиотерапевтического лечения, а на этапе уже отчетливой гематологической ремиссии происходила инверсия аффекта с развитием депрессивного состояния. Депрессии, относящиеся к аффективной эндогенной патологии, имели типичные клинические характеристики: выявлялись депрессивная триада с тимической, идеаторной и моторной составляющими синдрома, характерный циркадианный ритм, нарушения сна, аппетита, депрессивная дереализация. Продолжительность эндогенных депрессий составляла от 6 месяцев до 1,5-2 лет. Денотат аффективного состояния мог включать психогенный комплекс (страх рецидива), однако преобладающими были чувство вины, недовольство собой, трудности волевых усилий, пессимистическая оценка прошлого и будущего. Несомненно, что курация подобных аффективных нарушений у подростков с онкологической патологией в целом должна включать и лекарственные, и нелекарственные формы терапии (психотерапевтические занятия), которые повышают качество жизни и снижают риски рецидивов аффективных нарушений.

**Заключение и выводы.** Предложенное клиническое описание депрессивных состояний, наблюдающихся в ремиссии онкологических заболеваний у подростков, представляя собой итог многолетних наблюдений, не являются исчерпывающими, т. к., с нашей точки зрения, в процессе продолжающейся работы должно происходить дальнейшее уточнение клинических типов аффективной па-

тологии и возможных вариантов ее лечения у этой категории больных. Ранняя диагностика возможна только при интеграции психиатрического скрининга в программы долгосрочного наблюдения за онкологическими пациентами и организации психолого-психиатрической помощи при детских онкологических стационарах (без стигматизации через районные ПНД), что необходимо для дальнейшего успешного социального функционирования выживших пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баянкулов Р.И. Психологическая помощь онкологическим пациентам на разных этапах лечения // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2018. Т. 30. № 2. С. 105–111.

2. Блинков А.Н. Депрессия и рак: основные направления международных исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020, № 2. С. 16–25. doi : 10.31363/2313-7053-2020-2-16-25

3. Желудкова О.Г., Поляков В.Г., Рыков М.Ю., Сусулева Н.А., Турабов И.А. Клинические проявления онкологических заболеваний у детей: практические рекомендации / под ред. В.Г. Полякова, М.Ю. Рыкова. СПб. 2017. 50 с.

4. Иванов С.В. Депрессивные расстройства в онкологии (обзор). Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012. Т. 112. № 11–2. С. 104–109.

5. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакова А.М., Иванова А.А. Социальная адаптация детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 3. С. 127–138. doi: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090312> (In Russ.)

6. Мерабишвили В.М., Шахзадова А.О., Кулева С.А., Перелыгин В.В. Состояние онкологической помощи в России: возраст и рак. Особенности локализационной структуры, качества учета и выживаемость больных ЗНО среди детского населения и подростков (клинико-популяционное исследование). Часть 1 // Формулы Фармации. 2023. Т. 5. № 1. С. 20–32. doi: 10.17816/phf568263

7. Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А. Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 131–149. doi: 10.17759/psyclin.2018070408

#### REFERECESS

1. Bayankulov R.I. Psikhologicheskaya pomoshh` onkologicheskim paczientam na razny`kh e`tapakh lecheniya // Ucheny`e zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i soczial`noj raboty`. 2018. T. 30. # 2. S. 105–111.

2. Blinkov A.N. Depressiya i rak: osnovny`e napravleniya mezhdunarodny`kh issledovaniy // Obozrenie psikhiatrii i mediczinskoj psikhologii. 2020, # 2. S. 16–25. doi : 10.31363/2313-7053-2020-2-16-25

3. Zheludkova O.G., Polyakov V.G., Ry`kov M.Yu., Susuleva N.A., Turabov I.A. Klinicheskie proyavleniya onkologicheskikh zabolevanij u detej: prakticheskie rekomendaczii / pod red. V.G. Polyakova, M.Yu. Ry`kova. SPb. 2017. 50 s.

4. Ivanov S.V. Depressivny`e rasstrojstva v onkologii (obzor). Zh. nevrol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. Speczvy`puski. 2012. T. 112. # 11–2. S. 104–109.

5. Kurtanova Yu.E., Burdukova Yu.A., Shherbakova A.M., Ivanova A.A. Soczial`naya

adaptacziya detej s onkologicheskimi zabolevaniyami posle prodolzhitel'nogo lecheniya [E'lektronny'j resurs] // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya. 2020. T. 9. # 3. C. 127-138. doi: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090312> (In Russ.)

6.Merabishvili V.M., Shakhzadova A.O., Kuleva S.A., Perelygin V.V. Sostoyanie onkologicheskoy pomoshhi v Rossii: vozrast i rak. Osobennosti lokalizatsionnoj struktury, kachestva ucheta i vy`zhivaemost' bol'ny`kh ZNO sredi detskogo naseleniya i podrostkov (kliniko-populyaczionnoe issledovanie). Chast' 1 // Formuly` Farmaczii. 2023. T. 5. # 1. C. 20-32. doi: 10.17816/phf568263

7.Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. E'moczional'noe sostoyanie i strategii sovladaniya podrostkov s onkogematologicheskimi zabolevaniyami [E'lektronny'j resurs] // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya. 2018. T. 7. # 4. C. 131–149. doi: 10.17759/psyclin.2018070408

8.Bashore L, Hobbie W. Emerging and Ongoing Survivorship Challenges Among Childhood Cancer Survivors and Providing Risk-Based Focused Follow-Up Care. Semin Oncol Nurs. 2021 Jun; 37(3):151163. doi: 10.1016/j.soncn.2021.151163.

9.Bortolato B., Hyphantis T.N., Valpione S. et al. Depression in cancer: The many biobehavioral pathways driving tumor progression // Cancer Treat Review. 2017. Vol. 52. P. 58–70. DOI:10.1016/j.ctrv.2016.11.004

10.Dantzer R., O'Connor J.C., Freund G.G., Johnson R.W., Kelley K.W. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain // Nature Reviews Neuroscience. 2008. Vol. 9. № 1. P. 46–56. doi: 10.1038/nrn2297.

11.Dietrich J., Prust M., Kaiser J. Chemotherapy, cognitive impairment and hippocampal toxicity // Neuroscience. 2015. Vol. 309. P. 224–232. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.06.016.

12.Gupta S, Li Q, Nathan P, Kurdyak P, Baxter N, Sutradhar R, Coburn N. Patient-Reported Symptoms and Mental Health Event Risks in Adolescents and Young Adults With Cancer. Cancer Med. 2025. Aug;14 (15):e71096. doi: 10.1002/cam4.71096.

13.Kurusu, K., Okamura, M., Ozawa, K. et al. Impact of loneliness on depression among cancer survivors: a comparison between adolescents and young adults and other age groups. BMC Cancer. 25, 1319 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12885-025-14734-4>

14.Li M., Sara G., Roder D., O'Brien T. A. Mental Health Service Contact Following Cancer Diagnosis and Associations with Cancer Mortality: Results from a Linked Population-Based Study of Adolescents and Young Adults in New South Wales // Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2024. 13 (3). 481-491 doi: 10.1089/jayao.2023.0127

15.Lund LW, Winther JF, Dalton SO, Cederkvist L, Jeppesen P, Deltour I, Hargreave M, Kjær SK, Jensen A, Rechnitzer C, Andersen KK, Schmiegelow K, Johansen C. Hospital contact for mental disorders in survivors of childhood cancer and their siblings in Denmark: a population-based cohort study. Lancet Oncol. 2013. Sep;14 (10). 971-80. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70351-6.

16.Mertens AC, Gilleland Marchak J. Mental health status of adolescent cancer

survivors // *Clinical Oncology in Adolescents and Young Adults*. 2015. V. 5. P. 87-95 doi:10.2147/COAYA.S49174

17. Michel G, Brinkman TM, Wakefield CE, Grootenhuis M. Psychological Outcomes, Health-Related Quality of Life, and Neurocognitive Functioning in Survivors of Childhood Cancer and Their Parents. *Pediatr Clin North Am*. 2020. Dec. 67 (6). 1103-1134. doi: 10.1016/j.pcl.2020.07.005.

18. Pai A.L.H., Kazak A.E., Schneider S., Marsac M.L., Wiener L. Psychosocial outcomes in adolescent survivors of childhood cancer // *Journal of Clinical Oncology*. 2021. Vol. 39, № 15. P. 1717–1728. doi: 10.1200/JCO.20.02576.

19. Pinquart M. Body image of children and adolescents with chronic illness: A meta-analytic comparison with healthy peers // *Body Image*. 2013. Vol. 10, № 2. P. 141–148. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.10.008.

20. Potash M., Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer // *Hematol. Oncol. Clin. N. Am*. 2002. Vol. 16, P. 671-700.

21. Schwartz LF, Brett EI, King AC, Henderson TO. Nicotine and Cannabis Use in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: A Scoping Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2025. 14 (4). 299-318. doi: 10.1089/jayao.2024.0143

22. Sotelo J.L., Musselman D., Nemeroff C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression // *International Review of Psychiatry*. 2014. Vol. 26. № 1. P. 16–30. doi: 10.3109/09540261.2013.875891

23. Weaver M.S., Heinze K.E., Kelly K.P., Wiener L., Casey R.L., Bell C.J., Wolfe J., Garee A.M., Watson A., Hinds P.S. Establishing psychosocial palliative care standards for children and adolescents with cancer and their families: An integrative review // *Palliative Medicine*. 2019. Vol. 33. № 2. P. 212–223. doi: 10.1177/0269216315583446

24. Wiener L., Battles H., Zadeh S., Pelletier W., Arruda-Colli M.N., Muriel A.C. Mental health interventions for survivors of pediatric cancer // *Pediatric Blood & Cancer*. 2020. Vol. 67, № S3. P. e28234. doi: 10.1002/pbc.28234.

**N.E. Kravchenko, O.A. Suetina**

## **DEPRESSIVE CONDITIONS IN ADOLESCENTS IN REMISSION FROM CANCER**

**Mental Health Research Center (Moscow).**

**Summary.** The article describes the clinical types and underlying trigger mechanisms of depressive states that occur in adolescents in remission of oncohematological diseases. The article emphasizes the multifactorial genesis of affective states. It is noted that psychogenic depression prevails, while endogenous spectrum depression is significantly less common. The severity of depressive states corresponds to mild and subclinical levels, and moderate depression is not common. The article discusses the specifics of therapy and the need to monitor adolescents outside psychiatric institutions to avoid stigmatization.

**Keywords:** oncohematology, depressive states, children, adolescents.

А.А. Ощепков, Е.Н. Пискунова

**ОПЫТ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВА ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕЗАПНОГО НАПАДЕНИЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА СВОИХ СВЕРСТНИКОВ И УЧИТЕЛЕЙ  
(НА ПРИМЕРЕ ТРЕХ СЛУЧАЕВ)**

Димитровградский инженерно-технологический институт – филиал  
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский ядерный университет  
«МИФИ» (Димитровград, Ульяновская обл.).

**Резюме.** Актуальность исследования данной проблемы обусловлена все возрастающим напряжением в социальных отношениях, порождая проявление все новых форм девиантного поведения. Одной из крайних форм девиаций стали явления немотивированных нападений школьников и студентов на своих сверстников и учителей с применением оружия, получившие название амока и шуттинга. В связи с этим данная статья направлена на теоретико-методологическое обоснование изучения амока и шуттинга, а также выявление основных особенностей психолого-педагогического характера. Такое изучение является возможным на основе диспозиционной концепции личности и эмпирического исследования систем ценностных ориентаций молодежи. Ведущим методом исследования данной проблемы является метод психолингвистического контент-анализа материалов, взятых в сети Интернет. Выборка исследования включила три показательных случая шуттинга в России – в Керчи, в Казани и в Перми. В статье выявлены основные ценностные ориентиры Т. Бекмансурова, И. Галявиева и В. Рослякова, заключающиеся, с одной стороны, в потере смысла существования, а с другой стороны, направленности на самоутверждение, порождая ценностный конфликт. Представленные в статье материалы позволяют обосновать и провести эмпирическое исследование, направленное на изучение особенностей ценностных ориентаций молодежи, склонности к агрессивному и суицидальному поведению, на представительной выборке. Данное исследование будет способствовать развитию знания о явлении шуттинга и разработке психолого-педагогических технологий профилактики школьного шуттинга.

**Ключевые слова:** амок, шуттинг, психолингвистический анализ, диспозиционная система личности, ценностные ориентации, агрессивное и суицидальное поведение.

**Введение.** Увеличивающаяся дифференциация современного социума во всех сферах и, в первую очередь, в сфере социальных отношений также оказывает влияние и на личность человека. Такое усложнение социальной системы ведет к усилению стрессовых нагрузок, переживаемых человеком, причем как в старшем, так и в молодом возрасте, что непременно приводит как к увеличению степени проявления девиантных форм поведения человека, так и к появлению новых феноменов отклоняющегося поведения. Одним из негативных явлений нашей действительности стало проявление агрессии в молодежной среде, пора-

жающее своей жестокостью, и демонстрирующее новые формы. Одной из наиболее деструктивных форм поведения молодежи стали внезапные нападения обучающихся на свое окружение в образовательных учреждениях с применением оружия, жертвами которых становятся их сверстники и учителя. Явления внезапных крайних проявлений агрессии школьников и студентов в форме немотивированных убийств своих сверстников и учителей происходят во всем мире и привлекли огромное внимание как общественности, так и научного сообщества, поскольку связаны с большим количеством человеческих жертв. В научно-публицистической литературе названное явление получило название «шуттинг» (от англ. *shotting* - стрельба), при этом стоит отметить, что в медицинской литературе данное явление получило название «амок». Так, в Медицинской классификации болезней 10-го пересмотра «амок» определяется как «неизбирательный, казалось бы, ничем не спровоцированный эпизод смертоносного или сильно деструктивного поведения, с последующей амнезией или усталостью»<sup>1</sup>.

Явления амока и шуттинга можно проследить в исторической ретроспективе по всему миру. Массовые расстрелы школьниками своих учителей и сверстников происходили в прошлом веке, но наиболее громкие инциденты шуттинга происходят в XXI веке в Европе, в Америке, в Японии. В США наиболее резонансный случай массового убийства произошел в 1999 г. в старшей школе «Колумбайн», которая находится вблизи городка Литтлтон штата Колорадо, во время которого двое учеников данной школы застрелили 13 человек и совершили суицид. В Японии случаи шуттинга имели свою специфику, поскольку ввиду жесткого законодательного ограничения в массовых убийствах было использовано холодное оружие. Такие инциденты произошли в Акихабаре в 2008 г. и в Сагамихаре в 2016 г. В Европе случаи скулшуттинга происходили в Германии в 2002 г. в Эрфурте и в 2009 г. в Виннендене, в Финляндии в 2007 г. в Йокела и в 2008 г. в Каухайоки.

Для России проблема внезапных немотивированных нападений обучающихся на своих сверстников и учителей в учебных заведениях достаточно нова. Существует небольшая выборка подобных событий в Советском Союзе, однако эти явления скорее схожи, примером чего может являться взрыв в школе в Молдавской ССР в Гыске, устроенный военруком из-за неразделенной любви. Вместе с этим, широкий общественный резонанс получили относительно недавние события массовых убийств учащимися в 2018 г. в Керченском политехническом колледже, и в 2021 г. в гимназии № 175 в г. Казань и в Пермском государственном университете.

17 октября 2018 г. произошла трагедия. Владислав Росляков, студент четвертого курса, устроил массовый расстрел студентов керченского политехнического колледжа, в результате которого погибли 20 человек. В интервью РИА Новости декан факультета психологии Крымского федерального университета Евгений Черный высказал мнение, что «Пойти на такое мог только молодой че-

---

<sup>1</sup>The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research, 1993. P. 214.

ловек, неуверенный в себе, с низкой самооценкой (которая нередко маскируется в самоуверенность и амбициозность), испытывающий отчужденность и отверженный», – сказал он РИА Новости<sup>2</sup>.

11 мая 2021 г. произошла массовая стрельба в Татарстане, в г.Казани, а также была взорвана бомба. В результате данного инцидента погибли девять человек (семь восьмиклассников и двое учителей), и еще 23 человека получили ранения. Бывший студент Ильназ Галявиев, которому было 19 лет, был тем самым стрелком и виновником человеческих жертв. По поводу данного инцидента экстремальный психолог, член совета патриотического воспитания организации «Офицеры России» Дмитрий Нискаус заявил РИА Новости, что Ильназ Галявиев таким образом демонстрировал свои «способности», а именно: «В данном конкретном случае речь идет о демонстрации: он шел со стволом по улице и тем самым демонстрировал свое отношение. Он работал на публику... это было просто желание демонстрации своих «способностей», а мотива нет. Это нарушенная психика, его крики о том, что он «бог», «монстр» и так далее. Человек с нарушенной психикой лишен какого-либо мотива». По мнению Д. Нискауса, речь идет о формировании психологического состояния на протяжении определенного длительного периода времени, который вывел его психику именно в такое состояние<sup>3</sup>.

В понедельник, 20 сентября 2021 г., в Пермском государственном национальном университете 18-летний Тимур Бекмансуров открыл стрельбу, убив восемь человек и ранив еще девятнадцать. Особенностью данного инцидента стало то, что перед нападением он опубликовал в соцсетях, как готовится к обстрелу, даже изложив подробный план действий. В связи с этим доцент кафедры педагогики и психологии образования Уральского федерального университета Рустам Муслумов сказал, что портрет стрелка характеризуется как застенчивый по характеру, подвергающийся травле в подростковом возрасте, имеющий проблемы с самооценкой. Также он добавил, что «среди агрессоров часто встречаются люди с психопатическими нарушениями, а также подвергавшиеся регулярному насилию, прежде всего в семье. В их восприятии совершенное насилие становится средством доказать значимость, подчеркнуть состоятельность»<sup>4</sup>.

14 декабря 2012 г. в городе Ньютаун штата Коннектикут (США) двадцатилетний Адам Ланза убил свою мать и затем устроил стрельбу в начальной школе Сэнди Хук, застрелив 26 человек (дети от 5 до 10 лет), после чего свел счеты с собственной жизнью. По мнению психиатра-криминалиста в экстремальных ситуациях Михаила Виноградова, которое он высказал Комсомольской правде: «У Адама Ланза накопилось патологическое восприятие, нагнетаемое внутренним

<sup>2</sup>Специалист составил психологический портрет убийцы из Керчи: [сайт].

URL: <https://ria.ru/20181102/1531989989.html?in=t/> (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>3</sup>Психолог назвал стрельбу в школе в Казани демонстрацией без мотивации: [сайт].

URL: <https://ria.ru/20210512/strelba-1731970592.html> (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>4</sup>Травля в подростковом возрасте и насилие в семье. Психолог и криминолог – о причинах стрельбы в Перми: [сайт].

URL: <https://www.e1.ru/text/criminal/2021/09/20/70146503/> (Дата обращения: 11.03.2025).



конфликтом с родителями, поэтому его действия стали мстью родителям»<sup>5</sup>.

Эрфуртской резней была названа школьная стрельба, произошедшая 26 апреля 2002 г. в г.Эрфурт Германия, когда 19-летний студент Роберт Штайнхольцер застрелил 13 учителей, двух студентов и одного полицейского, прежде чем совершить самоубийство. Роберт учился в Гимназии Гуттенберга, из которой его исключили из-за поддельной справки, с помощью которой он пытался оправдать свои многочисленные прогулы. Поэтому предполагается, что отсутствие будущих перспектив стало основным мотивом для массового убийства. Однако многие усматривают истоки данной трагедии в том влиянии, которое оказывают на психику подростка ролевые компьютерные игры, сюжеты которых связаны с применением насилия. Тем не менее, некоторые психологи, в том числе бременский эксперт Ральф Штрайбль, обращают внимание на то, что сами по себе эти игры вряд ли могут подтолкнуть человека к убийству – разные люди реагируют на них по-разному. «Все зависит от окружения, в котором живет человек», говорит Штрайбль<sup>6</sup>.

Кровавая бойня произошла 23 сентября 2008 г. в техническом колледже небольшого финского городка Каухайоки, Финляндия. Ворвавшийся в колледж молодой мужчина в маске открыл беспорядочную стрельбу. В результате одиннадцать человек скончались, сам «стрелок» после прибытия на место бойцов спецназа решил покончить жизнь самоубийством. Вскоре после того, как его доставили в больницу, он скончался. По словам психолога Питера Лангмана, Саари проявлял признаки шизофренического расстройства личности<sup>7</sup>.

Основополагающее мнение по поводу происходящих массовых убийств обучающимися своих сверстников и учителей в образовательных учреждениях высказал академик Российской академии образования, заведующий кафедрой психологии личности факультета психологии МГУ Александр Асмолов, утверждая, что «по данным социологических исследований, в цивилизованных странах страх бессмысленности жизни вышел на первое место и опередил страх смерти. Я говорю о том, что в этой ситуации это неслучайно. Мы оказались страной, теряющей смысл существования. И эти реакции подростков, людей в возрасте, который называют «возрастом бури и натиска», поиска своего «я», четко показывают, насколько в обществе выросли ненависть и неприязнь. Они и порождают агрессивные способы разрешения конфликтов»<sup>8</sup>. То есть ключевой причиной, стоящей за явлениями шуттинга, является утрата смысла жизни.

Согласно статистике, по всему миру за период с 2000 г. по 2024 г. про-

<sup>5</sup>Стрельба в начальной школе Сэнди Хук в США: [сайт].

URL: <https://ria.ru/20171214/1510847827.html> (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>6</sup>US Shootings Resurrect Erfurt Horror:[сайт]. URL: <https://www.dw.com/ru/эрфуртская-трагедия/a-509925> (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>7</sup>Kauhajoki School Shooting: [сайт].

URL: [https://wikidea.ru/wiki/Kauhajoki\\_school\\_shooting](https://wikidea.ru/wiki/Kauhajoki_school_shooting) (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>8</sup> Агрессия становится нормой психологии. О трагедии в Керчи: [сайт].

URL: <https://ru.krymr.com/a/agressiya-stanovitsya-normoy-psihologi-o-tragedii-v-kerchi/29551429.html> (Дата обращения: 11.03.2025).

изошло следующее количество фактов скулшуттинга. В США 17 случаев, в Китае 8 случаев, в Германии 3 случая, в России 3 случая, в Финляндии 2 случая, в Бразилии 2 случая, по 1 случаю в Азербайджане, Аргентине, Болгарии, Бельгии, Испании, Израиле, Канаде, Кении, Таиланде, Франции, Швеции. Таким образом, явления амока и шуттинга представляют собой глобальную проблему, а с учетом большого числа невинных жертв, обоснованно, может считаться новым вызовом человечеству.

С учетом высказанных мнений экспертов и рассмотренных особенностей проявления скулшуттинга, предлагается исследовать проблему внезапных нападений обучающихся на своих сверстников и учителей в учебных заведениях во взаимосвязи комплекса факторов, а именно личностных особенностей и жизненной социальной ситуации развития. А наиболее оптимальной концептуальной основой такого исследования могла бы стать диспозиционная модель личности В.А. Ядова [7], объединяющая в себе и структуру личности, и связанные с ее функционированием социальные контексты. Можно сказать также, что в данной концептуальной рамке объединяется и статический аспект, поскольку иерархия диспозиций личности представляет собой потенциальную возможность определенной активности человека, а реализация их в ситуационных проявлениях представляет динамический аспект.

Это объясняется тем, что диспозиционная система представляет собой иерархию установок личности, которые, как известно, формируются в ситуации удовлетворения опредмеченной потребности, определяя таким образом направленность активности субъекта в подобных условиях. К примеру, базовые установки (установки, по Д.Н. Узнадзе [5]) являются основополагающими составляющими, поскольку действуют на уровне нервно-психических процессов и формируются в ситуациях удовлетворения потребностей в пище и безопасности, то есть базовых потребностей. Далее, в ситуациях социального взаимодействия удовлетворяются так называемые социальные потребности, такие как социального признания и межличностного общения, что формирует следующий уровень, составляющий систему социальных установок личности. Наиболее значимые убеждения человека, касающиеся наиболее важных вопросов его жизнедеятельности и формирующиеся в ситуациях реализации личностного потенциала, определяют систему ценностных ориентаций личности, выступающую высшим интегрирующим уровнем диспозиционных образований личности. Таким образом, диспозиционная модель личности представлена диспозициями личности, являющимися статическими образованиями, формирующихся в результате динамических параметров удовлетворения потребностей в социальных ситуациях. В этом плане, данная модель конструируется в трех измерениях диспозиций личности, потребностей человека и социальных ситуаций (рис.1).



Рис. 1. Диспозиционная модель личности

В дополнение к сказанному стоит указать на тот факт, что диспозиционные образования имеют единую природу – они, по мнению А.А. Девяткина, представляют собой предрасположенность человека действовать определенным образом. Вместе с этим, разнообразные диспозиции различаются по уровню организации, а именно: базовая установка связана с импульсами и восприятием человека, а социальная установка связана с уровнем социального взаимодействия. А, в общем, диспозиционная система личности обеспечивает единообразное поведение индивидов и, соответственно, единую систему отношений между людьми [1]. Подобная концептуальная канва подтверждается и современными исследованиями. Так, J.D., Vorauer et al ниверситета Манитоба (Канада) отмечают повышение эффективности межличностных отношений в случае конгруэнтности диспозиционных образований личности [12]. Поэтому получается, что такая единая система отношений формирует единообразную социально-психологическую и культурную систему знаков [8], что соотносится со взглядами Д.Н. Узнадзе о континууме бессознательного и сознательного знаковой производной установок личности [5].

В этом плане, согласно Д.Н. Узнадзе, базовая установка отличается неосознанным функционированием, а П.Н. Шихирев полагает, что более осознанное выражением обладает социальная установка в системе межличностных отношений человека [6]. Полагая далее, что ценностные ориентации личности взаимосвязаны с наиболее значимыми ориентирами человека, можно считать данную сферу личности имеющей наиболее осознанную форму. Данное положение позволяет, в свою очередь, предложить идею, которая также развивается психологами Н.Н. Kozachenko, J. Piazza Ланкастерского университета из Великобритании [9] о том, что можно исследовать систему ценностных ориентаций личности как интегративный показатель неосознаваемых и осознаваемых параметров психики. И для развития такого положения об интегративном единстве социального поведения и личности в статическом и динамическом аспектах было бы удобно привлечение психолингвистического подхода.

Поскольку речь зашла о психолингвистическом подходе, то стоит сказать о безграничных возможностях данного подхода в изучении любых явлений, связанных с их репрезентацией в языковых формах. Используя этот факт о связи языка и сознания, а также о континууме бессознательного и сознательного в иерархии диспозиционных образований, можно использовать такой операциональный подход, который направлен на изучение репрезентаций сознания в изучении особенностей системы ценностных ориентаций личности как наиболее осознанного интегративного показателя личности. С позиций такого подхода, по определению Д.А. Леонтьева, система ценностных ориентаций личности репрезентуется в наборе слов-ценностей в речи человека, спроецированных в форме ценностных представлений [3]. Этот факт используется в современных методах исследования ценностных ориентаций и, прежде всего, в известной методике М. Рокича [10], ранжирующей восемнадцать терминальных и восемнадцать инструментальных ценностей. Вместе с этим, данный набор слов-ценностей по сути задает определенную установку, что следует учитывать. Психолингвистический же подход позволяет изучить феноменологию в менее ограниченном объеме через изучение всего многообразия репрезентаций систем ценностных ориентаций в индивидуальном сознании человека.

**Обсуждение результатов.** Тем не менее предлагается объединить преимущества психолингвистического подхода и операционального психологического подхода в изучении проблематики амока и шуттинга. Психолингвистический подход позволит исследовать всю полноту репрезентаций слов-ценностей в социуме, а операциональный психологический подход позволит соотнести данное многообразие с обоснованной валидной и надежной системой. В качестве формальной системы исследования феноменологии ценностей амока и шуттинга в молодежной среде предлагается использовать Методику С. Шварца [11]. Согласно концептуальному анализу В.Н. Карандашева, в подходе С. Шварца выделяются социальные и индивидуальные ценности, при этом ценностные ориентации личности представляют собой интериоризированные индивидом социальные ценности [2]. Можно утверждать, что система ценностных ориентаций является репрезентацией генетических особенностей человека, его социального опыта, а

также влияния того состояния, в котором находится общество, его культурно-исторические аспекты. Вместе с этим вся система ценностей С. Шварца представлена пятьюдесятью базовыми словами-ценностями, как раз и позволяет объединить операциональные психологические и репрезентативные психолингвистические возможности. Другими словами, такое объединение позволяет анализировать особенности систем ценностных ориентаций различных социальных групп посредством анализа определенного набора базовых слов, а психолингвистическая репрезентация позволяет использовать для исследования Интернет-контент. Таким образом, психолингвистический анализ Интернет-контента позволит исследовать взаимосвязь системы диспозиционных образований, а именно систем социальных установок и ценностных ориентаций молодежи в контексте образовательной среды и проследить влияние Интернет-пространства на проявление амока и шуттинга в молодежной среде. В данном исследовании будет проведен подробный анализ трех случаев, и таким образом будет проведено первое тестовое исследование, объединяющее диспозиционную концепцию и психолингвистический подход в изучении феномена шуттинга.

Первый случай – массовое убийство в Пермском государственном университете, устроенное Тимуром Бекмансуровым<sup>9</sup>. Этот случай интересен еще и тем, что Т. Бекмансуров в ходе его обезвреживания остался в живых, в отношении его была проведена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая признала его вменяемым<sup>10</sup>. Для анализа диспозиционных образований Т. Бекмансурова был использован контент-анализ его записки. Контент-анализ был проведен на основании методических указаний Л. Ньюмана. В качестве цели указанного контент-анализа было принято изучение мнений Т. Бекмансурова, описываемых им в его Манифесте, которые принимаются в качестве его убеждений по поводу социальных отношений, представляющих социальные установки как диспозиции более конкретного уровня, либо, в случае если выражается одна из ценностей по списку С. Шварца, ценностные ориентации как диспозиции более обобщенного уровня. Анализ Манифеста проводился согласно хронологической последовательности.

Первое мнение, а именно «...за время нахождения в больнице не покидало ощущение того, что те, кто должны лечить, сами больны...» может свидетельствовать о психологическом переносе болезненного состояния на других значимых лиц. Далее, мнение «...мне все труднее себя контролировать. Решил меньше контактировать со своим кругом общения, с некоторыми людьми вовсе прекратил общение, так как казалось, что я могу причинить им вред...» может характеризовать его внутреннее состояние как сверхнапряженное. Следующее высказывание, а точнее целостное выражение, «...Все вокруг выглядит так искусственно, как во сне, словно я наблюдаю за действиями моей оболочки от

<sup>9</sup> Массовое убийство в Пермском государственном университете: [сайт]. URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое\\_убийство\\_в\\_Пермском\\_государственном\\_университете](https://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое_убийство_в_Пермском_государственном_университете) (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>10</sup> Экспертиза признала вменяемым юношу, устроившего стрельбу в Перми: [сайт]. URL: <https://ria.ru/20220113/sk-1767610107.html> (Дата обращения: 11.03.2025).

третьего лица. Каждый день является повторением прошлого, все начинается со звонка в голове. Всегда сложно было общаться с людьми, непонятны их эмоции. Что уж держать в тайне, еще со времен начальной школы я понял, что мне нравится причинять людям боль. Их страдания, страх на лицах, эти эмоции я в них понимал, ведь они были искренние. Приходилось подавлять желание уничтожить все вокруг себя, но я понял, что не смогу так существовать, если бы я не сделал это сейчас, то в будущем все равно убил бы кого-нибудь. Меня нельзя было остановить, как я и говорил, для меня не имело значения, кого убивать и каким способом, мои родственники и друзья не смогли бы ничего сделать, любого врача-психиатра я бы смог обмануть, единственное, что могло меня остановить – смерть, благо она близка...» свидетельствует о диссоциации личности и, возможно, связана с шизофреническим расстройством личности, при этом с яркими суицидальными намерениями. И, наконец, следующее высказывание «...Сколько себя помню, всегда думал о смерти, никогда не верил во всю религиозную чушь про рай и ад, мне кажется, что после смерти нет ничего, ты просто исчезаешь, будто бы тебя никогда не было. Странно, что людей так пугает смерть, неважно когда, но каждый из вас все равно умрет, процесс необратим, я лишь ускорю его для некоторых из вас...» выступает свидетельством отсутствия смысла жизни и, соответственно, комплекса проблем, связанных с ощущением бессмысленности существования. Записка-манифест Т. Бекмансурова более обширна, однако остальные высказывания так или иначе связаны с рассмотренными мнениями. В случае же необходимости полный текст представлен в свободном доступе в средствах массовой информации.

Анализ записки Т. Бекмансурова позволяет сделать вывод о том, что у него присутствует социальная установка на отсутствие смысла жизни и смысла общения с окружающими людьми, что также проявляется в высокой значимости ценностей свободы, равнодушного отношения к мирским заботам, социальной справедливости, честности, искренности, и в низкой значимости ценностей смысла жизни, уважения традиций, полезности для других, веры<sup>11</sup>.

Второй случай – массовое убийство в гимназии №175 г. Казани, произошедшее 11 мая 2021 г., и устроенное Ильназом Галявиевым, в результате которого погибло 9 человек и 32 пострадали. Этот случай также интересен тем, что И. Галявиев также остался в живых, по отношению к нему были проведены две психолого-психиатрические экспертизы. Повторная психолого-психиатрическая экспертиза признала И. Галявиева вменяемым, мотивируя это решение влиянием на И. Галявиева идей субкультуры «колумбайн»<sup>12</sup>. Для контент-анализа диспозиционных образований, был использован анализ последних сообщений Telegram-канала, созданного И. Галявиевым, где он назвал себя «Богом», а именно

<sup>11</sup> Я не первый и далеко не последний. Письмо стрелка, напавшего на Пермский государственный университет: [сайт]. URL:<https://baza.io/posts/9a2acbfe-dafb-4080-9ba7-8eba43b5da65> (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>12</sup> Массовое убийство в гимназии № 175: [сайт].

URL:[https://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое\\_убийство\\_в\\_гимназии\\_№\\_175](https://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое_убийство_в_гимназии_№_175) (Дата обращения: 11.03.2025).

позволяет сделать вывод о том, что у него также была снижена ценность смысла жизни и повышена ориентация на власть, что обуславливается склонностью к суицидальному поведению и проявлению агрессии<sup>13</sup>.

Третий случай – массовое убийство в Керченском политехническом колледже, произошедшее 18 октября 2018 года, устроенное Владиславом Росляковым, в результате чего погиб 21 человек из числа учащихся и персонала учебного заведения<sup>14</sup>. Анализ сообщений Владислава Рослякова в его странице в Сети могут полностью свидетельствовать об утрате им смысла жизни.

Данные ценностные структуры согласуются с предыдущими исследованиями подростков, склонных к девиантному поведению [4], и, в принципе, можно утверждать о наличии у Т.Бекмансурова, И.Галаявиева, В.Рослякова склонности к суицидальному и агрессивному поведению.

Рассмотрим записку Т. Бекмансурова более подробно. Условно ее можно разделить на две части: в первой части описана хроника событий и планирование Т. Бекмансуровым своего акта, во второй части изложены мысли и суждения. Первая часть представляет меньший интерес для психологического анализа, отметим лишь, что циничное описание собственного приготовления к массовому убийству людей может быть выражением подавленной внутренней агрессии. Вторая часть записки имеет большее значение в плане анализа суждений «стрелка», на основании которых можно выявить систему его установок и ценностей.

Вторая часть записки начинается с того, что Т.Бекмансуров пишет о том, что все вокруг выглядит искусственно, как во сне, он проживает свою жизнь как бы от третьего лица. Данная запись, очевидно, свидетельствует об определенном психическом состоянии и, вместе с этим, может свидетельствовать об установке на равнодушие к мирским заботам, на принятие своей участи. Далее он пишет о том, что ему всегда было сложно общаться с людьми, ему не понятны их эмоции, что может говорить в пользу его установки на взаимность в отношениях с людьми и честность, о чем также свидетельствует его стремление причинять боль людям, поскольку в этом случае они проявляют наиболее искренние эмоции. Кроме прочего, данная запись свидетельствует о подавленной склонности к агрессивному поведению, свидетельствуя о скрытой установке на власть и влияния на других людей.

О сказанном свидетельствует и описание унылой жизни, и о биомассе, бессмысленно влачащей свое существование. Также говорится о единицах людей, достойных существования, остальные являются биомусором и, несмотря на огромное число разнообразных идеологий, честно говоря, все люди являются эгоистичными и циничными натурами. Исходя из этого, Т. Бекмансуров делает вывод об отсутствии смысла жизни, что может свидетельствовать о низком уровне ос-

<sup>13</sup> Портрет стрелка. Как Ильназ Галаявиев из тихого парня превратился в «бога», убивающего детей: [сайт]. <https://sharij.net/portret-strelka-kak-ilnaz-galyaviev-iz-tihogo-parnya-prevratilsya-v-boga-ubivayushhego-detej> (Дата обращения: 11.03.2025).

<sup>14</sup> Массовое убийство в Керченском политехническом колледже: [сайт].

URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое\\_убийство\\_в\\_Керченском\\_политехническом\\_колледже](https://ru.wikipedia.org/wiki/Массовое_убийство_в_Керченском_политехническом_колледже) (Дата обращения: 11.03.2025).

мысленности жизни и скрытой установке на нахождение смысла жизни.

Еще один мотив просматривается в записке Т. Бекмансурова, а именно его рассуждение по поводу того, заслужил ли он порицания, и его обоснования о низменности человеческой натуры, на основании чего он не является преступником, – убеждение, свидетельствующее о его установке на авторитет и заботу о собственной репутации. Проведя в итоге, анализ установок Т. Бекмансурова, можно сделать вывод о системе его ценностных ориентаций на социальную власть, на социальную культуру и духовность – сочетание ценностей, характеризующее особенности личности в данном индивидуальном случае.

В своем последнем сообщении в телеграмм-канале И. Галявиев признал себя «Богом» и призвал всех стать его рабами, что может свидетельствовать о его установке на власть и влияние на других людей. Вместе с этим И. Галявиев заявил, что «собирается убить всех и сам покончить с собой, поскольку человечество является биомусором», что также, как в случае с Т. Бекмансуровым, взаимосвязано со снижением смысла жизни и стремлением к агрессивным действиям по отношению как к окружающим, так и к себе.

Анализ одного из последних сообщений в сети Интернет В. Рослякова о том, что у него «...эмпатия ниже плинтуса и его мало интересует общение с себе подобными...» может также свидетельствовать о его социальных установках на равнодушие к мирским заботам, об утрате смысла жизни и скрытой установке на взаимность в отношениях с людьми. Об этом же может свидетельствовать его следующее сообщение, в котором он считает «...окружающих тупыми и недостойными людьми, думающими только о «шмотках»...», что может быть связано с его ценностями честности, чистоты, а также принятия своей участи<sup>15</sup>.

**Выводы.** Психолингвистический анализ сообщений трех молодых людей, совершивших массовые расстрелы своих сверстников и педагогов в учебных заведениях, обозначающие социальные установки на равнодушие к мирским заботам, взаимность в отношениях с людьми, власть, смысл жизни, а также влияние, принятие своей участи, честности, позволяет сделать вывод об ориентации системы ценностей на социальную власть, социальность, зрелость, социальную культуру и духовность, согласно формальной классификации С. Шварца. Данные особенности системы ценностных ориентаций могут говорить о высокой значимости, с одной стороны, права распоряжаться другими людьми, а с другой стороны, значимости социальной справедливости, зрелого понимания жизни, глубокой духовной и эмоциональной связи с другими людьми и мира с самим собой. Согласно классификации С. Шварца, данные ценностные ориентации относятся к мотивационным типам самовозвышения и самотрансценденции, являющиеся противоположными, что может свидетельствовать о наличии ценностного конфликта личности у рассмотренных молодых людей.

Сказанное выше позволяет сделать вывод о наличии противоречивых взаимосвязей социальных установок и ценностных ориентаций личности молодых людей, совершающих шуттинг, что предполагает необходимость подобно-

<sup>15</sup>Завтра месяц теракту в Керчи: [сайт]. URL:<https://proza.ru/diary/sireng/2018-11-16> (Дата обращения: 11.03.2025).



го психолингвистического анализа дополнительных случаев амока и шуттинга, и при этом на примере других стран, а, следовательно, и других культур. Кроме этого, для более достоверных выводов видится необходимым проведение эмпирического исследования взаимосвязи систем ценностных ориентаций и склонности к агрессивному и суицидальному поведению с последующим моделированием психолингвистического эксперимента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Девяткин А.А. Явление социальной установки в психологии XX века. Калининград: Калининградский университет, 1999. 309 с.
2. Карандашев В.Н. Методика Шварца в изучении ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. 70 с.
3. Леонтьев Д.А. Ценности и ценностные представления в индивидуальное и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени // Психологическое обозрение. 1998. № 1. С.13-25.
4. Ощепков А.А. Исследование динамики структуры ценностно-мотивационной сферы личности подростков, склонных к девиантному поведению // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 4. С.15-23.
5. Узнадзе Д.Н. Психология установки. СПб.: Питер, 2001. 416 с.
6. Шихирев П.Н. Современная социальная психология. М.: ИП РАН, 2000. 447 с.
7. Ядов В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: диспозиционная концепция. М.: ЦСПиМ, 2013. 376 с.

#### REFERENCES

1. Devyatkin A.A. Yavlenie soczial'noj ustanovki v psikhologii XX veka. Kaliningrad: Kaliningradskij universitet, 1999. 309 s.
2. Karandashev V.N. Metodika Shvarcza v izuchenii czennostej lichnosti: koncepcziya i metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: Rech', 2004. 70 s.
3. Leont'ev D.A. Czennosti i czennostny'e predstavleniya v individual'noe i gruppovom soznanii: vidy, determinanty i izmeneniya vo vremeni // Psikhologicheskoe obozrenie. 1998. # 1. S.13-25.
4. Oshhepkov A.A. Issledovanie dinamiki struktury` czennostno-motivaczionnoj sfery` lichnosti podrostkov, sklonny`kh k deviantnomu povedeniyu // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2018 (18). # 4. S.15-23.
5. Uznadze D.N. Psikhologiya ustanovki. SPb.: Piter, 2001. 416 s.
6. Shikhirev P.N. Sovremennaya soczial'naya psikhologiya. M.: IP RAN, 2000. 447 s.
7. Yadov V.A. Samoregulyacziya i prognozirovanie soczial'nogo povedeniya lichnosti: dispozicziionnaya koncepcziya. M.: CzSPiM, 2013. 376 s.
8. Bulle N. Vygotsky versus Dewey on mental causation: The core of two divergent conceptions of human thought // New Ideas in Psychology. 2021. Vol. 63. doi: 10.1016/j.newideapsych.2021.100898
9. Kozachenko H.H. Piazza J. How children and adults value different animal lives // Journal of Experimental Child Psychology. 2021. Vol. 210. doi:

10.1016/j.jecp.2021.105204

10. Rockeach M. The nature of human values / M. Rokeach. New York: Free press, 1973. 322 p.

11. Schwarz S.H. Basic individual values: sources and consequences. Handbook of value. Oxford: UK, Oxford University press, 2015. 40 p.

12. Vorauer J.D., Petsnik C., Quesnel M.S. Who brings you up when you're feeling down? Distinct implications of dispositional empathy versus situationally-prompted empathic mindsets for targets' affective experience in face-to-face interpersonal interaction // Journal of Experimental Social Psychology. 2020. Vol. 89 (2): 103991.. doi: 10.1016/j.jesp.2020.103991

**A.A.Oshchepkov, E.N. Piskunova**

**EXPERIENCE OF PSYCHOLINGUISTIC ANALYSIS  
OF THE INTERNET SPACE OF MANIFESTATION OF SUDDEN  
ATTACK OF A STUDENT ON HIS PEERS AND TEACHERS  
(ON THE EXAMPLE OF THREE CASES)**

**Dimitrovgrad Engineering and Technology Institute - branch of the «National Research Nuclear University «MEPhI» (Dimitrovgrad, Ulyanovsk reg).**

**Summary.** The relevance of the study of this problem is due to the ever-increasing tension in social relations, giving rise to the manifestation of new forms of deviant behavior. One of the extreme forms of deviations has become the phenomenon of unmotivated attacks by schoolchildren and students on their peers and teachers with the use of weapons, called amok and shooting. In this regard, this article is aimed at the theoretical and methodological substantiation of the study of amok and shooting, as well as the identification of the main features of a psychological and pedagogical nature. Such a study is possible on the basis of the dispositional concept of personality and empirical research of the systems of value orientations of young people. The leading method of studying this problem is the method of psycholinguistic content analysis of materials taken from the Internet. The study sample included three illustrative cases of shooting in Russia - in Kerch, Kazan and Perm. The article identifies the main value orientations of T. Bekmansurov, I. Galyaviev and V. Roslyakov, consisting, on the one hand, in the loss of the meaning of existence, and on the other hand, in the focus on self-affirmation, giving rise to a value conflict. The materials presented in the article allow us to substantiate and conduct an empirical study aimed at studying the characteristics of value orientations of young people, the tendency to aggressive and suicidal behavior, on a representative sample. This study will contribute to the development of knowledge about the phenomenon of shooting and the development of psychological and pedagogical technologies for the prevention of school shooting.

**Keywords:** amok, shooting, psycholinguistic analysis, dispositional personality system, value orientations, aggressive and suicidal behavior.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ  
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ БУЛЛИНГУ  
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский универ-  
ситет» (Нижний Новгород).**

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования социально-психологических факторов у подростков, подвергавшихся буллингу. Было проведено анкетирование учащихся школ и техникумов г. Нижнего Новгорода с помощью разработанного опросника. В исследовании приняли участие 1072 учащихся. Была выявлена распространенность буллинга среди учащихся школ 7-11 классов и техникумов (1-2 курсы) и составила 19.2%. Среди подростков выявлена группа риска. В данной группе проанализированы социальные и психологические факторы жизни, такие как мировоззрение, жизненные цели, стремления, досуговые предпочтения, обстановка в семье, отношения со сверстниками, употребление алкоголя. Наиболее значимыми факторами жизни подростка, подвергающегося буллингу, являлись: употребление алкоголя (51.9%), чувство одиночества (41.%), частое переживание чувства злости по отношению к себе (37.9%) и к родителям (31.1%), а также неблагоприятная обстановка в семье (27.8%).

**Ключевые слова:** подростки, буллинг, социальные факторы, аутоагрессия, гетероагрессия.

**Актуальность.** На сегодняшний день проблема травли сверстников, известной как «буллинг» среди подростков является весьма актуальной. Мы все чаще наблюдаем проявления жестокости во взаимоотношениях подростков. [1]. Это явление способствует возникновению агрессивных форм поведения, враждебности и насилию, а также значительно увеличивает риск суицидов среди молодежи.

Основоположниками исследования буллинга в западной психологии по праву считаются такие ученые, как D. Olweus, D.A. Lane. Благодаря работам зарубежных исследователей понятие «буллинг» было введено в научный оборот. D.A. Lane дал определение буллинга, ставшее классическим: буллинг – это длительное физическое или психическое насилие со стороны индивида или группы в отношении индивида, который не способен защитить себя в данной ситуации [10]. D. Olweus выделил и охарактеризовал следующие виды буллинга: физическая агрессия, вербальный буллинг, запугивание, изоляция, вымогательство, повреждение имущества. В последнее время активно используется подростками такой вид буллинга, как угрозы сверстникам с помощью мобильного телефона и интернета («кибербуллинг») [16]. В отечественной литературе также были проведены исследования, посвященные проблеме буллинга [3, 5, 6, 8, 9, 11, 12].

Россия находится в первой десятке развитых стран по распространённости буллинга среди подростков в возрасте 11-15 лет [13]. Исследование С.В. Воликовой и Е.А. Калинкиной показало, что 13% школьников 5-8 классов трех московских школ регулярно или эпизодически подвергаются издевательствам одно-

классников [4]. В другом российском исследовании процент распространённости буллинга среди учащихся 7 классов составлял также 13% [2]. Согласно результатам Programme for International Student Assessment (PISA) 2018 г., 37% российских школьников сообщили, что над ними издевались по крайней мере несколько раз за последний месяц [15]. Согласно данным UNESCO за 2018 г., эта цифра составляет 32% [17].

**Цель исследования:** изучение социальных и психологических факторов жизни подростков, подвергающихся буллингу.

**Материал и методы.** Было проведено анкетирование учащихся школ и техникумов г. Нижнего Новгорода с помощью социопсихологического опросника, разработанного кафедрой психиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета. Разработанный опросник предназначен для выявления аутоагрессивного и гетероагрессивного поведения у подростков в возрасте от 12 до 18 лет. В анкете содержатся вопросы-индикаторы, помогающие определить неблагополучие в различных сферах жизни подростка. Вопросы анкеты разбиты на несколько разделов: мировоззрение, предпочтения в досуге, семейные отношения, взаимодействие со сверстниками, школьная травля, отношение к самоубийству и оружию. Для оценки общей агрессивности был использован адаптированный опросник агрессии Басса-Перри (по версии С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского, 2007 г.) [7]. Кроме того, в анкету был включен опросник оценки суицидального риска (SBQ)[14].

Были установлены пороговые значения ответов для аутоагрессии и гетероагрессии. Согласно литературным данным и результатам собственного исследования, уровень распространенности агрессивных тенденций приближается к 20%, что позволило установить пороговые значения в 12 баллов для аутоагрессии и 13 для гетероагрессии по соответствующим шкалам. В процессе статистической обработки использовался коэффициент надежности А. Кронбаха, что дало возможность выявить взаимосвязь между переменными-индикаторами.

Родителям или законным представителям, а также самим учащимся была предоставлена информация о целях и методах тестирования. Родители учеников или их законные представители дали письменное добровольное информированное согласие, содержащее информацию об исследовании. Учащиеся в возрасте от 15 лет самостоятельно заполняли форму согласия на проведение обследования.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие 1072 учащихся школ и техникумов г. Нижнего Новгорода, среди них, 554 подростка были учащимися техникумов, 518 – ученики школ.

Среди всех испытуемых, принявших участие в исследовании, 19,2% (n=206) подвергались травле, 11,2% (n=120) были знакомы с жертвами травли, 37,2% (n=399) не сталкивались с травлей, но знают о таких случаях, 29,8% (n=319) не сталкивались с травлей, 2,1% (n=25) были инициаторами травли. Группа риска включала в себя учащихся, подвергавшихся травле, и составила 206 человек. В качестве контрольной группы выступали подростки, никогда не сталкивающиеся с травлей и не знавшие о случаях травли – 319 человек.

Среди учащихся техникумов, чаще подвергались травле студенты 1 курса 15%

(n=59) по сравнению со студентами, учащимися на втором курсе, 6% (n=25).

Среди учащихся школ чаще подвергались нападкам со стороны одноклассников учащиеся 9-х классов 8% (n=41) по сравнению с учениками 10 5% (n=28 человек) и 11 классов 5% (n=28).

**Половая принадлежность.** Наиболее часто жертвами буллинга становились девочки — 59% (n=122), в то время как мальчики составляли 39% (n=80). В роли инициаторов травли чаще выступали мальчики — 73,9% (n=17) по сравнению с девочками, которых было 26,1% (n=6).

**Мировоззрение.** Подростки, подвергающиеся травле, чаще оценивали собственное отношение к миру как негативное 14% (n=38) по сравнению с теми, кто не сталкивался с травлей и не знал о таких случаях 4% (n=12),  $f=5,538$ . Вариант ответа «я-плохой, мир-плохой» выбирали 13% (n=27) испытуемых из группы подростков, подвергающихся травле, по сравнению с контрольной группой 3,8% (n=12),  $f=3,905$ . Подобные ответы отражают дисгармоничное восприятие мира, а также негативное представление о себе в группе подростков, подвергающихся травле.

**Жизненные цели.** Наиболее важными жизненными ценностями в группе риска оказались: «семья» - 70.9 % (n=146), «друзья, которым я могу доверять» - 58.3 % (n=120), «понять себя, чего я хочу добиться в жизни» - 57.8 % (n=119), «встретить свою любовь/быть любимым» - 49% (n=101). Достоверных различий в этой группе по сравнению с контрольной не обнаружено. Тем не менее, группа подростков, подвергающихся травле, чаще выбирала вариант ответа «Много хочу, но ничего не получается» - 12% (n=24), в контрольной группе этот процент составлял 2% (n=6),  $f=4,71$ . Вариант ответа «Доказать всем, что они неправы по отношению ко мне» выбирали 15% (n=30) учащихся, подвергавшихся буллингу. В контрольной группе этот вариант выбирали всего 4% (n=12),  $f=4,386$ . Выбор данных вариантов ответа демонстрирует стремление к возмездии, мести, что может проявляться в форме деструктивного поведения.

**Стремления.** Наиболее часто испытуемые из группы риска выбирали следующие варианты ответа: Заниматься любимым делом 77.2% (n=159), Стать образованным человеком 57.3% (n=118), создать хорошую семью 57.3% (n=118). Достоверных различий в этой группе по сравнению с контрольной группой не было выявлено. Подростки, подвергающиеся буллингу, в 41% (n=85) выбирали вариант ответа «Не быть одиноким», в контрольной группе этот процент составил 23% (n=73),  $f=4,453$ . Вариант «Чтобы все оставили меня в покое» выбирали 10% (n=20) учащихся из группы риска. Испытуемые, не сталкивающиеся с травлей, выбирали этот вариант в 3 раза реже, процент составил всего 3% (n=10),  $f=3,121$ . Следовательно, подростки, подвергающиеся буллингу, имели трудности в установлении социальных связей со сверстниками, чаще испытывали чувство одиночества, были более замкнутыми и отгороженными по сравнению с испытуемыми из контрольной группы.

**Досуговые предпочтения.** Наиболее популярными способами проведения свободного времени в группе подростков, подвергающихся буллингу, являлись прослушивание музыки - 74.3% (n=153), прогулки в одиночестве или с друзьями - 63.6% (n=131), просмотр Youtube, TikTok и других развлекательных плат-

форм - 63.1% (n=130), просмотр фильмов, сериалов - 52.9% (n=109). Наименее популярным ответом был «вести дневник» - 4.9% (n=10). В контрольной группе этот вариант ответа составлял всего 2.2% (n=7),  $f=1,656$ . Можно предположить, что дети, попавшие в группу риска, чаще испытывали чувство одиночества и имели потребность разделить с кем-либо свои чувства.

Наиболее популярными социальными сетями среди подростков являются Telegram, вконтакте, и Youtube. Наименее популярными – Twitter и Facebook. Достоверно значимых различий между сравниваемыми группами обнаружено не было.

**Острое переживание злости и гнева.** Жертвы травли чаще «взрывались злостью, гневом» - 25% (n=51) по сравнению с теми, кто не сталкивался с травлей и не знал о таких случаях - 11% (n=43),  $f=3,256$ . Вероятно, подростки, подвергавшиеся издевательствам, обладали низким уровнем эмоционального контроля

Подростки, ставшие жертвами травли, чаще всего испытывали злость по отношению к себе - 37,9 % (78),  $f=5,807$ , что может свидетельствовать о низкой самооценке и негативном представлении о себе, а также испытывали злость по отношению к родителям - 31,1% (n=64),  $f=3,938$ . В контрольной группе эти проценты составляли 15,4 % (n=49) и 16.3% (n=52) соответственно.

Подростки, подвергавшиеся травле, в 17,5% случаев (n=36) испытывали злость в отношении незнакомых людей. В контрольной группе этот вариант ответа выбирали 8,5% (n=27) испытуемых,  $f=3,032$ . Частое переживание злости и гнева не только в отношении близких людей, но и в отношении незнакомых людей, свидетельствует о более высоком уровне агрессивности.

**Употребление алкоголя.** Жертвы травли в 51.9% (n=107),  $f=4,33$  признались в том, что на момент проведения анкетирования уже пробовали алкоголь. Сами участники буллинга пробовали алкоголь в 69.6% (n=16),  $f=3,483$  случаев. В контрольной группе этот процент составил 32.9% (n=105). Что касается употребления наркотиков, 1.9% (n=4) подростков, являющимися жертвами травли, пробовали как алкоголь, так и наркотики. В контрольной группе этот процент составил 0.3% (n=1),  $f=1,868$ . Полученные результаты указывают на то, что употребление алкоголя и наркотиков в молодом возрасте является распространенной проблемой, а также свидетельствуют о желании уйти от реальности через употребление спиртных напитков или наркотических веществ.

**Обстановка в семье.** Большинство подростков, подвергавшихся травле, проживало в полной семье 65% (n=134),  $f=5,65$ . 21.8% (n=45) проживали с одним из родителей. В контрольной группе эти проценты составляли 68,9% (n=275) и 19.5% (n=62) соответственно.

Проживали в семье с отчимом или мачехой 8,3% (n=17) среди подростков, подвергавшихся травле, по сравнению с группой, в которой не знают о случаях травли 7.2% (n=23). Достоверно значимых различий в данной группе обнаружено не было.

Дети, подвергавшиеся буллингу, чаще описывали семейные отношения как «мы терпим друг друга» - 9,8% (n=20), в контрольной группе процент составил 2,8% (9),  $f=3,323$ , а также выбирали вариант ответа «в нашей семье приходится подчиняться кому-то» 5,9% (n=12) по сравнению с контрольной группой - 1,6%

( $n=5$ ),  $f=2,596$ . «В нашей семье каждый занят собой и другими членами семьи не интересуется» - 3,9% ( $n=8$ ) по сравнению с 0,6% ( $n=2$ ) подростков, не сталкивающихся с травлей,  $f=2,719$ .

Что касается частоты конфликтов в семье, в группе подростков, подвергающихся буллингу, чаще выбирали вариант ответа «конфликты не редкость» 27,8% ( $n=57$ ),  $f=6,59$ , по сравнению с контрольной группой 6,6% (21).

Подвергаются физическому насилию дома в группе детей, которые подвергались травле, 1,9% ( $n=4$ ) по сравнению с контрольной группой - 0.

Дети, ставшие свидетелями насилия в семье, подвергавшиеся физическому насилию и жестокости со стороны родителей, с большей вероятностью будут иметь скрытую враждебности и агрессию, впоследствии вымещая ее на своих сверстниках. Семейное неблагополучие, воспитание в деспотичных условиях, отсутствие в семье поддержки и любви влияют на формирование личности ребенка, а также способствуют развитию деструктивных форм поведения.

**Отношения с братьями сёстрами.** Отношения с братьями/сестрами большинство подростков, подвергающихся травле, описывают как гармоничные, выбирая варианты ответов «мы всегда готовы помочь друг другу» - 29,1% ( $n=60$ ), «мы нормально ладим» - 38,3% ( $n=79$ ). Но по сравнению с контрольной группой чаще выбирали вариант ответа «нас ничего не связывает» - 5,8% ( $n=12$ ), и 2,5% ( $n=8$ ),  $f=1,88$  - контрольная группа. Таким образом, среди этой группы чаще выявляется неблагополучие в отношениях между братьями/сестрами. Непринятие личных убеждений и чувств, отсутствие понимания и поддержки в сиблинговых отношениях, вероятно, приводят к более низкому уровню самооценки. Вместо того чтобы стать источником поддержки и близости, отношения с сиблингами зачастую становятся источником конфликтов, соперничества и вражды.

**Доходы семьи.** Доходы семьи значительно отличались в группах подростков, подвергавшихся травле, по сравнению детьми, не сталкивающимися с буллингом. Испытуемые из первой группы отмечали, что доходов семьи «хватает на самое необходимое», в 26,8% ( $n=55$ ) случаев по сравнению с контрольной группой - 17,6% ( $n=56$ ) подростков,  $f=2,461$ . Подростки, подвергавшиеся травле, выбирали вариант ответа «не хватает ни на что», «доходов хватает, но их не хотят тратить на меня» 2,4% ( $n=5$ ) и 1,5% ( $n=3$ ). В контрольной группе эти варианты не выбрал никто. Выбор данных вариантов ответов говорит о низком материальном статусе семьи, а также о чувстве обиды на родителей.

**Ауто- и гетероагрессия.** Среди подростков, подвергавшихся буллингу, имели риск аутоагрессии (набравших 12 и более баллов по шкале аутоагрессии) 10% ( $n=20$ ) испытуемых по сравнению с контрольной группой - 1,6% ( $n=5$ ),  $f=4,24$ . Среди инициаторов травли высокий риск аутоагрессии был выявлен у 17% ( $n=4$ ) опрошенных,  $f=2,8$ . 23% ( $n=46$ ) подростков, ставших жертвами травли, указывали на то, что уже предпринимали попытку суицида или планируют завершить жизнь самоубийством в будущем. У зачинщиков травли высокий суицидальный риск наблюдался в 17,5% ( $n=4$ ) случаев,  $f=3,3$ . В группе подростков, не сталкивающихся с травлей, процент составил 1,6% ( $n=5$ ).

Имели высокий риск гетероагрессии (набравших 13 и более баллов по

шкале гетероагрессии) 16.5% (n=34) испытуемых, подвергавшихся насмешкам и издевательствам,  $f=6.5$ . У 22% (n=5) учащихся, выступающих инициаторами травли, также наблюдался высокий риск гетероагрессии,  $f=3.3$ . В контрольной группе высокий риск гетероагрессии имели всего 1.6% (n=5) опрошенных.

**Выводы.** Таким образом, можно выделить как психологические, так и социальные особенности подростков, подвергающихся буллингу. К психологическим факторам можно отнести негативное отношение к миру и к себе, социальную отгороженность, заниженную самооценку, чувства одиночества и обиды. Зачастую такие подростки имели стремление к мести, обостренное чувство справедливости, чаще переживали чувства «злости, гнева» по отношению как к близким, так и к незнакомым людям.

К социальным факторам относятся: употребление алкоголя в юном возрасте, дисгармоничный стиль воспитания, частые семейные конфликты, применение насилия в семье, низкий уровень семейных доходов.

Необходимо отметить, что данная группа имела высокий риск как аутоагрессивного, так и гетероагрессивного поведения. У 23% учащихся, подвергающихся буллингу, отмечался высокий суицидальный риск.

Результаты проведенного исследования подтверждают актуальность данной проблемы и необходимость ее дальнейшего изучения. Данная группа учеников требует повышенного внимания как со стороны школьных психологов, так и со стороны родителей.

Существует необходимость разработки профилактической программы, направленной на выявление рисков агрессивного поведения, причин и условий, способствующих агрессивным способам взаимодействия в образовательных организациях.

Важна организация условий для позитивного взаимодействия между психологической службой образовательной организации и центрами психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в целях разработки программ и методик психологического сопровождения и психокоррекционных мероприятий для учеников, подвергающихся травле.

Необходима эффективная организация психологического и психиатрического сопровождения, не приводящая к стигматизации подростков, подвергающихся буллингу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айтбаева К.М. Буллинг в подростковой среде // Вестник Исык-Кульского университета. 2023. № 54-1. С. 198-204. EDN IFUEMS.
2. Белевич А.А. Об опыте исследования степени распространения буллинга в подростковой среде // Известия АСОУ. 2015. № 3-2. С. 68-82. EDN WDHSNB.
3. Бочавер А.А., Хломов К.Д. Буллинг как объект исследований и социальный феномен // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. № 3. С. 149–159.
4. Воликова С.В., Калинкина Е.А. Детско-родительские отношения как фактор школьного буллинга // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 4. С. 138–161.



5. Гришина Т.Г., Нестерова А.А. Предикторы школьной травли в отношении детей младшего подросткового возраста со стороны сверстников // Вестн. Московского гос. обл. ун-та. Серия: Психологические науки. 2018. № 3. С. 97–114.

6. Гусейнова Е.А., Ениколопов С.Н. Влияние позиции подростка в буллинге на его агрессивное поведение и самооценку // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 6, № 2. С. 246–256.

7. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. 2007. Т. 28, № 1. С. 115–124. EDN НУКJQX.

8. Катерная Ю.Е. Непсихотические психические расстройства у подростков, ранее не обращавшихся за психиатрической помощью: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2018. С. 58–65.

9. Кон И.С. Что такое буллинг, как с ним бороться? // Семья и школа. 2006. № 11. С. 15–18.

10. Лейн Д.А. Школьная травля (буллинг) // Детская и подростковая психотерапия / под ред. Д. Лейна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2014. С. 240–274.

11. Новикова М.А., Реан А.А., Коновалов И.А. Буллинг в российских школах: опыт диагностики распространенности, половозрастных особенностей и связи со школьным климатом // Вопросы образования. 2021. № 3. С. 62–90.

12. Собкин В.С., Смыслов М.М. Жертвы школьной травли: влияние социальных факторов // Социология образования: сб. ст. / под ред. акад. В.С. Собкина. М.: Ин-т социологии образования РАО, 2012. 292 с. (Труды по социологии образования. Т. 16. Вып. 28. С. 130–136).

13. Соловьев Д.Н. Использование потенциала первичного коллектива в профилактике буллинга среди школьников подросткового возраста. Автореферат дис. канд. пед. наук. Тюмень, 2015. 26 с.

#### REFERENCES:

1. Ajtbaeva K.M. Bulling v podrostkovej srede // Vestnik Issy`k-Kul`skogo universiteta. 2023. # 54-1. S. 198-204. EDN IFUEMS.

2. Belevich A.A. Ob opy`te issledovaniya stepeni rasprostraneniya bullinga v podrostkovej srede // Izvestiya ASOU. 2015. # 3-2. S. 68-82. EDN WDHSNB.

3. Bochaver A.A., Khlokov K.D. Bulling kak ob`ekt issledovaniy i sotsial`ny`j fenomen // Psikhologiya. Zhurnal Vy`sshej shkoly` e`konomiki. 2013. T. 10. # 3. S. 149–159.

4. Volikova S.V., Kalinkina E.A. Detsko-roditel`skie otnosheniya kak faktor shkol`nogo bullinga // Konsul`tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2015. T. 23. # 4. S. 138–161.

5. Grishina T.G., Nesterova A.A. Prediktoy` shkol`noj travli v otnoshenii detej mladshogo podrostkovoego vozrasta so storony` sverstnikov // Vestn. Moskovskogo gos. obl. un-ta. Seriya: Psikhologicheskie nauki. 2018. # 3. S. 97–114.

6. Gusejnova E.A., Enikolopov S.N. Vliyanie poziczii podrootka v bullinge na ego agressivnoe povedenie i samoocenku // Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. 2014. T. 6, # 2. S. 246–256.

7. Enikolopov S.N., Czibul`skij N.P. Psikhometricheskij analiz russkoyazy`chnoj

versii Oprosnika diagnostiki agressii A. Bassa i M. Perri // *Psikhologicheskij zhurnal*. 2007. T. 28, # 1. S. 115-124. EDN HYKJQX.

8. Katernaya Yu.E. Nepsikhoticheskie psikhicheskie rasstrojstva u podrostkov, ranee ne obrashhavshikhsya za psikhiatricheskoj pomoshh`yu: diss. ... kand. med. nauk. M., 2018. S. 58-65.

9. Kon I.S. Chto takoe bullying, kak s nim borot`sya? // *Sem`ya i shkola*. 2006. # 11. S. 15-18.

10. Lejn, D.A. Shkol'naya travlya (bullying) // *Detskaya i podrostkovaya psikhoterapiya* / pod red. D. Lejna, E` . Millera. SPb.: Piter, 2014. S. 240-274.

11. Novikova M.A., Rean A.A., Konovalov I.A. Bullying v rossijskikh shkolakh: opy`t diagnostiki rasprostranennosti, polovozrastny`kh osobennostej i svyazi so shkol`ny`m klimatom // *Voprosy` obrazovaniya*. 2021. # 3. S. 62-90.

12. Sobkin V.S., Smy`slov M.M. Zhertvy` shkol'noj travli: vliyanie soczial'ny`kh faktorov // *Socziologiya obrazovaniya: sb. st. / pod red. akad. V.S. Sobkina. M.: In-t socziologii obrazovaniya RAO, 2012. 292 s. (Trudy` po socziologii obrazovaniya. T. 16. Vy`p. 28. C. 130-136).*

13. Solov`ev D.N. Ispol`zovanie potentsiala pervichnogo kollektiva v profilaktike bullinga sredi shkol`nikov podrostkovogo vozrasta. Avtoreferat dis. kand. ped. nauk. Tyumen`, 2015. 26 s.

14. Linehan M. M. Suicidal behaviors questionnaire / M. M. Linehan // *Unpublished inventory, University of Washington. Seattle, Washington, 1981*

15. OECD. PISA 2018 Results (Volume III): What School Life Means for Students' Lives // OECD Publishing. 2019. 366 p. doi:10.1787/acd78851-en

16. Olweus D. Aggressors and their victims: bullying in schools / D. Olweus // *Disruptive Behaviour in Schools* / eds N. Frude, H. Gault. Chichester : Wiley, 1984. P. 57-76.

17. UNESCO. Behind the numbers: Ending school violence and bullying // UNESCO Publishing, 2019. 70 p.

**E.A. Engel, L.N. Kasimova, M.N. Emelyanova**  
**SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS**  
**OF ADOLESCENTS SUBJECTED TO BULLYING**

**Privolzhsky Research Medical University (Nizhny Novgorod).**

**Summary.** The article presents the results of a study of socio-psychological factors in adolescents subjected to bullying, identified using a questionnaire developed by the Department of Psychiatry of the Privolzhsky Research Medical University jointly with the Nizhny Novgorod Institute of Management - a branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. The study involved 1072 schoolchildren. The prevalence of bullying among schoolchildren of grades 7-11 and technical schools (1-2 years) in Nizhny Novgorod was revealed. A risk group was identified among adolescents with subsequent analysis of social and psychological factors in the lives of adolescents included in this group.

**Keywords:** adolescents, bullying, social factors, autoaggression, heteroaggression.

**В.М. Ялтонский, О.В. Зайцева, М.В. Горбанева**  
**УБЕЖДЕНИЯ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**  
**МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ**  
**ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» (Москва).**

**Резюме.** С позиции теоретической модели саморегуляции болезни на основе здравого смысла Г. Левенталья на 100 подростках с бронхиальной астмой (БА) изучены убеждения мальчиков о БА. Установлено, что убеждения о БА меняются в зависимости от уровня восприятия астмы как выраженной либо умеренной угрозы для жизни, а также от субъективной тяжести симптомов болезни. Выделены протективный и угрожающий типы убеждений подростков о БА, описаны их дифференцированные характеристики и структура, а также особенности представлений об астме в зависимости от субъективной тяжести симптомов болезни. Получены новые представления о мишенях психологической коррекции подростков с БА.

**Ключевые слова:** убеждения о болезни, субъективная тяжесть симптомов, восприятие болезни, бронхиальная астма, подростки.

**Введение.** Бронхиальная астма (далее БА) серьезная глобальная проблема здравоохранения, от которой страдают около 300 миллионов человек по всему миру и которая является причиной около 1000 смертей в день [6]. По эпидемиологическим данным, в России распространенность БА среди детей и подростков около 10%. Кроме того, по данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития МЗ РФ и ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, в 2022 г. с диагнозом БА числилось 1,591 млн человек, из них 84 тысячи – подростки от 15 до 17 лет и 229 тысяч – дети от 0 до 14 лет [2, 3].

БА подростков повышает в пубертате риск патологизации течения естественных психологических процессов. Результат лечения БА определяется не только биомедицинскими характеристиками и фармакотерапией, но и такими психологическими факторами, как убеждения пациентов о болезни и лечении, способы совладания с ней, самоконтроля течения болезни и приверженность терапии [3].

Убеждения о болезни — это модели мышления, благодаря которым люди создают представления о своей болезни, пытаются понять, в чем заключается угроза болезни для здоровья, и получить контроль над ней. Модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла Г. Левенталья – концептуальная основа данного исследования. Угроза здоровью — это возникновение любых рисков, которые могут повлиять или влияют на здоровье человека. Нарушение психологического равновесия побуждает людей целенаправленно управлять возникшей угрозой, создавая убеждения о болезни, которые определяют интерпретацию информации о конкретной опасности здоровью и направляют усилия людей на саморегуляцию болезни. Они включают следующие компоненты, связанные с угрозой болезни: идентификация пациентами симптомов, которые пациент ассоциирует с болезнью, ее ярлыка; влияние болезни на повседневную жизнь, ее эффект и результат (последствия), предполагаемая продолжительность болезни

(течение, временная перспектива); влияние болезни на эмоциональное состояние (эмоциональное реагирование) и озабоченность болезнью, ее понимание, осмысление и согласованность представлений о ней; то, как человек контролирует болезнь (убеждения о контролируемости болезни) и самоконтроль лечения, отражающий представления об эффективности лечения, то, как человек выздоравливает после болезни [7, 9, 10].

**Актуальность** проведенного исследования определяется тем, что в отечественной клинической психологии и психиатрии вопросы психической саморегуляции болезни при хронической соматической болезни, в том числе основанные на здравом смысле, представления российских мальчиков-подростков о БА недостаточно изучены, хотя они помогают осознать свой опыт переживания болезни, влияют на выбор способов совладания с болезнью, стратегий самоконтроля астмы и связаны с приверженностью лечению. Целесообразно, с учетом половых различий, включать информацию об особенностях восприятия мальчиков-подростков об астме в психотерапию психосоматических расстройств, поскольку это улучшает результаты лечения, повышая способность подростков к саморегуляции болезни [1, 4, 8, 11, 12].

**Цель эмпирического исследования:** сравнительное изучение убеждений мальчиков-подростков с БА в зависимости от уровня восприятия ими болезни как умеренной либо выраженной угрозы для жизни и уровня субъективной оценки тяжести симптомов болезни.

**Материал и методы.** Обследовано в 2023-2025 гг. 100 мальчиков-подростков с БА (J45 по МКБ-10) в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст  $15,9 \pm 1,29$  лет), находящихся на плановом стационарном лечении в пульмонологическом отделении Детской городской клинической больницы им. Св. Владимира.

Исследование проводилось с использованием русскоязычной версии «Краткого опросника восприятия болезни» КОВБ [5]. Субъективная тяжесть симптомов астмы измерялась визуальной аналоговой шкалой «Оценка тяжести симптомов бронхиальной астмы», на которой 0 баллов — отсутствие симптомов, 10 баллов — тяжелые симптомы.

Для статистической обработки результатов исследования применялась программа IBM SPSS Statistics. Результаты представлены с помощью описательной статистики ( $M \pm SD$ ;  $M$  - среднее арифметическое,  $SD$  - стандартное отклонение), а также U-критерия Манна-Уитни для исследования значимых различий между двумя группами (при уровне  $p < 0,05$ ) и критерия Краскела-Уоллиса для попарного сравнения между тремя группами (при уровне  $p < 0,05$ ).

**Результаты исследования.** Для изучения структуры убеждений подростков об астме выборка по шкале КОВБ «Уровень восприятия астмы как угрозы для здоровья» была разделена на 2 группы: группа 1 ( $n=51$ ) - подростки, воспринимающие астму как умеренную угрозу для жизни (УУ); группа 2 ( $n=49$ ) - подростки, воспринимающие астму как выраженную угрозу для жизни (ВУ). Полученные результаты представлены в табл. 1. Значимые различия были получены по всем параметрам убеждений об астме за исключением пунктов опросника «Понимание астмы» и «Течение астмы» (при наличии тенденции к большей хронизации астмы).

Таблица 1.

Результаты сравнительного исследования убеждений подростков о БА с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для здоровья (в баллах)

Параметры убеждений об астме/ группы	Выборка в целом (n=100)	Группа УУ (n=51) p1	Группа ВУ (n=49) p2	p1- p2
	Me±SD			
Идентификация астмы	6,04±2,23	4,84±2,01	7,29±1,72	0,001
Последствия астмы	4,61±2,14	3,37±1,74	5,90±1,71	0,001
Течение астмы	7,03±2,39	6,53±2,65	7,55±1,99	0,065
Озабоченность астмой	4,57±2,53	2,82±1,88	6,39±1,69	0,001
Эмоциональное реагирование на астму	3,63±2,46	2,39±1,99	4,92±2,24	0,001
Понимание астмы	6,36±2,37	6,59±2,32	6,12±2,42	0,264
Контроль астмы	6,01±2,51	7,10±2,05	4,88±2,46	0,001
Контроль лечения	6,39±1,91	6,88±2,01	5,88±1,68	0,007
Интегративный показатель убеждений об астме	37,1±10,2	29,4±6,76	45,2±5,95	0,001

Из табл. 1 видно, что структура убеждений о БА в выделенных группах различалась. В сравнении с группой 2 подростков, воспринимающих болезнь как ВУ для здоровья, подростки первой группы с восприятием болезни как УУ для здоровья достоверно эмоционально слабее реагировали на астму, были мало озабочены ею и ее последствиями, менее успешно осуществляли идентификацию симптомов, которые они ассоциируют с болезнью и имели менее выраженный интегративный показатель представлений о БА, но более высоко оценивали свой воспринимаемый контроль над болезнью и эффективность ее лечения. При исследовании параметра «понимание астмы» достоверных различий между группами не было выявлено.

В сравнении с группой 1, воспринимающих болезнь как УУ для здоровья, подростки с восприятием болезни как ВУ для здоровья достоверно чаще идентифицировали симптомы астмы, имели менее выраженный интегративный показатель убеждений о БА и более высокий уровень воспринимаемых последствий болезни, озабоченности ею и эмоционального реагирования на нее. Однако они имели более низкий уровень восприятия контролируемости астмы и представлений об эффективности ее лечения. Для параметра «течение болезни» характерна тенденция к большей хронизации болезни в этой группе.

Для сравнения убеждений об астме по уровню субъективной тяжести симптомов выборка была разделена на основе результатов по визуальной шкале «Оценка тяжести симптомов бронхиальной астмы» на три группы: группа с легкими симптомами (1-4 балла) - p1 (n=25); группа с умеренными симптомами (5-7 баллов) - p2 (n=51); группа с тяжелыми симптомами (8-10 баллов) - p3 (n=14). Пациентов, у которых, по их мнению, отсутствовали симптомы астмы, выявлено не было. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты сравнительного исследования убеждений подростков с БА с разным уровнем оценки субъективной тяжести симптомов астмы (в баллах)

Убеждения об астме/ группы по тяжести симптомов	Выборка в целом (n=100)	Группа p1 (n=27) Легкие симптомы	Группа p2 (n=58) Умеренные симптомы	Группа p3 (n=15) Тяжелые симптомы	p1- p2	p1- p3	p2- p3
Идентификация астмы	6,04±2,23	4,37±1,86	6,24±2,03	8,27±1,10	0,001	0,001	0,001
Озабоченность астмой	4,57±2,53	4,66±2,41	3,15±2,23	6,80±1,74	0,016	0,001	0,005
Последствия астмы	4,61±2,14	3,15±1,54	4,97±1,96	5,87±2,45	0,001	0,002	0,248
Эмоциональное реагирование на болезнь	3,63±2,46	2,85±2,36	3,59±2,36	5,20±2,43	0,372	0,013	0,05
Контроль астмы	6,01±2,51	7,07±2,18	5,66±2,68	5,47±1,88	0,075	0,038	0,825
Контроль лечения	6,39±1,91	6,74±2,03	6,34±1,98	5,93±1,33	0,670	0,305	0,615
Течение болезни	7,03±2,39	6,33±2,75	7,29±2,28	7,27±2,02	0,318	0,614	0,980
Понимание астмы	6,36±2,37	6,04±2,43	6,24±2,38	7,40±2,06	0,977	0,176	0,182
Интегративный показатель убеждений об астме	37,1±10,2	30,0±9,59	38,5±9,30	44,6±6,30	0,002	0,001	0,019

Из табл. 2 видно, что по мере субъективного утяжеления симптомов астмы, но не их клиничко-функциональной оценки, достоверно нарастает интегративный показатель убеждений об астме как угрозе для здоровья, повышается способность идентификации симптомов болезни, оценка серьезности последствий и озабоченности астмой. Эмоциональное реагирование на умеренные по тяжести и тяжелые симптомы достоверно нарастает в сравнении с легкими симптомами. Воспринимаемая контролируемость умеренных и тяжелых симптомов астмы снижается в сравнении с контролируемостью легких симптомов. Умеренная понятность астмы, убеждения об ее излечимости и хроническом течении достоверно не изменялись независимо от тяжести симптомов.

**Обсуждение результатов.** Результаты исследования свидетельствуют о том, что убеждения подростков об астме неоднозначны и зависят, с одной стороны, от того, насколько угрожающей их здоровью болезнь воспринимается. С другой стороны, на убеждения подростков об астме влияет субъективная тяжесть воспринимаемых симптомов.

С усилением тяжести симптоматики проявляется тенденция более негативно-го восприятия астмы, представлений подростком о нарастающей для их здоровья угрозе. Третьим фактором, влияющим на убеждения подростков об астме, является воспринимаемая ими контролируемость астмы и убеждения, что благодаря своим усилиям по личному контролю болезни и приверженности лечению можно компенсировать болезнь. Полученные результаты будут опубликованы позже.

Выделение в данном исследовании угрожающего и протективного (ослабляющего угрозу) типов убеждений российских мальчиков-подростков об астме подтверждается сходными результатами отечественных и зарубежных исследований, полученными на выборках подростков с другими хроническими заболеваниями. Показано, что протективные убеждения о понятности подросткам их болезни, о персональном контроле над ней и эффективности проводимого лечения более адаптивны и полезны, а угрожающие, связанные с большей угрозой убеждения мало адаптивны и имеют негативную связь с результатами лечения [1, 4, 12].

На основании анализа результатов можно сделать вывод, что использование модели саморегуляции болезни Г. Левенталя является перспективным шагом для исследования структуры убеждений о болезни [10]. Применение в исследовании этой модели позволяет использовать новые возможности и ракурсы объяснения субъективного восприятия хронической болезни подростками, лучше представлять как они реагируют на угрозы здоровью и пытаются справляться с ними [8].

### **Выводы.**

1. Выделены протективный и угрожающий типы дифференцированных убеждений мальчиков-подростков о БА. Позитивные и негативные характеристики компонентов убеждений являются мишенями психологических воздействий, направленных на выработку навыков самостоятельного управления болезнью.

2. Подростки с протективным, защищающим от угрозы здоровью типом убеждений об астме идентифицируют ограниченное количество устойчивых во времени, приписываемых болезни симптомов, ожидают умеренных последствий хронического течения астмы, слабо осознают озабоченность болезнью и собственные эмоциональные реакции на нее. Болезнь, в целом, понятна им, а убеждения о контролируемости болезни и эффективности лечения достаточно высоки. Интегративный показатель убеждений об астме, в целом как угрозы здоровью существенно ниже, чем при угрожающем типе.

3. Подростки с угрожающим типом убеждений об астме воспринимают болезнь как долговременную, сопровождающуюся многочисленными симптомами, умеренными по тяжести последствиями, вызывающую более сильную озабоченность и эмоциональную реакцию на болезнь, чем подростки с протективным типом убеждений. Болезнь достаточно понятна для них, воспринимается ими как поддающаяся их контролю и только частично излечимая».

4. Убеждения подростков об астме, в целом, как угрозы для жизни при утяжелении субъективной тяжести симптомов от легкой степени к тяжелой усиливаются. Ограниченное количество симптомов астмы при легкой симптоматике и

озабоченность астмой нарастают, достигают максимума при тяжелой степени. Слабые последствия астмы при легкой симптоматике, при ее сравнении с восприятием умеренной по тяжести и тяжелой симптоматике утяжеляются. Осознание эмоциональной реакции на умеренные по тяжести и тяжелые симптомы достоверно возрастает в сравнении с легкими. Убеждения о контролируемости легких симптомов снижаются в сравнении с контролируемостью умеренных и тяжелых. Понятность астмы подросткам и убеждения о ее хроническом течении и излечимости не зависели от субъективной оценки ими тяжести симптомов.

5. Убеждения мальчиков-подростков об астме зависят как от уровня восприятия болезни как угрозы для жизни, так и от оценки субъективной тяжести симптомов. При проведении психологических интервенций необходимо учитывать как тип убеждений об астме, так и уровень ее не только объективной, но и субъективной оценки тяжести астмы.

**Благодарность.** Авторы выражают благодарность коллективу пульмонологического отделения Детской городской клинической больницы им. Св. Владимира, канд. мед. наук, зав. пульмонологическим отделением **О.Б. Довгун** за возможность проведения научного исследования и всестороннюю поддержку,

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимов И.Н., Ялтонский В.М. Психологическая саморегуляция подростков в условиях хронической болезни // Российский педиатрический журнал. 2024. Т. 27. № 2. С. 147-152.

2. Клинические рекомендации «Бронхиальная астма» для детей и взрослых, 2024 [Электронный ресурс] URL: Клинические рекомендации\_БА\_версия 21.02.2024\_на\_сайт.pdf (Дата обращения: 02.03.2025)

3. Авдеев С.Н., Геппе Н.А., Ильина Н.И., [и др.] Антагонисты лейкотриеновых рецепторов в лечении бронхиальной астмы: согласительный документ «Бронхиальная астма и антагонисты лейкотриеновых рецепторов (БАЛЕТ)» // Российский аллергологический журнал. 2023. Т. 20, № 2. С. 130–142. DOI: <https://doi.org/10.36691/RJA7530>

4. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Прошина М.В. Восприятие подростками системного хронического заболевания и совладание с ним. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020 (20). № 2. С. 20-26.

5. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 05.06.2025).

#### REFERENCES

1. Abrosimov I.N., Yaltonskij V.M. Psikhologicheskaya samoregulyaciya podrostkov v usloviyakh khronicheskoy bolezni // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2024. T. 27. # 2. S. 147-152.

2. Klinicheskie rekomendaczii «Bronkhial'naya astma» dlya detej i vzrosly'kh, 2024 [E'lektronny'j resurs] URL: Klinicheskie rekomendaczii\_BA\_versiya 21.02.2024\_na\_sajt.pdf (Data obrashheniya: 02.03.2025)

3. Avdeev S.N., Geppe N.A., Il'ina N.I., [i dr.] Antagonisty` lejkotrienovy`kh receptorov v lechenii bronkhial'noj astmy`: soglasitel'ny`j dokument «Bronkhial'naya astma i antagonisty` lejkotrienovy`kh receptorov (BALET)» // Rossijskij allergologicheskij zhurnal. 2023. T. 20, # 2. S. 130–142. DOI:



<https://doi.org/10.36691/RJA7530>

4. Yaltonskiy V.M., Abrosimov I.N., Proshina M.V. Vospriyatie podrostkami sistemnogo khronicheskogo zabolevaniya i sovladanie s nim. Voprosy`psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. 2020 (20). # 2. S. 20-26.

5. Yaltonskiy V.M., Yaltonskaya A.V., Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psikhometricheskie kharakteristiki russkoyazy`chnoj versii kratkogo oprosnika vospriyatiya bolezni // Psikhologicheskie issledovaniya. 2017. T. 10, # 51. S. 1. URL: <http://psystudy.ru> (data obrashheniya: 05.06.2025).

6. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2025. Updated May 2025. Available from: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)

7. Hagger MS, Koch S, Chatzisarantis NLD, Orbell S. The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. Psychol Bull. 2017;143(11):1117-1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>

8. Law, G. U., Tolgyesi, C. S., & Howard, R. A. Illness beliefs and self-management in children and young people with chronic illness: a systematic review. Health Psychology Review. 2012. Vol. 8 (3). Pp. 362–380, <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.747123>

9. Leventhal H., Bodnar-Deren H.S., Breland J.Y., Hash-Converse J., Phillips L.A., Leventhal E.A., Cameron L.D. Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Common sense Model. In: A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds.), Handbook of psychology and health. 2nd ed. London: Psychology Press, 2012. Pp. 3–36.

10. Leventhal H, Brissette I and Leventhal EA The common sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD and Leventhal H (eds) The Self-regulation of Health and Illness Behaviour, 2003. Vol. 1. London: Routledge. Pp. 42– 65, 2003

11. Shah R and Newcomb DC (2018) Sex Bias in Asthma Prevalence and Pathogenesis. Front. Immunol. 9:2997. doi: 10.3389, 2018

12. Tiggemann D., van de Ven Monique O.M., van Schayck Onno C.P. et. al. The Common-Sense Model in early adolescents with asthma: Longitudinal relations between illness perceptions, asthma control and emotional problems mediated by coping // Journal of Psychosomatic Research Vol. 77, Issue 4, October 2014, Pp. 309-315 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.010>

**V.M. Yaltonskiy, O.V. Zaitseva, M.V. Gorbaneva**

### **BELIEFS ABOUT BRONCHIAL ASTHMA OF TEENAGE BOYS**

**Russian University of Medicine (Moscow).**

**Summary.** From the standpoint of the theoretical model of self-regulation of disease based on common sense by H. Leventhal, beliefs of boys about bronchial asthma were studied on 100 adolescents with bronchial asthma (BA). It was found that beliefs about BA change depending on the level of perception of asthma as a pronounced or moderate threat to life, as well as on the subjective severity of disease symptoms. Protective and threatening types of beliefs of adolescents about BA are identified, their differentiated characteristics and structure are described, as well as the features of beliefs about asthma depending on the subjective severity of disease symptoms. New ideas were obtained about the targets of psychological correction of beliefs about the illness of adolescents with asthma.

**Keywords:** illness beliefs, subjective symptom severity, illness perception, bronchial asthma, adolescents.

УДК 159.922.761

**А.М. Щербакова, М.В. Новаковская****АРТ-МЕТОДЫ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ  
ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ****ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический  
университет» (Москва).**

**Резюме.** Статья посвящена оценке эффективности коррекционно-развивающей программы с использованием арт-методов «Моя Вселенная» (А.М. Щербакова, 2022) для коррекции эмоционально-личностной сферы детей с онкогематологическими заболеваниями, характеризующейся повышенным нервно-психическим напряжением, тревожностью, особенностями самооценки. Результаты апробации программы указывают на ее эффективность: выявлено статистически значимое улучшение исследуемых параметров, которое по-разному проявилось в различных возрастных группах. Полученные данные дают ориентиры для совершенствования психологической помощи.

**Ключевые слова:** эмоционально-личностная сфера, психокоррекция, арт-методы, арт-терапия, онкогематологические заболевания, дети с хроническими соматическими заболеваниями.

**Введение.** Проблема поддержания эмоционального благополучия и гармоничного развития личности детей с онкогематологическими заболеваниями в условиях длительной терапии - одна из ключевых в современной психологии и госпитальной педагогике, приобретает первостепенное значение в контексте биопсихосоциальной модели реабилитации. Длительные инвазивные медицинские процедуры, разлука с близкими и страх перед будущим неизбежно приводят к развитию у детей тревожности, эмоциональной лабильности и других нарушений, негативно влияющих на процесс выздоровления и качество жизни в целом. Релевантным направлением психокоррекции эмоционально-личностных особенностей юных пациентов с онкогематологическими заболеваниями является использование арт-методов, предоставляющих детям безопасный и доступный способ выражения эмоций и личностных переживаний, а также дающих возможность их символической переработки. Растущая популярность применения арт-методов в психолого-педагогической коррекции делает необходимым изучение и анализ эффективности реализации арт-терапевтических вмешательств в условиях длительного лечения.

Понимание специфики эмоционально-личностных нарушений требует опоры на комплексные теоретические модели. Для нас одной из основополагающих концепций является уровневая система аффективной регуляции (О.С. Никольская, М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский) [1, 3, 4]. У детей с онкогематологическими заболеваниями длительное стрессовое воздействие болезни и ее длительного лечения может приводить к дисбалансу на различных уровнях

эмоциональной регуляции [2, 5]. Особое значение для психокоррекционной работы имеет символический уровень регуляции, поскольку его нарушения затрудняют интеграцию болезненного опыта и могут приводить к искажению эмоционально-личностного реагирования.

Апробируемая нами коррекционно-развивающая программа (далее арт-программа) «Моя Вселенная» основана на обращении к арт-методам. Методологической основой арт-программы является наглядное моделирование, позволяющее визуально представлять сложные явления окружающей действительности и структурировать внутренний мир [6-8]. Свободное творческое самовыражение и минимальное директивное вмешательство создают безопасное пространство для эмоционального отреагирования и развития чувства контроля, что согласуется с принципами работы на различных уровнях аффективной регуляции.

Приступая к исследованию, мы предположили, что эффективность арт-программы «Моя Вселенная» по-разному проявится для различных возрастных групп пациентов с онкогематологическими заболеваниями (младших школьников и подростков), выражаясь в изменениях различных компонентов эмоционально-личностной сферы для каждой возрастной группы.

**Характеристика выборки.** В исследовании приняли участие 90 детей в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст  $12,26 \pm 3,08$  г.), разделенных на экспериментальную и группу сравнения. Экспериментальная группа ( $n=45$ , 23 мальчика, 22 девочки, средний возраст  $12,31 \pm 3,03$  г.) состояла из детей с различными формами лимфом и лейкозов, проходивших длительное стационарное лечение в отделении онкогематологии БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» и обучавшихся на базе региональной площадки «УчимЗнаем - Удмуртская Республика». Группа сравнения ( $n=45$ , 22 мальчика, 23 девочки, средний возраст  $11,93 \pm 3,21$  г.) включала нормотипичных сверстников, обучающихся в Международном образовательном комплексе «Гармония».

Для детальной оценки воздействия арт-программы обе группы были разделены на возрастные подгруппы: младшие школьники (7-11 лет) и подростки (12-17 лет).

Критерии включения: подтвержденное онкогематологическое заболевание, возраст 7-17 лет, добровольное согласие.

Критерии исключения: отклонения в психическом, физическом или сенсорном развитии, острые инфекционные заболевания, медицинские противопоказания. Для группы сравнения - отсутствие онкологических и острых инфекционных заболеваний на момент исследования. Все участники и их законные представители были проинформированы и дали официальное согласие.

**Материал и методы исследования.** Исследование включало три последовательных этапа:

1. Констатирующий этап. Проводилась первичная диагностика участников обеих групп для определения исходного уровня эмоционально-личностных характеристик и выявления специфических особенностей состояния детей с онкогематологией. Для обеих групп применялся комплекс психодиагностических

методик, соответствующих возрастным особенностям испытуемых: 8-цветовой тест М. Люшера, диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, проективная методика «Рисунок несуществующего животного» М.З. Друкаревич. Для экспериментальной группы дополнительно использовались клиническая беседа (Ю.Е. Куртанова) и метод экспертных оценок по методике «Самочувствие, активность, настроение» (далее САН) В.А. Доскина, адаптированный с учетом возрастных ограничений:

— в возрастной группе 12-17 лет оценка проводилась подростками, их родителями, учителями и лечащими врачами. Мультиинформаторный подход позволил сопоставить субъективное восприятие подростков с оценками значимых взрослых, повышая валидность данных;

— для младших школьников непосредственное заполнение методики не применялось, оценку давали родители, учителя и врачи. Эти результаты рассматривались в комплексе с проективной методикой РНЖ и дополнялись сведениями, полученными в ходе клинической беседы.

2. Формирующий этап. Осуществлялась апробация арт-программы «Моя Вселенная» (Щербакова, 2022), направленной на коррекцию эмоционально-личностной сферы детей, входящих в экспериментальную группу. Был реализован комплекс арт-терапевтических занятий, сочетавших индивидуальные и групповые формы работы, объединенных общей темой «Моя Вселенная». Структура программы включала пять последовательных этапов: «Рождение Вселенной», «Мои планеты», «Жители Вселенной», «Дополняя Вселенную» и «Презентация творческих работ». Количество занятий на каждом этапе варьировалось от 1 до 4 в зависимости от индивидуального темпа работы детей. Выбор формата работы определялся текущим состоянием ребенка, его потребностями и возможностями взаимодействия с другими участниками. Длительность каждого занятия была дифференцирована в зависимости от возраста участников: 30 мин. для детей младшего школьного возраста, 40 мин. для подростков. Занятия проводились с периодичностью один раз в неделю

Динамика эмоционального состояния и поведенческих реакций детей в процессе занятий отслеживалась на каждом занятии с помощью бланка наблюдения, фиксирующего ключевые аспекты их проявлений. Оценка эффективности программы включала сбор обратной связи от участников через специальную анкету, которая содержала вопросы для выявления эмоционального состояния после занятий, оценки понравившихся техник, определения степени вовлеченности, получения общего впечатления от участия в программе «Моя Вселенная».

3. Контрольный этап. Проводилось повторное диагностическое обследование двух подгрупп детей с онкогематологией:

- экспериментальная подгруппа включала детей, которые участвовали в арт-программе «Моя Вселенная»;
- контрольная подгруппа была представлена детьми с онкогематологией, которые не участвовали в арт-программе, при этом получали стандартное медицинское и психологическое сопровождение.

Диагностическое обследование обеих подгрупп проводилось с использова-

нием тех же психодиагностических методик, что и на констатирующем этапе.

На этапе анализа результатов проведен количественный анализ полученных данных с использованием методов описательной статистики и сравнительного анализа (t-критерий Стьюдента, тест Левена, U-критерий Манна-Уитни, критерий Шапиро=Уилка, критерий Спирмена, Критерий  $\chi^2$  Пирсона).

Наряду с количественным анализом осуществлен качественный анализ продуктов деятельности детей (рисунков, поделок), созданных в процессе участия в программе и в рамках диагностических процедур.

Интеграция данных, полученных на всех этапах исследования, обеспечила комплексную оценку эффективности апробированной арт-программы «Моя Вселенная», а полученные результаты позволили валидировать выдвинутые исследовательские гипотезы.

### Результаты и их обсуждение

Первичная диагностика эмоционально-личностной сферы на констатирующем этапе выявила ряд специфических особенностей детей с онкогематологическими заболеваниями, различающихся в зависимости от возраста.

Таблица 1.

Результаты констатирующего этапа для младших школьников

Методика	Критерий	Группа сравнения	Экспериментальная группа	P
Тест М.Люшера (среднее)	Вегетативный коэффициент	$0,98 \pm 0,48$	$1,36 \pm 0,76$	0,042*
	Уровень тревожности	$2,35 \pm 2,70$	$5,68 \pm 4,33$	0,008**
Диагностика самооценки (среднее)	Шкала «Есть друзья»	$93,6 \pm 9,92$	$64,5 \pm 31,5$	0,02*
Несуществующее животное (% встречаемости)	Снижение настроения	7	73	<0,001***
	Защитная агрессия	7	40	0,031*

Примечание - \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

У младших школьников с онкогематологией наблюдается повышенное нервно-психическое напряжение и тревожность ( $p < 0,05$ ) по сравнению с их условно здоровыми сверстниками. При высоком уровне притязаний и способности различать значимые черты характера наблюдается тенденция к снижению самооценки по шкале «Есть друзья», что может быть связано с вынужденной изоляцией и ограничением социальных контактов. Открытые и доверчивые по отношению к взрослым, младшие школьники остро чувствуют собственную уязвимость и зависимость от окружающих, needing в поддержке и полноценном взаимодействии со сверстниками.

## Результаты констатирующего этапа для подростков

Методика	Критерий	Группа сравнения	Экспериментальная группа	Р
Тест М.Люшера (среднее)	Суммарное отклонение от аутогенной нормы	14,72 ± 5,29	21,57 ± 6,90	<0,001***
	Уровень тревожности	2,64 ± 2,69	5,52 ± 3,48	0,006**
Диагностика самооценки (среднее)	Шкала «Здоровье»	79,9 ± 19,4	49,5 ± 27,4	0,01**
Несуществующее животное (% встречаемости)	Высокий уровень тревожности	28	75	0,006**
	Снижение настроения	0	44	0,002**
	Защитная агрессия	11	44	0,031*
	Интроверсия	39	75	0,034*

Примечание - \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

Для подростков характерен более высокий уровень нервно-психического напряжения и повышенная тревожность по сравнению со сверстниками группы сравнения, что свидетельствует о выраженном психоэмоциональном дискомфорте. Самооценка подростков значимо ниже по шкале «Здоровье», что является прямым отражением их состояния, связанного с заболеванием.

Результаты констатирующего этапа подтверждают наличие выраженных эмоционально-личностных особенностей у детей с онкогематологическими заболеваниями, которые необходимо учитывать при разработке психолого-педагогических и арт-терапевтических вмешательств.

Анализ творческих работ детей, выполненных в ходе участия в программе «Моя Вселенная», проводился последовательно по этапам занятий: «Зарождение Вселенной», «Планеты», «Жители Вселенной», «Дополнительные элементы». Оценка включала анализ цветовой гаммы, композиционного решения, выбора материалов и техник. Наиболее значимые результаты представлены в табл. 3.

Младшие школьники предпочитают изображать фантастическое и лаконичное, лишённое привычных природных явлений пространство. Часто изображают его насыщенными холодными красками, покрывающими всю поверхность листа. Главная звезда в работах преимущественно пятилучевая, ярко-желтого цвета, среднего размера и располагается в центре композиции, служит источником жизни и носит название, соответствующее имени ребенка.

Таблица 3.

Сравнительный анализ частоты встречаемости признаков в рисунках младших школьников и подростков, выполненных в ходе арт-терапевтических занятий

Этап	Критерий	% встречаемости в работах младших школьников	% встречаемости в работах подростков	P
Рождение Вселенной	Форма вселенной рассеянная	93	53	0,031*
	Вселенная реалистичная	27	73	0,011*
	Есть дополнительные звезды	33	73	0,028*
	Главная звезда ярко светит	33	80	0,010**
Планеты	Преобладание обитаемых планет	83	56	0,013*
	Наличие спутников	50	13	0,033*
	Наличие колец	0	53	0,001***
Жители Вселенной	Общее количество (среднее)	$8,53 \pm 6,23$	$2,53 \pm 1,96$	$< 0,001***$
	Наличие имени	27	67	0,028*
	Антропоморфные	60	20	0,037*
	Детализированные	40	80	0,025*
	Активные	80	20	0,001***
	Различаются по полу и возрасту	0	67	$< 0,001***$
	Выполняют исследовательскую роль	0	40	0,011**
Дополнительные элементы	Туманности	7	40	0,031*
	Нужны для защиты	60	20	0,024*
	Нужны для красоты	7	47	

Примечание - \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

Общее число планет в работах детей  $5,07 \pm 3,06$ , из которых 79% являются обитаемыми, изображены детьми как населенные различными существами. Они располагаются около главной звезды, выполнены красками и пластилином, имеют природные оттенки — коричневые, желтые и зеленые, разных размеров, округлой формы с узорами и текстурами, сопровождаемые множеством спутников. Названия планет отражают внутренние состояния, интересы и родственные связи. Обычно планеты населены жителями, в среднем  $8,53 \pm 6,23$ . Жители черного и коричневого цветов, без конкретных имен, антропоморфные, наделены полярными чертами характера — одни дружелюбны, другие враждебны, внешне просты, без выраженных половых и возрастных признаков, обладают агрессивными элементами (53%) вроде зубов и шипов. Ведут активный образ жизни, взаимодействуют друг с другом, живут в собственных домах, воюют или защищают свои планеты от нападений.

Внутренняя картина мира младших школьников характеризуется открытостью и непосредственностью, отражаясь в динамичных проектах, ориентированных на социальное взаимодействие и потребность в защите со стороны значимых взрослых. Агрессивные элементы в изображениях обитателей служат способом выражения страхов и совладания с внешними угрозами, выступая в качестве символической регуляции эмоциональных состояний.

Работы подростков лаконичные, пространство Вселенной расположено в центре листа (66%), имеет спиралевидную форму (34%), выполнено красками черного или голубого цвета (33%), отличается реалистичностью, выражаясь в визуализации физических явлений - газовых скоплений, гравитационных полей, сияния и движения. Главная звезда изображается в виде ромба средней величины (66%), расположена в центре листа (53%), окрашена в желтый или белый цвет с эффектом яркого свечения, горячая, имеет фантастическое название.

Общее число планет  $3,69 \pm 1,96$ , при этом 56% населены живыми существами, размещены вокруг главной звезды, нарисованы карандашами и фломастерами ярких цветов, круглой формы, разного размера, украшены узорами и кольцами. Названия планет носят описательный характер, часто встречаются планеты-состояния и объекты, связанные со здоровьем. Жителей во Вселенной  $2,31 \pm 2,06$ . Нарисованы простым карандашом, детализированы, имеют вымышленные имена, выглядят как химеры человека и животных. По характеру добрые, дружелюбные и спокойные, не владеют жильем, ведут пассивный образ жизни и неохотно вступают в контакт. Признаки агрессии отсутствуют. Основная цель существования — исследование мира и его преобразование.

Внутренний мир подростков представляет собой уникальное сочетание психологической зрелости и эмоциональной уязвимости. Их склонность к глубокой рефлексии и нацеленность на поиск жизненного смысла проявились в активных рассуждениях в ходе занятий. Знаковая система в данном случае выступает как стимул для высказывания, что соответствует представлениям О.С. Никольской о развитии саморегуляции через вербализацию и осознание символического содержания. На протяжении участия в арт-программе отмечалось переосмысление и обогащение созданных Вселенных, что отражало внутреннюю динамику и стремление к преодолению негативных переживаний.

Позитивные изменения в творчестве подтверждаются систематическими на-



блюдениями, детально отражающими положительную динамику эмоционального состояния, вовлеченности и межличностного взаимодействия детей и подростков в процессе коррекционно-развивающей работы арт-терапевтического характера.

Результаты анкетирования дополнили общую картину, подтвердив положительное влияние арт-программы. Основная масса детей высоко оценила участие в программе (87%), 13% респондентов (преимущественно подростков) выразили замечания относительно формата групповых занятий и процесса рефлексии. Немногочисленная часть подростков предлагала сократить количество занятий (7%) и привлекать только заинтересованных участников (14%).

Для подтверждения эффективности программы проведено повторное психологическое обследование детей экспериментальной группы. Исходная однородность контрольной и экспериментальной подгрупп ( $p > 0,05$ ) позволила правомерно сравнивать изменения.

Таблица 4.

## Результаты контрольного этапа для младших школьников

Методика	Критерий	Контрольная подгруппа	Экспериментальная подгруппа	Р
Тест М.Люшера (среднее)	Суммарное отклонение от аутогенной нормы	$23,25 \pm 5,85$	$15,33 \pm 5,94$	0,006**
	Уровень тревожности	$7,00 \pm 2,93$	$3,27 \pm 2,25$	0,003**
Диагностика самооценки (среднее)	Количество дополнительных качеств	$0,50 \pm 0,76$	$1,87 \pm 1,60$	0,032*
Несуществующее животное (% встречаемости)	Интроверсия	57	13	0,032*
	Выраженная креативность	14	60	0,045*

Примечание - \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ .

У младших школьников после прохождения арт-терапии было зафиксировано снижение внутреннего напряжения, тревожности, расширение самопонимания и более глубокое осознание собственных достоинств. Улучшилась социальная адаптация. Корреляционный анализ показал, что снижение тревожности сопровождалось уменьшением внутреннего напряжения ( $p < 0,001$ ), что способствовало формированию более реалистичной самооценки. Усиление умеренной корреляции между уровнем притязаний и самооценкой ( $p < 0,05$ ) свидетельствует о становлении более адекватного самовосприятия, а повышение общего уровня самооценки коррелирует с формированием более целостного образа себя ( $p < 0,001$ ). Улучшение самочувствия напрямую связано с позитивным самовосприятием ( $p < 0,05$ ). Сохраняется устойчивая взаимосвязь между настроением, самочувствием и активностью ( $p < 0,001$ ): чем лучше ребенок себя чувствует, тем позитивнее его настроение и выше уровень активности.

## Результаты контрольного этапа для подростков

Методика	Критерий	Контроль- ная под- группа	Эксперименталь- ная подгруппа	Р
Тест М.Люшера (среднее)	Суммарное отклоне- ние от аутогенной нормы	24,86 ± 4,30	16,13 ± 5,68	0,002**
	Уровень тревожно- сти	7,29 ± 2,87	2,40 ± 2,61	0,001** *
Диагностика самооценки (среднее)	Уровень самооценки	54,75 ± 17,89	80,12 ± 16,15	0,003**
	Дифференцирован- ность самооценки	33,59 ± 18,47	13,23 ± 11,00	0,011**
	Количество допол- нительных качеств	0,29 ± 0,49	1,47 ± 1,19	0,016**
САН (среднее)	Активность	3,80 ± 0,78	4,94 ± 1,13	0,026*
Несуществующее животное (% встречаемости)	Интроверсия	75	27	0,026*

Примечание - \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $\leq 0,001$ .

У подростков значительно снизились внутреннее напряжение и тревожность, что может быть обусловлено их повышенной восприимчивостью к арт-методам. Статистически значимое повышение самооценки связано с опытом самоопределения и рефлексии. Снижение ее дифференцированности свидетельствует о формировании целостного восприятия собственной личности.

У подростков уменьшилась связь между тревожностью и напряжением, что свидетельствует о снижении эмоциональной реактивности (с 0,871 до 0,745,  $p < 0,001$ ). Между притязаниями и самооценкой возникла сильная прямая связь, отражающая более зрелое восприятие себя ( $p < 0,01$ ). Самооценка и ее дифференцированность усилили обратную связь ( $p < 0,01$ ), указывая на формирование целостного и устойчивого образа «Я». Зафиксирована важная связь между самочувствием и вегетативным балансом ( $p < 0,05$ ), подтвердившая физиологическую составляющую психологического состояния. Ухудшение настроения не столь сильно зависит от самочувствия, зато заметно выросло влияние эмоционального фона на активность ( $p < 0,01$ ).

Несмотря на общие положительные тенденции, наблюдались возрастные различия в динамике изменений, что подчеркивает важность индивидуализированного подхода к применению арт-терапевтических методов.

**Выводы.** Выявлены специфические особенности эмоционально-личностной сферы детей с онкогематологическими заболеваниями, проявляющиеся в повышенном нервно-психическом напряжении, наличии тревожности и особенностях самооценки, что подтверждает потребность в целенаправленной психологической коррекции.

Установлено, что результаты вмешательства зависят от возраста участников, подчеркивая важность дифференциации подхода с учетом возраста.

Подтверждено, что вовлеченность детей в арт-терапевтическую работу различается в зависимости от возраста. Младшие школьники проявляют интерес к групповой творческой деятельности, а подростки демонстрируют потребность в вербальном общении. Это требует адаптации арт-программы с учетом возрастных особенностей.

Доказано, что эффективность коррекционно-развивающей арт-программы «Моя Вселенная» проявляется по-разному у детей разных возрастных групп. У подростков наблюдается повышение самооценки и общей активности, а у младших школьников — рост креативности и улучшение самовосприятия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бардышевская М.К. Аффект, поведение и символическая активность: методика наблюдения и диагностики. М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», 2018. 96 с. ISBN 978-5-6040391-1-3.

2. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакова А.М. [и др.]. Когнитивные, эмоциональные и социальные особенности детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями // Новые психологические исследования. 2023. № 3. С. 108–126.

3. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во МГУ, 1990. 197 с.

4. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма : [для психологов и врачей]. М.: Центр лечебной педагогики, 2000. 361 с.

5. Шариков С.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей с хроническими соматическими заболеваниями с применением дистанционных технологий : методические рекомендации / под ред. С.В. Шарикова, Ю.Е. Куртановой. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2021. 100 с. ISBN 978-5-94051-227-1

6. Щербакова А.М. Значение предметно-практической деятельности в социальном становлении детей с ограниченными возможностями здоровья // Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в программы дополнительного образования: Методические рекомендации / под ред. А.Ю. Шеманова. М., 2012. С. 80.

7. Щербакова А.М. Наглядное моделирование как метод создания картины мира в работе с детьми, имеющими нарушения развития // Аутизм и нарушения развития. 2022. Т. 20. № 2. С. 20-27.

8. Щербакова А.М. Работа с картиной мира в условиях дистанционного консультирования детей с нарушениями развития // Международный журнал арт-терапии «Исцеляющее искусство». 2022. Т. 25. № 2. С. 78-93.

## REFERENCES

1. Bardy'shevskaya M.K. Affekt, povedenie i simvolicheskaya aktivnost': metodika nablyudeniya i diagnostiki. M.: GBUZ «NPCz PZDP im. G.E. Sukharevoj DZM», 2018. 96 s. ISBN 978-5-6040391-1-3.
2. Kurtanova Yu.E., Burdukova Yu.A., Shherbakova A.M. [i dr.]. Kognitivny`e, e`mocziional`ny`e i soczial`ny`e osobennosti detej mladshego shkol`nogo vozrasta s onkologicheskimi zabolevaniyami // Novy`e psikhologicheskie issledovaniya. 2023. # 3. S. 108–126.
3. Lebedinskij V.V., Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. E`mocziional`ny`e narusheniya v detskom vozraste i ikh korrrekcziya. M.: Izd-vo MGU, 1990. 197 s.
4. Nikol'skaya O.S. Affektivnaya sfera cheloveka. Vzgl'yad skvoz` prizmu detskogo autizma : [dlya psikhologov i vrachej]. M.: Czentr lechebnoj pedagogiki, 2000. 361 s.
5. Sharikov S.V. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie detej s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami s primeneniem distanczionny`kh tekhnologij : metodicheskie rekomendaczii / pod red. S.V. Sharikova, Yu.E. Kurtanovoj. M.: FGBOU VO MGPPU, 2021. 100 s. ISBN 978-5-94051-227-1
6. Shherbakova A.M. Znachenie predmetno-prakticheskoy deyatel`nosti v soczial`nom stanovlenii detej s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya // Vkl'yuchenie detej s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov`ya v programmy` dopolnitel'nogo obrazovaniya: Metodicheskie rekomendaczii / pod red. A.Yu. Shemanova. M., 2012. S. 80.
7. Shherbakova A.M. Naglyadnoe modelirovanie kak metod sozdaniya kartiny` mira v rabote s det'mi, imeyushhimi narusheniya razvitiya // Autizm i narusheniya razvitiya. 2022. T. 20. # 2. S. 20-27.
8. Shherbakova A.M. Rabota s kartinoj mira v usloviyakh distanczionnogo konsul'tirovaniya detej s narusheniyami razvitiya // Mezhdunarodny`j zhurnal art-terapii «Isczelyayushhee iskusstvo». 2022. T. 25. # 2. S. 78-93.

**A.M. Shcherbakova, M.V. Novakovskaya**  
**ART METHODS IN PSYCHOLOGICAL CORRECTION**  
**OF THE EMOTIONAL STATE OF CHILDREN**  
**WITH ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES**

**Moscow State University of Psychology & Education (Moscow).**

**Summsary.** This article evaluates the effectiveness of the correctional-developmental program using art methods, "My Universe" (A.M. Shcherbakova, 2022), aimed at correcting the emotional and personal sphere of children with oncohematological diseases. This sphere is characterized by increased psycho-emotional tension, anxiety, and peculiarities in self-esteem. The results of the program's approbation indicate its effectiveness: a statistically significant improvement in the studied parameters was revealed, which manifested differently across various age groups. The obtained data provide guidelines for improving psychological assistance.

**Keywords:** emotional and personal sphere, psychocorrection, art methods, art therapy, oncohematological diseases, children with chronic somatic diseases.

УДК 37.015.31

Ю.В. Андрищенко<sup>1</sup>, Я.Ю. Сидоров<sup>2</sup>, Л.Г. Чернышева<sup>3</sup>  
**ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ  
СРЕДСТВАМИ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»,  
<sup>2</sup>Российский государственный университет правосудия им. В.М. Лебедева,  
Дальневосточный филиал (Хабаровск), <sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Армавирский государственный педагогический университет» (Армавир).

**Резюме.** Представлены результаты исследования влияния аутогенных тренировок на стрессовые состояния у подростков. Обнаружено влияние гендерного фактора на уровень стресса, как на начало эксперимента, так и на его конец. Представлены результаты, свидетельствующие о влиянии аутогенных тренировок на уровень стрессовых состояний у подростков. Установлены периоды наиболее благоприятного проведения аутогенных тренировок в учебном процессе. Предложен метод психолого–педагогического воздействия на уровень стрессовых состояний подростков по методике И. Шульца.

**Ключевые слова:** аутогенная тренировка, стресс, подросток, учебный процесс.

**Введение.** В процессе своей жизнедеятельности подросткам приходится сталкиваться с внешними обстоятельствами, оказывающими на их психологические состояния различное влияние, в том числе стрессогенного характера. Актуальность данного исследования заключается в продолжающемся поиске и совершенствовании психолого–педагогических средств по профилактике и коррекции стрессовых состояний у подростков.

К вышеизложенному следует добавить тот факт, что основным видом деятельности у подростков является учебная деятельность, в процессе которой затрачивается большое количество психофизиологических ресурсов, что, в свою очередь, требует определенной стрессоустойчивости, в особенности во время прохождения ими контрольных точек (экзамены, диктанты, контрольные работы и т. п.).

**Методами проведения исследования являлись:** анализ литературных источников, педагогическое наблюдение, метод математической статистики, анкетирование.

**Целями данного исследования являлись:** 1) определение уровней стрессовых состояний у подростков; 2) определение степени влияния аутогенных тренировок на стрессовые состояния у подростков на периоды сдачи контрольных работ (четвертных, годовых, ЕГЭ) 3) проанализировать гендерный аспект во влиянии аутогенных тренировок на уровень стресса у подростков.

**Гипотеза исследования.** Предполагалось, что использование аутогенных тренировок позволит снизить уровень стресса у подростков в процессе учебной деятельности.

Согласно п.1 ст. 7 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших условий их физического и психи-

ческого развития [7].

Для более корректного понимания термина «стрессовые состояния» следует начать с его трактовки различными специалистами в данной области. Основоположник «теории стресса» Г. Селье называл стрессом совокупность ненормальных (неспецифичных) изменений в организме [6]. Согласно мнению Л.А. Китаева–Смык, стрессом называется сильное воздействие на организм человека, оказывающее на него неблагоприятное, отрицательное влияние [2]. Р. Лазарус, определяя понятие «стресс», придавал главное значение когнитивному процессу оценивания угрозы. В этом смысле понятие «стресс» понимается как категоризация внешних воздействий с учетом их влияния на благополучие индивида [4]. Д.Х. Хеллхаммер полагал, что стрессом является любой процесс, который задействует нейроэндокринные реакции с участием симпатической и эндокринной систем [8].

На основании вышеизложенного можно заключить, что под термином стрессовое состояние понимается комплекс психических и физиологических реакций живого существа в ответ на воздействие извне каких-либо вредоносных факторов.

Как любое исследуемое явление, стрессовые состояния имеют свои виды и особенности. Итак, согласно классификации Л.А. Китаева–Смык стресс бывает длительным и кратковременным. Кратковременный характеризуется бурным расходом «поверхностных» адаптационных резервов и одновременным началом мобилизации «глубоких». Длительный – характеризуется постепенной мобилизацией и расходом «поверхностных» и «глубоких» адаптационных резервов. Причиной длительного стресса обычно являются постоянный или повторяющийся экстремальный фактор [2].

Г. Селье выделяет следующие виды стресса:

- реакция тревоги – характеризуется пониженным сопротивлением организма вначале («фаза шока»), далее включением защитных механизмов («фаза противошока»);
- реакция резистентности (устойчивости) – приспособительные реакции организма за счет напряжения функционирующих систем;
- реакция истощения – нарушение жизненных функций и защитных механизмов [6].

О.Н. Поляковой выделяются следующие виды стресса:

- 1) эмоциональный – характеризуется перенапряжением нервной системы как ответной реакцией;
- 2) повседневный – реакция индивида на незначительные события в повседневной жизни (нехватка денег, времени и др.);
- 3) профессиональный – характеризуется набором психических и физиологических реакций в ответ на напряженные ситуации в трудовой сфере индивида;
- 4) информационный – характеризуется перегрузкой индивида в ответ на поступающую ему информацию [5].

Также стресс может быть субъективным и объективным. Под первым понимается снижение общего психоэмоционального фона, второй – характеризуется наличием у индивида психических и/или физиологических расстройств [3].

**Материалы и методы исследования.** Диагностика уровня стресса у подростков осуществлялась по методике Лемура-Тессье-Филлиона (Lemur-Tessier-Fillion) «Шкала PSM-25» [1]. Эксперимент проводился на базе Тихоокеанского государственного университета в период с февраля по май 2025 г. В категории испытуемых входили учащиеся средних общеобразовательных учреждений в возрасте от 15 до 17 лет (100 юношей и 100 девушек). Далее было проведено анкетирование на выявление высокого уровня стресса по вышеуказанной методике. При проведенном анкетировании (первый этап) удалось выявить высокий уровень стресса у 39 юношей и 40 девушек.

Далее, на втором этапе, данные группы были поделены на две подгруппы: по 20 девушек – контрольная и экспериментальная и 19 юношей – контрольная группа и 20 экспериментальная.

Итак, исходя из полученных данных на начало эксперимента – см. рис. 1.

При диагностике уровня стресса по данной методике учитывается интегральный показатель психической напряженности:

1) 155 баллов и выше – высокий уровень стресса, свидетельство о состоянии дизадаптации и<sup>16</sup> психического дискомфорта, необходимость применения широкого спектра средств и методов для снижения нервно-психической напряженности;

2) интервал 155–100 баллов – средний уровень стресса. Необходимо соблюдать режим труда и отдыха.

3) показатель меньше 99 баллов, свидетельствует о состоянии психологической адаптированности к рабочим нагрузкам [1].

При проведении эксперимента в контрольных группах (юноши и девушки) проводились занятия по типу психотерапевтических групп.

Испытуемые в данной группе делились своими переживаниями по поводу происходящего с ними, каждый по очереди.

В экспериментальных группах занятия проводились с применением аутогенных тренировок, разработанный И. Шульцем [9].

Проводились аутогенные тренировки за 30 дней перед контрольными работами (гуманитарные и естественно–научные дисциплины) в специально оборудованном помещении. Время проведения занятий – 15 мин. Самостоятельное проведение индивидуальных занятий по аутогенным тренировкам рекомендовалось после ночного сна и перед засыпанием. При проведении коррекционных меро-

<sup>16</sup>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 (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](http://www.glossary.ru). В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как «**дизадаптация**» («**dyadaptation**»).

приятный испытуемым необходимо расслабиться различными способами, а также представить мысленно потепление его отдельных частей тела (конечностей) или области живота. Методика предусматривала пути саморегуляции психических состояний через мысленное представление человеком различных эмоциональных ситуаций, абстрактных предметов и т. п.: научиться регулировать частоту своего пульса и дыхания и вызывать ощущение тяжести в различных частях тела путем мысленного представления соответствующих зрительных образов.

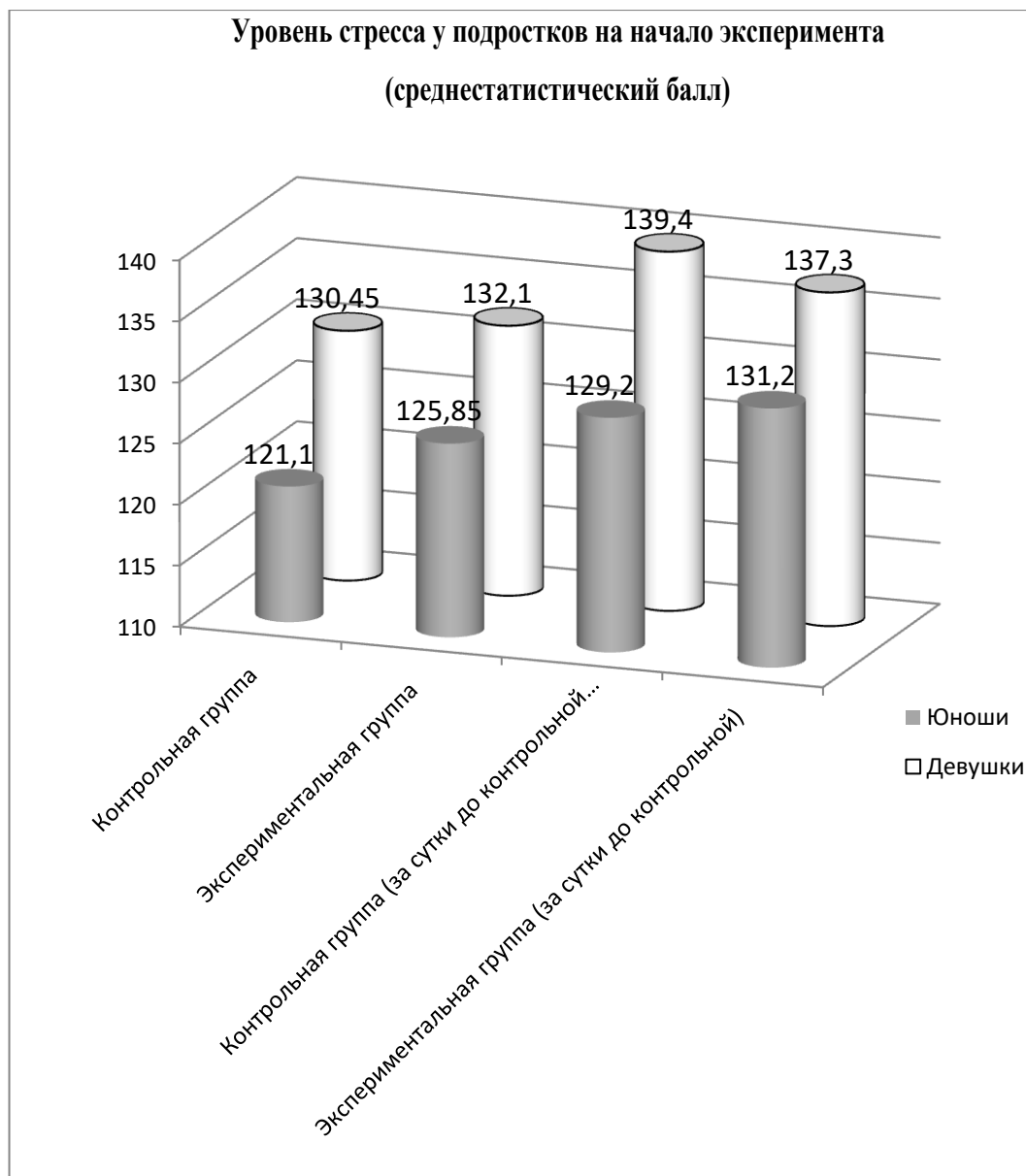


Рисунок 1.



При проведении аутогенных тренировок использовались следующие формулы словесного воздействия:

- Я успокаиваюсь;
- Моё лицо спокойно;
- Весь организм спокоен;
- Моё дыхание ровное и спокойное;
- Моя правая рука расслаблена;
- Моя правая рука становится тяжёлой;
- Я ощущаю тепло в правой руке;
- Правая рука тяжёлая и тёплая, кровь пульсирует в кончиках пальцев;
- Левая рука тяжёлая и тёплая, кровь пульсирует в кончиках пальцев;

Методическое указание: старайтесь представлять всё, что проговариваете, не переходите к следующей формуле, пока не добьётесь результата в предыдущей установке. Главное поверить, что Вам это поможет.

- Мышцы спины расслаблены;
- Мышцы спины наливаются тяжестью и теплом;
- Мышцы спины стали тяжёлые и расслабленные;
- Повторение общих формул;
- Мышцы живота расслаблены;
- Моя правая нога расслаблена;
- Моя правая нога становится тяжёлой;
- Я ощущаю тепло в правой ноге;
- Правая нога тяжёлая и тёплая, кровь пульсирует в кончиках пальцев;
- Всё то же самое для левой ноги.

Если ногу (руку) полностью расслабить не получается, попробуйте каждую мышцу отдельно. Начинайте снизу - икра, бедро, ягодица. Я помню, для меня было труднее всего расслабить спину, но постепенно я с этим справился.

- Всё моё тело расслаблено;
- Чувствую приятное тепло во всём теле;
- Я совершенно спокоен;
- Я отдыхаю.

В процессе коллективных занятий аутогенной тренировкой осваивались базисные упражнения, которые формируют основные навыки самовоздействия, преимущественно на эмоционально-вегетативную и мышечную сферы. Этим целям служат прежде всего упражнения в тренированной мышечной релаксации и упражнения вызывания тепла в конечностях с последующей генерализацией ощущений.

Также при проведении аутогенных тренировок следует исключать любые раздражающие факторы (посторонние звуки, запахи и т. п.). Проводящему специалисту необходимо как можно меньше говорить, так как это может помешать испытуемым углублению в себя.

**Результаты и их обсуждение.** На конец проведения эксперимента были получены следующие данные - см.:рис. 2. В контрольной группе у юношей среднестатистический показатель уровня стресса на начало эксперимента составлял 121,1 балла. На конец эксперимента уровень стресса составил 110,5 балла. В процентном выражении снижение составило 8,75 единиц.

### Уровень стресса у подростков на конец эксперимента (среднестатистический балл)

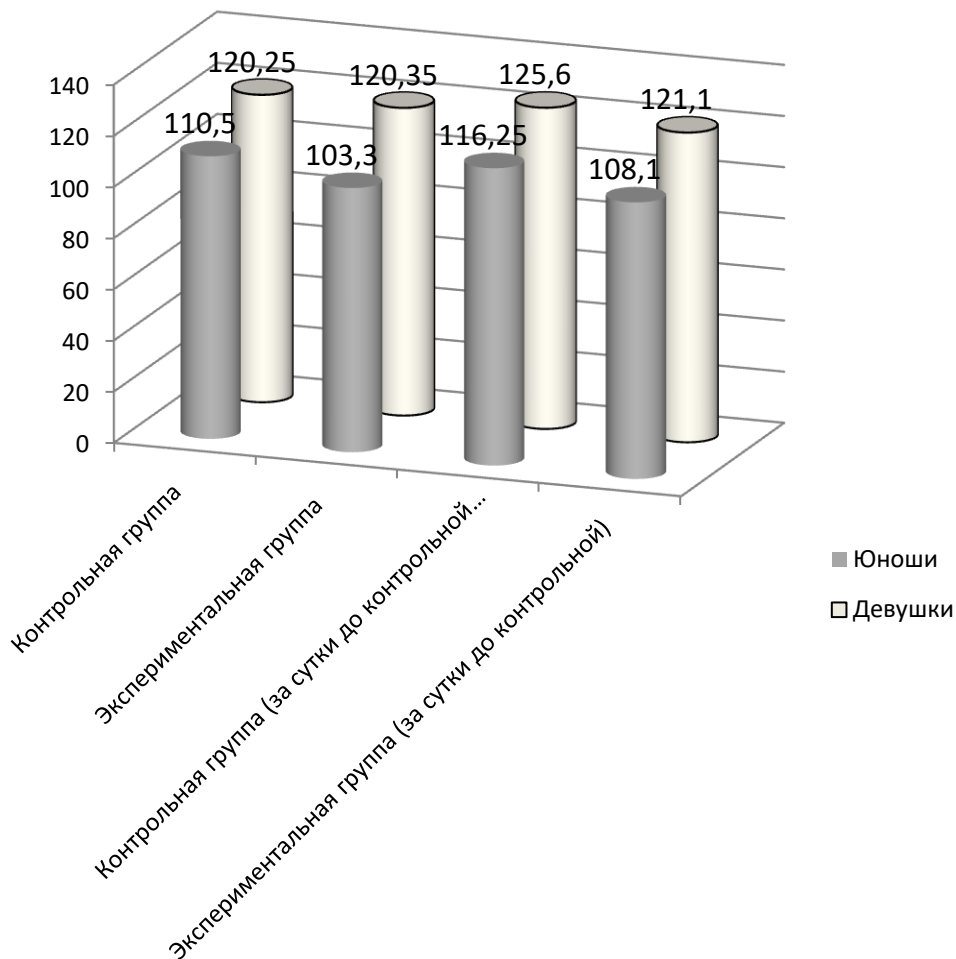


Рисунок 2.

В контрольной группе у девушек среднестатистический показатель уровня стресса на начало эксперимента составлял 130,45 балла. На конец эксперимента среднестатистический показатель уровня стресса составил 120,25 балла. В процентном выражении снижение составило 7,82 единицы.

В экспериментальной группе юношей среднестатистический показатель уровня стресса на начало проведения исследования составлял 125,85 балла. На конец эксперимента среднестатистический показатель уровня стресса составил

100, 3 балла. В процентном выражении снижение составило 20,3 единицы.

В экспериментальной группе девушек среднестатистический показатель уровня стресса на начало проведения исследования составлял 132,1 балла. На конец эксперимента среднестатистический показатель уровня стресса составил 120,35 балла. В процентном выражении снижение составило 8,82 единицы.

Перед проведением контрольных работ по учебным дисциплинам уровень стресса повышался во всех группах испытуемых.

В контрольной группе у юношей среднестатистический показатель уровня стресса на начало эксперимента за сутки перед контрольной работой составлял 129,2 балла. На конец эксперимента уровень стресса за сутки перед контрольной работой составил 116,25 балла. В процентном выражении снижение составило 10,1 единицы.

В контрольной группе у девушек среднестатистический показатель уровня стресса на начало эксперимента за сутки перед контрольной работой составлял 139,4 балла. На конец эксперимента среднестатистический показатель уровня стресса за сутки перед контрольной работой составлял 125, 6 балла. В процентном выражении снижение составило 9,9 единицы.

В экспериментальной группе юношей среднестатистический показатель уровня стресса на начало проведения исследования за сутки перед контрольной работой составлял 131,2 балла. На конец эксперимента среднестатистический показатель уровня стресса за сутки перед контрольной работой составил 108,1 балла. В процентном выражении снижение составило 17,61 единицы.

В экспериментальной группе юношей среднестатистический показатель уровня стресса на начало проведения исследования за сутки перед контрольной работой составлял 137,3 балла. На конец эксперимента среднестатистический показатель уровня стресса за сутки перед контрольной работой составил 121,1 балла. В процентном выражении снижение составило 11,51 единицы.

По результатам исследования также можно утверждать, что гендерный аспект также имеет свое выражение. Предполагается, что лица женского пола более подвержены эмоциональным реакциям: волнению и тревоге. За сутки до контрольной работы на конец эксперимента уровень стресса у юношей составлял: в контрольной группе 116, 25 балла, у девушек: в контрольной группе 125, 6 балла. В экспериментальных группах: у юношей 108, 1, у девушек 121, 1 балла.

**Выводы.** Стресс является многоаспектным явлением, включающим в себя множества различных внешних и внутренних факторов.

Применительно к учебному процессу данный вид психолого-педагогических мероприятий представляет собой одно из важнейших направлений в области педагогики и психологии.

Аутогенная тренировка может являться одним из видов психолого-педагогических мероприятий, необходимых подросткам для своевременной мобилизации своих психофизиологических ресурсов, что, в свою очередь, обуславливает дальнейший интерес для исследования и пополнения набора методов профилактики и коррекции стрессовых состояний, что лишь подтверждается результатами проведенного исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Водопьянова Н.Е Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
2. Китаев–Смык Л.А.. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. М.: «Академический Проект», 2020. 943 с.
3. Кутбиддинова Р.А. Психология стресса (виды стрессовых состояний, диагностика, методы саморегуляции) : учебно- методическое пособие. Южно-Сахалинск: СахГУ. 2019. 124 с.
4. Лазарус Р.С., Фолкман С. Стресс, оценка и преодоление стресса. Нью-Йорк: Springer Publishing Company. 1984. 456 с.

5. Полякова О.Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / под ред. А.С. Батуева. СПб.: Речь, 2008. 144 с.

6. Селье Г., Стресс жизни: [Электронный ресурс]: <https://psvinst.moscow/biblioteka/?part=article&id=740> (дата обращения: 04.02.2025)

7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025): [Электронный ресурс]: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/) (дата обращения 20.02.2025)

8. Хеллхаммер Д.Х., Хеллхаммер Дж. Стресс: связь мозга и тела // Ключевые вопросы психического здоровья (Stress: The brain-body connection. Key issues in mental health. Ed. by D.H. Hellhammer, J. Hellhammer. Karger, Basel, 2008. ISBN-978-3-8055-8295-7. 173 p.)

9. Шульц И. Аутогенная тренировка, М.: Медицина. 1985. 32 с.

#### REFERENCES

1. Vodop`vanova N.E Psikhodiagnostika stressa. SPb.: Piter. 2009. 336 s.

2. Kitaev-Smv`k L.A., Psikhologiya stressa. Psikhologicheskaya antropologiya stressa. M.: «Akademicheskii Proekt». 2020. 943 s.

3. Kutbiddinova R.A. Psikhologiya stressa (vidv` stressov`kh sostovaniy. diagnostika, metody` samoregulvaczii) : uchebno- metodicheskoe posobie. Yuzhno-Sakhalinsk: SakGU. 2019. 124 s.

4. Lazarus R.S., Folkman S. Stress. ocenka i preodolenie stressa. N`yu-Jork: Springer Publishing Companv. 1984. 456 s.

5. Polyakova O.N. Stress: prichiny`, posledstviya, preodolenie / pod red. A.S. Batueva. SPb.: Rech`. 2008. 144 s.

6. Sel`e G., Stress zhizni: [E`lektronnv`i resurs]: <https://psyinst.moscow/biblioteka/?part=article&id=740> (data obrashheniya: 04.02.2025)

7. Federal`nv`i zakon ot 21.11.2011 # 323-FZ (red. ot 28.12.2024) «Ob osnovakh okhranv` zdorov`va grazhdan v Rossiiskoi Federaczii» (s izm. i dop., vstup. v silu s 01.03.2025): [E`lektronnv`i resurs]: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/bae330cb27c78f5d869019ad831c3027b8f97f30/) (data obrashheniya 20.02.2025)

8. Khellkhammer D.Kh., Khellkhammer Dzh. Stress: svvaz` mozga i tela // Klvuchevv`e voprosv` psikhicheskogo zdorov`va (Stress: The brain-body connection. Key issues in mental health. Ed. by D.H. Hellhammer, J. Hellhammer. Karger, Basel, 2008. ISBN-978-3-8055-8295-7. 173 p.)

9. Shul`cz I. Autogennaya trenirovka, M.: Mediczina. 1985. 32 s.

**Yu.V. Andrvushchenko<sup>1</sup>, Ya.Yu. Sidorov<sup>2</sup>, L.G. Chernysheva<sup>3</sup>**  
**PREVENTION OF STRESS CONDITIONS**

**IN ADOLESCENTS BY MEANS OF AUTOGENIC TRAINING**

<sup>1</sup>Pacific National University, <sup>2</sup>Russian State University of Justice named after V.M. Lebedev, Far Eastern Branch (Khabarovsk), <sup>3</sup>Armavir State Pedagogical University (Armavir).

**Summsary.** The article presents the results of a study of the influence of autogenic training on stress conditions in adolescents. The influence of the gender factor on the level of stress was found both at the beginning and at the end of the experiment. The presented results indicate the influence of autogenic training on the level of stress conditions in adolescents. The periods of the most favorable implementation of autogenic training in the educational process are established. A method of psychological and pedagogical influence on the level of stress states of adolescents according to the method of I. Schultz is proposed.

**Keywords:** autogenic training, stress, adolescent, educational process.

УДК 347.157, 616.896- 056.7

И.П. Киреева, А.В. Григорьева, Е.В. Горшунова, Н.П. Денисова,  
Л.А. Левшакова, Е.Е. Родина

**ЭПИЛЕПСИЯ, УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ С НАРУШЕНИЯМИ  
ПОВЕДЕНИЯ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ ПРИ МУТАЦИИ  
В ГЕНЕ SYNGAP1: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**ФГАОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский  
университет им. Н.И. Пирогова», ГБУЗ «Научно-практический центр пси-  
хического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» (Москва)..**

**Резюме.** До 40% пациентов с задержкой психического развития и интел-  
лектуальными нарушениями имеют генетические заболевания, выявляющиеся  
только с помощью молекулярно-генетических методов. Цель статьи — пред-  
ставить редкий клинический случай, проявляющийся умственной отсталостью,  
детским аутизмом и эпилепсией, ассоциированный с мутацией в гене SYNGAP1  
(SYNGAP1-ассоциированная энцефалопатия). Обсуждаются особенности кли-  
ники и лечения SYNGAP1.

**Ключевые слова:** SYNGAP1-ассоциированная энцефалопатия, детский ау-  
тизм, умственная отсталость, эпилепсия, секвенирование экзона, резистент-  
ность к антиэпилептическим и психотропным препаратам

Новые методы генетического обследования, появившиеся в последнее де-  
сятилетие, улучшили понимание роли наследственных факторов в развитии  
эпилепсии, интеллектуальной недостаточности и расстройств аутистического  
спектра. Генетические мутации выявляются у 40% пациентов с расстройствами  
аутистического спектра на фоне задержки психического развития и у 70-80 %  
пациентов с эпилепсией [1, 2, 3].

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение девочки-  
подростка с детским аутизмом, умственной отсталостью, с нарушением пове-  
дения и эпилепсией, ассоциированными с мутацией в гене SYNGAP1. Это редкое  
(орфанное) заболевание. Ген SYNGAP1 расположен на коротком плече (p) хро-  
мосомы 6 в позиции 6p21.32. и кодирует белок SynGAP (синаптический Ras-  
ассоциированный GTPase-активирующий белок). Потеря функции гена приво-  
дит к нарушению развития нейронов. У людей с мутацией гена SYNGAP1 на-  
блюдаются когнитивные нарушения, эпилепсия, поведенческие проблемы и  
часто диагностируется детский аутизм [5]. В мире насчитано менее 1000 паци-  
ентов с мутациями SYNGAP1, но реальная заболеваемость по всему миру до  
сих пор неизвестна. Предположительно мутации в гене SYNGAP1 составляют  
0,5%–1% всех случаев умственной отсталости.

У большинства больных мутации возникают de novo, то есть ни у одного  
из родителей детей с этим заболеванием нет мутации. Это означает спорадиче-  
скую мутацию, которая произошла во время деления родительских гамет  
(мейоза) или оплодотворения яйцеклетки. При нормальном течении бере-  
менности и родов у пациентов отмечается темповая задержка психомоторного

развития с выраженным регрессом в возрасте от 1 до 3 лет. В этом возрасте у пациентов появляются диффузные полипик-волновые разряды на ЭЭГ или де-бютируют генерализованные эпилептические приступы (атонические, миоклонические, миоклонии век, абсансы), нередко встречаются фотосенситивность и аутоиндукция, останавливается психическое развитие, регрессирует речь, развиваются нарушения поведения, характерные для детского аутизма. Примерно у половины описанных пациентов отмечается фармакорезистентное течение эпилепсии. Отмечается также корреляция между тяжестью эпилепсии и когнитивного дефицита [1, 7, 8, 10]. В исследованиях отмечалось, что розувастин (и другие статины), танганил (ацетиллейцин), кетодиета были экспериментально и клинически изучены в качестве варианта лечения припадков у пациентов с мутациями в гене SYNGAP1 [6, 9, 10]. Однако до сих пор не ясно, могут ли статины влиять на когнитивные нарушения и аутистическую регрессию у пациентов с мутациями в гене SYNGAP1, если назначить их в раннем возрасте.

**Больная С., 15.12.2010 г.р. (14 лет).**

*Наследственность по эпилепсии, манифестным психозам неотягощена. Семья благополучная, на момент рождения пробанда родителям было по 20 лет, в семье есть 2 младших брата (здоровы). Отец инженер, мать имеет неполное высшее образование, не работает в связи с уходом за ребенком-инвалидом.*

*Пробанд от 2-й беременности (1-я беременность замершая), протекавшей с отслойкой плаценты (5-12 недели, на 12 неделе – кровотечение), с токсикозом 1 половины беременности. Роды в 36 недель, со стимуляцией. Вес при рождении 2660г, рост 48 см, оценка по шкале Апгар 7/8, к груди приложена в 1 сутки, выписана на 7-е сутки с диагнозом конъюгационная желтуха, отечный синдром, недоношенность. В грудном возрасте на дискомфорт реагировала, на руки не просилась, но на руках не отстранялась, мать не выделяла, плакала редко. Наблюдалась педиатром по поводу срыгиваний. Развивалась с задержкой: села в 10 мес., первые слова в 1 год 2 мес., неустойчивая походка с 1 года 4 мес., к 1 г 9 мес. произносила 10 слов, просилась в туалет.*

*С 1,5 лет – дебют приступов эпилепсии по типу частых морганий, с 2 лет родители стали отмечать кратковременные эпизоды остановки деятельности («замирания»), наблюдалась с диагнозом генерализованная эпилепсия с миоклониями век, синдром Дживонса. На МРТ головного мозга (в 3 г.) «остаточные постгипоксические изменения – локальная субатрофия в области левой боковой щели и полюсе левой височной доли».*

*С 2,5 лет получала антиэпилептические препараты (АЭП): конвулекс (приступы были купированы на протяжении полугода), в 3-4 года конвулекс, фризиум, кеппру, в 5 лет трилептал, депакин хромосфера, в 6 лет – этосуксепсид, конвулекс, в 7 лет – руфинамид без значимого эффекта.*

*По данным ВЭЭМ (и в 4 года, и в 7 лет) – диффузные разряды с акцентом в затылочно-теменно-задневисочных отделах, с переменной латерализацией, сопровождаются миоклониями век с заведением глаз вверх, учащение разрядов и приступов на РФС. Во сне диффузные разряды комплексов спайк, полиспайк-волна.*

К 2 годам все меньше пользовалась речью, стала отстраняться, когда ее брали на руки, ухудшилась ходьба, начала однообразно взмахивать руками, тянуть в рот предметы. Игра приобрела стереотипный характер – могла целый день листать книги, переставлять игрушки. В 2 года не обращала внимание на других детей и пугалась плачущих детей, ветра, дующего в лицо. В 3 года утратила туалетные навыки. Детские учреждения не посещала, так как не подчинялась режиму, не привлекалась к занятиям.

В 3 года 4 мес. впервые обратились в ГКПДО ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», был диагностирован детский аутизм. При осмотре контакт с девочкой установить не удавалось, игрушками интересовалась короткое время, брала их в рот, пользовалась рукой отца, нанизывая кольца на пирамидку, тянула отца за дверь кабинета.

В 4 года не говорила, утратила туалетные навыки, ела руками, самостоятельно не одевалась, предпочитала ходить обнаженной. Свои желания выражала криком, ограниченными по звуковому наполнению вокализациями, простыми жестами. Узнавала только давно знакомых людей. К пяти годам начала проявлять агрессию к родителям (щипала, царапала) и к себе (билась головой), появилась метеозависимость, плохо спала.

В 6 лет обследована генетиками, проведено клиническое секвенирование экзона: выявлена ранее не описанная гетерозиготная мутация в 8 экзоне гена SYNGAP1 (Chr6: 3305674CAG>C, генотип Nidle), приводящая к сдвигу рамки считывания, начиная с 332 кодона (p.Asp332fs, NM\_006772.2).

(Гетерозиготные мутации в гене SYNGAP1 описаны у пациентов с аутосомнодоминантной умственной отсталостью 5 типа (OMIM: 612621). Мутация не зарегистрирована в контрольных выборках «1000 геномов», ESP6500 и ExAC [7].)

В 6,5 лет (июнь 2017 г.) в связи с резистентностью к противосудорожной терапии был установлен VNS (стимулятор блуждающего нерва), АЭП постепенно отменены. После нейрохирургического вмешательства постепенно улучшился сон, начала обращать внимание на присутствие младшего брата, игрушек.

С 8,5 лет начала школьное обучение по второму варианту адаптированной основной общеобразовательной программы образования учащихся с умственной отсталостью (в умеренной, тяжелой или глубокой степени), находилась на ежедневной форме пребывания. По данным характеристики из образовательного учреждения: «у ребенка повышенная утомляемость и отвлекаемость, низкая степень внимания.. С другими учениками не общается, не играет. Изредка проявляет интерес к отдельным предметам. На уроках возбуждена и импульсивна. При необходимости просит помощи жестами и толканием в нужном направлении. Навыки самообслуживания не сформированы, используется памперс. Требуется постоянный уход и контроль со стороны взрослых. Все действия в основном хаотичны, иногда носят манипулятивный характер. Ведущая рука – правая. Производит захват предметов, ставит предмет на предмет, нанизывает кольцо на стрежень, вкладывает предмет в отверстие только со значительной помощью учителя. При проведении занятия требуется музыкальное сопровождение. Не сидит за партой, не понимает простые ин-

струкции. К учебной деятельности абсолютно безразлична. К длительному сосредоточению на предмете не способна, легко отвлекается на внешние раздражители. Наблюдаются двигательное беспокойство, импульсивность. При повышенной эмоциональной возбудимости присутствуют громкие и монотонные «вокализации». Занятия часто сопровождаются неадекватным поведением и признаками (ауто)агрессии: брыкается, кусается, падает на пол, ударяется головой, при агрессии визжит, кричит. «Категориальные» понятия, пространственно-временные и количественные представления отсутствуют. Графомоторные навыки недоступны, захват карандаша производит всей ладонью. Производит росчерки только «рука к руке», самостоятельно не работает. Навыки письма, чтения, счет недоступны».

В 9-13 лет приступов в виде морганий не отмечалось, индекс эпиактивности в бодрствовании и во сне был невысоким (по данным ВЭЭМ составлял 20-30%), АЭП не получала. Миоклонии век сохранялись.

В 12,5 лет впервые госпитализирована в психиатрический стационар «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ» в связи с нарастанием поведенческих расстройств (вспышек ауто- и гетероагрессии). Госпитализация была плановая, психотропной терапии ранее никогда не получала. При поступлении «продуктивному контакту малодоступна. Дисфорична, протестна, вокализует, фиксирована на желании покинуть палату. На собственное имя не откликается. Речь представлена криками, слова отсутствуют». В отделение вошла крайне неохотно, сопротивлялась, кричала, падала на пол, пыталась удариться головой о пол и мебель, с силой била и кусала удерживающих ее сотрудников, на уговоры не реагировала, не выходила из палаты на прием пищи, постоянного оголялась и возбуждалась при попытках одеть ее». Выписана с диагнозом «Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга. Умственная отсталость тяжёлая с другими нарушениями поведения. Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы». Рекомендованная терапия: рисперидон 0,1% раствор по 0.0025 утром и вечером, топирамат по 0.025 утром и вечером (с нормотимической целью). После выписки состояние оставалось нестабильным, участковым врачом проводилась коррекция терапии. Рисперидон постепенно был повышен до 6 мг в сутки, добавлены хлорпромазин 37,5 мг, бипериден 3 мг в сутки.

Так как с основной учебной программой не справлялась, проявляла агрессию к учителям и детям, было принято решение перевести ребенка на домашнее обучение. Требовался постоянный уход и контроль со стороны взрослых. Дома часто скидывала одежду, отказывалась гулять. Любила только находиться в автомобиле и, оказавшись на улице, сразу забиралась в машину.

Вторая госпитализация в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ» через 7,5 мес. в 13 лет (май 2024 г.) «по скорой». Последние дни перед госпитализацией отмечались неконтролируемые беспричинные вспышки агрессии, «с силой билась головой о стены и пол», не поддавалась вербальной коррекции. **Психический статус:** «Беспокойна, в палате ходит кругами быстрым шагом. Мимика однообразная. Зрительный контакт не поддерживает. На обращенную речь не реа-



гирует, инструкции не выполняет. К совместной деятельности не привлекается. Собственную речь не демонстрирует». В отделении получала хлорпромазин 2,5% р-р в/м от 1,5 до 3.0 в сутки, прометазин 2,5% р-р в/м 3.0 в сутки при возбуждении, левомепромазин 0.15 в сутки, сертралин до 0.1 в сутки. За время госпитализации сократились эпизоды агрессии. В течение дня с детьми не взаимодействовала, ходила по палате с музыкальным планшетом. 20.06.2024 г. выписана в плановом порядке с рекомендацией поддерживающей терапии (рисперидон 6 мл, бипериден 0.003, левомепромазин 0.1, сертралин 0.1 в сутки).

Через 3 месяца после выписки госпитализирована в третий раз в «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой» (осень 2024 г.) «по скорой» в связи с учащением вспышек (ауто)агрессии: могла ударить мать, себя, кричать, биться об пол. **Психический статус** на момент поступления: «ходит кругами с музыкальной игрушкой. На обращенную речь не реагирует, инструкции не выполняет, собственной речи нет, во время осмотра ложится на пол и начинает кричать. Постепенно успокаивается».

В течение октября-декабря получала галоперидол до 15 мг, рисперидон до 8 мг, левомепромазин до 150 мг, хлорпромазин до 150 мг, кветиапин до 600 мг, бипериден до 4 мг, сертралин до 150 мг, вальпроевую кислоту (как стабилизатор аффекта) до 1000 мг в сутки. При возбуждении - в/м инъекции прометазина или хлорпромазина 25-75 мг. Состояние оставалось неустойчивым, но к декабрю больная уже не нуждалась в инъекциях седативных нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения.

**Психический статус** в декабре 2024 г., за 2 недели до выписки. Пациентка отказывается покинуть палату и осмотрена в палате. Выглядит неряшливо, волосы растрепаны, ночную сорочку и шлепанцы скидывает, оставаясь в одном памперсе. На руках и ногах старые и свежие ссадины. В палате сидит или лежит на кровати, перебирая игрушки для малышей, стучит ими по лицу, пытается грызть. Иногда кругами ходит по палате с музыкальным планшетом, размахивает руками, кружится. Походка неуклюжая, с широко расставленными ногами, движения рук размашистые, резкие. Мимика однообразная, угрюмая. Зрительный контакт кратковременный. Собственной речи нет. Временами подходит вплотную, громко вокализирует, пытается взять за руки и при этом может проявить внезапную агрессию (толкнуть, ударить, ущипнуть, поцарапать). Также может бить себя по голове, ударяться головой о стену. На обращенную речь и на свое имя не реагирует, инструкции не выполняет, однако реагирует на громкие звуки, бытовые шумы, музыкальные мелодии: может подойти. Внимание неустойчивое, память снижена. Помнит где ее кровать, где стоит ее продуктовая передача, может тянуть медсестру за руку к шкафчику, где хранится нутридринк. Медицинский персонал запоминает хуже других детей, спокойнее ведет себя с медсестрами, которые дежурили у нее в палате уже несколько раз. Любит играть в «ладушки» с персоналом, хотя и промахивается. Во время игры иногда улыбается, успокаивается. При виде незнакомых людей топает ногой, кричит. Палату покидает неохотно, упирается, пытается удариться головой о дверь, падает на пол, кричит, стре-

мится вернуться обратно. Любит сладкое, в то время, когда пьет нутридринк из поильника, ее можно ненадолго вывести из палаты.

**Аппетит избирательный**, предпочитает мармелад и молочный напиток «Чудо». Может есть с использованием ложки, пить из чашки, но нуждается в помощи. В палате с детьми не взаимодействует, иногда может внезапно подойти, попытаться ударить, но обычно «не замечает» детей. Дневной сон отсутствует, ночью спит с пробуждениями, спит около 7 часов в сутки.

**Настроение лабильное**. Возбуждается до нескольких раз в день. При этом без причины громко кричит, пытается биться головой о стену и бьет окружающих. Иногда успокаивается, когда ее накрывают одеялом с головой. Иногда медперсоналу надо девочку удерживать на кровати вдвоем-втроем. Приступы возбуждения с агрессией и аутоагрессией проходят так же внезапно, как начались, минут через 5-7, чаще возникают в дни магнитных бурь.

**Соматический статус** (12. 2024): Рост 143 см, вес 47 кг 200 г, ИМТ 23.1. Лицевой дисморфизм: глубоко посаженные глаза, нависающие надбровные дуги, короткие глазные щели, полный носовой кончик, верхняя и нижняя прогнатия, нарушение прикуса. Короткие пальцы на кистях и стопах. Короткие стопы. Отмечаются свежие и зажившие ссадины на ногах. **Консультация педиатра:** Физическое развитие ниже среднего. Избыток веса.

**Параклинические исследования:** кроме умеренной синусовой тахикардии отклонений не выявили.

**ЭЭГ** от 09.12.24 г. Возможен лишь ограниченный ориентировочный анализ ЭЭГ-ммы по свободным от артефактов фрагментам, при котором типичной эпилептиформной активности, очаговых, пароксизмальных изменений не выявлено, основной ритм сформирован в рамках возрастной нормы.

**Неврологический статус** (12. 2024). Общемозговой, менингеальной симптоматики нет. Черепные нервы: альтернирующее сходящееся косоглазие OS. Язык во рту, не показала в силу психического статуса. Глотание и фонация не нарушены. Двигательная сфера: активные и пассивные движения в конечностях в полном объеме. Умеренная диффузная мышечная гипотония, гиперэластичность связочного аппарата, сила мышц сохранна. Сухожильные рефлексы снижены D=S. Брюшные рефлексы не вызываются. Патологических рефлексов нет. Походка атактическая. Координатные пробы не выполняет в силу психического статуса. Легкая статическая атаксия. Мелкая моторика развита недостаточно. Дистальный гипергидроз ладоней и стоп. Заключение невролога: G40.3 Эпилепсия генерализованная с приступами в виде миоклонуса век (фенотип синдрома Дживонса). Аутосомно-доминантная умственная отсталость 5 типа, подтвержденная мутацией в 8 экзоне гена SYNGAPI (OMIM 612621). Атактический синдром. В настоящее время батарейка аппарата VNS находится на низких показателях. Ребенок поставлен в очередь на замену батарейки.

**Консультация логопеда:** отсутствие речевой деятельности у ребенка с особенностями эмоционально-волевой сферы.

**Консультация медицинского психолога.** На первый план выходят особенности эмоционально-волевой сферы (нарушение контакта на разных уровнях,

неустойчивость фона настроения, склонность к гетеро- и аутоагрессии, трудности привлечения и удержания в рамках целенаправленной деятельности, отсутствие познавательной активности, стереотипность действий и поведения в течение дня) при быстрой истощаемости, вспыльчивости у девочки со снижением уровня интеллектуального развития до умственной отсталости тяжелой степени.

**Консультация дефектолога.** Дефектологическое обследование выявляет тяжелое недоразвитие познавательного развития у ребенка с особенностями эмоционально-волевой сферы. Навыки письма, чтения, счета недоступны.

Выписана в декабре на поддерживающей терапии: галоперидол 15 мг, кветиапин 600 мг, сертралин 150 мг, вальпроевая кислота 1000 мг, бипериден 4 мг в сутки.

Анализируя данный клинический случай, следует отметить, что характерные для большинства пациентов с мутацией в гене SYNGAP1 умственная отсталость, эпилепсия, расстройства аутистического спектра, выявляются и у нашей пациентки, также как и фенотипические особенности (СВМАР: нависающие надбровные дуги, короткие глазные щели, полный носовой кончик), неврологические нарушения (мышечная гипотония, неустойчивая походка, легкая статическая атаксия), описанные у большинства (но не у всех) больных с мутацией SYNGAP1. Как и у многих других больных с мутацией SYNGAP1, у нашей пациентки имеются поведенческие проблемы с агрессией и аутоагрессией, низкая чувствительность к боли, хронические нарушения сна [10]. Как и у большинства других пациентов с SYNGAP1-мутацией, задержка психического развития наблюдалась уже на первом году жизни, предшествовала эпилептическим приступам, после манифестации эпилепсии наблюдался еще и регресс в развитии с формированием выраженной интеллектуальной недостаточности.

Однако, мы не встречали в литературе сообщений, что расстройства аутистического спектра заметны с первого года жизни. В нашем наблюдении аутистические особенности в сфере эмоционального реагирования, также как и задержка психического развития, наблюдались уже в первый год жизни ребенка, нарастали после манифестации эпилепсии и вышли на первый план после прекращения эпилептических приступов. Занимая ведущее место в клинической картине, расстройства аутистического спектра сочетаются со смешанными аффективными нарушениями с высокой лабильностью аффекта, нарушениями влечений, кататоническими расстройствами. Клиническая картина психопатологических нарушений соответствует классическому детскому аутизму с коморбидными кататано-аффективными расстройствами. Несколько десятилетий назад детям с подобной клинической картиной диагностировали раннюю детскую шизофрению. И сейчас остается открытым вопрос, являются ли аутистические проявления закономерным следствием мутации SYNGAP1 или же - сопутствующим диагнозом. Еще одной особенностью нашего случая является сложность купирования кататано-аффективных нарушений. Требуются большие дозы психотропных препаратов, поскольку состояние больной граничит с фармакорезистентностью.

**Заключение.** Данное клиническое наблюдение подтверждает необходимость поиска генетических поломок у пациентов с сочетанной симптоматикой эпилепсии, умственной отсталости, детского аутизма, малых аномалий развития. Рутинные методы обследования не дают точной этиологии, необходимо привлекать молекулярно-генетическую диагностику для предупреждения неэффективных терапевтических подходов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бобылова М.Ю., Миронов М.Б., Абрамов М.О., Куликов А.В., Казакова М.В., Глухова Л.Ю., Барлетова Е.И., Мухин К.Ю. Клинический случай мутации гена SYNGAP1 у девочки с эпилепсией, умственной отсталостью, аутизмом и двигательными нарушениями // Русский журнал детской неврологии. 2015. № 10 (3). С. 48-54. URL: <https://doi.org/10.17650/2073-8803-2015-10-3-48-54> (Дата обращения: 21 июня 2025).

2. Гамирова Р.Г., Гамирова Р.Р., Есин Р.Г. Генетика эпилепсии: успехи, проблемы и перспективы развития // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 9. С. 144-150.

3. И Д.В., Иокша В.А., Проскокова Т.Н. Клиническое секвенирование экзона у пациентов с недифференцированной общей задержкой развития и интеллектуальными нарушениями // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2023. Т. 17. № 2. С. 28-35.

4. Синдром SYNGAP1. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.rarechromo.org/media/translations/Russian/SYNGAP1\\_syndrome\\_Russian\\_FTNW.pdf](https://www.rarechromo.org/media/translations/Russian/SYNGAP1_syndrome_Russian_FTNW.pdf) (Дата обращения: 21 июня 2025).

#### REFERENCES

1. Bobylova M.Yu., Mironov M.B., Abramov M.O., Kulikov A.V., Kazakova M.V., Glukhova L.Yu., Barletova E.I., Mukhin K.Yu. Klinicheskij sluchaj mutaczii gena SYNGAP1 u devochki s e`pilepsiej, umstvennoj otstalost`yu, autizmom i dvigatel`ny`mi narusheniyami // Russkij zhurnal detskoj nevrologii. 2015. # 10 (3). S. 48-54. URL: <https://doi.org/10.17650/2073-8803-2015-10-3-48-54> (Data obrashheniya: 21 iyunya 2025).

2. Gamirova R.G., Gamirova R.R., Esin R.G. Genetika e`pilepsii: uspekhi, problemy` i perspektivy` razvitiya // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2020. T. 120. # 9. S. 144-150.

3. I D.V., Ioksha V.A., Proskokova T.N. Klinicheskoe sekvenirovanie e`kzoma u paczientov s nedifferenczirovannoj obshhej zaderzhkoj razvitiya i intellektual`ny`mi narusheniyami // Annaly` klinicheskoy i e`ksperimental`noj nevrologii. 2023. T. 17. # 2. C. 28-35.

4. Sindrom SYNGAP1. [E`lektronny`j resurs]. URL: [https://www.rarechromo.org/media/translations/Russian/SYNGAP1\\_syndrome\\_Russian\\_FTNW.pdf](https://www.rarechromo.org/media/translations/Russian/SYNGAP1_syndrome_Russian_FTNW.pdf) (Data obrashheniya: 21 iyunya 2025).

5. Araki Y, Rajkovich KE, Gerber EE, Gamache TR, Johnson RC, Tran THN, Liu B, Zhu Q, Hong I, Kirkwood A, Hukanir R. SynGAP regulates synaptic plasticity and cognition independently of its catalytic activity. SCIENCE. 2024. Vol 383. Issue 6686.

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38422154/> (Дата обращения: 21 июня 2025).

6. Kluger G., Stülpnagel-Steinbeis C., Arnold S., Eschermann K., Hartlieb T. Positive Short-Term Effect of Low-Dose Rosuvastatin in a Patient with SYNGAP1-Associated Epilepsy // *Neuropediatrics*. 2019. 50(04) P. 266-267. URL: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1681066> DOI: 10.1055/s-0039-1681066 (Дата обращения: 21 июня 2025).

7. Online Mendelian Inheritance in Man — OMIM. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.omim.org/search?index=entry&search=developmental+and+epileptic+encephalopathy+syngap&sort=score+desc,+prefix\\_sort+desc&start=13&limit=10](https://www.omim.org/search?index=entry&search=developmental+and+epileptic+encephalopathy+syngap&sort=score+desc,+prefix_sort+desc&start=13&limit=10) (Дата обращения: 21 июня 2025).

8. SYNGAP1-related Developmental and Epileptic Encephalopathy. URL: <https://epi-care.eu/wp-content/uploads/2023/01/SYNGAP1-leaflet.pdf> (Дата обращения: 1 июня 2025).

9. Tanganil® (Acetyl-Leucine) for potential management of SynGAP1-related disorder symptoms // [Электронный ресурс] URL: <https://curesyngap1.org/> (Дата обращения: 22 июня 2025).

10. Vlaskamp DRM, Shaw BJ, Burgess R, Mei D, Montomoli M, Xie H, Myers CT, Bennett MF, XiangWei W, Williams D, Maas SM, Brooks AS, Mancini GMS, van de Laar IMBH, van Hagen JM, Ware TL, Webster RI, Malone S, Berkovic SF, Kalnins RM, Sicca F, Korenke GC, van Ravenswaaij-Arts CMA, Hildebrand MS, Mefford HC, Jiang Y, Guerrini R, Scheffer IE. SYNGAP1 encephalopathy: A distinctive generalized developmental and epileptic encephalopathy // *Neurology*. 2019 Jan 8;92(2):e96-e107. URL: <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000006729> (Дата обращения: 1 июня 2025).

**I.P. Kireeva, A.V. Grigorieva, E.V. Gorshunova, N.P. Denisova,  
L.A. Levshakova, E.E. Rodina**

# **EPILEPSY, MENTAL RETARDATION WITH BEHAVIORAL DISORDERS, AND CHILDHOOD AUTISM WITH A MUTATION IN THE SYNGAP1 GENE: A CLINICAL CASE**

**Pirogov Russian National Research Medical University Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva (Moscow).**

**Summary.** Up to 40% of patients with mental retardation and intellectual disabilities have genetic diseases that can only be detected using molecular genetic methods. The purpose of the article is to present a rare clinical case of mental retardation, childhood autism and epilepsy associated with a mutation in the SYNGAP1 gene (SYNGAP1-associated encephalopathy). The features of the SYNGAP1 clinic and treatment are discussed.

**Keywords:** SYNGAP1-associated encephalopathy, childhood autism, mental retardation, epilepsy, exome sequencing, resistance to antiepileptic and psychotropic drugs.

УДК 159.99

Т.Г. Горячева<sup>1,2</sup>, К.И. Чекушкина<sup>3</sup>**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», <sup>3</sup>Центр патологии речи и нейрореабилитации (Москва).

**Резюме.** В данной работе проведено исследование по оценке эффективности нейропсихологической коррекции внимания детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). В основе программы исследования метод сенсомоторной коррекции и «Школа внимания». Первичная и повторная диагностика внимания испытуемых произведена с помощью корректурной пробы, методики Пьерона-Рузера, таблиц Шульте, теста Когана, методики Тулуз-Пьерона, а также теста переплетенных линий Рея. Достоверность полученных результатов подтверждена статистическими критериями (непараметрический U-критерий Манна-Уитни, критерий Вилкоксона).

**Ключевые слова:** нейропсихологическая коррекция, сенсомоторная коррекция, нарушения внимания, синдром дефицита внимания и гиперактивности, старший дошкольный возраст.

**Введение.** Внимание является одной из важнейших психических функций, которая активно формируется в дошкольном возрасте. Наиболее встречающимся нарушением внимания является СДВГ. Чаще встречается у мальчиков, и первые признаки можно заметить уже в старшем дошкольном возрасте. В некоторых случаях при данном нарушении эффективна медикаментозная терапия, но для лучшего эффекта необходима психокоррекционная работа. Составляя психологические программы сопровождения и коррекции детей с СДВГ, специалисты рассматривают нарушения внимания в некотором «общем смысле», что в итоге ведет к повышенному напряжению одних свойств внимания и неразработанности заданий, привлекающих развитие других его свойств и стабилизацию поведения [2]. В данном случае себя зарекомендовало сочетание метода сенсомоторной коррекции, разработанного Т.Г. Горячевой и А.С. Султановой [5] с методом «Школа внимания» Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой [1]. Таким образом, данное исследование посвящено анализу воздействия нейропсихологической коррекции на показатели функции внимания у дошкольников с СДВГ [2].

**Цель** - оценить динамику показателей внимания у детей старшего дошкольного возраста при СДВГ на фоне нейропсихологической коррекции.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 2 группы детей старшего дошкольного возраста (6-7 лет):

1) В экспериментальную группу вошли 15 детей с диагнозом «нарушение внимания и гиперактивность», получающих лечение в Российской детской кли-

нической больницы (РДКБ).

2) В контрольную группу вошли 15 детей, не имеющих нарушений психического развития, посещающих дошкольное отделение школы № 1321 г. Москвы.

В диагностическом исследовании были использованы следующие методики: корректурная проба, методика Пьерона-Рузера, таблицы Шульте, тест Кога-на, методика Тулуз-Пьерона, тест переплетенных линий Рея [4].

В коррекционной программе были использованы:

- методика сенсомоторной коррекции. [5],
- методика «Школа внимания» [1].

При статистической обработке данных использовались: U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона).

Проведение диагностической и коррекционной работы осуществлялось на основании добровольного информированного согласия родителя каждого ребенка.

**Результаты и их обсуждение.** Опираясь на данные диагностики, для каждого участника исследования определены результаты следующих характеристик функции внимания: концентрация, объем, распределение, устойчивость, переключаемость. Эти данные позволяют отслеживать изменения в динамике.

**Первичная диагностика** выявила достоверно значимые различия между контрольной и экспериментальной группами (применен U-критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0,01$ ). Показатели функции внимания у детей с нарушениями хуже по концентрации внимания на 14%, относительно контрольной группы, по распределению – на 34%, по устойчивости – на 11%, по переключаемости – на 14%, по объему – на 13%.

Однако также важно отметить, что участники контрольной группы не обладают устойчиво высокими показателями относительно своей возрастной нормы, что подтверждает большой разброс баллов по итогам диагностики.

**Повторная диагностика** экспериментальной группы проводилась после прохождения детьми нейропсихологической коррекции. Программа включала 24 занятия и была рассчитана на 12 недель. Нейропсихологические занятия проходили в индивидуальном формате. Помимо сенсомоторных упражнений, дети выполняли задания на внимание.

**Коррекционная работа.** Методика сенсомоторной коррекции была выбрана с учетом возрастных особенностей психического развития детей старшего дошкольного возраста, поскольку в данном возрасте происходит активное развитие моторных и сенсорных навыков [5].

*Каждое занятие включало в себя следующие упражнения:*

1. Разминка: пальчиковая гимнастика и дыхательные упражнения (15 мин.);
2. Основная часть: комплекс сенсомоторных упражнений (25 мин.);
3. Нейропсихологические упражнения на развитие внимания по методике Т.В. Ахутиной (15 мин.);
4. Расслабление, релаксация (5 мин.).

Общая продолжительность занятия – 60 мин. В комплексе сенсомоторные нейропсихологические упражнения чередовались с заданиями на внимание. В процессе прохождения курса происходило постепенное усложнение заданий, ин-

струкция включала больше условий и т. д.

При проведении повторной диагностики в экспериментальной группе были выявлены статистически достоверные улучшения показателей функции внимания по переключаемости (применен U-критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0,01$ ).

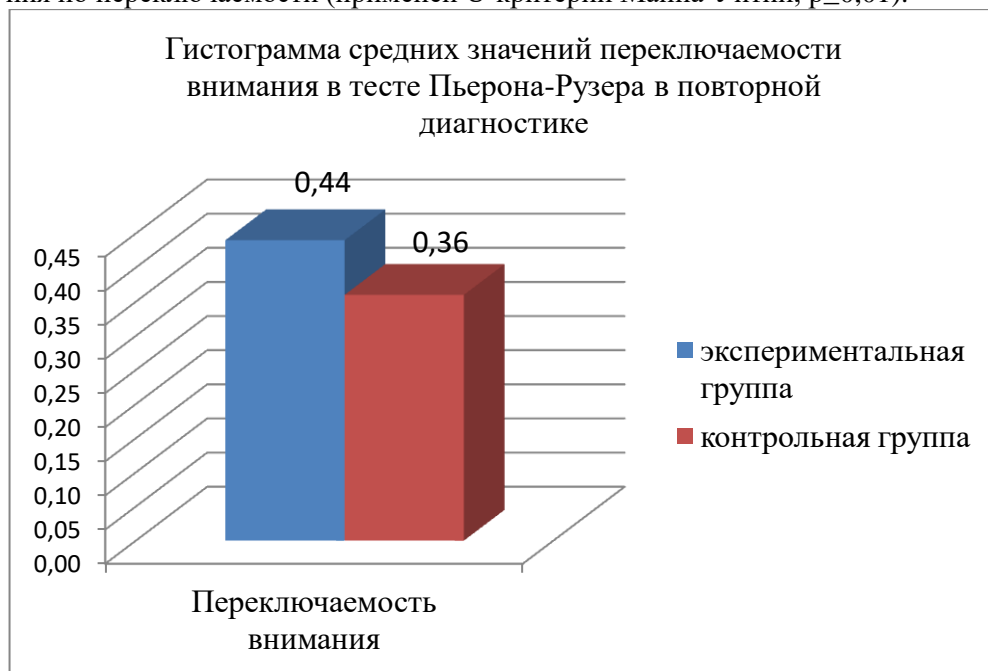


Рисунок 1. Гистограмма средних значений переключаемости внимания у детей в тесте Пьерона-Рузера при повторной диагностике.



Рисунок 2. Гистограмма средних значений показателей по методике Тулуз-Пьерона в повторной диагностике у экспериментальной и контрольной группы.



Результаты повторной диагностики (рис. 2) выявили статистически значимые отличия между экспериментальной и контрольной группой по скорости и точности выполнения задания: скорость  $p < 0,05$ , точность  $p < 0,01$ .

После цикла занятий по сенсомоторной коррекции показатели функции внимания дошкольников экспериментальной группы значительно улучшились и практически приблизились к показателям контрольной. Однако данные результаты наблюдаются не у всех испытуемых, что может свидетельствовать о тяжести нарушения внимания у дошкольников с СДВГ.

**Динамика при коррекционной работе.** Коррекционная работа с детьми проводилась в первой половине дня для наилучшего выполнения заданий на внимание и сенсомоторных упражнений. Испытуемые занимались индивидуально. В коррекционной работе учитывалась более низкая работоспособность детей с СДВГ, и занятия проводились в небольших временных промежутках. Давалось больше времени на восстановление.

Отмечаются определенные закономерности в занятиях. После 7-8 занятий наблюдались ухудшения всех показателей и в некоторых случаях протестные реакции со стороны ребенка. Это было связано с адаптацией детей к занятиям [3]. В дальнейшей коррекционной работе показатели внимания улучшались. Примерно через 9-11 занятий отмечалась стабилизация состояния. Несмотря на общие показатели, динамика при коррекционной работе конкретно у каждого ребенка была индивидуальна.

**Анализ результатов после сенсомоторной коррекции.** После прохождения занятий, при выполнении корректурной пробы показатели продуктивности выполнения методики незначительно улучшились. Положительная динамика наблюдается у 73% испытуемых, при выполнении задания они смогли зачеркнуть большее количество символов за одинаковое время, что может говорить о повышении концентрации внимания.

Также при выполнении данной методики средние показатели коэффициента концентрации в начале прохождения сенсомоторной коррекции оказались ниже коэффициента концентрации после прохождения курса коррекционных занятий. Положительная динамика наблюдается у 87 % испытуемых. Таким образом, можно сделать вывод об эффективности сенсомоторных упражнений, повышающих концентрацию внимания.

При выполнении теста Когана было выявлено, что после прохождения сенсомоторной коррекции дети быстрее считают. Наличие несущественных различий временных показателей выполнения на этапах 1, 2 и 3 между обеими группами детей указывает на то, что дети после прохождения комплексной нейропсихологической коррекции более сосредоточены на выполнении заданий. Также отмечается, что при выполнении четвертого этапа коррекционной программы скорость выполнения методики повышается. Положительные результаты наблюдаются у 94% испытуемых. Таким образом, благодаря коррекционной работе улучшились показатели распределения внимания, повысилась скорость протекания психических процессов.

При выполнении задания с таблицами Шульте статистически значимо

уменьшается время прохождения таблиц, что говорит об увеличении объема внимания у детей после окончания курса занятий. При анализе результатов по данной методике статистически значимым оказался показатель эффективности работы, что свидетельствует о стойком увеличении объема внимания у детей.

При анализе показателей в методике Пьерона-Рузера наблюдается повышение скорости и точности выполнения. Однако количество ошибок не изменилось после прохождения курса сенсомоторной коррекции. Переключаемость внимания также улучшилась после прохождения цикла нейропсихологических занятий. Результаты улучшились у 100% респондентов.

Анализ результатов выполнения теста Рея показал, что дети до коррекции допускали больше ошибок, а также выполняли задание медленнее, чем после занятий. Различия по скорости являются существенными, (статистическая значимость  $p \leq 0,01$ ). Дефицит концентрации внимания после прохождения сенсомоторных упражнений уменьшился. Результаты улучшились у 93% испытуемых.

После прохождения курса комплексных коррекционных занятий скорость выполнения теста Тулуз-Пьерона повысилась. График изменения продуктивности в течение пробы показывает улучшение результатов выполнения. Результаты выполнения задания улучшились у 100% испытуемых, что может говорить о большей неустойчивости функции внимания у детей с СДВГ в начале занятий.

**Выводы.** У детей с синдромом СДВГ наблюдается снижение таких параметров, как степень концентрации, устойчивость, распределение, объем и переключаемость функции внимания. Коррекционная работа по развитию внимания становится наиболее актуальной в дошкольном возрасте для последующего успешного усвоения учебных навыков.

Исследование также показало, что даже неполный цикл занятий с детьми улучшает характеристики внимания. Можно сделать вывод, что коррекционная работа требует более продолжительных занятий с детьми.

Получение положительных результатов на малой выборке испытуемых предполагает дальнейшее исследование эффективности сенсомоторной коррекции при СДВГ и включение ее в нейропсихологические коррекционные комплексы.

Разработанная программа сенсомоторной коррекции может быть актуальна для клинических психологов при работе с детьми с нарушениями внимания [6].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5-7 лет. М., «ТЕРЕВИНФ», 2004. 48 с.
2. Белоусов А.А., Горячева Т.Г. Особенности произвольного внимания детей младшего школьного возраста с СДВГ. // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2020 (20). № 3. С 38-46.
3. Горячева Т.Г. Программа групповой работы с детьми при проведении сенсомоторной коррекции. // Психолог в детском саду. 2006. № 3. С. 37-51.
4. Горячева Т.Г., Комолов Д.А. Методы клинко-психологической диагностики аномалий развития. М., «Ridero», 2019. 187 с.
5. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития // Неврологический вестник им. В.М. Бех-

терева. 2008. Т. XL. №. 3. С. 56-60.

6. Чекушкина К.И., Горячева Т.Г. Особенности внимания у детей с СДВГ // Болезнь и здоровый образ жизни: мат-лы XI межд. науч.-практ. конф. М., 2022. С. 14-15.

#### REFERENCES

1. Akhutina T.V., Py`laeva N.M. Shkola vnimaniya. Metodika razvitiya i korrekczii vnimaniya u detej 5-7 let. M., «TEREVINF», 2004. 48 s.

2. Belousov A.A., Goryacheva T.G. Osobennosti proizvol'nogo vnimaniya detej mladshego shkol'nogo vozrasta s SDVG. // Voprosy` psikhicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov 2020 (20). # 3. S 38-46.

3. Goryacheva T.G. Programma gruppovoj raboty` s det'mi pri provedenii sensomotornoj korrekczii. // Psikholog v detskom sadu. 2006. # 3. S. 37-51.

4. Goryacheva T.G., Komolov D.A. Metody` kliniko-psikhologicheskoy diagnostiki anomalij razvitiya. M., «Ridero», 2019. 187 s.

5. Goryacheva T.G., Sultanova A.S. Sensomotornaya korrekcziya pri razlichny`kh otkloneniyakh psikhicheskogo razvitiya // Nevrologicheskij vestnik im. V.M. Bekhtereva. 2008. Т. XL. #. 3. S. 56-60.

6. Chekushkina K.I., Goryacheva T.G. Osobennosti vnimaniya u detej s SDVG // Bolezn` i zdorov`j obraz zhizni: mat-ly` XI mezhd. nauch.-prakt. konf. M., 2022.

**T.G. Goryacheva<sup>1,2</sup>, K.I. Chekushkina<sup>3</sup>**

#### **EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SENSORIMOTOR CORRECTION IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFECIT AND HYPERACTIVITY DISORDER**

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, <sup>2</sup>Moscow State University of Psychology and Education, <sup>3</sup>Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation (Moscow).

**Summary.** In this work, a study was conducted to assess the influence of neuropsychological correction on the attention of children of senior preschool age with attention deficit hyperactivity disorder. The research program is based on the method of sensorimotor correction. Primary and repeated diagnostics of the subjects' attention were carried out using a proof test, the Pieron-Ruzer technique, Schulte tables, the Kogan test, the Toulouse-Pieron technique, and also the Rey intertwined lines test. The reliability of the results obtained was confirmed by statistical criteria (nonparametric Mann-Whitney U test, Wilcoxon test).

**Keywords:** neuropsychological correction, sensorimotor correction, attention disorders, attention deficit hyperactivity disorder, senior preschool age.

Н.В. Александрова<sup>1</sup>, Е.Ю. Емельянова<sup>2</sup>  
**НЕСТАЦИОНАРНАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ДЕТЯМ КАК ФАКТОР ПРЕВЕНЦИИ НАРУШЕНИЙ  
СОЦИАЛИЗАЦИИ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского»,

<sup>2</sup>БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» (Омск).

**Резюме.** Приоритетом современной детской психиатрии является развитие стационарозамещающих технологий, направленных на предотвращение социальной дизадаптации и госпитализма. Целью настоящего исследования явились систематизация данных научной литературы о стационарозамещающих технологиях и проведение на этой основе эмпирической оценки клинической и социальной эффективности комплексной программы деятельности психиатрического дневного стационара для детского населения (ПДС). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 251 пациента (в возрасте от 3 до 17 лет), проходившего лечение в ПДС в 2024 г. Эффективность оценивалась с помощью шкал CGI-I, VABS и ABC-C. Получены следующие результаты: у 78% пациентов зафиксирована клинически значимая положительная динамика, выявлен статистически значимый ( $p < 0,01$ ) прирост показателей по доменам «Коммуникация» и «Социализация», а также снижение поведенческих нарушений ( $p < 0,05$ ). Эффективность модели дневного стационара подтверждена эмпирически, что соответствует современным теоретическим представлениям о социально ориентированной психиатрической помощи и является действенным инструментом профилактики нарушений социализации.

**Ключевые слова:** детская психиатрия, дневной стационар, стационарозамещающие технологии, расстройства аутистического спектра, социализация, госпитализм, эффективность лечения.

**Введение.** Парадигмальный сдвиг в современной детской психиатрии от чисто биологической к биопсихосоциальной модели обусловил пересмотр организационных форм оказания помощи. Традиционная госпитализация в круглосуточный стационар все чаще рассматриваются как крайняя мера, поскольку сопряжены со значительными рисками: ятрогенным влиянием больничной среды, формированием госпитализма и, как следствие, глубокой социальной дизадаптацией ребенка [2]. В связи с этим основной вектор развития направлен на создание и совершенствование стационарозамещающих технологий.

В отечественной психиатрической школе традиционно уделяется большое внимание «средовому подходу». В работах А.А. Северного и Ю.С. Шевченко многократно подчеркивается, что терапевтическая среда не должна ограничиваться стенами учреждения [3]. Этот принцип находит отражение в практических разработках мультидисциплинарных бригад, где успех программ для детей с РАС и другими нарушениями напрямую зависит от слаженной работы психиатра, психолога, логопеда и других специалистов [1, 4]. Работы Н.К. Сухотиной показывают, что своевременное вмешательство в амбулаторных и полустационарных условиях является ключевым фактором профилактики тяжелых исходов [5].

Международный опыт подтверждает этот тренд. Такие форматы, как «Partial

Hospitalization Programs» (PHR), имеют солидную доказательную базу. Систематические обзоры показывают, что при лечении ряда расстройств PHR не уступают по клинической эффективности круглосуточному стационару, но при этом значительно снижают риск стигматизации и более позитивно воспринимаются семьями [7]. Исследования доказывают, что программы дневного пребывания, включающие тренинги для родителей (Parent Management Training), ведут к более стойким улучшениям поведения [6]. Экономический аспект также важен: стоимость лечения в PHR на 40-60% ниже по сравнению с круглосуточной госпитализацией [8].

**Целью настоящего исследования** является анализ и систематизация современных научных представлений об организации стационарозамещающих форм психиатрической помощи детям и на этой основе эмпирическая оценка клинической и социальной эффективности комплексной мультидисциплинарной программы психиатрического дневного стационара для детского населения (ПДС) бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Омская клиническая психиатрическая больница».

**Материал и методы.** Исследование носило ретроспективный характер и основывалось на анализе медицинской документации (формы № 003/у). В выборку был включен 251 пациент, прошедший курс лечения в ПДС в 2024 г.

Для оценки эффективности применялся валидированный психодиагностический инструментарий: Шкала общего клинического впечатления (CGI-I) для оценки глобальной динамики состояния; Шкала адаптивного поведения Вайленда (VABS) для оценки социальных и коммуникативных навыков.

- Перечень отклоняющегося поведения (ABC-C) для оценки динамики поведенческих нарушений у пациентов с РАС.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для зависимых выборок в программе SPSS Statistics 26.0. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Демографическая и клинико-социальная характеристика выборки. В исследовании приняли участие 163 мальчика (64,9%) и 88 девочек (35,1%). Преобладала группа детей дошкольного и младшего школьного возраста (80,8%). Половина пациентов, 125 человек (49,8%), имела статус ребенка-инвалида. Анализ нозологической структуры (по МКБ-10) показал преобладание расстройств нейроонтогенетического спектра: общие расстройства развития (F84), преимущественно РАС, — 115 человек (45,8%); гиперкинетические расстройства (F90) — 68 пациентов (27,1%); тревожные расстройства (F41) — 42 человека (16,7%). Остальные 10,4% включали расстройства поведения (F91), тикозные расстройства (F95), ОКР (F42) и др.

Клиническая и социальная эффективность. По завершении курса лечения у 78% пациентов была зафиксирована клинически значимая положительная динамика («значительное» или «умеренное» улучшение по шкале CGI-I). Случаев ухудшения состояния не наблюдалось. Сравнительный анализ показателей по шкале VABS выявил статистически значимый прирост в доменах «Коммуникация» ( $p < 0,01$ ) и «Социализация» ( $p < 0,01$ ). У пациентов с РАС было отмечено статистически значимое снижение ( $p < 0,05$ ) выраженности поведенческих нарушений по шкале ABC-C, в частности раздражительности и стереотипий.

**Обсуждение.** Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической и социальной эффективности исследуемой модели дневного стационара. Достижение положительной динамики у подавляющего большинства пациентов

(78%) при отсутствии случаев ухудшения подтверждает действенность и безопасность комплексного мультидисциплинарного подхода.

Особенно важным является доказанное улучшение показателей социального функционирования. Статистически значимый прирост в навыках коммуникации и социализации напрямую указывает на то, что программа ПДС успешно решает главную задачу превенции социальной дизадаптации. Это согласуется с данными мировой литературы, где сохранение ребенка в привычной среде и активное вовлечение семьи в терапевтический процесс рассматриваются как ключевые факторы успеха [3, 6]. Результаты нашего исследования на практике подтверждают выводы Кокрейновского обзора [7] о том, что стационарозамещающие формы помощи являются эффективной альтернативой традиционной госпитализации.

**Ограничения исследования.** К сильным сторонам работы относится использование стандартизированных шкал и анализ репрезентативной выборки реальной клинической практики. Однако необходимо отметить и ограничения: ретроспективный дизайн не позволяет установить причинно-следственные связи, а отсутствие контрольной группы не дает возможности полностью исключить влияние факторов естественного созревания.

### **Выводы.**

1. Анализ научной литературы показал, что развитие стационарозамещающих технологий является глобальным трендом в детской психиатрии, направленным на минимизацию рисков госпитализма и повышение социальной направленности помощи.

2. Эмпирическое исследование деятельности ПДС продемонстрировало высокую клиническую эффективность (78% пациентов с улучшением) и безопасность (отсутствие случаев ухудшения) данной модели.

3. Доказано статистически значимое положительное влияние программы на социальное функционирование детей, включая улучшение коммуникативных навыков и снижение поведенческих нарушений, что является прямым фактором профилактики социальной дизадаптации.

4. Опыт работы омского ПДС является локальным эмпирическим подтверждением глобальных тенденций и на практике реализует как принципы отечественной средовой терапии, так и подходы международной доказательной медицины.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бачило Е.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и др. Опыт организации дневного стационара для детей с расстройствами аутистического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 1 (98). С. 69–74.

2. Иовчук Н.М., Северный А.А. Современные организационные модели помощи детям с психическими расстройствами и их семьям // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019 (19). № 2. С. 8–16.

3. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: Спорт и культура, 2008. 392 с.

4. Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Комплексная помощь детям с расстройствами аутистического спектра в условиях дневного стационара // Психическое здоровье. 2017. № 4. С. 3–11.

5. Сухотина Н.К. Профилактика нарушений психического развития у детей группы высокого риска // Ж. неврол. и психиатр им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 5. С. 4–9.

## REFERENCES

1. Bachilo E.V., Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V. i dr. Opyt organizatsii dnevnogo stacionara dlya detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra // Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2018. # 1 (98). S. 69–74.
2. Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Sovremennye organizatsionnye modeli pomoshhi detyam s psikhicheskimi rasstrojstvami i ikh sem'yam // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2019 (19). # 2. S. 8–16.
3. Psikhicheskoe zdorov'e detej i podrostkov v kontekste psikhologicheskoy sluzhby / Pod red. Yu.S. Shevchenko. M.: Sport i kul'tura, 2008. 392 s.
4. Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V., Makushkin E.V. Kompleksnaya pomoshh' detyam s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v usloviyakh dnevnogo stacionara // Psikhicheskoe zdorov'e. 2017. # 4. S. 3–11.
5. Sukhotina N.K. Profilaktika narushenij psikhicheskogo razvitiya u detej gruppy vy'sokogo riska // Zh. nevrol. i psikiatr im. S.S. Korsakova. 2013. T. 113. # 5. S. 4–9.
6. Kolko D.J., et al. Improving outcomes for children with disruptive behavior problems: a randomized trial of a community-based treatment program // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. — 2014. — Vol. 43(2). — P. 283–298.
7. Shelef K., et al. Partial hospitalisation versus inpatient hospitalisation for adolescents with psychiatric disorders. // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2015. — Issue 1. Art. No.: CD009581.
8. Zima B.T., et al. A cost-effectiveness analysis of a specialty mental health-primary care integration model for children // Psychiatric Services. — 2017. — Vol. 68(11). — P. 1164–1171.

N.V. Alexandrova<sup>1</sup>, E.Yu. Emelyanova<sup>2</sup>

# NON-STATIONARY FORM OF PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN AS A FACTOR IN PREVENTING OF SOCIALIZATION DISORDERS: EXPERIENCE AND PROSPECTS

<sup>1</sup>Omsk State University named after F.M. Dostoevsky, <sup>2</sup>Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov (Omsk).

**Summary.** The priority of modern child psychiatry is the development of hospital-substituting technologies aimed at preventing social maladjustment and hospitalism. The aim of this study was to systematize the scientific literature data on hospital-substituting technologies and, on this basis, conduct an empirical assessment of the clinical and social effectiveness of a comprehensive program for the activities of a psychiatric day hospital for children (PDS). A retrospective analysis of the medical records of 251 patients (aged 3 to 17 years) treated in the PDS in 2024 was conducted. Efficiency was assessed using the CGI-I, VABS and ABC-C scales. The following results were obtained: 78% of patients showed clinically significant positive dynamics, statistically significant ( $p < 0.01$ ) increase in indicators for the domains "Communication" and "Socialization", as well as a decrease in behavioral disorders ( $p < 0.05$ ) were revealed. The effectiveness of the day hospital model was confirmed empirically, which corresponds to modern theoretical concepts of socially oriented psychiatric care and is an effective tool for preventing socialization disorders.

**Keywords:** child psychiatry, day hospital, hospital-substituting technologies, autism spectrum disorders, socialization, hospitalism, treatment effectiveness.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ  
ВОЗРАСТЕ: ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ,  
КРИТЕРИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИНДИКАТОРЫ  
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский универси-  
тет» (Рязань).**

**Резюме.** В определении психологического насилия над детьми и подростками на первый план выступает категория отношения, что позволяет обозначить наличие между взрослым и ребенком сложившегося устойчивого паттерна пагубного воздействия. Психологическое насилие всегда воплощается в виде серии повторяющихся инцидентов, во время каждого из которых на ребенка направлены одно или несколько психологически жестоких действий. Выявлены и описаны четыре критериальных показателя и соответствующие им индикаторы, позволяющие дифференцировать психологическое насилие над детьми и подростками от феноменологически близких явлений.

**Ключевые слова:** психологическое насилие, эмоциональное насилие, эмоциональное пренебрежение, детский возраст, подростковый возраст, жестокое обращение с детьми, насилие над детьми, критерии.

Жестокое обращение с детьми и подростками продолжает оставаться глобальной социально-психологической и правовой проблемой. Согласно сообщениям Детского фонда ООН, практически 60% детей в возрасте до 5 лет подвергаются разным видам насильственного обращения [12]. Любые насильственные действия (физическое насилие и телесные наказания, эмоциональное насилие, пренебрежение различными нуждами ребенка, сексуализированное насилие) сопровождаются психологической жестокостью. Однако именно психологическое насилие над детьми и подростками является самым распространенным видом жестокого обращения. На основании серии мета-анализов M. Stoltenborgh et al. (2015) выяснили, что обособленно на долю эмоционального насилия приходится 36,3% случаев жестокого обращения с детьми и подростками, а на долю эмоционального пренебрежения – 18,4% случаев (для сравнения: физическому насилию подвергаются 226 детей из 1000, сексуализированному насилию – 127 детей из тысячи) [15].

Проведение регулярных исследований распространенности психологического насилия над несовершеннолетними представляется затруднительным по нескольким причинам. Прежде всего, из-за отсутствия непротиворечивого определения и оформленной системы критериальных показателей и индикаторов, позволяющих точно и недвусмысленно отделить данное психологическое явление от иных, феноменологически близких явлений (например, дисциплинарных взысканий, буллинга). В отличие от других разновидностей жестокого обращения, психологическое насилие не сопровождается очевидными для посторон-



них, объективными признаками наступивших ближайших последствий. Психологически жестокое обращение и эмоциональное пренебрежение по своей сути являются «невидимыми», что сказывается не только на статистических показателях, но и на практике защиты прав пострадавших и оказании им своевременной клиничко-психологической и социально-правовой помощи. Констатация самого факта совершенного психологического насилия базируется преимущественно на самоотчетах, для оценки содержания которых также необходима система критериальных показателей и индикаторов [11]. Самоотчеты, предоставленные взрослыми пострадавшими, содержат воспоминания о пережитом в детском и подростковом возрасте психологически жестоким обращении, что закономерно ставит вопрос об их достоверности. Однако сама природа психологического насилия в виде регулярности и повторяемости актов психологической жестокости обуславливает высокую степень точности воспоминаний и их малую подверженность изменениям. Многократно пережитые насильственные действия обычно сохраняются в автобиографической памяти в виде своеобразной «схемы», в которую включаются не детали конкретных эпизодов, а характеристики агрессора и наиболее значимые аспекты того, что происходило [6].

Психологическое насилие, пережитое в детском и подростковом возрасте, провоцирует структурно-функциональные нарушения головного мозга, формирует предрасположенность к развитию соматических возраст-зависимых заболеваний, психических и поведенческих расстройств, приводит к снижению социально-экономического статуса и качества жизни [13, 16, 17].

Таким образом, изучение распространенности психологического насилия и его отдаленных последствий имеет, прежде всего, прикладную ценность для общественного здравоохранения, практики правоприменения и практической психологии, но требует использования адекватной терминологии, разработки и внедрения системы недвусмысленных критериальных показателей.

**Цель данного теоретического исследования** – обоснование терминологических границ понятия «психологическое насилие над детьми и подростками», критериальных показателей и индикаторов соответствующего поведенческого феномена.

**Материалы и методы.** В основу данной работы положена методология составления нарративного обзора литературы. Поиск научных материалов проводился в отечественных (научная электронная библиотека elibrary.ru; портал психологических изданий PsyJournals.ru) и зарубежных (Web of Science; Scopus; PubMed; ScienceDirect; PLOS; DOAJ) базах данных по ключевым словам: психологические насилие (psychological abuse/maltreatment), эмоциональное насилие (emotional abuse/maltreatment), вербальное насилие (verbal abuse), эмоциональное пренебрежение (emotional neglect), насильственная дисциплина (violent discipline).

**Результаты и их обсуждение.** Вплоть до начала XXI века психологическое насилие не изучалось обособленно в качестве отдельного, самостоятельного вида жестокого обращения с детьми и подростками [7, 8]. Внимание исследователей и практикующих специалистов было обращено к изучению последствий физиче-

ского и сексуализированного насилия, прежде всего, потому что их можно было объективно зафиксировать и доказать. Психологическая жестокость при этом рассматривалась как неотъемлемый компонент насильственных действий.

Трудности с разработкой отдельного определения во многом обусловлены тем, что в социальном контексте сложно дифференцировать такие явления, как психологическое насилие, дисфункциональное родительство, дисциплинарные взыскания [19]. Иными словами, когда меры воспитательного воздействия становятся избыточными и могут быть квалифицированы как психологическое насилие?

Одно из первых определений психологическому насилию над детьми и подростками было сформулировано Советом по профилактике жестокого обращения с детьми Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1999 г. Под психологическим насилием над детьми и подростками предлагалось понимать неспособность родителей или опекунов обеспечить соответствующую возрасту ребенка поддерживающую обстановку, включая доступность ключевого объекта привязанности, так, чтобы у ребенка сформировался устойчивый и полный спектр эмоциональных и социальных компетенций, адекватный его личностному потенциалу и актуальному социокультурному контексту [14]. По мнению специалистов ВОЗ, психологическое насилие охватывает такие действия взрослых, которые способны нанести существенный вред физическому, ментальному, духовному, моральному, социальному развитию ребенка. Кроме этого, в определении, предложенном ВОЗ, содержится ясное указание на то, что агрессором следует считать такого взрослого, который одновременно занимает позицию силы по отношению к ребенку, несет за него ответственность и располагает его доверием – прежде всего, родителя или опекуна, в некоторых случаях – иного близкого родственника, наставника. Базовым эмоциональным переживанием в ситуации психологического насилия признается именно злоупотребление доверием [18].

Психологическое насилие часто рассматривается в качестве «зонтичного термина», обобщающего такие явления, как эмоциональное насилие и эмоциональное пренебрежение (пренебрежение эмоциональными потребностями ребенка). По мнению D. Glaser (2002), в определении эмоционального насилия и эмоционального пренебрежения на первый план выступает категория взаимоотношений между ребенком и взрослым, которые характеризуются паттернами вредоносного взаимодействия, не требующими физического контакта [8]. В частности, в правоприменительной практике делается акцент на информационном характере насильственного воздействия как отличительном признаке психологического насилия [3].

Отдельно подчеркивается, что мотивация причинения ущерба ребенку не является значимым критериальным показателем психологического насилия [8, 9]. Однако в определении Н.В. Тарабриной (2007), наоборот, подчеркивается тенденция взрослого к манипулированию личными границами ребенка и его основополагающим правом на неприкосновенность частной жизни: «это любой способ поведения, используемый для того, чтобы управлять мыслями, чувствами и поступками другого против его желания, воли или убеждений, но с психо-

логической (а часто и материальной) выгодой для насильника» [5, с.77].

Замечено, что взрослый, проявляющий психологическую жестокость, не всегда понимает насильственную природу своих действий, однако по своему характеру они являются преднамеренными и последовательными [10]. Прежде всего, данная закономерность распространяется на спектр так называемых «воспитательных воздействий»: психологически жестокие действия могут быть продиктованы желанием взрослых «усовершенствовать» ребенка, сделать его более послушным и соответствующим ожиданиям или направлены на поддержание симбиоза с личностно незрелым взрослым. Тем не менее, для правоприменительной практики крайне важной является квалификация психологически жестоких действий как целенаправленных, ориентированных на причинение страданий и провоцирующих наступление негативных последствий для соматического и ментального здоровья [3].

При реализации эмпирических и прикладных исследований предпочтение отдается операциональным определениям психологического насилия, отличительной чертой которых являются конкретизация и перечисление психологически жестоких действий. Так, согласно дефиниции ВОЗ, в категорию «нефизические формы враждебного или отвергающего поведения» обобщаются: ограничения в передвижениях (запреты на посещения определенных мест); унижение; очернение (дискредитация); осуждение; запугивание; высмеивание [15]. В категориальной системе Американского профессионального сообщества по борьбе с жестоким обращением с детьми (American Professional Society on the Abuse of Children, APSAC) обозначены шесть основных категорий психологически жестоких действий родителей/опекунов: отвержение и презрительное отношение; запугивание; изолирование, ограничение социальных контактов; эксплуатация и развращение; отказ в эмоциональной поддержке; пренебрежение физическим и ментальным здоровьем, правами человека [19].

Последствия психологического насилия, пережитого в детском и подростковом возрасте, затрагивают все сферы функционирования и, строго говоря, не являются специфическими, что ограничивает нас в использовании данной категории в качестве критериального показателя [8].

Таким образом, один из немногочисленных консенсусов относительно понятийного статуса психологического насилия касается смещения фокуса внимания с перечисления его непосредственных и отдаленных последствий на описание проявлений психологической жестокости в терминах поведения агрессора.

По нашему мнению, в качестве критериальных показателей, отражающих сущность психологического насилия, корректно рассматривать следующие:

- *характер отношений между ребенком и взрослым.* Специфику психологического насилия над детьми и подростками определяет то, что психологически жестокие действия совершает значимый взрослый, который не только обладает властью и располагает доверием, но, прежде всего, должен защищать и заботиться [9]. Деструктивное влияние психологического насилия как раз обусловлено тем, что его источником выступает не посторонний человек (как, например, незнакомец в некоторых случаях сексуализированного насилия), а тот,

кому положено выступать в качестве объекта привязанности, обеспечивающего безопасность и психологическую поддержку.

- *периодичность и длительность*. Природа психологического насилия отличается от иных форм жестокого обращения: физическим или сексуализированным насилием может быть признан даже единичный акт посягательств взрослого человека на физическое здоровье или половую неприкосновенность ребенка. Психологическим насилием не могут считаться единичные или эпизодические акты, содержащие психологическую жестокость, – например, предпринятые родителями в отношении ребенка из-за плохого поведения. Разумные дисциплинарные взыскания, формирующие у ребенка представление о границах приемлемого поведения, являются неотъемлемой частью воспитательного процесса. Следовательно, психологическим насилием может быть признана только серия повторяющихся инцидентов, каждый из которых включает применение взрослым одного или нескольких психологически жестоких действий, направленных на ребенка [1, 2, 4].

В проанализированных нами определениях активно применяется категория отношения, то есть психологическое насилие характеризуется именно как устойчивый паттерн взаимодействия между взрослым и ребенком, который приводит к тому, что пострадавший воспринимает себя нелюбимым, нежеланным, дефектным или полезным исключительно для достижения некоторых инструментальных целей (получение социальных выплат, «спасение» родителей от развода или злоупотребления психоактивными веществами, присмотр за младшими сиблингами) [8, 10].

При этом квалификация психологического насилия на основании самоотчетов оказывается релевантной только при условии, что пострадавший на момент совершения над ним психологически жестоких действий достиг того уровня когнитивного развития, который позволяет интерпретировать происходящие события соответствующим образом. В этой связи интересны результаты проведенного нами опроса 300 молодых взрослых относительно опыта психологического насилия, пережитого ими до совершеннолетия. Обнаружено, что в самоотчетах респондентов возраст начала психологического насилия в среднем сопоставляется с периодом от 5 до 9 лет, когда отчетливо формируются способности к сравнению, осмыслению и категоризации собственного жизненного опыта. Те случаи, когда респонденты отмечали, что психологически жестокие действия продолжались на протяжении всего детства, начиная с возраста 1-2 лет, мы обозначаем как проявления «эффекта генерализации», то есть пострадавшие не помнят себя вне насильственного взаимодействия с родителями или опекунами.

Таким образом, если считать психологическим насилием только систематически повторяющиеся акты психологической жестокости, которым пострадавший подвергается на протяжении некоторого времени, то индикатором периодичности здесь будет служить то, с какой регулярностью агрессор прибегает к психологическому насилию, как часто повторяются насильственные действия. В качестве индикатора длительности можно рассматривать тот временной про-

межутков, на протяжении которого с заявленной периодичностью пострадавший подвергается психологическому насилию.

- *стереотипная модель поведения агрессора*. Психологическое насилие воплощается в конкретных поведенческих актах, которые можно рассматривать в качестве отдельных индикаторов. Психологически жестокие действия следует классифицировать по критериям активности-пассивности и вербальности-невербальности (рис. 1).



Рисунок 1. Пример систематики психологически жестоких действий.

Во многих эмпирических исследованиях универсальным индикатором психологического насилия признается именно вербальная агрессия (слова унижения, запугивания, оскорбления) [15]. Интересно, что крики упоминаются самими пострадавшими в качестве самостоятельной формы психологического насилия, независимо от самого содержания вербальной агрессии [10, 19]. Иными словами, психологически травмирует не только (и не столько) содержание высказывания, сколько именно громкость голоса.

D. Glaser предлагает в качестве индикаторов сложившейся в конкретном случае стереотипной модели психологического насилия рассматривать эмоциональную недоступность взрослого; проявления враждебности в коммуникации с ребенком; несоответствующий возрасту ребенка стиль общения; неспособность взрослого признавать индивидуальность ребенка; неспособность обеспечить интеграцию ребенка в социум [9].

- *негативные эмоциональные переживания у пострадавшего*. При квалификации случаев психологического насилия над детьми и подростками представляется сложным применить категорию ближайших последствий, поскольку они оказываются неочевидными и неспецифическими. На основании самоотчетов, предоставленных пострадавшими ретроспективно, можно судить о том, что в момент совершения над ними психологического насилия либо непосредственно после него они испытывали страх и беспомощность, сформировали пред-

ставление о себе как о неправильных, недостойных, некомпетентных. Следует отметить, что некоторые агрессоры действительно хотят спровоцировать у своих жертв именно такие переживания (запугать, оскорбить, унижить и т. п.). Другие же не видят каузальных связей между своими действиями, которые оказываются психологически жестокими, и переживаниями пострадавших в виде формирования негативного самоотношения и развития психопатологической симптоматики.

**Заключение.** Таким образом, при определении психологического насилия над детьми и подростками важно исходить не из перечисления причин, предикторов и негативных последствий, но основываться на категории отношения и описании устойчивых паттернов взаимодействия, в условиях которого взрослый оказывает на ребенка вредоносное нефизическое воздействие, ставя под угрозу его соматическое и ментальное благополучие.

**В качестве критериальных показателей, достаточно характеризующих психологическое насилие над детьми и подростками, мы предлагаем рассматривать: специфику отношений между взрослым и ребенком в виде дисбаланса власти и злоупотребления доверием; регулярность, периодичность и длительность; стереотипную модель поведения взрослого; констатацию негативных эмоциональных переживаний у ребенка, связанных с повторяющимися эпизодами психологической жестокости.** Выявление сочетания данных критериальных показателей в конкретном случае жестокого обращения с ребенком позволяет расценивать действия взрослого как принадлежащие к кластеру именно психологического насилия.

Самоотчеты пострадавших, составленные в том числе ретроспективно, должны содержать указания на конкретные поведенческие акты психологического насилия (индикаторы стереотипной модели поведения агрессора) и на собственные переживания по поводу случившегося; идентифицировать степень близости с агрессором, регулярность и периодичность насильственных действий. Такая комплексная оценка, по нашему мнению, послужит адекватным и всеобъемлющим свидетельством – как в практике научных исследований, так, возможно, и в правоприменительной практике.

*Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова Е.Н. Проблемы изучения распространенности и выявления случаев насилия над детьми // Национальный психологический журнал. 2007. № 1. С. 44-47.
2. Волкова Е.Н., Волкова И.В., Исаева О.М. Оценка распространенности насилия над детьми // Социальная психология и общество. 2016. Т. 7. № 2. С. 19-34.
3. Дмитренко А.П., Подгайный А.М., Супатаева Ж.Э. Психологическое насилие в уголовном праве: проблемы определения понятия, форм и пределов наказуемости // Право и практика. 2019. № 4. URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-nasilie-v-ugolovnom-prave-problemy-](https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-nasilie-v-ugolovnom-prave-problemy)

opredeleniya-ponyatiya-form-i-predelov-nakazuemosti (дата обращения: 03.02.2025).

4. Насонова У.А., Катунова В.В. Проблема доказательности насилия, пережитого в детстве: идентификация знаков травматизации // Неврологический вестник. Ж. им. В.М. Бехтерева. 2018. Т. L. № 4. С. 99-102.

5. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007. 208 с.

6. Фаустова А.Г. Подходы к решению проблемы достоверности воспоминаний о пережитом в детском возрасте жестоком обращении // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. Т. 12. № 1 (44). С. 8-22. <https://doi.org/10.23888/humJ20241218-22>

## REFERENCES

1. Volkova E.N. Problemy` izucheniya rasprostranennosti i vy`yavleniya sluchaev nasiliya nad det`mi // Naczional`ny`j psikhologicheskij zhurnal. 2007. # 1. С. 44-47.

2. Volkova E.N., Volkova I.V., Isaeva O.M. Oczenka rasprostranennosti nasiliya nad det`mi // Soczial`naya psikhologiya i obshhestvo. 2016. Т. 7. # 2. S. 19-34.

3. Dmitrenko A.P., Podgajny`j A.M., Supataeva Zh.E`. Psikhologicheskoe nasilie v ugovnom prave: problemy` opredeleniya ponyatiya, form i predelov nakazuemosti // Pravo i praktika. 2019. # 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-nasilie-v-ugolovnom-prave-problemy-opredeleniya-ponyatiya-form-i-predelov-nakazuemosti> (data obrashheniya: 03.02.2025).

4. Nasonova U.A., Katunova V.V. Problema dokazatel`nosti nasiliya, perezhitogo v detstve: identifikacziya znakov travmatizaczii // Nevrologicheskij vestnik. Zh. im. V.M. Bekhtereva. 2018. Т. L. # 4. S. 99-102.

5. Tarabrina N.V. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa: Teoriya i metody`. М.: Kogito-Czentr, 2007. 208 s.

6. Faustova A.G. Podkhody` k resheniyu problemy` dostovernosti vospominanij o perezhitom v detskom vozraste zhestokom obrashhenii // Lichnost` v menyayushhemsya mire: zdorov`e, adaptacziya, razvitie. 2024. Т. 12. # 1 (44). S. 8-22. <https://doi.org/10.23888/humJ20241218-22>

7. Egeland B. Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology // Child abuse & neglect. 2009. Vol. 33, № 1. P. 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004>

8. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework // Child abuse & neglect. 2002. Vol. 26, № 6-7. P. 697-714. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00342-3)

9. Glaser D. How to deal with emotional abuse and neglect: further development of a conceptual framework (FRAMEA) // Child abuse & neglect. 2011. Vol. 35, № 10. P. 866-875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002>

10. Hibbard R., Barlow J., Macmillan H. Psychological maltreatment // Pediatrics. 2012. Vol. 130, № 2. P. 372-378. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1552>

11. Mathews B., Pacella R., Dunne M.P., et al. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies // PLOS ONE.

2020. Vol. 15. № 1. P. e0227884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>

12. Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home. UNICEF. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline>. (дата обращения: 09.02.2025).

13. Nemeroff C.B. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect // *Neuron*. 2016. Vol. 89, № 5. P. 892-909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>

14. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/65900>. (дата обращения: 09.02.2025).

15. Stoltenborgh M., Bakermans-Kranenburg M.J., Alink L.R.A., et al. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses // *Child Abuse Review*. 2015. № 24. P. 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

16. Taillieu T. L., Brownridge D. A., Sareen J., et al. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States // *Child abuse & neglect*. 2016. № 59. P. 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.005>

17. Teicher M.H., Gordon J.B., Nemeroff C.B. Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education // *Molecular Psychiatry*. 2022. № 27. P. 1331-1338. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01367-9>

18. Teicher M.H., Samson J.A. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes // *The American journal of psychiatry*. 2013. Vol. 170, № 10. P. 1114-1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>

19. Trickett P.K., Mennen F.E., Kim K., et al. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification // *Child abuse & neglect*. 2009. Vol. 33. № 1. P. 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.003>

**A.G. Faustova**

**PSYCHOLOGICAL ABUSE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE:  
TERMINOLOGICAL BOUNDARIES, CRITERIONS AND INDICATORS  
Ryazan State Medical University (Ryazan).**

**Summary.** In defining psychological abuse of children and adolescents, the category of relationship comes to the forefront, which allows us to identify the presence of a stable pattern of harmful influence between an adult and a child. Psychological abuse is always embodied in the form of a series of repeated incidents, during each of which one or more psychologically cruel actions are directed at the child. Four criterion indicators and corresponding indicators are identified and described, allowing us to differentiate psychological abuse of children and adolescents from phenomenologically similar phenomena.

**Keywords:** psychological abuse; emotional abuse; emotional neglect; childhood; adolescence; child abuse; child maltreatment; criterions.



---

УДК 159.9.072

**Л.В. Павлей, О.Н. Солодчук, Ю.С. Филатова, О.В. Желткевич, Л.А. Крамская**  
**СОМАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ**  
**РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД**  
**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский универси-**  
**тет» (Ярославль).**

**Резюме.** В статье представлен обзор литературы по проблеме вегетативной дисрегуляции у детей и подростков. Рассматриваются клинко-психологические аспекты вегетативной дисрегуляции, роль вегетативной нервной системы в поддержании гомеостаза организма, регуляции функции сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем. Анализируются исследования психологических факторов, которые могут усугублять нарушения вегетативной регуляции. Для написания статьи были проанализированы исследования, опубликованные в период с 2018 по 2025 гг., с акцентом на соматопсихологические аспекты вегетативной дисрегуляции. Использовались базы данных PubMed, Scopus, Российская научная электронная библиотека (eLIBRARY) и др. источники.

**Ключевые слова:** вегетативная нервная система, вегетативная регуляция, вегетососудистая дистония, вегетативная дисрегуляция, подростковый возраст, соматопсихологические аспекты заболеваний в детском возрасте.

**Введение.** В последние годы наблюдается устойчивый рост как острых, так и хронических соматических заболеваний в детской популяции [4, 7]. Согласно данным эпидемиологических исследований, частота жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы у школьников достигает 60%, а у подростков этот показатель увеличивается до 82%. Причем 64% подростков предъявляют жалобы вегетативного характера, из них 81% случаев приходится на девушек 11-18 лет ( $p < 0,01$ ) [1, 4, 22, 31, 38]. Согласно данным ВОЗ (2023) и др., за последнее десятилетие отмечается значительный рост (на 11,3%) заболеваемости нервно-психическими расстройствами среди подростков 15-17 лет, включая вегетативные дисфункции, невротические состояния и нарушения зрения, что создает предпосылки для развития сопутствующей соматической патологии [7, 10, 12]. Как подчеркивают исследователи, в подростковом возрасте наблюдается кумулятивный эффект экзогенных (экологических) и эндогенных (метаболических) факторов, способствующих формированию как функциональных расстройств, так и манифестных заболеваний.

**Проблема исследования.** Согласно исследованиям Л.К. Антоновой и соавт. (2023), подростковый возраст характеризуется интенсивным соматическим и психическим развитием, сопровождающимся гормональной перестройкой и повышенной функциональной нагрузкой, связанной с психосоциальной адаптацией. При этом современный образ жизни подростков, по данным авторов, способствует формированию гипокинетического синдрома вследствие гиподинамии, избыточной зрительной нагрузки и нерационального питания, что негативно влияет на

состояние их здоровья [3]. Авторы отмечают, что у 60% подростков выявляется чрезмерное времяпровождение за телевизором (3–6 часов в день) и компьютером (до 5 раз в неделю), что усугубляет гиподинамию и статическое напряжение, способствуя развитию вегетативных и соматических дисфункций [3].

Ю.Р. Костюченко и соавт. выявили связь функциональных соматических расстройств с онлайн-поведением у подростков: у 6,7% обследованных диагностировано патологическое пользование интернетом, а у 42,4% - неадаптивное [11]. Через активную стимуляцию визуальной информацией происходит перегрузка нервной системы, что может отражаться на росте нервно-психического напряжения у современных подростков.

В школьном возрасте преобладают дети и подростки со второй группой здоровья (отсутствие хронических неинфекционных заболеваний, но наличие факторов риска, обуславливающих высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск). Доля школьников с хроническими заболеваниями в стадии компенсации (третья группа здоровья) составляет 20%–30% от общего числа обследованных. [1]. Доля здоровых школьников неуклонно снижается с возрастом, причем наибольшее количество патологии выявляется в старших классах (15–17 лет). По данным министерств образования и здравоохранения, доля практически здоровых выпускников составляет лишь 10%–15%. Более половины выпускников имеет 2–3 хронических заболевания, а каждый третий не пригоден к военной службе по состоянию здоровья [3, 6, 9].

**Клиническая картина соматических заболеваний у подростков** обусловлена интенсивным ростом и развитием организма в период полового созревания, а также процессами социализации. Л.С. Чутко отмечает, что вегетативные нарушения у подростков рассматриваются как болезнь адаптации, при которой ключевым патогенетическим механизмом выступает дезинтеграция центральных регуляторных структур мозга [21].

В этот период жизни могут проявляться транзиторные функциональные расстройства, а также ранее скрытые органические дефекты, что требует особого внимания со стороны специалистов в области педиатрии. Согласно исследованиям Л.П. Маринчевой, И.В. Куликовой, функциональные расстройства, и в частности вегетативная дисфункция, занимая значительное место в структуре подростковой заболеваемости, требуют ранней диагностики и комплексного терапевтического подхода для профилактики осложнений и улучшения качества жизни данной возрастной группы [14, 15]. Наибольший рост заболеваемости подростков в РФ отмечается по болезням, наиболее зависимым от образа жизни, то есть нарушениям опорно-двигательного аппарата, в частности различным видам нарушения осанки, нарушениям зрения, болезням органов пищеварения. Причины развития данных расстройств полиморфны, однако ключевыми являются неправильный режим питания, сна и отдыха, снижение двигательной активности, неконтролируемое использование гаджетов [3, 6, 7].

**Клиническая картина вегетативной дисрегуляции.** Как отмечает Л.К. Антонова, ключевым патогенетическим звеном формирования вегетативной дисфункции (ВД) является недостаточная эффективность компенсаторно-

приспособительных механизмов организма, что приводит к нарушению вегетативного гомеостаза. Однако, термин «вегетативная дисфункция» не имеет четких клинических критериев и может использоваться для обозначения состояния до завершения диагностического процесса либо как один из синдромов основного заболевания. Важно отметить, что термин ВД не является общепринятым в международной медицинской практике. Сопоставление с международными подходами к классификации и терминологии является актуальной задачей современной педиатрии [3].

М.Ю. Галактионова, А.М. Алискандиев описали такие клинические проявления вегетативной дисфункции у подростков, как головные боли напряжения (60,5%), эмоциональная лабильность (82,3%), нарушения сна (76,1%), кардиалгии (40,9%), а также гипергидроз, акроцианоз и желудочно-кишечные расстройства (47,2%). Также отмечались вегетативные кризы (вагоинсулярные, симпатoadреналовые и смешанные), лабильность артериального давления и нарушения сердечного ритма [1, 5]. Авторы W.R. Xu, J. Li, L.Y. Lei в 15-20% случаев выявили злокачественный вазовагальный обморок у детей [40].

Как установили А.М. Алискандиев с соавт., популяция подростков в среднегорных районах Дагестана демонстрирует специфические нарушения вегетативного гомеостаза, проявляющиеся достоверным отставанием по параметрам индекса массы тела (ИМТ) и значительной частотой дисгармоничного развития (39,3%) [1].

Основные симптомы, выявленные Л.Р. Эльжуркаевой, включали панические атаки, тахикардию, скачки артериального давления и нарушения пищеварения, что исследователи связывают с хроническим стрессом, малоподвижным образом жизни и несбалансированным питанием среди молодежи [22].

Согласно исследованиям С.А. Немковой, О.Н. Солодчук, при вегетативной дисрегуляции наблюдается высокая распространенность коморбидных астенических расстройств у значительной части подростков [17, 20].

J.P. Moak, J.P. Reinhart, выявили значимую корреляцию ( $r=0,42$ ,  $p<0,001$ ) между соматическими симптомами и интернализирующим поведением, что подтверждает связь физических жалоб с эмоциональными проблемами. Авторы отмечают временной тренд - в более поздних протоколах (2015-2019 гг.) регистрировалось на 15-20% больше соматических жалоб по сравнению с ранними данными (2004-2010 гг.) [35].

Ю.Р. Костюченко и соавт. описали, что подростки с патологическим использованием интернета чаще страдали рецидивирующими головными болями (11,2%), болями в животе (22,9%) и астеническим синдромом (41,6%) по сравнению с группой адаптивного поведения ( $p<0,0001$ ) [11].

J.R. Boris, J.P. Moak выявили, что клинические проявления дисфункции у подростков часто развивается после скачка роста или менархе и у 33% сохраняются резидуальные проявления [24, 25].

Как отмечают Ж.Г. Зайцева, G. Sorek et al., вегетативная дисрегуляция у детей характеризуется дисбалансом симпатико-парасимпатической активности, при этом более 30% пациентов демонстрируют сопутствующие тревожно-депрессивные расстройства, которые через механизмы нейропластичности

(включая уменьшение объема гиппокампа) усугубляют соматические проявления, формируя порочный патогенетический круг [6, 39].

Согласно исследованиям Л.К. Антоновой и соавт., у детей с кардиологической патологией вегетативные нарушения проявляются комплексом кардиоваскулярных симптомов (аритмии, ортостатическая дисрегуляция, вазомоторные расстройства), причем наиболее характерным является парадоксальное сочетание гиперваготонии с гиперсимпатикотонической реактивностью, что особенно выражено при психоэмоциональных нагрузках [3].

Как показывают данные Е.П. Ситниковой, N. Grishkevich, у 20% детей с функциональными соматическими симптомами выявляется психосоматический генез нарушений, при этом вагусная гиперактивность клинически проявляется комплексом нейровегетативных симптомов (абдоминальные боли, сосудистые реакции, нарушения сна), что требует дифференцированного подхода к терапии с учетом циркадных ритмов вегетативной регуляции [19, 30].

Согласно исследованиям Е.В. Крукович, Ж.Г. Зайцевой, L. Lei et al., суточные колебания эмоционального состояния и стрессогенные факторы оказывают значимое модулирующее влияние на клинические проявления кардиологических нарушений у детей, что подтверждает роль психоэмоциональной лабильности в патогенезе функциональных сердечно-сосудистых расстройств в педиатрической популяции [6, 12, 34].

У детей с функциональными гастроэнтерологическими заболеваниями, по данным Е.П. Ситниковой, О.Н. Солодчук, S.W. Porges, часто наблюдаются вегетативные дисфункции (ВД), проявляющиеся абдоминальными болями, диспепсией, нарушениями моторики ЖКТ и другими симптомами, что связано с дисрегуляцией оси «кишка–мозг» [19, 20, 36]. Согласно Римским критериям IV, ключевым патогенетическим звеном этих расстройств является висцеральная гиперчувствительность, обусловленная нарушением взаимодействия между ЦНС, энтеральной нервной системой и кишечной микробиотой, что приводит к изменению висцерального восприятия и к моторной дисфункции.

Согласно исследованию D. Gözükcük, у детей с эндокринной патологией (сахарный диабет, тиреоидные нарушения) вегетативная дисфункция манифестирует полиморфной симптоматикой, включающей лабильность артериального давления, кардиальные аритмии, вегетативно-сосудистые реакции (гипергидроз, тремор) и нарушения пищевого поведения с изменением массы тела [29].

Кроме того, дети могут описывать различные сенестопатии, такие как неприятные и дискомфортные ощущения, включая колющие, тянущие, распирающие или ползущие чувства. В педиатрической практике жалобы могут варьировать от выраженных болевых синдромов до более диффузных и неясных симптомов. Эти проявления часто воспринимаются пациентами как значительные, что подчеркивает их влияние на качество жизни [2, 18].

**Вегетативная регуляция и соматоформные расстройства. Клинико-психологические особенности детей и подростков с вегетативной дисрегуляцией.** В случаях, когда субъективные жалобы присутствуют, но объективные данные, полученные в результате клинического осмотра врачом и лабораторно-

инструментальных исследований, отсутствуют или не подтверждают патологию, можно рассматривать возможность наличия соматоформного расстройства.

Н.Г. Куликова и соавт. обнаружили, что у детей с синдромом соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы выявлены следующие вегетативные показатели: у 35% детей - парасимпатикотония, у 54,1% - симпатикотония, а у 10,9% - смешанный тип регуляции [14].

Как отмечают Е.А. Кузнецова, Ж.Г. Зайцева и соавт., соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у подростков характеризуется полиморфными соматическими жалобами, эмоционально окрашенным их предъявлением и частыми обращениями к врачам различных специальностей при отсутствии объективных органических изменений. Авторы подчеркивают, что данные расстройства сопровождаются выраженной тревожностью и избегающим поведением, что требует комплексного психосоматического подхода к диагностике и лечению [6, 13].

Исследователи отмечают, что ключевыми диагностическими критериями психогенного характера симптоматики являются хроническое течение, драматизация жалоб и настойчивые требования дополнительных обследований, что характерно для подросткового возраста как периода повышенной вегетативной лабильности [2, 6].

Результаты опроса подростков, обратившихся с усугублением проблем физического и эмоционального состояния здоровья, показали, что основными признаками недомогания являются: панические атаки, которые сопровождаются такими симптомами, как тревожность, одышка и нехватка воздуха, повышенное потоотделение, онемение и похолодание конечностей, страх смерти. Также к признакам недомогания относят тахикардию или брадикардию, повышение или понижение артериального давления.

Механизм развития соматоформных расстройств можно описать следующим образом: стрессовые обстоятельства могут вызывать у человека сильное эмоциональное напряжение. В случае возникновения объективных причин для недомогания пациент испытывает ухудшение состояния, что сопровождается тревогой и чувством стыда. В дальнейшем, при повторной аналогичной ситуации, тревога усиливается и ребенок «прислушивается» к сигналам своего организма, что может привести к гиперчувствительности и восприятию незначительных изменений как болезненных симптомов [6, 8, 16].

При этом результаты соматических обследований не выявляют значимой патологии, а применение симптоматического лечения не приводит к стойкому улучшению состояния пациента. Несмотря на отсутствие объективных изменений в лабораторных и инструментальных исследованиях, такие пациенты часто обращаются к врачам соматического профиля (педиатрам, кардиологам, гастроэнтерологам и др.). Важной задачей квалифицированного специалиста является исключение соматической патологии, оказание поддержки пациенту и его успокоение, а также предотвращение ненужных диагностических процедур и вмешательств [3, 9, 11].

Так, рассматривая в рамках клинической психологии континуум «здоровье-

предболезнь-болезнь (расстройство)», мы можем констатировать, что комплекс многочисленных жалоб подростков, укладывающихся в функциональные расстройства, относятся к предболезни подростка и нуждаются во внимательном междисциплинарном рассмотрении с целью оказания профилактической помощи.

В.А. Ананьев описывает [2] многоуровневую патологическую функциональную систему - структурный аттрактор болезни, приводящую к нарушению адаптации подростков. Системообразующими факторами, по мнению автора, являются биологические переменные (генетические предпосылки, перенесенные заболевания детства, особенности физического развития, свойства баланса вегетативного реагирования и др.); психологические переменные (ведущие личностные черты, эмоции, преобладающие способы психологической защиты и копинг-стратегии личности); социальные переменные (нарушенная система отношений личности с родителями, сверстниками, учителями, социальные фрустраторы). В результате может формироваться патогенетический психосоматический паттерн реагирования на стресс. Без специально организованной медико-психологической помощи состояние психосоматического здоровья этих детей будет ухудшаться. По результатам исследований В.А. Ананьева и др., в группе подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и с соматоформной вегетативной дисфункцией наблюдались повышенные показатели депрессии, тревожности и соматизации [2].

Исаев Д.Н. с соавт., рассматривая вегетативную дисфункцию в рамках психосоматической медицины, выделяют психические факторы, влияющие на течение этих нарушений, и помимо клинических аспектов функциональных расстройств, по результатам психодиагностики детей разных возрастных групп, описывает психологический статус таких подростков. Дети с гипотензией легко возбудимы, сенситивны, ипохондричны, у них отмечаются повышенная тревожность, неуверенность в себе, недостаточная социальная приспособляемость. С возрастом, указывают авторы, у детей с гипотензией улучшается социальная приспособляемость, но увеличивается напряженность, эмоциональная сенситивность, общая тревожность. У детей с гипертензией выявлялась большая реактивность, раздражительность, напряженность, нетерпеливость, несобранность, нормальная социальная адаптированность. С возрастом у них увеличивается реактивность, нетерпеливость, напряженность, реактивная тревога [8, 9].

В работах Д.Н. Исаева были выявлены корреляции между личностными особенностями ребенка и степенью изменения артериального давления [8, 9]. В исследовании Е.А. Кузнецовой у подростков с вегетативной дисфункцией обнаружен повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, снижение настроения, а также признаки алекситимии [13], что также указывает на необходимость исследования соматопсихических и психосоматических соотношений в рассмотрении проблематики вегетативных дисфункций в детском и подростковом возрасте.

Современные изменения в микросоциуме подростков требуют более глубокого изучения динамических изменений вегетативного статуса. Важно исследовать закономерности функционирования компонентов автономного

контура вегетативной регуляции и патогенетические аспекты компенсаторно-приспособительных изменений. Патогенез вегетативного дисбаланса остается недостаточно изученным, и многие аспекты разрегуляции центрального и автономного контуров вегетативной регуляции требуют переосмысления. Это касается также дисметаболических и энергетических изменений, закономерностей адаптационных, регуляторных и функциональных взаимодействий [15, 22].

Так, дисбаланс в деятельности вегетативной нервной системы в сочетании с психологическими и социальными факторами образует клинко-психологический профиль подростков с синдромом вегетативной дисфункции и актуализирует комплексный характер психопрофилактической и коррекционной помощи. Таким образом, рассматривая синдром вегетативной дисфункции подростков и их клинко-психологический профиль не только в рамках психологии соматического больного, но и в контексте психосоматического подхода, мы можем выделить мишени психологической работы, кроющиеся в неэффективных стратегиях совладания со стрессом и фрустрацией, психоэмоциональном состоянии и адаптивных возможностях подростка.

**Диагностика вегетативной дисфункции.** Для диагностики ВД у детей используются различные методы: анализ вариабельности сердечного ритма; вегетативные пробы: оценка реакции артериального давления и сердечного ритма на различные стимулы; психологические методы исследования: оценка уровня тревожности, депрессии, астении и других психоэмоциональных факторов [1, 15, 26, 30].

L. Hartevelde et al. при обследовании здоровых детей обнаружили, что активность парасимпатической нервной системы снижается в подростковом возрасте. Активность симпатической нервной системы линейно снижалась с возрастом, что отражает уменьшение симпатического влияния на сердце по мере взросления [31].

Согласно исследованию W.S. Frye, у детей с пролапсом митрального клапана отмечается значимое снижение минимальной частоты сердечных сокращений по сравнению с контрольной группой, а также преобладание низкочастотных компонентов (LF) вариабельности сердечного ритма, что свидетельствует о дисбалансе вегетативной регуляции с усилением симпатической активности [28].

F.O.S. Hartevelde, A.O.S. Júnior, L.U. Signori et al выявили у детей с астмой (n=119) значимое повышение парасимпатической активности, что проявлялось в увеличении высокочастотного компонента вариабельности сердечного ритма (HF:  $45,9 \pm 14,6$  vs.  $40,7 \pm 13,6$  у здоровых,  $p=0,02$ ), снижении низкочастотного компонента (LF:  $54,1 \pm 14,6$  vs.  $59,3 \pm 13,6$ ,  $p=0,02$ ) и уменьшении соотношения LF/HF ( $1,12$  vs.  $1,59$ ,  $p=0,03$ ) [32].

D. Gözükcük et al. обнаружили, что у детей с сахарным диабетом 1 типа наблюдается снижение вариабельности сердечного ритма (SDNN: 115 мс vs. 148,3 мс в контроле,  $p<0,001$ ). У 20% пациентов выявлена ортостатическая гипотензия при проведении тилт-теста, что свидетельствует о симпатической дисфункции [29].

J.R. Boris, J.P. Moak рекомендуют проводить анализ нейрогуморальных нарушений: оксида азота, сероводорода и С-натрийуретического пептида для определения периферической вазодилатации и ортостатической гипоперфузии [24, 25].

**Подходы к лечению вегетативных дисфункций.** Современные подходы к лечению детей с вегетативной дисрегуляцией являются комплексными и включают как медикаментозную терапию, так и психологическую коррекцию и психотерапию.

Согласно исследованиям М.Ю. Галактионовой и В.Л. Грицинской [5], а также данным L. Lei, [34], медикаментозная терапия вегетативных нарушений у подростков требует дифференцированного подхода:  $\beta$ -блокаторы (метопролол, пропранолол в низких дозах 10–20 мг) демонстрируют эффективность при ортостатической тахикардии ( $\geq 30$  уд/мин) и сопутствующих симптомах, однако их применение при вазовагальных обмороках у детей и подростков не рекомендовано из-за отсутствия доказанной эффективности. При гиперadrenergическом подтипе постуральной ортостатической тахикардии показано применение клоидина (0,05–0,2 мг), снижающего уровень норадреналина, тогда как при нейрорпатической форме эффективен пиридостигмин (30–60 мг 3 раза в сутки), несмотря на риск побочных эффектов у 20% пациентов, а атомоксетин продемонстрировал способность снижать частоту вазовагальных обмороков (ОР 0,49). В случаях идиопатической синусовой тахикардии оптимальным выбором является ивабрадин (5,0–7,5 мг 2 раза в сутки), обеспечивающий купирование симптомов у 70% пациентов [3, 17, 19, 21].

Как отмечают Л.К. Антонова, С.А. Немкова, в современной терапии вегетативных дисфункций у детей приоритет отдается немедикаментозным подходам, включающим модификацию образа жизни с оптимизацией режима дня, коррекцией физической активности, рациона питания и улучшением качества сна, что в комплексе способствует нормализации вегетативного статуса у подростков [3, 17].

Согласно исследованиям L. Lei et al., у пациентов с ортостатической тахикардией повышенное потребление жидкости (до 3 л в сутки) и натрия хлорида (8–12 г в сутки) достоверно улучшает клинические проявления ортостатической непереносимости [34].

И.В. Куликова, Л.П. Маринчева установили, что курс психофизической тренировки у подростков с вегетативной дисфункцией привел к значительному снижению клинических проявлений: у ваготоников частота цефалгий уменьшилась с 45% до 12,5% ( $p < 0.01$ ), а кардиалгий - с 17,5% до 0%, тогда как у симпатикотоников нарушения сна сократились с 35% до 5% ( $p < 0.01$ ); систолическое АД снизилось со  $132,1 \pm 2,2$  до  $124,8 \pm 1,8$  мм рт.ст. ( $p < 0.05$ ), а диастолическое - с  $88,3 \pm 1,8$  до  $81,7 \pm 2,2$  мм рт.ст. ( $p < 0.05$ ), что коррелировало с уменьшением гиперсимпатикотонических реакций (с 60% до 30%,  $p < 0.01$ ) [14, 15].

В исследовании, проведенном Р. Huynh и соавт. подчеркивается, что пациентам следует избегать воздействия высоких температур (жарких помещений), интенсивных физических нагрузок, длительного стояния и дегидратации, а также применения нефротоксичных препаратов в связи с повышенным риском осложнений [33].

Как отмечают J. Li, A. Namer и S. Menahem, повышение вагусного тонуса у подростков может быть достигнуто с помощью комплекса физиологических и нефармакологических методов воздействия. Современные данные свидетельст-



вуют, что ряд физиологических подходов может эффективно стимулировать тонус блуждающего нерва в педиатрической практике. Кратковременное холодное воздействие (например, прохладный душ) активирует терморегуляторные механизмы вегетативной нервной системы, усиливая парасимпатическую активность. Дыхательные практики, включая контролируемую апноэ и диафрагмальное дыхание с частотой 5-6 циклов в минуту, стимулируют вагальные пути через механо- и барорецепторные механизмы. Аэробные водные нагрузки (плавание) и вокальные упражнения (пение) опосредованно повышают тонус блуждающего нерва за счет комбинированного воздействия на дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Кроме того, позиционные методики (йога, отдых на правом боку) способствуют вегетативному балансу путем снижения симпатической гиперактивности [38].

Когнитивно-поведенческая терапия демонстрирует клинически значимую эффективность в редукции соматических и психопатологических симптомов у педиатрических пациентов, что подтверждается мета-аналитическими исследованиями, регистрирующими снижение показателей тревожности на 40-60% ( $p < 0.01$ ) в сравнении с контрольными группами [2, 13].

**Заключение.** Вегетативная дисрегуляция является сложным мультидисциплинарным феноменом, требующим комплексного подхода к диагностике и лечению. Психоэмоциональные факторы играют важную роль в развитии и прогрессировании ВД, что подчеркивает необходимость интеграции психологических методов в клиническую практику. Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение молекулярных механизмов ВД и разработку персонализированных подходов к лечению. Таким образом, своевременная диагностика и комплексное лечение ВД могут улучшить качество жизни ребенка, адаптацию к болезни и эффективность проводимой терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алискандиев А.М., Алиев Х.А., Алискандиева З.А., Абдулмуслимов М.Т. Вегетативный гомеостаз у подростков горной зоны республики Дагестан. // Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии / Мат-лы IX Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием. Махачкала. 2024. С. 90-94.
2. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. СПб.: Речь, 2007. С. 84-89, С.51-55.
3. Антонова Л.К., Кушнир С.М., Кочегурова Е.М. [и др.] Очерки детской вегетологии / Под науч. ред. Л.К. Антоновой, С.М. Кушнирова. Тверь, Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2023. 170 с.
4. Всемирная организация здравоохранения / Показатели здоровья подростков, рекомендованные Консультативной группой глобальных действий по оценке здоровья подростков. Руководство по мониторингу состояния здоровья подростков на страновом, региональном и глобальном уровнях // ВОЗ. Текст: электронный. 2024. URL: <https://www.who.int/ru/publications/b/72987>.
5. Галактионова М.Ю., Грицинская В.Л. Эффективность энерготропной терапии в лечении вегетативной дистонии у подростков // Практика педиатра.

2023. № 1. С. 63-69.

6. Зайцева Ж.Г., Зайцева О.И., Колодяжная Т.А. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у подростков: вегетативный гомеостаз и реактивность мембран эритроцитов // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2021. Т. 13. № 5. С. 264-284.

7. Здоровье подростков и молодежи. Текст: электронный // Всемирная организация здравоохранения. 2023. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Дата публикации: 28.04.2023.

8. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Спец. лит., 1996. 453 с.

9. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. С.103-114.

10. Конова С.Р., Слипка М.И., Альбицкий В.Ю. [и др.]. Проблемы здоровья подростков в Российской Федерации. Текст: электронный // Альманах Института коррекционной педагогики. 2017. № 31. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-31/difficulties-of-development-of-communication-in-children-first-years-of-life-with-disabilities>. Дата публикации: 29.12.2017.

11. Костюченко Ю.Р., Потупчик Т.В., Эверт Л.С. [и др.]. Функциональные соматические расстройства у подростков с различным онлайн-поведением (на примере Красноярск) // *Врач*. 2022. Т. 33. № 12. С. 21-26. doi: [10.29296/25877305-2022-12-04](https://doi.org/10.29296/25877305-2022-12-04).

12. Крукович Е.В., Транковская Л.В. Состояние здоровья детей и определяющие его факторы. Владивосток: Медицина ДВ, 2018. С. 24.

13. Кузнецова Е.А. Особенности когнитивной и эмоционально-волевой сферы у подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией. Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб, 2017.

14. Куликова И.В., Волкова Н.Г. Особенности вегетативно-иммунного статуса детей с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (сравнительная оценка результатов комплексного метода восстановительного лечения) // *Новые исследования*. 2021. № 4 (68). С. 27-34.

15. Маринчева Л.П. Социально-психологические и клинические особенности подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы. Автореф. дис. канд. мед. наук. Архангельск, 2005.

16. Международная классификация болезней 10 пересмотра: URL: <https://mkb-10.com/> - Режим доступа общий.

17. Немкова С.А. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома вегетативной дисфункции у детей // *Ж. неврол. психиатр. им. С. С. Корсакова*. 2024. Т. 124. № 11. Вып. 2. С. 66-75. doi: [10.17116/январь202412411266](https://doi.org/10.17116/январь202412411266). PMID: 39576163.

18. Сантимов А.В. Психосоматические аспекты хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите. Автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2020. - 23 с.

19. Ситникова Е.П., Солодчу О.Н. Роль вегетотропной коррекции в ком-

плексном лечении хронических гиперацидных гастродуоденитов у детей // Вопросы детской диетологии. 2009. Т. 7. № 5. С. 62-64.

20. Солодчук О.Н. Нарушения состояния вегетативной нервной системы и их влияние на кислотообразующую и двигательную функции при хронической гастродуоденальной патологии у детей Автореф. дис. канд. мед. наук. Иваново. 2003. 19 с.

21. Чутко Л.С., Корнишина Т.Л., Сурушкина С.Ю. [и др.] Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 1. С. 43-49.

22. Эльжуркаева Л.Р. Симптоматика проявления вегетососудистой дистонии в подростковом возрасте // COLLOQUIUM-JOURNAL. 2020. №7 (59). С. 63-65.

#### REFERENCES

1. Aliskandiev A.M., Aliev Kh.A., Aliskandieva Z.A., Abdulmuslimov M.T. Vegetativny`j gomeostaz u podrostkov gornoj zony` respubliki Dagestan. // Aktual`ny`e problemy` pediatrii i detskoj khirurgii / Mat-ly` IX Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodny`m uchastiem. Makhachkala. 2024. S. 90-94.

2. Anan`ev V.A. Praktikum po psikhologii zdorov`ya. Metodicheskoe posobie po pervichnoj speczificheskoj i nespeczificheskoj profilaktike. SPb.: Rech`, 2007. S. 84-89, S.51-55.

3. Antonova L.K., Kushnir S.M., Kochegurova E.M. [i dr.] Oчерки detskoj vegetologii / Pod nauch. red. L.K. Antonovoj, S.M. Kushnira. Tver`, Red.-izd. cзentr Tver. gos. med. un-ta, 2023. 170 s.

4. Vsemirnaya organizacziya zdravookhraneniya / Pokazateli zdorov`ya podrostkov, rekomendovanny`e Konsul`tativnoj gruppoy global`ny`kh dejstvij po ocenke zdorov`ya podrostkov. Rukovodstvo po monitoringu sostoyaniya zdorov`ya podrostkov na stranovom, regional`nom i global`nom urovnyakh // VOZ. Tekst: e`lektronny`j. 2024. URL: <https://www.who.int/ru/publications/b/72987>.

5. Galaktionova M.Yu., Griczinskaya V.L. E`ffektivnost` e`nergotropnoj terapii v lechenii vegetativnoj distonii u podrostkov // Praktika pediатра. 2023. # 1. S. 63-69.

6. Zajczeva Zh.G., Zajczeva O.I., Kolodyazhnaya T.A. Somatoformnaya disfunkcziya vegetativnoj nervnoj sistemy` u podrostkov: vegetativny`j gomeostaz i reaktivnost` membran e`ritrocitov // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. T. 13. # 5. S. 264-284.

7. Zdorov`e podrostkov i molodezhi. Tekst: e`lektronny`j // Vsemirnaya organizacziya zdravookhraneniya. 2023. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Data publikaczii: 28.04.2023.

8. Isaev D.N. Psikhosomaticeskaya mediczina detskogo vozrasta. SPb.: Specz. lit., 1996. 453 s.

9. Isaev D.N. E`moczional`ny`j stress, psikhosomaticeskie i somatopsikhicheskie rasstrojstva u detej. SPb.: Rech`, 2005. S.103-114.

10. Konova S.R., Slipka M.I., Al`biczkij V.Yu. [i dr.]. Problemy` zdorov`ya podrostkov v Rossijskoj Federaczii. Tekst: e`lektronny`j // Al`manakh Instituta korrekczionnoj pedagogiki. 2017. # 31. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no>

31/difficulties-of-development-of-communication-in-children-first-years-of-life-with-disabilities. Data publikaczii: 29.12.2017.

11. Kostyuchenko Yu.R., Potupchik T.V., E`vert L.S. [i dr.]. Funkczional`ny`e somaticheskie rasstrojstva u podrostkov s razlichny`m onlajn-povedeniem (na primere Krasnojarska) // Vrach. 2022. T. 33. # 12. C. 21-26. doi: 10.29296/25877305-2022-12-04.

12. Krukovich E.V., Trankovskaya L.V. Sostoyanie zdorov`ya detej i opredelyayushhie ego faktory`. Vladivostok: Mediczina DV, 2018. S. 24.

13. Kuzneczova E.A. Osobennosti kognitivnoj i e`moczional`no-volevoj sfery` u podrostkov s somatoformnoj vegetativnoj disfunkcziej. Avtoref. dis. kand. psihol. nauk. SPb, 2017.

14. Kulikova I.V., Volkova N.G. Osobennosti vegetativno-immunnogo statusa detej s somatoformnoj disfunkcziej vegetativnoj nervnoj sistemy` (sravnitel`naya ocenka rezul`tatov kompleksnogo metoda vosstanovitel`nogo lecheniya) // Novy`e issledovaniya. 2021. # 4 (68). S. 27-34.

15. Marincheva L.P. Soczial`no-psihologicheskie i klinicheskie osobennosti podrostkov s somatoformnoj vegetativnoj disfunkcziej serdechno-sosudistoj sistemy`. Avtoref. dis. kand. med. nauk. Arkhangel`sk, 2005.

16. Mezhdunarodnaya klassifikacziya boleznej 10 peresmotra: URL: <https://mkb-10.com/> - Rezhim dostupa obshhij.

17. Nemkova S.A. Sovremennyy`e podkhody` k diagnostike i lecheniyu sindroma vegetativnoj disfunkczii u detej // Zh. nevrol. psikiatr. im. S. S. Korsakova. 2024. T. 124. # 11. Vy`p. 2. S. 66-75. doi: 10.17116/yanvar` 202412411266. PMID: 39576163.

18. Santimov A.V. Psichosomaticheskie aspekty` khronicheskogo boleвого sindroma pri yuvenil`nom idiopaticheskom artrite. Avtoref. dis. kand. med. nauk. Sankt-Peterburg, 2020. - 23 s.

19. Sitnikova E.P., Solodchu O.N. Rol` vegetotropnoj korrekczii v kompleksnom lechenii khronicheskikh giperacidny`kh gastroduodenitov u detej // Voprosy` detskoj dietologii. 2009. T. 7. # 5. S. 62-64.

20. Solodchuk O.N. Narusheniya sostoyaniya vegetativnoj nervnoj sistemy` i ikh vliyanie na kislotoobrazuyushhuyu i dvigatel`nuyu funkczii pri khronicheskoy gastroduodenal`noj patologii u detej Avtoref. dis. kand. med. nauk. Ivanovo. 2003. 19 s.

21. Chutko L.S., Kornishina T.L., Surushkina S.Yu. [i dr.] Sindrom vegetativnoj disfunkczii u detej i podrostkov // Zh. nevrol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2018. T. 118. # 1. S. 43-49.

22. E`l`zhurkaeva L.R. Simptomatika proyavleniya vegetososudistoj distonii v podrostkovom vozraste // COLLOQUIUM-JOURNAL. 2020. #7 (59). S. 63-65.

23. Biaggioni I. Dopamine Beta-Hydroxylase Deficiency. 2003 Sep 4 [updated 2024 Sep 26]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Amemiya A, editors. GeneReviews<sup>®</sup> [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2025. PMID: 20301647.

24. Boris JR, Moak JP. Pediatric postural orthostatic tachycardia syndrome: where we stand. // Pediatrics . 2022. 149(6):e2021054945. doi: 10.1542/peds.2021-

054945.

25. Boris J R, Sniatynski M J, Bernadzikowski T, Kristal B S. Comparison of paediatric patients evaluated for postural orthostatic tachycardia syndrome with and without tachycardia. // *Cardiol Young*. 2024 Oct;34(10):2132-2141. doi: 10.1017/S1047951124025526. Epub 2024 Sep 13. PMID: 39269253.

26. Debs R, Diene G, Cortadellas J, Molinas C, Kermorgant M, Tauber M, Pavy Le Traon A. Cardiovascular autonomic dysfunction and sleep abnormalities in children with Prader-Willi syndrome. // *Clin Auton Res*. 2024 Dec 4. doi: 10.1007/s10286-024-01083-8. Epub ahead of print. PMID: 39633031.

27. Delogu AB, Aliberti C, Birritella L, De Rosa G, De Rose C, Morello R, Cambise N, Marino AG, Belmusto A, Tinti L, Di Renzo A, Lanza GA, Buonsenso D. Autonomic cardiac function in children and adolescents with long COVID: a case-controlled study. // *Eur J Pediatr*. 2024. May;183(5):2375-2382. doi: 10.1007/s00431-024-05503-9. Epub 2024 Mar 6. PMID: 38446228; PMCID: PMC11035407.

28. Frye W.S., Greenberg B. Exploring quality of life in postural orthostatic tachycardia syndrome: A conceptual analysis. // *Auton Neurosci*. 2024 Apr; 252:103157. doi: 10.1016/j.autneu.2024.103157. Epub 2024 Feb 12. PMID: 38364354.

29. Gözüküçük D, İleri BA, Başkan SK, Öztarhan E, Güller D, Önal H, Öztarhan K. Evaluation of cardiac autonomic dysfunctions in children with type 1 diabetes mellitus. // *BMC Pediatr*. 2024 Apr 1;24(1):229. doi: 10.1186/s12887-024-04644-y. PMID: 38561716; PMCID: PMC10986024.

30. Grishkevich N., Evert L., Bakhshieva S., Kostyuchenko Y. Gender differences in functional somatic disorders of indigenous adolescents in Khakassia. 2022. Volume 11. Issue 2.

31. Hartevelde Lisette M, Nederend Ineke, Arend D J, Ten Harkel, Nienke M Schutte, Susanne R de Rooij, Tanja G M Vrijkotte, Helena Oldenhof, Arne Popma, Lucres M C Jansen, Jill Suurland, Hanna Swaab, Eco J C de Geus; FemNAT-CD collaborators \* Maturation of the Cardiac Autonomic Nervous System Activity in Children and Adolescents Collaborators, Affiliations Expand PMID: 33525889 PMCID: PMC7955328 DOI: 10.1161/JAHA.120.017405 J Am Heart Assoc 2021 Feb 16;10(4):e017405. doi: 10.1161/JAHA.120.017405. Epub 2021 Feb 2

32. Hartevelde Franco O.S., Júnior A.O.S., Signori L.U., Prietsch SOM, Zhang L. Cardiac autonomic modulation assessed by heart rate variability in children with asthma. // *Pediatr Pulmonol*. 2020. Jun;55(6):1334-1339. doi: 10.1002/ppul.24714. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32119199.

33. Huynh P., Brown A., Campisi L., Mruk A., Nguyen T., Raschka M., Afolabi T. Management of Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome in Pediatric Patients: A Clinical Review. // *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2024. Oct;29 (5): 456-467. doi: 10.5863/1551-6776-29.5.456. Epub 2024 Oct 14. PMID: 39411411; PMCID: PMC11472415.

34. Lei L.Y., Chew D.S., Sandhu R.K., Sheldon R.S., Raj S.R. Non-pharmacological and pharmacological management of cardiac dysautonomia syndromes. // *J Atr Fibrillation*. 2020. 13 (1):2395.

35. Moak J.P., Ramwell C. B., Gordish-Dressman H., Sule S. D., Bettini E. Small fiber neuropathy in children, adolescents, and young adults with chronic orthostatic intolerance and postural orthostatic tachycardia syndrome: A retrospective study // *Auton Neurosci.* 2024. Jun;253:103163. doi: 10.1016/j.autneu.2024.103163. Epub 2024 Mar 8. PMID: 38537312
36. Porges, S.W. (2024). Disorders of gut–brain interaction through the lens of polyvagal theory. *Neurogastroenterology and Motility*, e14926. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nmo.14926>
37. Reinhart J.P., Kumar AB, Casanegra AI, Rooke TW, Sartori-Valinotti JC, Tollefson MM, Klaas KM, Davis DM. Reply to "BASCULE syndrome: Additional evidence for the association with autonomic dysfunction" // *Pediatr Dermatol.* 2024. May-Jun;41(3):566. doi: 10.1111/pde.15549. PMID: 38743458.
38. Somatic complaints in adolescence Queixas somáticas na adolescência <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e220029>
39. Sorek G., Gagnon I., Schneider K., Chevignard M., Stern N., Fadida Ya., Kalderon L., Shaklai Sh., Katz-Leurer M. Changes in the cardiac autonomic control system during rehabilitation in children after severe traumatic brain injury // *Ann Phys Rehabil Med.* 2023 Mar;66(2):101652. doi: 10.1016/j.rehab.2022.101652. Epub 2022 Dec 5
40. Xu W.R., Jin H.F., Du J.B., Liao Y.. Malignant vasovagal syncope in children // *World J Pediatr.* 2025. Jan;21(1):41-47. doi: 10.1007/s12519-024-00867-2. Epub 2024 Dec 19. PMID: 39695047. // *Pediatr.* 2025. Янв;21(1):41-47. doi: 10.1007/s12519-024-00867-2. Опубликовано 19 декабря 2024 г. PMID: 39695047.

**L.V. Pavley, O.N. Solodchuk, Yu.S. Filatova, O.V. Zheltkevich, L.A. Kramskaya**  
**SOMATO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF VEGETATIVE**  
**REGULATION IN ADOLESCENTS: A MODERN VIEW**

**Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).**

**Summary.** The article presents a literature review on the problem of autonomic dysregulation in children and adolescents. The article considers clinical and psychological aspects of autonomic dysregulation, the role of the autonomic nervous system in maintaining homeostasis of the body, regulation of the cardiovascular, respiratory, digestive and other systems. Studies of psychological factors that can aggravate autonomic dysregulation disorders are analyzed. To write the article, studies published between 2018 and 2025 were analyzed, with an emphasis on the somatopsychological aspects of autonomic dysregulation. The following databases were used: PubMed, Scopus, Russian Scientific Electronic Library (eLIBRARY) and other sources.

**Keywords:** autonomic nervous system, autonomic regulation, vegetative-vascular dystonia, autonomic dysregulation, adolescence, somatopsychological aspects of diseases in childhood.

УДК 159.9

М.В. Аникеев<sup>1</sup>, Ю.А. Громова<sup>2</sup>, М.М. Прочухаева<sup>2</sup>, Т.В. Шалупина<sup>2</sup>, Н.Ш. Тюрина<sup>3</sup>

**ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА НА ОСНОВЕ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,  
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

<sup>1</sup>Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы, <sup>2</sup>Мой особый семейный центр детей-инвалидов «Роза ветров», <sup>3</sup>Московский городской педагогический университет (Москва).

**Резюме.** В статье представлен инновационный диагностический инструмент, разработанный на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Этот инструмент позволяет провести всестороннюю оценку функционирования, ограничений жизнедеятельности детей младенческого и раннего возраста, определить степень выраженности ограничений активности ребенка, представить развернутый профиль оцениваемых навыков на каждом этапе наблюдения, оценить не только существующие трудности, но и актуальные возможности ребенка, сформировать индивидуализированные программы сопровождения семьи.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, стандарт сопровождения, дети, рожденные раньше срока, дети с критическим состоянием в неонатальный период, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, оценка развития.

**Введение.** Программы ранней помощи получили свое активное развитие во второй половине XX века. Исследования различных областей развития младенцев и детей раннего возраста в период 1980–1990-х гг. международным и отечественным профессиональным сообществом позволили сформировать научные основы раннего вмешательства, а также реализовывать разнообразные практики помощи детям младенческого и раннего возраста и их семьям. В РФ практика помощи детям и их семьям в сенситивные периоды развития начала складываться наиболее активно в период с 90-х годов, проходя в своем развитии взлеты и падения. Современный этап развития отечественной системы ранней помощи, обозначенный в 2016 г. принятием Концепции развития ранней помощи в РФ, в 2023 г. характеризуется внесением ее в Федеральный закон (п. 8 ст. 2 № 651-ФЗ). В Москве в 2025 г. утвержден Стандарт сопровождения при предоставлении комплекса мероприятий и услуг по ранней помощи детям, рожденным раньше срока, а также детям с критическим состоянием в неонатальный период и их семьям. Организация системы ранней помощи сегодня опирается, с одной стороны, на имеющуюся междисциплинарную научную основу, сформированную в предыдущий период исследований [5], и в то же время нуждается в разработке новых подходов и инструментов, отвечающих современным представлениям о развитии, ограничениях здоровья и функционирования человека, помощи и т. д.

В арсенале специалистов ранней помощи представлено достаточно большое количество диагностических инструментов, позволяющих оценить уровень развития ребенка как по всем областям развития (Шкалы развития Бейли, Шка-

ла KID и RCDI-2000 и др.), так и прицельно в тех областях, которые находятся в зоне риска (оценка крупных моторных функций (шкала GMFM-88); программа оценки и определения этапов вербального поведения; модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (M-CHAT); ADOS-2 – план диагностического обследования при аутизме; особенности родительно-детского взаимодействия (оценка психологического взаимодействия родителя и ребенка - The Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA)). Отдельные диагностические инструменты позволяют не только оценить актуальный уровень развития ребенка, но и могут служить основой для разработки индивидуальной программы помощи ребенку и семье (Портаж, Каролина, Маленькие ступеньки). Однако предлагаемые и активно используемые в практике диагностические инструменты предполагают оценку навыков, но не учитывают влияние средовых барьеров на развитие ребенка, не позволяют сделать комплексную оценку навыков в возрастной динамике.

С момента активного развития ранней помощи ключевыми подходами к ее организации являлись: семейно-центрированный и междисциплинарный. С развитием представлений об инвалидности, ограничениях здоровья и функционирования и их оценке в медицине, а затем и в смежных областях формируется иной подход, основанный не на анализе болезни, приводящей к инвалидности, а на том, как влияет первичное нарушение на функционирование человека в целом. На смену Международной классификации болезней (МКБ) приходит Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) – инструмент, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), который используется для описания состояния здоровья и функционирования человека. В контексте реализации программ ранней помощи МКФ играет важную роль по нескольким причинам:

1. Реализует целостный, многофакторный подход к оценке состояния ребенка учитывает не только медицинские аспекты, но и социальные, экологические и личные факторы. Это позволяет специалистам глубже понять, как различные аспекты жизни ребенка влияют на его развитие и функционирование.

2. Помогает создавать индивидуализированные программы ранней помощи, учитывающие уникальные потребности каждого ребенка и его семьи.

3. Акцентирует внимание на контексте, в котором развивается ребенок, в первую очередь влияние семьи и средовых факторов в целом. Понимание и учет этих аспектов помогает разработать более эффективные стратегии поддержки.

4. Предоставляет общий язык для специалистов различных областей — врачей, психологов, педагогов и социальных работников, что способствует эффективности междисциплинарного взаимодействия.

5. Способствует пониманию состояния ребенка и его потребностей родителями, их активному участию в процессе ранней помощи.

6. Помогает формировать позитивный взгляд на развитие ребенка, выявляя не только ограничения, но и сферы его потенциального развития.

7. С помощью МКФ можно систематически отслеживать изменения в состоянии ребенка, оценивать эффективность вмешательства и адаптировать программы ранней помощи в зависимости от достигнутых результатов.



Таким образом, принятие МКФ в качестве методологической основы для проектирования и реализации индивидуальных программ ранней помощи (ИПРП) дополняет имеющиеся подходы - функциональным подходом. Его цель - повышение уровня функционирования ребенка на основании его личной активности и способности выполнять те или иные действия в естественной жизненной среде. Ключевой целью работы специалистов ранней помощи оказывается содействие развитию способности ребенка проявлять активность в повседневной жизни.

В соответствии с предложенным «Стандартом предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям» [7] все услуги, которые предоставляет служба ранней помощи на разных этапах сопровождения семьи, строятся на основе МКФ:

- определение нуждаемости в услугах ранней помощи (первичный прием);
- разработка ИПРП, включая оценочные процедуры;
- реализация ИПРП.

Хронологический анализ имеющихся исследований в области оценки развития детей младенческого и раннего возраста показал, что в период 2003-2009 гг. внимание ученых и практиков было сосредоточено на разработке и валидации структуры МКФ в качестве всеобъемлющей, многомерной системы классификации функционирования, а также определении потребности во вспомогательных инструментах оценки и измерениях. Исследования установили полезность МКФ в качестве общего языка для междисциплинарной практики, оформления клинической документации и исследований, подчеркивая его биопсихосоциальную модель. Так, в исследовании R.J. Simeonsson обозначены ключевые области применения МКФ в политике и практике выявления функциональных ограничений и определения стратегий раннего вмешательства, гарантирующих удовлетворение уникальных потребностей детей с ограниченными возможностями посредством создания соответствующих условий и поддержки в естественной среде [17]. Авторы подчеркивали, что МКФ служит универсальным стандартом защиты и реализации прав детей с ограниченными возможностями, изложенными в Конвенции ООН о правах ребенка.

В период 2010-2013 гг. происходило расширение возможностей практического применения МКФ в раннем вмешательстве в качестве практического инструмента оценки. Исследования включали разработку чек-листов и наборов кодов, адаптированных к конкретным возрастным группам. Подчеркивалась роль МКФ в качестве общего языка для облегчения общения между специалистами и семьями [10]. Отечественные авторы исследования на эмпирическом опыте обозначили трудности в разграничении активности и участия, обозначив направление дальнейших исследований и разработки надежных инструментов оценки [3].

Исследования 2014-2017 гг. были сосредоточены на сравнении инструмента МКФ с существующими методами скрининга активности и участия ребенка во всех аспектах жизнедеятельности, оценке его полноты и многомерности. В исследованиях рассматривались проблемы клинической реализации, учета культурного контекста, возможностей использования в различных системах здравоохранения и образования. Повышенное внимание уделялось интеграции экологических и личностных контекстуальных факторов в оценке и адаптации инструментов на основе МКФ к различным группам населения и международ-

ным условиям. Так, исследования Y.-L. Pan подтвердили, что МКФ облегчает междисциплинарную оценку младенцев с задержками развития, предоставляя структурированный набор кодов, позволяющий специалистам оценивать их функционирование в различных областях, включая функции организма, активность, участие и факторы окружающей среды, необходимые для услуг раннего вмешательства, подчеркивая необходимость валидации инструмента [15]. В другом исследовании МКФ использовалась в качестве инструмента оценки развития детей с церебральным параличом. Авторы сделали вывод о том, что его использование стандартизирует функциональную оценку, облегчая междисциплинарность оценивания развития младенцев и детей младшего возраста [16].

Следующие два года (2018-2020) были посвящены сопоставлению существующих инструментов оценки развития с МКФ и изучением возможности и эффективности их использования в услугах раннего вмешательства. Так, авторы, приводя результаты исследования комплексной оценки коммуникации детей младшего возраста с расщелиной неба на основе МКФ, делают вывод о том, что такая оценка предоставляет ценную информацию логопедам, позволяя определить подходы к коррекции речевых нарушений [11]. Значимость учета нарушений функций организма и способностей ребенка функционировать в повседневной деятельности, влияния социального окружения в комплексной оценке состояния здоровья детей с церебральными параличами подчеркивают отечественные исследователи [2].

В современной литературе периода 2021-2024 гг. особое внимание уделяется оценке вмешательств на основе МКФ, отслеживанию исходов развития и его применения с отдельными группами населения, такие как младенцы с задержкой развития и дети с аутизмом или нарушениями слуха. Исследования направлены на создание уточненных наборов кодов, интеграцию с другими инструментами оценки, поиск путей применения МКФ для учета влияния окружающей среды на развитие. Например, оценка развития недоношенных детей на основе биопсихосоциальной модели МКФ, включающая личностные факторы, функции и структуры организма, а также аспекты активности и участия, способствует комплексному уходу и последующему наблюдению в раннем детском возрасте [13]. Отечественные авторы подчеркивают влияние личностных факторов и функций организма на развитие ребенка и важность комплексного подхода к уходу за недоношенными новорожденными. МКФ позволяет сформулировать реабилитационный диагноз пациента в текущий момент времени, установить цели реабилитации, сформировать междисциплинарную реабилитационную команду, обосновать применение методов реабилитации и оценить результат реабилитационных интервенций у недоношенных детей с перинатальной патологией нервной системы [6]. Система комплексной оценки на основе МКФ позволяет проводить многомерную оценку детей, интегрируя когнитивное, речевое и двигательное развитие с факторами здоровья и окружающей среды на примере изучения детей с синдромом Дауна [1]. Кроме этого, исследования показывают, что оценка на основе МКФ позволяет выявить проблемы «функционирования ребенка «без диагноза», не имеющего какого-либо обследования, не находящегося под наблюдением специалистов, не имеющего

статуса инвалида, или ребенка с ограниченными возможностями здоровья» [8].

В целом анализ исследований показывает, что инструменты, основанные на МКФ, предлагают общий, универсальный язык оценки функционирования детей с инвалидностью для междисциплинарных исследований, клинической практики и политики [12], расширяют междисциплинарное сотрудничество в области раннего вмешательства [9], помогают в постановке целей вмешательства и документирования прогресса детей, обеспечивая учет всех аспектов развития ребенка [14].

Несмотря на то что МКФ предлагает надежную основу для оценки развития ребенка, ее внедрение сопряжено с трудностями, особенно в условиях нехватки ресурсов там, где доступ к комплексным инструментам оценки может быть ограничен, внедрение МКФ может потребовать от специалистов обширной подготовки для эффективного использования.

Таким образом, несмотря на признание в профессиональном сообществе МКФ значимой основой организации программ ранней помощи, проблема разработки единого инструмента, охватывающего и описывающего все домены и оцениваемые параметры, остается актуальной, в том числе применительно к детям младенческого и раннего возраста.

**Цель исследования:** раскрыть возможность применения МКФ в отечественной практике деятельности Центров ранней помощи г. Москвы для комплексной оценки динамики развития ребенка на примере разработанного инструмента - бланка оценки функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ребенка.

**Характеристика (дизайн) исследования.** Исследование проходило в несколько этапов. На первом этапе был проведен контент-анализ имеющихся инструментов оценки детей младенческого и раннего возраста, собственно МКФ и ее адаптации для детей и подростков, выделенных доменов. На втором этапе на массиве данных более чем 3 300 детей целевой группы были разработаны таблицы оценки активности и участия ребенка по МКФ от 0 до 36 месяцев, включающие в себя разделы доменов, собственно описание активности и участия, нормативное значение и метод оценивания, значение по исследуемому навыку, определение тяжести нарушения. Описание активности ребенка было сделано в соответствии с МКФ или описанием пользовательской категории\* (\* - уточняющая категория, введенная специалистами помогающих профессий, не противоречащая содержанию домена или поддомена). Второй этап исследования проходил на базе Координационного центра ранней помощи города Москвы, созданного во исполнение Приказов ДТСЗН г. Москвы от 13.01.2021 № 5, ДТСЗН и ДЗМ г. Москвы от 27.06.2022 г. № 609 625. Координационный центр ранней помощи обеспечивает межведомственное взаимодействие ДЗМ, ДТСЗН города Москвы и подведомственных 20 территориальных служб ранней помощи, открытых во всех округах Москвы. В исследовании принимали участия семьи с детьми целевой группы: дети в возрасте от рождения до 3 лет (3 года 11 месяцев 29 дней), имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, а также дети группы риска в возрасте от рождения до 3 лет с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социаль-

ного риска развития ограничений жизнедеятельности, дети из семей, находящихся в социально опасном положении. Состав участников исследования: дети первого года жизни 3,67%, дети второго года жизни 19,02%, дети третьего года жизни 41,71%, дети четвертого года жизни 35,59%. Из них мальчики 61,31 %, девочки 38,69%. Количество детей с установленной инвалидностью 18,61%, дети без установленной инвалидности 81,39%, из них дети, находящиеся в процессе установления инвалидности – 11%. Дети с установленными диагнозами: синдром Дауна – 2,76%, генетические синдромы – 5,74%, РАС – 7,16%, недоношенные дети – 10%. Степень ограничений функционирования детей по МКФ: легкие ограничения - 14,52%, умеренные ограничения – 66,22%, тяжелые ограничения – 18,21%, отсутствие ограничений – 1,05%.

На третьем этапе исследования с апреля 2025 г. в соответствии с Приказом № 311/239/Пр-281 от 27.03.2025 г ДЗМ, ДОНМ и ДТСЗН г. Москвы «О реализации проекта по оказанию ранней помощи детям, рожденным раньше срока, а также детям с критическим состоянием в неонатальный период и их семьям» проходила апробация разработанных бланков оценки в рамках сопровождения более чем 600 детей целевой группы.

Развитие ребенка – динамический процесс его прогрессивного движения от зависимости во всех видах активности в младенчестве к физической, социальной и психологической зрелости и независимости в подростковом возрасте. В этом динамическом процессе функционирование ребенка определяется непрерывным взаимодействием с родителями (или лицами, осуществляющими уход). Следовательно, функционирование ребенка необходимо рассматривать не в изолированной обстановке, а в контексте семейной системы. Зависимость от качества взаимодействия с близкими людьми в детской фазе развития оказывается выше, чем на более поздних этапах жизни. На этапе раннего детства вариативность развития обнаруживается чаще всего в несовпадении актуального уровня развития ребенка и его биологического возраста, прежде всего в варианте отставания или задержки развития. Отставания в развитии могут проявляться в каждом домене (например, познавательные функции, функции коммуникации и речи, функции мобильности и т.д.), они специфичны для возраста, на них оказывают влияние физические, психологические факторы и факторы окружающей среды. Эти вариации в функционировании или формировании возрастных навыков определяют концепцию задержки развития и часто служат основой для идентификации детей с повышенным риском формирования ограничений жизнедеятельности. Для детей важно рассматривать концепцию отставания или задержки в функционировании, формировании анатомических структур организма, сфер жизнедеятельности (активности и участия) в контексте определителя тяжести заболевания. МКФ включает термин и концепцию задержки развития, чтобы определить универсальный квалификатор для функций и структур организма, а также для активности и участия. Для документирования тяжести или величины проблемы функций и структур организма, активности и участия универсальный определитель МКФ охватывает 5 уровней: от «нет проблем» до «абсолютные проблемы» [4].

В процессе исследования на основании МКФ-ДП был разработан Бланк оценки функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ребен-

ка, в котором под каждый эпикризный срок представлен профиль оцениваемых навыков: 0-3 месяца, 3-6 месяцев, 6-9 месяцев, 9-12 месяцев, 12-18 месяцев, 18-24 месяца, 24-30 месяцев, 30-36 месяцев. В Бланке отражается общая информация о ребенке и его семье: дата приема; специалист(ы); фамилия, имя ребенка; дата рождения, возраст; скорректированный возраст (при недоношенности); на приеме с родителем (официальным представителем); состав семьи (кто ухаживает); кто направил; жалобы, трудности в повседневной жизни, запрос.

Структура предлагаемого диагностического инструмента содержит оценку динамики развития ребенка по 9 доменам:

- Д 1 Научение и применение знаний
- Д 2 Общие задачи и требования
- Д 3 Коммуникация
- Д 4 Мобильность
- Д 5 Самообслуживание (забота о себе)
- Д 6 Бытовая жизнь
- Д 7 Межличностное взаимодействие
- Д 8 Главные сферы жизни
- Д 9 Участие в общественной жизни

В каждом домене (области функционирования) МКФ представлены навыки (наблюдаемое поведение ребенка) в последовательности их становления и развития в соответствии с принятыми эпикризными сроками. Каждый домен используется как аналитический инструмент, позволяющий систематически исследовать стадии становления и развития деятельности ребенка, выявлять общие закономерности прогресса, детализировать поэтапное формирование и последующую интеграцию отдельных навыков и целостных функциональных комплексов.

В разработанных Бланках оценки функционирования жизнедеятельности ограничений и здоровья ребенка использована балльная система оценивания трудностей реализации оцениваемого навыка или активности и участия «0» – не делает и не пытается, «1» – пытается, но не получается, «2» – иногда получается, «3» – делает самостоятельно, но медленно, или с низким качеством, «4» – делает самостоятельно, устойчиво. Средний балл по домену соответствует степени выраженности нарушений в диапазонах:

- От 0 до 1,5 – тяжелые нарушения;
- От 1,5 до 2,5 – умеренные нарушения;
- От 2,5 до 3,5 – легкие нарушения

От 3,5 до 4 – нет нарушений. Степень выраженности нарушений или их отсутствие определяется сравнением средних значений по доменам, включенным в направления физического, интеллектуального и социального развития: в каждом направлении развития ребенка определяется домен с наименьшим средним значением, что указывает на тяжесть нарушения в формировании навыков (тяжелые, умеренные, легкие) (табл. 1).

Таблица 1.

Домен 4 «Мобильность» (30-36 месяцев) (d4).

Домен	Описание частей	Раздел домена	Описание активности и участия в соответствии с МКФ или описанием пользовательской категории* (* - уточняющая категория, введенная специалистами помогающих профессий, не противоречащая содержанию домена или поддомена)	Средний балл (соответствует степени выраженности нарушений)
Д4	Изменение и поддержание положения тела	d 410 Изменение основного положения тела	d 4100 Изменение позы при положении лежа	0
			d 4101 Изменение позы при положении на корточках	0
			d 4102 Изменение позы при положении на коленях	0
			d 4103 Изменение позы при положении сидя	0
			d 4104 Изменение позы при положении стоя	0
			d 4105 Наклон	0
			d 4106 Перемещение центра тяжести тела	0
		d 415 Поддержание положения тела	d 4150 Нахождение в положении лежа	0
			d 4151 Нахождение в положении на корточках	0
			d 4152 Нахождение в положении на коленях	0
			d 4153 Нахождение в положении сидя	0
			d 4154 Нахождение в положении стоя	0
			d 4158 Поддержание положения тела, дру-	0

		d 420 Перемещение тела	гое уточненное: контроль положения головы	
			d 4200 Перемещение тела в положении сидя	0
			d 4201 Перемещение тела в положении лежа	0
	Перенос, перемещение и манипулирование объектами	d 430 Поднятие и перенос объектов	d 4300 Поднятие	0
			d 4301 Перенос кистями рук	0
			d 4302 Перенос руками	0
			d 4305 Опускание объектов	0
		d 435 Перемещение объектов ногами	d 4350 Толкание ногами	0
			d 4351 Удар ногой	0
		d 440 Использование точных движений кисти	d 4400 Подбирание	0
			d 4401 Захват и удержание	0
			d 4402 Манипулирование	0
			d 4403 Отпускание	0
		d 445 Использование кисти и руки	d 4450 Подтягивание	0
			d 4451 Отталкивание	0
			d 4452 Вытягивание	0
			d 4453 Вращение или сгибание кистями рук или руками	0
			d 4454 Бросание	0
			d 4455 Поймать и схватить	0
	Ходьба и передвижение	d 450 Ходьба	d 4500 Ходьба на короткие расстояния	0
			d 4501 Ходьба на дальние расстояния (более 1 километра)	0
			d 4502 Ходьба по различным поверхностям (по наклонной, неровной, движущейся поверхности, типа травы, гравия)	0

		d 455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы	d 4503 Ходьба вокруг препятствий (мимо подвижных и неподвижных объектов, среди людей и животных)	0
			d 4550 Ползание	0
			d 4551 Преодоление препятствий (передвигается вверх или вниз по лестницам, бордюрам или другим объектам)	0
			d 4552 Бег	0
			d 4553 Прыжки	0
			d 4555 Передвижение с помощью безмоторных транспортных средств	0
	Передвижение с помощью транспорта	d 470 Использование пассажирского транспорта	d 4700 Использование транспорта, в котором движущей силой является человек	0
			d 4703 Использование людей для транспортировки	0
		Среднее значение по домену Д4 "Мобильность"		0

В зависимости от степени выраженности нарушений ребенка по направлениям развития формируется его ИПРП (Программа наблюдения в части социального сопровождения с учетом Социального стандарта) в виде занятий со специалистами (логопед, дефектолог, психолог, инструктор АФК). В ИПРП определяются цели развития ребенка по МКФ. Цели развития ребенка формируются специалистами совместно с родителями ребенка на основании углубленной оценки навыков ребенка.

Система оценки тяжести нарушений закреплена в Приказе № 416 от 19.05.2025 ДТСЗН г. Москвы «Об утверждении Стандарта сопровождения при предоставлении комплекса мероприятий и услуг по оказанию ранней помощи детям, рожденным раньше срока, а также детям с критическим состоянием в неонатальный период и их семьям». На основании направлений помощи в зависимости от степени тяжести нарушений, семье назначается пакет услуг, закрепленный в Приказе ДТСЗН № 416 от 19 мая 2025 г.

Таким образом, разработка и апробация предлагаемого инструмента позволяет обозначить его особенности и преимущества:

- быстрота и экологичность оценки развития ребенка младенческого и



раннего возраста

- наличие профиля оцениваемых навыков под каждый эпикризный срок
- комплексность оценки развития ребенка: от развития когнитивных функций до социальной интеграции.

Предлагаемые Бланки оценки функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья ребенка позволяют провести комплексную оценку, на основе которой определяется тяжесть ограничения активности ребенка; представить профиль оцениваемых навыков ребенка под каждый эпикризный срок; провести оценку не только нарушений, но и актуальных возможностей ребенка; сформировать пакет услуг для ребенка и семьи; определить виды сопровождения или поддержки, рекомендации родителям; автоматически назначить пакет услуг ранней помощи.

Несмотря на представленные положительные стороны инструмента оценки необходимо обозначить выявленные ограничения, к которым можно отнести:

1. Отсутствие раздельной оценки активности и участия ребенка при диагностике навыков по доменам.
2. Требования углубленного и длительного включенного наблюдения за взаимодействием ребенка и родителя (лица его замещающего) для всесторонней и комплексной оценки функционирования ребенка в естественных жизненных условиях.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Граматикополо Л.С. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в системе комплексного изучения детей раннего возраста с синдромом Дауна URL: <https://doi.org/10.26795/2307-1281-2021-9-2-5>

2. Золотарева А.А., Лорер В.В. Комплексная оценка здоровья ребенка с церебральным параличом на основе МКФ // Медицинская психология в России. 2020. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-otsenka-zdorovya-rebenka-s-tserebralnym-paralichom-na-osnove-mkf> (дата обращения: 27.07.2025)

3. Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи // Клиническая и специальная психология. 2015. № 4 (2). С. 115–127.

4. Международная классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) // Всемирная организация здравоохранения. ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2016. – 241 с. –URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789244547328\\_rus.pdf;sequence=12&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789244547328_rus.pdf;sequence=12&isAllowed=y) (дата обращения: 05.08.2025).

5. Мухамедрахимов Р.Ж. Научные основы ранней помощи детям младенческого и раннего возраста и их семьям // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2024. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnye-osnovy-ranney-pomoschi-detyam-mladencheskogo-i-rannego-vozrasta-i-ih-semyam> (дата обращения: 13.08.2025)

6. Нефедьева Д.Л., Бодрова Р.А. Реабилитационный диагноз у недоношенных детей с перинатальной патологией нервной системы на основе Международной классификации функционирования // Доктор. Ру. 2024. № 23 (3. С. 86–92. doi:10.31550/1727-2378-2024-23-3-86-92).

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 мая 2025 г. № 344н «Об утверждении Стандарта оказания услуг по ранней помощи детям и

их семьям».

8. Самойлова Д.А., Арустамян А.В. Применение Международной классификации функционирования в комплексной психолого-педагогической диагностики детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья // Инновационные научные исследования. 2021. № 2-3 (4). С. 147-154. doi:10.5281/zenodo.4604855.

#### REFERENCES

1. Gramatikopolo L.S. Primenenie mezhdunarodnoj klassifikaczii funkczionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v sisteme kompleksnogo izuchenii detej rannego vozrasta s sindromom Dauna URL: <https://doi.org/10.26795/2307-1281-2021-9-2-5>

2. Zolotareva A.A., Lorer V.V. Kompleksnaya ocenka zdorov'ya rebenka s czerebral'ny'm paralichom na osnove MKF // Mediczinskaya psikhologiya v Rossii. 2020. # 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-otsenka-zdorovya-rebenka-s-tserebralnym-paralichom-na-osnove-mkf> (data obrashheniya: 27.07.2025)

3. Kaz'min A.M. Uchastie: teoreticheskie aspekty i ocenka v praktike rannej pomoshhi // Klinicheskaya i speczial'naya psikhologiya. 2015. # 4 (2). S. 115–127.

4. Mezhdunarodnaya klassifikaczii funkczionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya detej i podrostkov (MKF-DP) // Vsemirnaya organizaciya zdavookhraneniya. FGBU FB MSE` Mintruda Rossii, 2016. – 241 s. – URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789244547328\\_rus.pdf;sequence=12&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789244547328_rus.pdf;sequence=12&isAllowed=y) (data obrashheniya: 05.08.2025).

5. Mukhamedrakhimov R.Zh. Nauchny'e osnovy rannej pomoshhi detyam mladencheskogo i rannego vozrasta i ikh sem'yam // Vestnik SPbGU. Seriya 16: Psikhologiya. Pedagogika. 2024. # 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnye-osnovy-ranney-pomoschi-detyam-mladencheskogo-i-rannego-vozrasta-i-ih-semyam> (data obrashheniya: 13.08.2025)

6. Nefed`eva D.L., Bodrova R.A. Reabilitaczionny`j diagnoz u nedonoshenny`kh detej s perinatal'noj patologiej nervnoj sistemy na osnove Mezhdunarodnoj klassifikaczii funkczionirovaniya // Doktor. Ru. 2024. # 23 (3. S. 86–92. doi:10.31550/1727-2378-2024-23-3-86-92).

7. Prikaz Ministerstva truda i soczial'noj zashhity RF ot 30 maya 2025 g. # 344n «Ob utverzhdenii Standarta okazaniya uslug po rannej pomoshhi detyam i ikh sem'yam».

8. Samojlova D.A., Arustamyan A.V. Primenenie Mezhdunarodnoj klassifikaczii funkczionirovaniya v kompleksnoj psikhologo-pedagogicheskoy diagnostiki detej rannego vozrasta s ogranichenny`mi vozmozhnostyami zdorov'ya // Innovaczionny`e nauchny`e issledovaniya. 2021. # 2-3 (4). S. 147-154. doi:10.5281/zenodo.4604855.

9. Adolfsson, M., Granlund, M., Björck-Akesson, E., Ibragimova, N., & Pless, M. (2010). Exploring changes over time in habilitation professionals' perceptions and applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health, version for Children and Youth (ICF-CY). Journal of rehabilitation medicine, 42(7), 670–678. <https://doi.org/10.2340/16501977-0586>

10. Björck-Åkesson, E., Wilder, J., Granlund, M., Pless, M., Simeonsson, R., Adolfsson, M., Almqvist, L., Augustine, L., Klang, N., & Lillvist, A. (2010). The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention--feasibility and use-

fulness as a common language and frame of reference for practice. *Disability and rehabilitation*, 32 Suppl 1, S125–S138. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.516787>

11. Cronin, A., McLeod, S., & Verdon, S. (2020). Holistic Communication Assessment for Young Children With Cleft Palate Using the International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth. *Language, speech, and hearing services in schools*, 51(4), 914–938. [https://doi.org/10.1044/2020\\_LSHSS-19-00122](https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-19-00122)

12. Ellingsen, K. M., & Simeonsson, R. J. (2024). Defining childhood disability: ICF-CY developmental code sets. *Disability and rehabilitation*, 46(22), 5304–5312. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2303385>

13. DA Fonseca Filho, G. G., Lopes, A. C., Bezerra, R. B., de M Candido, A., Arrais, N., Pereira, S. A., & Lindquist, A. R. (2021). Assessment of child development in premature babies based on the ICF biopsychosocial model. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 57(4), 585–592. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06543-0>

14. Nguyen, L., Cross, A., Rosenbaum, P., & Gorter, J. W. (2021). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to support goal-setting practices in pediatric rehabilitation: a rapid review of the literature. *Disability and rehabilitation*, 43(6), 884–894. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643419>

15. Pan, Y.-L., Hwang, A.-W., Simeonsson, R. J., Lu, L., & Liao, H.-F. ICF-CY code set for infants with early delay and disabilities (EDD Code Set) for interdisciplinary assessment: a global experts survey. *Disability and Rehabilitation*. 2015. 37(12), 1044–1054. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.952454>

16. Schiariti, V., Selb, M., Cieza, A., & O'Donnell, M. (2015). International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting. *Developmental medicine and child neurology*, 57(2), 149–158. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12551>

17. Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Lollar, D., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., & Martinuzzi, A. (2003). Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. *Disability and rehabilitation*, 25(11-12), 602–610. <https://doi.org/10.1080/0963828031000137117>

**M.V. Anikeev<sup>1</sup>, Yu.A. Gromova<sup>2</sup>, M.M. Prochukhaeva<sup>2</sup>, T.V. Shalupina<sup>2</sup>, N.Sh. Tyurina<sup>3</sup>**  
**ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF CHILD DEVELOPMENT**  
**BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION**  
**OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH**

<sup>1</sup>Institute of Additional Professional Education of Social Workers, <sup>2</sup>My Special Family Center «Roza Vetrov», <sup>3</sup>Moscow City Pedagogical University (Moscow).

**Summary.** The article presents a developed diagnostic tool based on the ICF, which allows for a comprehensive assessment of the functioning of life limitations and health of an infant and young child, to determine the severity of the child's activity limitation; to present a profile of the child's assessed skills for each epicrisis period; to assess not only the impairments, but also the child's current capabilities; to form a package of services for the child and family; to determine the types of support or assistance, recommendations for parents.

**Keywords:** early assistance, support standard, premature children, children with critical conditions in the neonatal period, International Classification of Functioning, Disability and Health, developmental assessment.

---

**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 08.09.2025 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](http://www.onebook.ru)